

VIH et hépatite C en prison

1

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits

2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

VIH et hépatite C en prison : les faits

Ce feuillet d'information présente des faits élémentaires sur le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) dans les prisons.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



La prévalence du VIH en prison

Prisons fédérales canadiennes

Dans le système fédéral de détention du Canada (où l'on purge des peines de plus de deux ans), le nombre de cas rapportés de VIH est passé de 24 en 1989, à 170 en 1996, puis à 204 en 2005. Cela signifie qu'en date de 2005, l'on *savait* que 1,66% des détenus d'établissements fédéraux étaient séropositifs. Le chiffre réel est probablement plus élevé puisque les statistiques du Service correctionnel du Canada (SCC) n'incluent que les cas d'infection à VIH que le SCC *connaît*, alors que de nombreux détenus peuvent ne pas l'avoir informé de leur séropositivité ou ne pas en être eux-mêmes conscients.

Prisons provinciales au Canada

Les taux d'infection à VIH sont élevés aussi dans les prisons provinciales (où l'on purge des peines de moins de deux ans). Des études menées dans des prisons en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec ont révélé que la prévalence du VIH dans les prisons est plus de 10 fois plus élevée que dans la population

générale, avec des taux variant entre 1% et 8,8%, dans les prisons participantes. Par exemple,

- dans une étude menée parmi plus de 12 000 personnes qui entraient dans les prisons de l'Ontario, en 1993, on a relevé des taux de prévalence du VIH de 1% parmi les hommes adultes et de 1,2% parmi les femmes adultes;
- dans une étude auprès de 1 607 détenus dans sept prisons provinciales québécoises, en 2003, on a constaté un taux de prévalence du VIH de 2,4% parmi les hommes, et de 8,8% chez les femmes; et
- en 2003–2004, dans une étude auprès de 1 877 individus admis dans 13 établissements de détention provisoire (prisons, centres de détention et centres jeunesse où les contrevenants attendent le résultat de procédures judiciaires, purgent des peines de moins de 60 jours ou attendent un transfèrement vers un centre correctionnel provincial ou un établissement fédéral), en Ontario, des chercheurs ont mesuré des taux de prévalence du VIH de 2,1% parmi les hommes adultes et de 1,8% parmi les femmes adultes.

Comme dans les établissements fédéraux, le nombre de détenus vivant avec le VIH dans les établissements provinciaux est à la hausse. Notamment,

- dans une étude menée en 1993 dans toutes les prisons pour adultes de la Colombie-Britannique, on a décelé un taux de prévalence du VIH de 1,1%. L'étude n'a pas été répétée plus tard, mais un survol des seuls cas déclarés en 1996 dans les prisons de la C.-B. révélait des taux situés entre 2% et 20%, dans certaines prisons.

Dans le monde

À travers le monde, les taux d'infection à VIH dans les populations carcérales sont beaucoup plus élevés que dans le reste de la population. Comme au Canada, cela est intimement lié à deux facteurs : la proportion de détenus qui s'injectaient de la drogue avant l'incarcération et le taux d'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans la communauté générale.

Plusieurs des détenus séropositifs avaient contracté le VIH avant d'être incarcérés. De fait, les plus hauts taux d'infection en prison se rencontrent dans des régions où la prévalence est

élevée parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans la communauté. Les politiques de nombreux gouvernements à l'effet d'incarcérer des personnes qui utilisent des drogues entraînent l'emprisonnement d'un nombre croissant de personnes séropositives au VIH. Tel que recommandé en 2006 par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « des mesures pour réduire la population carcérale et la surpopulation en prison devraient faire partie – et être considérées comme un élément essentiel – d'une stratégie complète visant à prévenir le VIH et à améliorer les soins de santé et les conditions de vie en prison. » [trad.]

Les taux d'infection à VIH sont élevés dans plusieurs systèmes de prisons. En Europe occidentale, ils sont particulièrement élevés dans des prisons du Portugal (11%), de l'Espagne (14%), de la Suisse (4% à 12%) et de l'Italie (7,5%). En Europe de l'Est, des études indiquent qu'environ 7% des détenus ukrainiens sont séropositifs, ainsi que 15% de ceux de la Lituanie. En Afrique du Sud, il a été signalé que ce taux était de 41%. En Amérique latine, on a signalé des taux élevés de prévalence du VIH au Brésil (10,9 à 21,5%) et au Honduras (7%).

En revanche, des taux relativement faibles sont rapportés parmi les détenus en Australie. Aux États-Unis, la répartition géographique des cas d'infection à VIH dans les prisons est très inégale : plusieurs systèmes rapportent des taux de moins de 1%, tandis que quelques-uns s'approchent des 10% parmi les hommes et 15% parmi les femmes.

La prévalence de l'hépatite C en prison

Au Canada

La prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) dans les prisons canadiennes est encore plus élevée que celle du VIH. Des études menées dans des prisons canadiennes au début et au milieu des années 90 ont révélé des taux de prévalence du VHC entre 28% et 40%.

Les taux continuent d'augmenter. Dans un établissement fédéral, 33% des participants à une étude de 1998 étaient séropositifs au VHC, comparativement à 27,9% en 1995. Dans une étude de 2005 dans une prison pour femmes logeant des détenues de ressort provincial et fédéral, en Colombie-Britannique, 52% des participantes ont déclaré avoir l'infection à VHC.

En 2002, 3 173 détenus de ressort fédéral (soit 25,8% d'entre eux) étaient connus comme vivant avec le VHC : 25,5% chez les hommes et 38,6% chez les femmes. En 2005, ces données avaient augmenté à 29,1% des détenus de ressort fédéral étant connus comme vivant avec le VHC : 28,6% chez les hommes et 39% chez les femmes.

Dans le monde

Un récent survol de la prévalence dans des populations carcérales, à travers le monde, a relevé des taux de VHC allant de 4,8%, dans une prison de l'Inde, à 92% dans deux prisons du Nord de l'Espagne.

Potentiel de propagation

La plupart des détenus séropositifs au VHC le sont déjà avant d'entrer en prison, mais le potentiel de propagation ultérieure est très grand : le VHC se transmet beaucoup plus facilement que le VIH et sa transmission a été documentée dans les prisons de plusieurs pays, y compris le Canada.

Lectures complémentaires

Betteridge G. et G. Dias, *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. L'introduction fournit un aperçu de la prévalence du VIH et du VHC dans les prisons canadiennes. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Calzavara L. et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 257–261.

Elliott R., « Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel », annexe 2 de R. Jürgens, *VIH/sida et prisons: rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, aux p. 3–4. Un aperçu des premières études de prévalence effectuées dans les prisons au Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Elwood M. et coll., « Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia », *Revue canadienne de santé publique* 96(2) (2005) : 97–101.

European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Report on the EU Project European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons*, 1997. Un compte-rendu du premier séminaire de l'European Network for HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prison, qui inclut une revue de la littérature sur les comportements à risque pour le VIH en prison et un aperçu de la situation en Allemagne, en Écosse, en France, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède. Voir aussi *2nd Annual Report*, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, 1998. Le second rapport de l'European Network, qui inclut des renseignements détaillés sur le VIH/sida et l'hépatite dans les prisons de 16 pays européens, ainsi qu'une bibliographie annotée européenne sur le

VIH/sida en prison.

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

Lines R. et H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006. Fournit un aperçu mondial du VIH/sida en prison et inclut une section sur la réduction de la population carcérale en tant qu'élément d'une stratégie complète pour prévenir la transmission du VIH en prison.

Macalino G.E. et coll., « Hepatitis C infection and incarcerated populations », *International Journal of Drug Policy* 15 (2004) : 103–114. Un survol du VHC dans des prisons du monde entier.

Maruschak L., *HIV in Prisons*, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2005. Résume la situation du VIH/sida dans les prisons des États-Unis. Accessible via www.ojp.usdoj.gov.

Poulin C. et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 252–256.

Service correctionnel du Canada, « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Revue canadienne de santé publique* 95 (suppl. 1) (2004) : S1–S63.

Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, 2003. Un rapport du Système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel du Canada. Accessible à <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/>

infectiousdiseases/index-fra.shtml.

Shewan D. et J. Davies (éds.), *Drug Use and Prisons: An International Perspective* (Amsterdam : Harwood Academic, 2000). Décrit de manière exhaustive les tendances de l'usage de drogue et des comportements à risque, en prison, de même que les diverses réponses à ces réalités. Renferme des articles sur l'Europe, l'Amérique du Nord et du Sud, l'Afrique et l'Australie.

Stöver H., *Study on Assistance to Drug Users in Prisons*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001. Une étude complète sur le VIH/sida et l'usage de drogue en prison. Accessible via www.emcdda.org.

1

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



VIH et hépatite C en prison

2

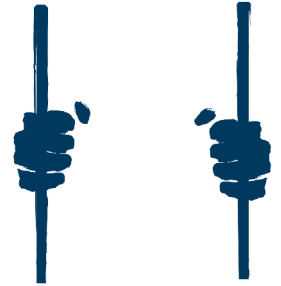
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
- 2. Comportements à risque élevé en prison**
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Comportements à risque élevé en prison

Ce feuillet d'information rassemble certaines des preuves de prévalence d'activités comportant un risque de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Consommation de drogue

Les efforts soutenus des systèmes carcéraux pour empêcher les détenus de consommer de la drogue – en faisant ce qu'ils peuvent pour bloquer l'entrée de drogue en prison – ne parviennent pas au but. On trouve de la drogue dans les prisons et plusieurs études fournissent des preuves de l'ampleur de la consommation de drogue par injection et par d'autres moyens, en prison.

Au Canada

Dans un sondage du Service correctionnel du Canada (SCC) en 1995, auprès de détenus d'établissements fédéraux, 40% des répondants ont déclaré avoir utilisé de la drogue depuis leur arrivée dans l'établissement où ils se trouvaient à ce moment.

L'injection de drogue se pratique et la rareté du matériel d'injection entraîne souvent l'utilisation d'instruments non stériles. Aux membres du Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), qui a été mis sur pied pour aider le gouvernement fédéral à promouvoir et à protéger la santé des détenus et des employés du SCC et pour prévenir

la transmission du VIH et d'autres infections dans les établissements correctionnels fédéraux, des détenus ont dit, en 1994, que l'injection de drogue et le partage d'aiguilles sont des activités fréquentes et que, parfois, de 15 à 20 détenus utilisent la même aiguille. Plusieurs employés du SCC ont reconnu que « l'usage de drogue fait partie de la culture et des réalités carcérales » et qu'il ne semble pas exister de moyen de s'assurer qu'il cesse.

De tels témoignages de la prévalence de l'injection de drogue ont été confirmés par plusieurs études:

- dans un sondage effectué par le SCC en 1995, 11% des 4 285 détenus fédéraux interviewés ont déclaré s'être injecté de la drogue depuis leur arrivée dans l'établissement où ils se trouvaient à ce moment; l'injection de drogue était particulièrement fréquente dans la région du Pacifique, où 23% ont déclaré la pratiquer;
- dans une étude de 1995 parmi des hommes et des femmes incarcérés dans des établissements provinciaux à Montréal, 73,3% des hommes et 15% des femmes ont affirmé consommer de la drogue durant leur incarcération; parmi ceux-là, 6,2% des hommes et 1,5% des femmes s'en injectaient;
- dans une étude effectuée en 1995 dans un établissement provincial à Québec, 12 des 499 répondants ont affirmé s'injecter de la drogue en prison, desquels 11 partageaient des seringues et 3 étaient séropositifs;
- dans une étude de 1998, 24,3% des détenus de l'établissement Joyceville (Kingston, Ontario) déclaraient s'être injecté des drogues en prison (alors qu'une étude semblable dans la même prison, en 1995, avait mesuré un pourcentage de 12%);
- dans une étude de 2003 auprès de femmes détenues dans des établissements fédéraux, 19% ont déclaré s'être injecté des drogues en prison;
- dans une étude parue en 2004, 76% des utilisateurs de drogue par injection participant à la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS) déclaraient des épisodes d'incarcération depuis qu'ils avaient commencé à s'injecter des drogues; de ceux-là, 31% rapportaient s'en être injecté aussi en prison;
- dans une étude de 2005 dans une

prison pour femmes de la Colombie-Britannique, 36% des participantes ont déclaré utiliser des drogues illicites en prison; de celles-ci, 21% ont déclaré s'en injecter.

Dans le monde

On rapporte des taux élevés d'injection de drogue dans les prisons de plusieurs autres pays. De manière générale, l'injection de drogue diminue quelque peu, en prison, parmi les personnes qui s'y adonnaient avant d'être incarcérées. En revanche, les détenus qui s'injectent sont plus susceptibles de le faire de manière plus risquée; par ailleurs, un nombre important commencent une telle consommation par injection pendant qu'ils sont en prison. Ainsi, des chercheurs ont conclu que l'incarcération augmente le risque de contracter le VIH. Voici des données d'études récentes :

- en Russie, une étude menée en 2000 auprès de 1 087 détenus a relevé un taux de 43% qui s'étaient injecté une drogue pendant leur vie, et 20% pendant leur détention. De ceux-là, 64% avaient utilisé du matériel d'injection déjà utilisé par une autre personne, et 13,5% avaient commencé l'injection pendant la détention;
- au Mexique, en 2000, une étude dans deux prisons a décelé des taux d'injection de drogue de 37% et de 24%;
- dans un rapport de 2002 préparé pour l'Union européenne (U.E.), on signalait qu'entre 0,3% et 34% des détenus, dans l'U.E. et en Norvège, s'injectaient des drogues en prison; qu'entre 0,4% et 21% des utilisateurs de drogue par injection avaient commencé cette pratique alors qu'ils étaient incarcérés; et qu'une proportion élevée de ceux qui s'injectaient en prison partageaient du matériel d'injection;
- une étude de 2003 auprès de 689 détenus, en Thaïlande, a révélé que 25% s'étaient injecté des drogues pendant leur incarcération; de ceux-ci, 77,8% avaient partagé du matériel

d'injection.

Activité sexuelle

Dans les prisons, l'activité sexuelle est considérée comme un facteur de risque moins répandu que le partage de matériel d'injection de drogue, pour la transmission du VIH et du VHC. Elle a lieu, néanmoins, et elle entraîne un risque de transmission du VIH pour les détenus qui s'y adonnent.

Des activités sexuelles consensuelles et non consensuelles ont lieu en prison, et ce, en dépit de lois ou politiques qui les interdisent. La prévalence d'activité sexuelle en prison est liée au fait que les détenus sont logés dans des cellules individuelles ou des dortoirs, et à des facteurs comme la durée d'emprisonnement, le degré de sécurité de l'établissement et le degré d'autorisation de visites conjugales.

Les estimations de la proportion de détenus qui ont des activités sexuelles consensuelles avec d'autres détenus varient considérablement. Dans un sondage mené en Russie auprès de 1 100 détenus masculins, de 10% à 15% seulement ont déclaré ne pas avoir eu de contacts sexuels pendant leur incarcération. L'activité sexuelle non consensuelle était prévalente.

Au Canada, dans le sondage du SCC (1995), 6% des détenus sous l'autorité du fédéral ont déclaré avoir des relations sexuelles avec un autre détenu. Ceci concorde avec les résultats d'études effectuées dans des établissements provinciaux. Plus récemment (2002), dans une étude auprès de femmes détenues dans des prisons fédérales, 37% ont rapporté être sexuellement actives en prison.

Tatouage

En prison, le tatouage est une pratique sociale et il s'accompagne d'un partage d'aiguilles qui comporte un risque de transmission de virus hématogènes comme le VIH et le VHC. Dans un sondage du SCC en 1995, 45% des détenus de ressort fédéral s'étaient fait tatouer en prison.

En septembre 2005, le SCC a amorcé un projet pilote de tatouage sécuritaire en prison; des salons de tatouage ont été introduits dans six établissements fédéraux, dont un pour femmes. Ces salons étaient dirigés par des détenus et supervisés par des employés. Les détenus tatoueurs avaient reçu une formation sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections et sur le rôle de pairs éducateurs à la santé. Même si les évaluations menées par le SCC ont révélé que le programme pourrait réduire le risque de transmission du VIH et du VHC et générer des économies à long terme, le projet a été interrompu par le gouvernement à la fin de 2006, avant même qu'une évaluation finale ne soit complétée.

Lectures complémentaires

Betteridge G. et G. Dias., *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Fournit des recommandations et examine des programmes exemplaires et prometteurs pour appuyer la pratique du sécurisexe et nettoyer le matériel d'injection, de tatouage ou de perçage, en prison. Accessible via www.aidslaw.ca/prisons.

DiCenso A. et coll., *Ouvrir notre avenir – Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, PASAN, 2003. Fournit de l'information, entre autres, sur les comportements à risque parmi les détenues de ressort fédéral, au Canada. Accessible via www.pasan.org.

Lines R. et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, deuxième édition, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006. Offre un aperçu de la recherche canadienne et internationale sur l'injection de drogue en prison. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus – Rapport final – 1995*, 1996. Les résultats d'un sondage de 1995 du SCC auprès des détenus. Accessible via www.csc-scc.gc.ca.

2

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

VIH et hépatite C en prison

3

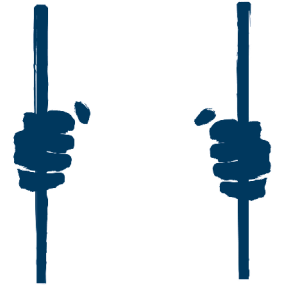
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
- 3. Transmission du VIH et du VHC en prison**
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Transmission du VIH et du VHC en prison

Ce feuillet d'information rapporte certaines preuves de l'ampleur de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison, et démontre que des vagues d'infection à VIH et à VHC s'y sont produites et continueront de s'y produire si la prévention n'est pas prise au sérieux.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Jusqu'à récemment, il y avait peu de données sur le nombre de personnes qui contractent le VIH pendant l'incarcération. Les données disponibles suggéraient que « la transmission se produi[sai]t dans les établissements correctionnels, mais à un rythme relativement peu élevé ». Ces conclusions ont parfois été utilisées pour soutenir que la transmission du VIH dans les prisons était rare et que, en conséquence il n'était pas nécessaire d'accentuer les efforts de prévention.

Cependant, la plupart des études qui ont conclu à des taux de transmission du VIH relativement faibles, dans les prisons, ont été effectuées aux premières années de l'épidémie de VIH et auprès de détenus purgeant de longues sentences (probablement moins exposés au risque d'infection à VIH que des détenus purgeant des sentences plus brèves). On a possiblement sous-estimé l'ampleur de la transmission du VIH derrière les barreaux.

En revanche, il est largement reconnu que la prévalence du VHC est élevée parmi les détenus – en particulier ceux qui s'injectent des drogues – et que la plupart des personnes qui s'injectent des drogues sont éventuellement incarcérées.

À la lumière de ses recherches et mesures de surveillance, le Service correctionnel du Canada (SCC) a constaté que la prévalence du VHC est plus élevée parmi la population carcérale générale que chez les nouveaux détenus.

Vague d'infection à VIH dans une prison écossaise

Une enquête a porté sur la vague d'infection à VIH signalée en 1993 dans la prison de Glenochil. Avant que l'étude ne s'amorce, 263 des détenus qui étaient dans cet établissement au moment de la vague avaient été libérés ou transférés dans un autre établissement. Des 378 détenus restants, 227 ont été recrutés pour l'étude. Le taux de participation variait entre 26% et 51%, parmi les 11 sous-unités de l'établissement. Des témoignages indiquent que plusieurs de ceux qui ont refusé de participer étaient des utilisateurs de drogue logeant dans une sous-unité où l'injection était particulièrement courante. Parmi les 227 participants, 76 ont déclaré des antécédents d'injection et 33 ont déclaré s'y être adonné à Glenochil. Vingt-neuf de ces derniers ont subi un test du VIH, parmi lesquels 14 ont reçu un résultat positif. Chez 13 de ceux-ci, la souche de

VIH était la même, ce qui porte fortement à croire qu'ils avaient contracté le VIH à Glenochil. Tous ceux qui ont contracté le VIH en prison ont déclaré avoir partagé des seringues pendant longtemps.

Flambée dans une prison de Lituanie

Lors de tests effectués au hasard en 2002 par le Centre gouvernemental sur le sida, 263 détenus de la prison d'Alytus ont été trouvés séropositifs au VIH. Des tests dans les 14 autres prisons de la Lituanie n'ont recensé que 18 cas. Avant les tests à la prison d'Alytus, le gouvernement lituanien n'avait recensé que 300 cas de VIH dans tout le pays (soit moins de 0,01% de la population; le plus faible taux en Europe). Cela porte à croire que la flambée de VIH à Alytus était due au partage de matériel d'injection.

Prisons du Canada

Springhill, Nouvelle-Écosse

En 1996, deux détenus vivant avec le VIH et l'hépatite C, dans l'établissement fédéral de Springhill (Nouvelle-Écosse), ont avisé le personnel sanitaire de

l'établissement qu'ils avaient partagé des aiguilles et d'autre matériel d'injection avec plusieurs détenus. Une intervention visant à contenir la vague de propagation a été mise en œuvre et 17 contacts des deux hommes ont subi des tests sérologiques dont les résultats n'ont pas été rendus publics. On n'a fait aucun effort pour démontrer que les contacts avaient contracté le VIH ou le VHC en prison par le partage de matériel d'injection avec les détenus connus comme séropositifs.

Joyceville, Ontario

En 1997, un détenu qui avait partagé du matériel d'injection avec d'autres, dans l'établissement de Joyceville – prison à sécurité intermédiaire pour hommes – a révélé qu'il était séropositif au VIH. Cette nouvelle a grandement inquiété un nombre important de détenus qui avaient utilisé les mêmes seringues que lui. Ils étaient cependant réticents à demander un test de sérodiagnostic du VIH au personnel des services de santé de l'établissement, de crainte de dévoiler leur usage de drogue. Le comité des détenus de la prison a donc demandé qu'une étude sur la prévalence du VIH soit menée à Joyceville afin que les détenus puissent se prévaloir de tests anonymes.

L'étude a montré que les comportements à risque et le taux d'infection dans la prison ont augmenté considérablement depuis l'enquête précédente réalisée dans la même prison en 1995. De plus, les chercheurs ont signalé dans ce groupe des sujets dont des résultats étaient équivoques et qui étaient vraisemblablement en séroconversion. Après l'étude, ils ont eu connaissance qu'un détenu qui s'était injecté des drogues et qui était séronégatif au VIH en 1998 est devenu séropositif par la suite; c'est aussi le cas d'un autre sujet, qui est à présent séropositif au VHC.

Lectures complémentaires

Dolan, K., « Preuves de la transmission du VIH en prison », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 3(4)–4(1) (1998) : 35–38. Un excellent survol analytique des données disponibles en 1997. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Ford, P.M. et coll., « Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 4(2-3) (1999) : 60–63. Un sommaire de l'étude menée dans l'établissement de Joyceville. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Service correctionnel du Canada, *Rapport sur le projet de Springhill*, mai 1999. Un rapport sur l'intervention contre la vague d'infection dans l'établissement de Springhill.

Taylor, A. et coll., « Outbreak of HIV infection in a Scottish prison », *British Medical Journal* 310 (1995) : 289–292. Une étude sur la première vague d'infection à VIH documentée en prison. Voir aussi Taylor, A. et D. Goldberg, « Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2(3) (1996) : 16–17. Un récit de cette flambée de VIH. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

3

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.

VIH et hépatite C en prison

4

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison

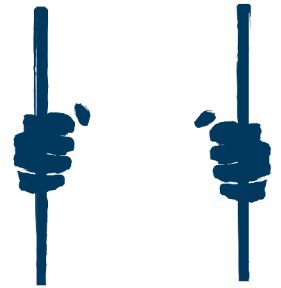
4. Prévention : les condoms

5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Prévention : les condoms

Ce feuillet d'information passe en revue ce qui doit être fait pour fournir aux détenus du matériel nécessaire au sécurisexe.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Fourniture de condoms

L'Organisation mondiale de la santé a rapporté que 23 des 52 systèmes carcéraux observés permettaient la distribution de condoms dès la fin de 1991. Faits à noter, aucun des systèmes carcéraux qui a adopté une politique de disponibilité de condoms en prison n'a modifié cette politique par la suite et le nombre de systèmes à adopter cette politique s'accroît d'année en année. En 2001, des condoms étaient offerts dans tous les systèmes sauf cinq, dans les 23 pays qui composaient alors l'Union européenne.

En 1995, cinquante détenus australiens ont entrepris une action en justice contre l'État de la Nouvelle-Galles du Sud (N.-G.S.), pour avoir échoué à assurer l'accès à des condoms en prison, en soutenant que « le retrait de l'accès à des moyens de protéger leur santé ne fait pas partie de la sentence des détenus ». Depuis, au moins en partie à cause de cette poursuite, le gouvernement de la N.-G.S. a décidé de rendre des condoms disponibles dans ses prisons. D'autres systèmes carcéraux de l'Australie ont fait de même.

Aujourd'hui, des systèmes carcéraux de l'Australie, du Brésil, de l'Indonésie,

de l'Iran, de l'Afrique du Sud et de certains pays de l'ex-URSS distribuent des condoms aux détenus. Aux États-Unis, seul un faible nombre de systèmes carcéraux fournissent des condoms aux détenus.

Prisons fédérales canadiennes

Dans les prisons fédérales du Canada, des condoms sont disponibles depuis le 1 janvier 1992. Après une certaine opposition initiale, la décision de les rendre disponibles a été bien acceptée et n'a pas causé de problème. Cependant, leur accessibilité dans certaines prisons est demeurée problématique. En particulier, lorsque la remise ne se faisait que par les services de soins de santé, les détenus étaient réticents à en prendre, de peur d'être identifiés comme des personnes ayant des activités homosexuelles et de subir de la discrimination. En réaction à cette situation, comme suite à une recommandation du Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), le Service correctionnel du Canada (SCC) a annoncé en 1994 que des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau seraient rendus plus facilement et plus discrètement accessibles. Puis,

en 2004, il a émis une Directive du commissaire ordonnant 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. »

Prisons provinciales/territoriales au Canada

C'est le 1^{er} octobre 1989 que les Territoires du Nord-Ouest sont devenus le premier ressort canadien à adopter une politique carcérale de distribution de condoms à des détenus. La plupart des autres provinces ont emboîté le pas. Toutefois, même aujourd'hui, certaines prisons provinciales et territoriales ne rendent pas encore disponibles les condoms, le lubrifiant et les digues dentaires; dans plusieurs autres cas, leur accès n'est pas facile et discret :

- la Colombie-Britannique fait exception : dans ses prisons provinciales, les condoms sont facilement et discrètement accessibles depuis plusieurs années;
- au Québec, un rapport (1997) d'un groupe de travail créé par le ministère

québécois de la Sécurité publique recommandait un accès plus vaste et plus discret à des condoms; à l'heure actuelle, les méthodes de distribution varient d'un établissement à l'autre;

- dans certaines provinces, comme l'Ontario, l'Alberta, Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse, on distribue encore les condoms aux détenus uniquement par l'intermédiaire des services de santé des prisons; dans certaines autres, comme la Saskatchewan, les procédures varient d'une prison à l'autre, certaines nécessitant que le détenu s'adresse à l'unité de soins de santé.
- trois provinces ou territoires (Nouveau-Brunswick, Nunavut et Île du Prince-Édouard) ne distribuent toujours pas de condoms ou de digues dentaires à leurs détenus.

Le refus de mettre des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à la disposition des détenus ou de n'y donner accès que par le biais des services médicaux des établissements va à l'encontre de toutes les recommandations canadiennes et internationales.

Puisque les détenus, en moyenne, ne passent qu'entre 30 et 40 jours dans les établissements provinciaux, la prévalence de l'activité sexuelle y est peut-être inférieure à celle dans les prisons fédérales, mais il y en a tout de même. De plus, des études ont montré que s'il faut demander les condoms aux services de santé, peu de détenus le font. Rendre les condoms disponibles ne suffit pas. Il faut les rendre facilement et discrètement accessibles.

Recommandation

Sans aucun autre délai, des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau doivent être rendus facilement et discrètement accessibles pour les détenus de toutes les prisons, dans divers endroits au sein des établissements et sans que les détenus doivent en faire la demande.

Le refus de fournir aux détenus des moyens de prévention du VIH, comme des condoms, les expose, ainsi que l'ensemble de la communauté, à la maladie. Le risque de responsabilité civile des autorités correctionnelles a été illustré, récemment, dans un règlement hors cour comportant un dédommagement financier, obtenu par un ex-détenu en Afrique du Sud qui soutenait avoir contracté le VIH par voie sexuelle en prison, entre 1993 et 1994 – avant que l'Afrique du Sud introduise les condoms en prison en 1996.

Lectures complémentaires

Betteridge G. et G. Dias., *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Fournit des recommandations et examine des programmes exemplaires et prometteurs sur la distribution de condoms, de digues dentaires et de lubrifiant en prison. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

DiCenso A. et coll., *Ouvrir notre avenir – Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Toronto, PASAN, 2003. Examine l'accès aux mesures de sécurisexe parmi les détenues de ressort fédéral, au Canada. Accessible via www.pasan.org.

Dolan K. et coll., « Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2004, 32 : 124–128. L'une des rares évaluations de programmes de distribution de condoms en prison.

Jürgens R., *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Prevention of Sexual Transmission, Evidence for Action Technical Papers*, Organisation mondiale de la santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. Fait état d'études sur la distribution de condoms dans divers contextes carcéraux à travers le monde, puis formule des recommandations visant à rehausser l'accessibilité et l'efficacité des condoms pour réduire la transmission du VIH en prison.

Jürgens R., « Résultats du questionnaire destiné au personnel », dans *Le VIH/sida en milieu carcéral : Documentation*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Service correctionnel du Canada, 1994, aux p. 99–124. La vaste majorité des 462 employés de prisons a répondu, dans un questionnaire, que la disponibilité de condoms n'avait pas créé de problèmes.

Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Renferme de l'information sur la fourniture de moyens pour le sécurisexe dans chacun des systèmes de prisons du Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Lines R. et H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006. Recommande de fournir des condoms aux détenus afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH.

Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, 1994. Recommandations que des condoms soient faciles d'accès et « que l'activité sexuelle consensuelle entre les détenus [...] soit supprimée de la liste des infractions disciplinaires »; et sur d'autres questions, notamment l'activité sexuelle non consensuelle.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le SIDA dans les prisons: point de vue ONUSIDA*, 1997. Déclaration que « l'ONUSIDA estime qu'il est vital que les prisonniers aient facilement accès à des préservatifs ainsi qu'à des lubrifiants ».

4

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

VIH et hépatite C en prison

5

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
- 5. Prévention : l'eau de Javel**
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Prévention : l'eau de Javel

Ce feuillet d'information aborde un des moyens de réduire potentiellement la propagation du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections transmissibles par l'injection de drogue, en prison : la fourniture d'eau de Javel ou d'autres désinfectants, accompagnée d'information sur la bonne manière de les utiliser pour stériliser les seringues et aiguilles.

Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



L'expérience montre que de la drogue est infiltrée même dans les prisons les plus surveillées et que les détenus trouvent des moyens de s'en injecter, avec des seringues et des aiguilles de contrebande ou fabriquées à l'aide d'autres matériaux. Par conséquent, tout en poursuivant, voire en intensifiant, les efforts liés à l'interdiction de consommer de la drogue, des systèmes carcéraux dans le monde adoptent des mesures pour atténuer le risque de propagation du VIH et d'autres infections par le partage de matériel d'injection de drogue. Ces moyens comprennent la fourniture d'eau de Javel ou d'autres désinfectants pour stériliser les seringues et aiguilles, la fourniture de matériel d'injection neuf (voir feuillet 6) et le traitement d'entretien à la méthadone (feuillet 7). La stérilisation de seringues à l'eau de Javel ne réduit pas suffisamment le risque de transmission du VIH et du VHC par le partage de matériel d'injection de drogue pour que l'on s'en remette uniquement à cette mesure; elle ne remplace pas l'accès à du matériel stérile. Toutefois, plusieurs experts, directives et rapports recommandent l'eau de Javel comme moyen de réduire la transmission du VIH en l'absence d'un accès à des seringues et aiguilles stériles.

Fourniture d'eau de Javel

L'Organisation mondiale de la santé rapporte que 16 des 52 systèmes carcéraux observés mettaient de l'eau de Javel à la disposition des détenus dès la fin de 1991. En 2007, de l'eau de Javel ou d'autres désinfectants étaient disponibles dans certaines prisons de l'Europe occidentale, notamment de l'Allemagne, de la France, du Danemark, du Royaume-Uni, de l'Espagne, de la Suisse, de la Belgique, du Luxembourg et des Pays-Bas; dans certaines prisons de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, notamment de la Russie et de l'Estonie; et dans des prisons de l'Australie, de l'Indonésie, de l'Iran, de la République de Maurice, de la Tanzanie et du Costa Rica.

Faits à noter, aucun des systèmes carcéraux qui a adopté une politique de disponibilité d'eau de Javel ou d'autres désinfectants en prison n'a modifié cette politique par la suite et le nombre de systèmes à adopter cette politique continue de croître.

Prisons fédérales canadiennes

Dans son rapport de 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) du gouvernement fédéral a recommandé que de l'eau de Javel soit mise à la disposition des détenus. Le CESP a souligné que cela « n'équivaut en rien à fermer les yeux sur la consommation de drogues, mais fait plutôt ressortir que, dans les établissements correctionnels comme ailleurs, la principale préoccupation de tout effort visant à faire face à la consommation de drogues doit être la santé des personnes en cause et de l'ensemble de la collectivité ».

Au départ, le Service correctionnel du Canada (SCC) a rejeté la recommandation du CESP et n'a accepté que de mener un projet pilote dans un établissement. Cependant, au printemps 1995, le commissaire du SCC a donné au Service la directive d'amorcer la distribution d'eau de Javel dans tous ses établissements. L'eau de Javel est donc devenue disponible dans les prisons fédérales à l'automne 1996. En 2004, le SCC a émis une Directive du commissaire sur la distribution d'eau de Javel, avec l'objectif de « contribuer à la santé publique et au maintien d'un environnement sûr et sain en remettant

aux détenus des trousse de désinfection à l'eau de Javel, à titre de mesure visant à réduire les méfaits qu'entraîne [sic] la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses ». La politique stipule qu'il incombe au directeur de l'établissement de désigner un employé comme coordonnateur de la distribution d'eau de Javel; décrit les responsabilités de celui-ci; précise que de l'eau de Javel non diluée devrait être fournie; et énumère le contenu des trousse de désinfection et les moyens de distribution.

Prisons provinciales et territoriales au Canada

L'eau de Javel est aussi devenue disponible dans quelques systèmes provinciaux de détention, ou a simplement continué de l'être.

Un modèle à imiter

En 1992, le système de la Colombie-Britannique a adopté une politique de mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus. L'adoption de cette politique n'a donné lieu à « aucun incident d'usage mal avisé ... et à aucun rapport indiquant une augmentation dans l'injection de drogue ». En août 2002, une politique révisée a été adoptée, exigeant que de l'eau de Javel à usage domestique filtrée soit « disponible et accessible » aux détenus. Celle-ci précise que l'eau de Javel doit être non diluée, puis elle décrit les principes et normes de distribution. Des employés de l'unité de santé auront un rôle éducatif et de la documentation écrite sur l'utilisation de l'eau de Javel sera distribuée. De plus, elle établit clairement que la possession de bouteilles d'eau de Javel ne devrait pas être considérée comme une preuve de consommation de drogue – ce qui irait à l'encontre des règlements carcéraux.

Peu d'autres systèmes carcéraux provinciaux ou territoriaux, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest et du Québec, fournissent de l'eau de Javel aux détenus.

Recommandation

Le refus de fournir de l'eau de Javel va à l'encontre de toutes les recommandations canadiennes et internationales, qui s'entendent à l'effet que l'on devrait mettre à la disposition des détenus de l'eau de Javel non diluée et accompagnée d'information sur la manière de stériliser les seringues et aiguilles. Les détenus de tous les établissements devraient avoir un accès facile et discret à de l'eau de Javel pure.

Limites

L'accès à de l'eau de Javel est important mais insuffisant :

- la provision d'eau de Javel aux personnes qui s'injectent des drogues, pour stériliser leur matériel d'injection, est une intervention sous-optimale pour la prévention de la transmission d'infections hématogènes. En 2004, l'Organisation mondiale de la santé a conclu que « les données appuyant l'efficacité de l'eau de Javel et d'autres formes de désinfection pour stériliser le matériel d'injection sont négligeables » [trad.]. Des aiguilles et des seringues neuves et stériles sont plus sûres que celles déjà utilisées et qui ont été nettoyées à l'eau de Javel. Quant à l'hépatite C, l'eau de Javel n'est pas entièrement efficace pour éliminer le VHC;
- des recherches ont permis de constater que, même hors des prisons, plusieurs personnes qui s'injectent des drogues (la moitié d'entre elles, voire plus, dans certaines études) ne connaissent pas ou n'appliquent pas de façon constante la méthode adéquate de désinfection des aiguilles et seringues avec de l'eau de Javel. En prison, la probabilité de désinfection efficace du matériel d'injection avec de l'eau de Javel est encore moindre. La consommation de drogue y est une activité interdite. Puisque les détenus

peuvent être accostés n'importe quand par le personnel carcéral, l'injection et est une chose qu'il faut faire vite, en particulier si le matériel est partagé. Des études ont montré que la désinfection du matériel avec de l'eau de Javel nécessite plus de temps que ce que les détenus peuvent y consacrer;

- dans les prisons où l'on distribue de l'eau de Javel, mais pas de seringues et d'aiguilles stériles, l'on devrait introduire des programmes de seringues et d'aiguilles en tant que stratégie élémentaire de prévention du VIH et du VHC.

Lectures complémentaires

Betteridge G. et G. Dias., *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007, p. 48–49. Décrit des politiques habilitantes en matière de provision d'eau de Javel dans les prisons fédérales et provinciales/territoriales du Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Dolan K. et coll., *Bleach Availability and Risk Behaviours in New South Wales*, Technical Report No 22, NDARC, 1994; et K. Dolan et coll., *Bleach Easier to Obtain But Inmates Still at Risk of Infection in New South Wales Prisons*, Technical Report, NDARC, 1996. Les premières études à permettre une évaluation indépendante d'un programme de distribution d'eau de Javel en prison.

P.M. Ford et coll., « Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 4(2-3) (1999) : 60–62. À propos des solutions d'eau de Javel qui étaient offertes aux détenus à cette époque, les chercheurs concluent qu'il faut « [c]esser 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. » Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Harding T. et G. Schaller, *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A Survey Covering 55 Prison Systems in 31 Countries*, Programme mondial de lutte contre le sida de l'Organisation mondiale de la santé, 1992.

Jürgens R., *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needles and Syringe Programmes and Decontamination Strategies, Evidence for Action Technical Papers*, Organisation mondiale de la santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. Examine des études sur l'eau de Javel et la stérilisation en prison, puis conclut que « vu leur efficacité limitée, les programmes de distribution d'eau de Javel ne peuvent être considérés que comme une stratégie de second plan, derrière les programmes de seringues et d'aiguilles. » [trad.]

Kapadia F. et coll., « Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? », *Epidemiology* 13(6) (2002) : 738–741. Cette étude montre que la stérilisation à l'eau de Javel pourrait procurer une certaine protection contre le VHC.

Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, 1994.

Taylor A. et D. Goldberg, « Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 2(3) (1996) : 16–17. Explications des possibilités de non-utilisation et de non-efficacité de l'eau de Javel même lorsqu'elle est accessible en prison. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, 19 avril 1993. Affirmation que « la stérilisation au moyen d'eau de Javel ne devrait être envisagée pour réduire le risque de transmission du VIH découlant de la réutilisation ou du partage d'aiguilles et de seringues seulement lorsque aucune autre méthode plus sûre n'est disponible ».

5

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

VIH et hépatite C en prison

6

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

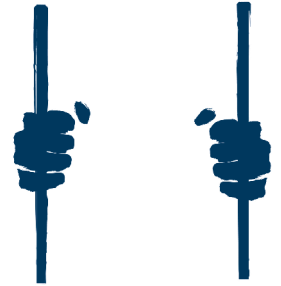
1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
- 6. Prévention : les programmes d'échange de seringues**
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Prévention : les programmes d'échange de seringues

Ce feuillet d'information présente des renseignements importants sur les programmes d'échange de seringues (PÉS) en prison. Il montre que l'on peut mettre des seringues et aiguilles à la disposition des détenus d'une manière sécuritaire et avec des résultats probants.

Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



En particulier à cause des doutes sur l'efficacité de l'usage d'eau de Javel pour détruire le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres virus dans le matériel d'injection usagé (voir feuillet 5), la recommandation de fournir aux détenus des seringues neuves et stériles est largement répandue. Dans son rapport de 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) observait que la rareté du matériel d'injection en prison conduit presque inévitablement les détenus qui continuent de s'injecter de la drogue en prison à partager le matériel d'injection :

Certains consommateurs de drogues injectables ont dit que le seul endroit où ils ont partagé des aiguilles était en milieu carcéral et qu'ils ne l'auraient pas fait ailleurs. L'accès à du matériel d'injection propre permettrait aux détenus d'éviter d'avoir à partager leur matériel.

Le CESP a conclu que l'échange ou la distribution de matériel d'injection stérile dans les prisons serait « inévitable ».

Développements internationaux

En 2007, des PÉS étaient implantés dans plus de 60 prisons de diverses tailles et cotes de sécurité, en Suisse, en Allemagne, en Espagne, en Moldavie, au Kirghizstan, en Biélorussie, en Arménie, au Luxembourg et en Iran. Au Kirghizstan et en Espagne, les programmes ont rapidement été étendus à un grand nombre d'établissements.

Suisse

En Suisse, la distribution de matériel d'injection dans des prisons est une réalité depuis le début des années 90. Cela a commencé dans l'établissement pour hommes d'Oberschöngrün, en 1992. Un médecin à temps partiel à cette prison se trouvait devant un dilemme éthique puisque 15 des 70 détenus s'injectaient régulièrement de la drogue sans mesures adéquates pour prévenir la propagation de pathogènes hématogènes comme le VIH par le partage de matériel d'injection. Il a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en informer le directeur de la prison. Lorsque ce dernier en a pris connaissance, il a écouté les arguments du médecin puis il a demandé

aux autorités du canton d'approuver la distribution de seringues. En 2004, la distribution se poursuivait, elle n'avait pas entraîné de conséquence négative et elle recevait l'appui des détenus, du personnel carcéral et de l'administration. Le scepticisme initial de certains employés a cédé la place à leur appui entier :

les membres du personnel ont réalisé que la distribution de matériel d'injection stérile est à leur avantage. Ils se sentent plus en sécurité, maintenant. Auparavant, lorsqu'ils fouillaient une cellule, ils avaient toujours peur de se piquer avec une aiguille cachée. Maintenant, les détenus ont le droit d'avoir une aiguille, mais uniquement dans un verre rangé dans leur armoire médicale au-dessus de leur évier. Depuis 1993, aucun employé ne s'est piqué avec une aiguille.

En juin 1994, une autre prison suisse – l'établissement pour femmes de Hindelbank – a amorcé un programme pilote de prévention du VIH, pour une année, qui comprenait la distribution d'aiguilles. L'évaluation de ce programme par des experts indépendants, en 1995, a permis de constater des résultats très positifs : l'état de santé des participantes s'est amélioré; il n'y a eu aucun nouveau cas d'infection à VIH ou à hépatite; le

partage de matériel d'injection a beaucoup diminué; la consommation de drogue n'a pas augmenté; les aiguilles n'ont pas été utilisées comme armes; et seulement quelque 20% du personnel s'opposait au projet. Les conclusions de la première évaluation ont conduit à la décision de poursuivre ce programme. On a observé par ailleurs une baisse radicale du nombre de surdoses mortelles, dans cette prison, depuis l'amorce de ce programme. D'autres prisons ont mis sur pied leur propre programme et, depuis 2004, la distribution de matériel d'injection stérile s'effectue dans sept prisons, dans diverses régions de la Suisse.

Allemagne

En Allemagne, en 1995, on a approuvé le développement et la mise en œuvre des deux premiers projets pilotes de seringues; le premier projet a démarré le 15 avril 1996, en Basse-Saxe. Deux ans plus tard, une évaluation a révélé des résultats positifs; et il a été recommandé non seulement de poursuivre les deux projets pilotes existants mais d'étendre l'initiative à toutes les prisons de la Basse-Saxe. À la fin de 2000, l'échange de seringues s'effectuait avec succès dans sept prisons, à Berlin et Hambourg ainsi qu'en Basse-Saxe, et d'autres en considéraient la possibilité. Depuis, on a toutefois mis fin à six des programmes – non pas à cause de problèmes, mais par décisions politiques de gouvernements régionaux nouvellement élus. Dans chacun des cas, la décision de mettre fin aux programmes a été prise sans consultation avec le personnel, et sans occasion de préparer les détenus à la perte imminente de l'accès à du matériel stérile. Il a été rapporté que depuis la fin des programmes, des détenus ont recommencé à partager leur matériel d'injection, et à le cacher, ce qui augmente le risque de transmission du VIH et du VHC, de même que le risque de piqûres accidentelles d'employés avec des aiguilles dissimulées, souvent partagées par plusieurs usagers. Les employés correctionnels ont d'ailleurs été les critiques les plus éloquents de la décision gouvernementale de mettre fin à ces programmes – ils militent auprès des

gouvernements pour que les programmes soient rétablis.

Espagne

En Espagne, le premier projet pilote a été lancé en août 1997. Une évaluation après 22 mois a montré des résultats positifs; en conséquence, en juin 2001, la direction générale des prisons a ordonné que des PÉS soient implantés dans toutes les prisons. Au début de 2006, de tels programmes étaient en fonction dans 35 établissements, et un programme pilote était établi dans une prison de la région autonome de la Catalogne.

Europe de l'Est

Depuis quelques années, des pays de l'Europe de l'Est et de l'ex-URSS ont aussi commencé des programmes de seringues en prison.

La *Moldavie* a amorcé un projet pilote dans une de ses prisons, en 1999; au constat de son succès, on a mis en œuvre ce programme dans six autres prisons.

Le *Kirghizstan* a amorcé un projet pilote dans une prison en octobre 2002. En 2003, on autorisait l'expansion du programme dans les 11 prisons du pays, et cela a été complété dans toutes les prisons dès avril 2004.

La *Biélorussie* a amorcé un projet pilote dans une de ses prisons en avril 2003. En 2004, le ministère des Affaires intérieures a affirmé être préparé à en établir dans toutes les prisons du pays.

Situation au Canada

En 2007, aucun système carcéral au Canada n'avait encore amorcé de programme d'échange de seringues. Quelques-uns, y compris le système fédéral, ont étudié la question. Un comité mis sur pied par le Service correctionnel du Canada (SCC) pour en examiner la faisabilité dans les établissements correctionnels fédéraux a recommandé d'amorcer des projets pilotes dans

diverses régions.

Depuis, divers organismes, dont le Réseau juridique canadien VIH/sida, l'Association médicale canadienne et l'Association médicale de l'Ontario ont recommandé que le SCC élabore, mette en œuvre et évalue des programmes pilotes d'échange de seringues dans ses prisons.

En 2006, à la demande du SCC, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a évalué les risques et bienfaits potentiels des PÉS en prison. Elle a conclu que, dans les prisons où des PÉS sont implantés, l'injection de drogue n'avait pas augmenté; que le partage de seringue et les soins de santé liés à des abcès au point d'injection, à des surdoses et à des décès avaient diminué; et que les références à des programmes de traitement de la toxicomanie avaient augmenté. L'ASPC a aussi noté que les PÉS ne compromettaient pas la sécurité du personnel carcéral. En dépit de ces observations, le SCC n'a pas encore introduit de programmes pilotes d'échange de seringues dans ses établissements.

Les opposants affirment que la distribution de seringues stériles dans les prisons équivaldrait à fermer les yeux sur l'usage de drogue. En réalité, ce n'est pas un appui à l'usage de drogue illicite par les détenus : c'est une mesure pragmatique de santé publique qui reconnaît que l'on trouve des drogues en prison, que des détenus s'en injectent, et que les efforts pour endiguer le phénomène sont un échec. En revanche, le choix de *ne pas* entreprendre de projet pilote d'échange de seringues, alors que l'on sait que le VIH, le VHC et d'autres infections se propagent dans nos prisons, constitue une résignation à la propagation d'infections parmi les détenus et, à terme, au reste de la communauté.

Qu'avons-nous à apprendre?

L'expérience des prisons où des aiguilles stériles sont disponibles, y compris dans l'évaluation scientifique de plusieurs projets pilotes, nous permet de tirer de

nombreuses leçons. Notamment :

1. *Les PÉS en prison sont sécuritaires*

On peut procéder à l'échange de matériel d'injection d'une manière qui ne menace pas la sécurité des employés et qui, au contraire, accroît leur protection. Depuis l'amorce du premier PÉS dans une prison, en 1992, on n'a rapporté aucun cas d'attaque à la seringue contre un employé ou un autre détenu. D'ailleurs, les détenus doivent généralement garder leur matériel d'injection à un endroit désigné dans leur cellule. Lorsque des employés entrent dans les cellules pour effectuer des fouilles, cette règle propice à leur sécurité a pour effet de réduire les possibilités d'accidents avec des seringues usagées.

2. *Les PÉS en prison ne font pas augmenter l'usage de drogue*

Les évaluations des programmes actuels ont toutes conclu que la disponibilité de matériel d'injection ne conduit pas à une hausse du nombre d'utilisateurs de drogue, ni à une augmentation générale de la consommation, ni à une augmentation de la quantité de drogue disponible dans les prisons.

3. *Les PÉS en prison ne sont pas une approbation de l'usage de drogues illégales et ils ne nuisent pas aux programmes fondés sur l'abstinence*

La drogue demeure interdite dans les établissements où des PÉS sont implantés. Le personnel de sécurité demeure responsable de repérer et de confisquer les drogues illégales. Cependant, il est reconnu que si, et lorsque, des drogues se rendent dans la prison et que des détenus en utilisent, la priorité doit consister à prévenir la transmission du VIH et du VHC par des pratiques d'injection risquées. Par conséquent, bien que les drogues demeurent en soi illégales, les seringues fournies dans le cadre du programme officiel, elles, ne le sont pas.

Dans la plupart des cas, les PÉS sont introduits comme un de plusieurs volets d'une approche plus complète pour contrer les méfaits liés à la drogue – incluant des programmes fondés sur l'abstinence, des traitements de la toxicomanie, des unités sans drogue, ainsi qu'une gamme d'autres mesures de réduction des méfaits. Les évaluations effectuées ont conclu que l'un des effets des PÉS en prison est de faciliter la référence des utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie, ce qui rehausse le nombre de détenus qui entreprennent de tels programmes.

4. *Les PÉS sont fructueux dans divers types de prisons*

Les premiers programmes ont été introduits dans de petites prisons de la Suisse, mais depuis, on en a implanté avec succès dans des prisons pour hommes autant que pour femmes; dans des établissements de petite, moyenne et grande taille; ainsi que dans des établissements de toutes les cotes de sécurité. Après des mises en œuvre réussies dans des prisons où les ressources sont abondantes, des programmes ont aussi été implantés dans des systèmes où les ressources sont très limitées. Il existe plusieurs modèles pour la distribution de matériel d'injection stérile, comme les distributrices automatiques, l'accès auprès du personnel médical ou de conseillers, et la distribution par des détenus ayant reçu une formation d'intervenants auprès des pairs. L'approche adéquate dans un établissement donné dépend de plusieurs facteurs – taille de l'établissement, prévalence de l'injection de drogue, cote de sécurité, population masculine ou féminine, engagement du personnel de santé et « stabilité » des relations entre le personnel et les détenus.

5. *Les PÉS en prison réduisent les comportements à risque et aident à prévenir la transmission de maladies*

Fait encore plus important, les évaluations des programmes en place ont permis de constater que le partage déclaré de seringues avait été radicalement réduit. De plus, on a documenté d'autres effets positifs pour la santé, dans certaines prisons, comme une diminution des surdoses fatales et non fatales, ainsi qu'une diminution de l'incidence d'abcès et d'autres infections associées aux pratiques d'injection.

6. *Les PÉS en prison fonctionnent mieux lorsque l'administration et le personnel de la prison ainsi que les détenus les appuient*

L'appui de l'administration et du personnel de la prison est important; des ateliers d'éducation et des consultations, auprès du personnel correctionnel, devraient être organisés. Cela ne veut pas dire que tous les employés des prisons où de tels programmes ont été introduits étaient en faveur de l'adoption de ces mesures. Dans plusieurs cas, certains étaient d'abord réticents, puis ont accordé leur appui au programme lorsqu'ils ont constaté ses bienfaits.

7. *Les PÉS en prison peuvent être compromis si l'accès aux seringues est limité*

Un accès limité peut résulter d'obstacles physiques, comme le dysfonctionnement de machines distributrices ou le nombre insuffisant de seringues fournies; de pratiques restrictives comme des heures d'ouverture limitées; et de la crainte, parmi les détenus, qu'un manque d'anonymat ou de confidentialité fasse en sorte que le recours au programme ait des répercussions négatives sur leur situation. Afin de profiter des bienfaits des PÉS, les établissements carcéraux doivent veiller à ce que les détenus aient facilement accès à un nombre adéquat de seringues.

Recommandation

Du matériel d'injection stérile devrait être fourni, dans les prisons où des détenus s'injectent des drogues. Dans les systèmes carcéraux où cette mesure n'a pas encore été mise en œuvre, on devrait amorcer immédiatement des projets pilotes à cet effet.

Lectures complémentaires

Collins P. et coll., *Driving the Point Home: A Strategy for Safer Tattooing in Canadian Prisons*, PASAN et Réseau juridique canadien VIH/sida, 2003.

Commission canadienne des droits de la personne, *Protégeons leurs droits: Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, décembre 2003. Dans ce rapport, la Commission canadienne des droits de la personne avait recommandé au Service correctionnel du Canada de procéder à des essais pilotes d'échange de seringues dans trois établissements carcéraux ou plus, dont au moins un pour femmes, avant juin 2004.

Dolan K. et coll., « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction* 98 (2003) : 153–158. Un bon résumé d'évaluations de programmes d'échange de seringues en Suisse, en Allemagne et en Espagne.

Jürgens R., *VIH/sida et prisons: rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, aux p. 56-71. Encore pertinent pour son récit des premiers pas de l'implantation de programmes d'échange de seringues dans des prisons. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Jürgens R., *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needles and Syringe Programmes and Decontamination Strategies, Evidence for*

Action Technical Papers, Organisation mondiale de la santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. Examine des évaluations de programmes d'échange de seringues en prison et conclut que « des données démontrent que les PÉS sont réalisables dans un vaste éventail de contextes carcéraux » et qu'ils « semblent efficaces à réduire le partage de seringues et le nombre d'infections à VIH en résultant ».

Kerr T. et coll., *Needle and Syringe Programs and Bleach in Prisons: Reviewing the Evidence*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008. Un aperçu des données actuelles. Accessible via www.aidslaw.ca/prisons.

Lines R. et H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006. Recommande que des mesures offertes dans la communauté pour prévenir la transmission du VIH, comme la distribution de seringues stériles, soient aussi disponibles en prison.

Lines R. et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales, deuxième édition*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006. Le rapport le plus exhaustif et détaillé sur l'expérience internationale en matière d'échange de seringues en prison. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *Needle Exchange in Prison Framework Program*, 2002. Rapport détaillé sur la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans toutes les prisons de l'Espagne. Une lecture incontournable pour quiconque souhaite voir comment un programme réussi d'échange de seringues s'implante en prison. Accessible en anglais et en espagnol.

Nelles J. et A. Fuhrer, *Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Établissements de Hindelbank – Rapport succinct des résultats de l'évaluation*, Office fédéral de la santé publique, 1995. La première évaluation indépendante d'un programme de distribution d'aiguilles en prison.

Nelles J. et T. Harding, « Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism », *The Lancet* 346 (1995) : 1507–1508. Décrit comment le Dr Franz Probst, médecin à temps partiel à la prison Oberschönggrün, a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en informer le directeur de l'établissement – ce qui a donné naissance au tout premier programme d'échange de seringues dans une prison.

Stöver H., *Study on Assistance to Drug Users in Prisons*, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, 2001. Un aperçu aujourd'hui désuet, mais encore pertinent, des programmes d'échange de seringues en prison.

Stöver H., J. Nelles, « 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 (2003) : 437–444.

6

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.

VIH et hépatite C en prison

7

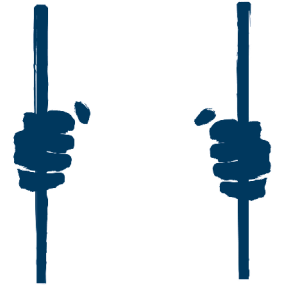
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
- 7. Prévention et traitement : la méthadone**
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Prévention et traitement : la méthadone

Ce feuillet présente d'importants renseignements sur le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) en prison. On y explique qu'il s'agit d'une stratégie de prévention du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) qui offre aux personnes souffrant d'une dépendance à des opioïdes une option supplémentaire pour réduire ou éviter l'utilisation et le partage de seringues.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Pourquoi le TEM?

La méthadone est un narcotique de synthèse à action prolongée, qui se prend par voie orale, pour bloquer les symptômes de manque ou de sevrage des opioïdes comme l'héroïne. L'introduction ou l'expansion du TEM en prison est une stratégie de prévention du VIH et du VHC qui offre aux personnes opiomanes une option supplémentaire pour éviter d'utiliser et de partager des seringues. *L'objectif principal du TEM est d'aider les personnes à cesser de s'injecter, non pas à cesser l'usage de drogue.*

La réduction de la dose de méthadone – dans le but ultime d'aider le patient à cesser l'usage de drogue – peut être un objectif à plus long terme lorsque cela est approprié sur le plan médical et effectué conformément aux bonnes pratiques cliniques.

Depuis le milieu des années 1990, les programmes de TEM ont rapidement pris de l'ampleur dans la communauté. Une quantité considérable de données d'études conclut à leur efficacité pour la réduction des comportements d'injection à risque de transmission du VIH ou du VHC. Les preuves sont aussi convaincantes du fait qu'il s'agit du traitement le plus efficace pour les personnes dépendantes

de l'héroïne, en termes de réduction de la mortalité, de consommation proprement dite et de criminalité. De plus, le TEM attire et retient davantage d'utilisateurs d'héroïne que n'importe quelle autre forme de traitement. En outre, il existe aussi des preuves que les personnes qui sont en TEM mais qui s'en voient retirées parce qu'elles entrent en prison recommencent souvent à utiliser des narcotiques, souvent en prison et par voie d'injection. Il a donc été largement recommandé que ce traitement puisse être poursuivi en prison lorsque la personne le suivait dans la communauté.

L'avènement du VIH soulève encore plus d'arguments en faveur d'offrir le TEM aux détenus qui ne le recevaient pas avant leur incarcération. En prison, bon nombre de détenus qui s'injectent des drogues continuent d'en consommer et ils sont plus susceptibles de partager du matériel d'injection, ce qui engendre un risque élevé de transmission du VIH et du VHC (voir feuillets 2 et 3). Comme dans la communauté, le TEM présente un potentiel de réduire l'injection et le partage de seringues en prison.

Où ce traitement est-il offert?

Dans le monde, de plus en plus de systèmes carcéraux offrent le TEM aux détenus, notamment dans la plupart des pays de l'Europe occidentale (à l'exception de la Grèce, de la Suède et de certains ressorts de l'Allemagne). Des programmes existent aussi en Australie, aux États-Unis, en Iran et en Indonésie. En outre, un nombre croissant de systèmes carcéraux de l'Europe de l'Est et de l'ex-URSS en amorcent dans leurs prisons ou prévoient le faire.

Au Canada, le TEM a été introduit en partie à cause de recommandations incitant les systèmes carcéraux à l'offrir, et en partie à cause d'actions en justice. En Colombie-Britannique, par exemple, une femme séropositive qui recevait de la méthadone sur ordonnance avant son incarcération a intenté une action contre le système carcéral provincial qui lui refusait la continuation de son traitement en prison. Elle a soutenu que, dans ces circonstances, sa détention était illégale. Les autorités carcérales l'ont donc fait examiner par un médecin, qui lui a prescrit de la méthadone, après quoi elle a retiré sa plainte. Un autre cas fut celui d'un homme qui avait développé depuis longtemps une dépendance à l'héroïne

et qui a été condamné à une peine de détention de deux ans moins un jour (donc dans une prison provinciale, au Québec), plutôt qu'à une peine plus longue dans une prison fédérale – pour le motif que cet établissement lui permettrait de recevoir un TEM. La défense a soutenu qu'il était nécessaire de s'occuper des causes à la base des crimes du prévenu, et que le traitement à la méthadone était essentiel pour vaincre sa dépendance.

En septembre 1996, la B.C. Corrections Branch a adopté une politique de continuer la provision de méthadone aux adultes incarcérés qui suivaient ce traitement dans la communauté avant leur incarcération, devenant le premier système carcéral au Canada à donner un accès uniforme au TEM. Le 1^{er} décembre 1997, le Service correctionnel du Canada (SCC) lui a emboîté le pas. Aujourd'hui, dans le système fédéral et la plupart des systèmes provinciaux et territoriaux, les détenus qui suivaient ce traitement avant leur incarcération peuvent le poursuivre en prison.

Moins nombreux sont les systèmes qui permettent aux détenus d'amorcer un TEM pendant la détention. En 2007, seuls le système fédéral et le système provincial de la Colombie-Britannique étaient dotés de programmes d'amorce du TEM. En Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse, à l'Île du Prince-Édouard, en Alberta et au Yukon, les détenus qui demandent le TEM sont référés à un médecin ou à une clinique de santé ou un centre de traitement externe, pour considération.

Y a-t-il des alternatives?

Certains systèmes carcéraux sont encore rébarbatifs à l'idée de permettre aux détenus d'amorcer un TEM en prison, alors que d'autres sont réticents à le rendre disponible même à ceux qui suivaient un tel traitement avant leur incarcération. Certaines personnes considèrent la méthadone comme un stupéfiant parmi tant d'autres, dont la provision ne fait que retarder la croissance personnelle nécessaire à l'évolution vers une existence qui n'est pas centrée sur la drogue. D'autres s'y opposent pour des raisons d'ordre moral, en prétendant qu'elle ne fait que remplacer une dépendance par une autre. Si l'on disposait de méthodes permettant de parvenir à une abstinence durable, on pourrait considérer que les bienfaits de la méthadone sont minces. Cependant, comme l'ont mis en relief Dolan et Wodak, il n'existe pas de telles alternatives, dans la plupart des cas, et

[1]a majorité des patients dépendants de l'héroïne recommencent à s'en injecter après la désintoxication; peu d'entre eux sont attirés par un traitement d'abstinence ou le poursuivent assez longtemps pour parvenir au but. Tout traitement qui, comme le TEM, réussit à conserver la moitié de ceux qui l'entreprennent, réduit considérablement leur usage d'opioïdes illicites et leur activité criminelle, et améliore leur santé et leur bien-être, accomplit beaucoup plus que de substituer une drogue à une autre.

Depuis quelques années, des évaluations de programmes de TEM en prison, au Canada, en Australie et aux États-Unis, ont fourni des données claires sur leurs bienfaits. Par exemple, des évaluations officielles du programme de TEM du SCC ont révélé que les détenus qui recevaient ce traitement présentaient des taux réduits de réincarcération, étaient réadmis moins fréquemment et avaient un taux réduit d'infractions graves liées à la drogue, après leur remise en liberté, comparativement aux individus qui étaient diagnostiqués comme ayant un problème de toxicomanie mais qui ne suivaient pas de TEM.

Autres options de traitement

La buprénorphine est une option relativement nouvelle de traitement de la dépendance aux opioïdes; elle est offerte dans un nombre limité de prisons en Australie et dans quelques pays européens. Les résultats du traitement de substitution à la buprénorphine sont semblables à ceux du TEM. Le choix de l'un ou de l'autre devrait se fonder sur une évaluation clinique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment conclu que la pharmacothérapie à la méthadone ou à la buprénorphine est la forme la plus efficace de traitement de la dépendance aux opioïdes; en 2005, elle a ajouté ces deux médicaments à sa Liste modèle des médicaments essentiels.

La provision du TEM *et* d'autres options de traitement est cruciale; elle respecte le droit des détenus aux formes de soins et d'attention disponibles dans la communauté, plutôt que de nier la réalité de l'injection de drogue en prison.

Recommandation

Le TEM est une forme valable de traitement qui devrait être offerte, avec d'autres options de traitement de la toxicomanie, aux personnes ayant une dépendance aux opiacés, indépendamment du fait qu'elles soient en prison ou en liberté.

Lectures complémentaires

Betteridge G. et G. Dias., *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Fournit un aperçu des politiques habilitantes et des programmes exemplaires et prometteurs en matière de traitement de substitution des opioïdes dans les prisons du Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Service correctionnel du Canada, *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*, 2002.

Dolan K. et coll., « A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system », *Drug and Alcohol Dependence* 72 (2003) : 59–65. Premier en son genre, cet essai a démontré que le TEM en prison réduit l'injection d'héroïne.

Dolan K. et A. Wodak, « An international review of methadone provision in prisons », *Addiction Research* 4(1) (1996) : 85–97. Un bon examen, et l'un des premiers, à documenter la provision de méthadone en prison, à la lumière de correspondances avec des autorités carcérales dans divers pays.

Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues, Service correctionnel du Canada, *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, 1999.

Jürgens R., *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Drug Dependence Treatments, Evidence for Action Technical Papers*, Organisation mondiale de la santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. Examine la recherche sur les traitements de substitution des opioïdes en prison, et conclut qu'il s'agit de « l'intervention la plus efficace qui soit disponible, pour le

traitement de la dépendance aux opioïdes, de même que d'un aspect crucial des efforts pour prévenir la propagation du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues ».

Kerr T. et coll., *Opioid Substitution Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008. Accessible via www.aidslaw.ca/prisons.

Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Renferme de l'information sur l'accès au TEM dans les prisons au Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Stover H. et coll., « Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices in 18 European countries », *International Journal of Prisoner Health* 2(1) (2006) : 3–12.

7

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



VIH et hépatite C en prison

8

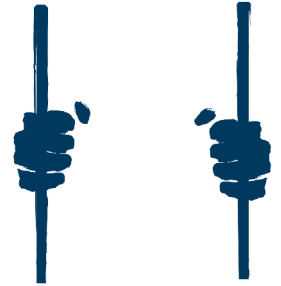
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
- 8. Soins, traitements et soutien**
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Soins, traitements et soutien

Ce feuillet aborde la provision aux détenus de soins, de traitements et de soutien pour le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) qui soient équivalents à ceux auxquels ont accès les autres membres de la communauté.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Le principe de l'équivalence

Les *Directives de l'OMS sur le VIH et le sida dans les prisons*, publiées en 1993, affirment comme principe général que les détenus ont droit, sans discrimination, à des soins de santé, y compris des mesures préventives, qui équivalent à ceux disponibles dans la communauté. Le droit des détenus à un « accès équivalent » aux services de soins de santé offerts dans la communauté est aussi énoncé dans des traités internationaux de l'Assemblée générale des Nations Unies et dans des recommandations de politiques de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Par ailleurs, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et le droit à l'égalité dans l'exercice d'autres droits humains sont explicitement conservés par les personnes en détention et sont reconnus dans plusieurs traités internationaux, notamment le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*.

La plupart des services de santé des prisons canadiennes font de leur mieux

pour fournir les meilleurs soins possibles aux détenus qui vivent avec le VIH, qu'ils réfèrent souvent à des spécialistes de l'extérieur pour des soins et diagnostics spécifiques au VIH. Toutefois, des détenus rapportent qu'ils reçoivent des soins et traitements médicaux d'une qualité inférieure à ceux reçus dans la communauté ou dans un autre établissement de détention.

Autres préoccupations : une augmentation du nombre de détenus malades, le fait que les prisons ne soient pas outillées pour soigner les détenus dont l'état requiert des soins et traitements soutenus ou à long terme (y compris des soins palliatifs) et la difficulté d'accès aux médicaments expérimentaux et aux thérapies alternatives.

Les traitements antirétroviraux

Sans traitement, la plupart des personnes séropositives au VIH développeront éventuellement des maladies associées à l'infection à VIH et décéderont. La norme de traitement de l'infection à VIH inclut une combinaison de médicaments antirétroviraux, appelée thérapie antirétrovirale fortement active (HAART). Au Canada, les détenus

vivant avec le VIH se voient prescrire la HAART. Les régimes de ces traitements sont complexes – certains médicaments doivent être pris avec de la nourriture, d'autres à jeun, certains une fois par jour, d'autres deux fois, plusieurs d'entre eux à des heures précises et régulières de la journée, tous les jours. Le respect du régime prescrit pour ces médicaments est crucial au maintien d'une bonne santé. Plusieurs études ont montré qu'il faut prendre de 90% à 95% des doses tel que prescrit, pour parvenir à une suppression optimale du VIH dans l'organisme. Les interruptions de la HAART peuvent avoir de graves conséquences sur la santé de l'individu et pour la santé publique.

Or des témoignages, des données épidémiologiques et des enquêtes de coroners ont démontré qu'il se produit des interruptions de la HAART dans des prisons fédérales et provinciales. Des détenus affirment être laissés sans leurs médicaments antirétroviraux pendant plusieurs jours, ne pas recevoir les médicaments à l'heure prescrite et ne pas recevoir la dose prescrite. Des manquements au régime se produisent parce que des commandes de médicaments ont été omises, ou parce qu'un détenu est trop malade pour aller chercher ses médicaments à l'unité

de santé, ou en cas de ségrégation ou d'isolement. Le degré élevé de stigmatisation et de discrimination liés au VIH, dans les établissements carcéraux, est un autre facteur pouvant dissuader des personnes séropositives au VIH de demander une HAART en prison. Des détenus ont aussi rapporté avoir manqué des doses de leur HAART lors de l'arrestation, de l'incarcération, de comparutions devant des tribunaux, ou de transfèrement entre les systèmes provincial et fédéral, ou même d'un établissement à un autre du même système. Des détenus signalent avoir été remis en liberté sans qu'on leur donne une certaine réserve de médicaments (ou avec une réserve insuffisante pour avoir le temps de trouver un approvisionnement dans la communauté).

Un traitement adéquat contre la douleur

Certains détenus vivant avec le VIH affirment ne pas recevoir de médicaments appropriés contre la douleur. Dans plusieurs prisons, on est réticent à donner des narcotiques pour le contrôle de la douleur, à cause de la « philosophie » de tolérance-zéro du système carcéral à l'égard de la drogue. Le problème est aggravé par les attitudes envers les personnes qui utilisent des drogues, qui requièrent habituellement des doses plus fortes de médicaments contre la douleur que les non-utilisateurs parce qu'ils ont développé une tolérance aux narcotiques (ce qui peut porter à croire que ces détenus réclament de plus fortes doses d'anti-douleur pour « se droguer » en prison). Or, en l'absence d'anti-douleur appropriés, des détenus peuvent se tourner vers l'usage de drogues illicites, impliquant l'injection non sécuritaire s'ils n'ont pas accès à des seringues stériles, pour calmer leur souffrance.

Recommandations

Les prisons doivent assurer que les détenus reçoivent des soins, des traitements et du soutien équivalents à ceux offerts aux personnes vivant avec le VIH dans la communauté. Ceci inclut notamment un accès au moins équivalent aux éléments suivants :

- la même norme pour le contrôle de la douleur, y compris au moyen de narcotiques lorsque médicalement indiqué;
- un accès normal aux médicaments en essais cliniques et aux thérapies alternatives et complémentaires;
- l'accès à l'information sur les options de traitement;
- un traitement antirétroviral sans interruption; et
- des stratégies de promotion de la santé pour ralentir la progression de leur maladie – y compris la nutrition adéquate, la vaccination et des programmes pour le traitement de la toxicomanie (notamment le traitement de substitution des opioïdes, p. ex. à la méthadone).

À plus long terme, l'approche aux soins de santé en prison devrait évoluer d'un système réactif de déclaration quotidienne de malaises vers un système proactif favorisant le dépistage précoce, la prévention et la promotion de la santé.

Lectures complémentaires

Betteridge G., « Enquête sur la mort d'un détenu co-infecté par le VIH et le VHC – Combien d'autres encore? », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 6(1/2) (2001) : 74–79. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Kerr T. et coll., « Determinants of highly active antiretroviral discontinuation among injection drug users », *Journal canadien des maladies infectieuses* 15(suppl. A) (2004) : 86A. Une étude récente qui démontre que l'incarcération est un facteur indépendant associé à l'interruption de la HAART.

Lines R., « Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 3(4)-4(1) (1997-98) : 31–33. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Lines R. et H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006. Décrit le principe de l'équivalence dans les soins de santé en prison et propose des recommandations pour respecter les normes internationales, dans les soins, le traitement et le soutien en milieu carcéral.

Small W. et coll., *The Experiences of HIV-Positive injection drug users receiving HAART within correctional environments in British Columbia, Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et Département de médecine, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, 2007.

8

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.

VIH et hépatite C en prison

9

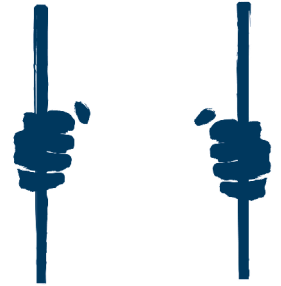
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
- 9. Une stratégie complète**
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Une stratégie complète

Les mesures visant à prévenir le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) (voir feuillets 4–7) et à assurer que les détenus reçoivent des soins, du soutien et des traitements adéquats (voir feuillet 8) sont possiblement les pierres d'assise d'une stratégie complète sur le VIH et le VHC en prison. Toutefois, d'autres mesures s'imposent.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Un rare cas de consensus

Depuis la fin des années 80, un grand nombre d'organisations nationales et internationales – y compris des organismes communautaires, le Comité [canadien] d'experts sur le sida et les prisons (CESP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) – qui ont analysé les questions que soulève le VIH/sida en prison *sont toutes arrivées aux mêmes conclusions et ont toutes formulé les mêmes recommandations.*

Qu'a-t-on recommandé?

Tous les comités et organismes recommandent qu'une *stratégie complète* soit adoptée pour lutter contre le VIH/sida dans les prisons. La liste de recommandations possiblement la plus complète a été dressée en 2006 par l'UNODC, l'OMS et l'ONUSIDA, dans « A Framework for an Effective National Response for HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings ». Afin d'élaborer une réponse nationale efficace au VIH/sida en prison,

qui respecte les normes internationales, met l'accent sur la santé publique, se fonde sur des pratiques exemplaires et appuie la gestion des établissements carcéraux, ce cadre de travail identifie 11 principes et 100 actions pour le traitement des détenus et la gestion des prisons.

Que doit comporter une stratégie complète? Plusieurs éléments ont été décrits dans les feuillets 4–8. Il n'est pas possible d'énumérer ici tous les autres, mais voici les principaux.

Approche stratégique et à long terme

Il est nécessaire que les systèmes correctionnels :

- adoptent une approche proactive plutôt que réactive, à l'égard des problèmes soulevés par le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose et l'usage de drogue en prison;
- s'engagent dans un processus de planification stratégique coordonnée et à long terme;
- coordonnent leurs efforts et collaborent étroitement;
- affectent suffisamment de personnel et de ressources à leurs programmes sur

le sida et les maladies infectieuses;

- impliquent les détenus, le personnel et des experts indépendants, y compris des organismes de lutte contre le VIH/sida, dans le développement de toute initiative entreprise pour réduire la propagation du VIH, du VHC et d'autres agents infectieux;
- s'assurent que les initiatives sont appliquées de manière consistante, en émettant des lignes directrices et des normes applicables, en contrôlant cette application et en tenant les administrations d'établissements responsables de procéder à une application prompte et consistante; et
- évaluent toute initiative avec le concours d'experts indépendants.

Une question de santé

Étant donné que les détenus viennent de la communauté et y retournent, et que ce qui est fait – ou pas fait – dans les prisons, en matière de VIH, d'hépatite et d'usage de drogue, a des répercussions sur la santé de tous les Canadiens, il est nécessaire que les ministères de la Santé adoptent un rôle actif et travaillent en étroite collaboration avec les systèmes

correctionnels afin d'assurer que la santé de tous, y compris les détenus, soit protégée et favorisée. Une autre approche fréquemment préconisée consiste à déléguer le domaine de la santé carcérale aux autorités de santé publique. Depuis 2005, le ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse est responsable de la provision, de l'administration et du fonctionnement des services de santé aux détenus de la province. Cette autorité législative est unique au Canada. D'autres ressorts ont déjà opté pour ce changement, comme la Norvège; l'Angleterre et la Galles, au Royaume-Uni; et l'État de la Nouvelle-Galles-du-Sud, en Australie. En France, où la santé carcérale a été déléguée au ministère de la Santé en 1994, on remarque déjà un effet positif. Chaque prison française a été jumelée à un hôpital public et, d'après l'ONUSIDA, « les conditions se sont améliorées sensiblement depuis le transfert de la responsabilité aux services de santé ».

Le test du VIH

Aucune considération de santé publique ou de sécurité ne justifie le test requis ou obligatoire des détenus pour le VIH, ni le refus aux détenus séropositifs de l'accès à des mesures offertes dans le reste de la communauté. Au contraire, on devrait encourager les détenus à subir un test volontaire du VIH, avec leur consentement spécifique et éclairé, accompagné de counselling pré- et post-test et de la garantie que le résultat du test est confidentiel. Les détenus devraient avoir accès à diverses options de test volontaire de grande qualité et sans préjugés.

Programmes d'éducation à l'intention des détenus

L'éducation des détenus demeure une des priorités les plus importantes pour promouvoir et protéger leur santé. Cette éducation ne devrait pas se limiter à la provision d'une information écrite ou audiovisuelle, mais inclure des séances d'éducation continue, prodiguées ou complétées par des organismes

communautaires de l'extérieur en matière de sida, de santé ou de soutien des détenus. Lorsque possible, les détenus devraient être encouragés et aidés à organiser et mener leurs propres programmes d'éducation, de counselling et de soutien entre pairs.

Programmes d'éducation à l'intention des employés

Les programmes d'éducation pour le personnel sont aussi prioritaires. Il est nécessaire que la formation sur le VIH/sida, l'hépatite et d'autres maladies infectieuses devienne partie intégrante de la formation de base de tous les employés de prison, incluant les agents de correction. En particulier, le personnel devrait apprendre à se comporter avec des détenus vivant avec des pathogènes hématogènes comme le VIH ou le VHC et à respecter leurs droits et leur dignité; savoir qu'il n'y a pas de risque de transmission du VIH et du VHC dans la plupart des contacts avec des détenus; et comprendre l'importance du respect de la confidentialité des renseignements médicaux. Au moins une part de cette formation devrait être prodiguée par des groupes communautaires et des personnes vivant avec le VIH.

Mesures de protection pour le personnel

Il est essentiel de voir à la sécurité au travail des employés de prison. Ces derniers s'inquiètent avec raison de la surpopulation et du manque de personnel dans les établissements carcéraux. Ces facteurs – plutôt que les mesures adoptées pour prévenir la propagation du VIH et du VHC en prison – constituent les véritables menaces à leur sécurité. Les systèmes carcéraux doivent répondre aux préoccupations de leurs employés à ce chapitre.

Politiques en matière de drogue

La loi introduite en 2007 par le gouvernement fédéral, qui vise à établir des peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue, exacerbera inévitablement les problèmes de santé publique en prison. La réduction du nombre d'utilisateurs de drogue qui sont incarcérés doit faire l'objet d'une priorité immédiate. Plusieurs des répercussions de l'usage de drogue en prison, comme la transmission du VIH et du VHC, pourraient être atténuées si l'on développait et offrait des alternatives à l'emprisonnement, particulièrement dans le contexte de crimes liés à la drogue.

Lectures complémentaires

American College of Physicians, National Commission on Correctional Health Care et American Correctional Health Services Association, « The crisis in correctional health care: the impact of the national drug control strategy on correctional health services », *Annals of Internal Medicine* 117(1) (1992) : 72–77. Ce document de position conjoint montre comment des problèmes existants dans les prisons sont exacerbés par la « guerre à la drogue », aux États-Unis.

Betteridge G. et G. Dias, *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Met en relief l'importance d'approches complètes à la prévention du VIH et du VHC et à la réduction des méfaits en prison. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Bollini P. (éd.), *HIV in Prison: A Manual for the Newly Independent States*, Médecins sans frontières, Prison Reform International et Organisation mondiale de la santé, 2001 (édition russe, 2003). Un manuel très utile à l'intention des employés de prison dans les pays de l'ex-URSS. Disponible en anglais et en russe.

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales*, 2006, version consolidée. La Directive 4 (« Législation pénale et régime pénitentiaire ») renferme une recommandation importante sur le VIH en prison (paragr. 21(e)). Accessible via www.unaids.org.

Jürgens R., *VIH/sida et prisons: rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996. Une mise à jour des recommandations du Rapport final de 1994 du Comité d'experts sur le sida et les prisons. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Une mise à jour des recommandations du Rapport final de 1996 du Réseau juridique sur le sujet (voir ci-dessus). Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Lines R., *Des pros pour les détenus : Un guide pour créer et réussir des actions communautaires contre le VIH/sida, pour les détenus*, PASAN, 2002. La ressource canadienne la plus complète sur l'élaboration de services de prévention du VIH et de soutien à l'intention des détenus. Accessible via www.pasan.org.

Lines R. et H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006. Identifie 11 principes et 100 actions pour le traitement des détenus et la gestion des prisons en vue d'une réponse nationale efficace au VIH/sida en prison.

Organisation mondiale de la santé, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, 1993. Accessible à http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3_fre.pdf.

PASAN, *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, 1992. Accessible via www.pasan.org. Adresse des recommandations aux gouvernements fédéral et provinciaux, quant au contenu d'une politique complète sur le VIH/sida en prison.

Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, 1994. Une série de 88 recommandations sur le VIH/sida en prison.

9

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

VIH et hépatite C en prison

10

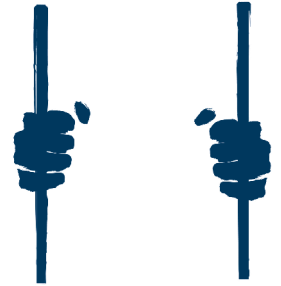
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
- 10. Les détenus autochtones**
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Les détenus autochtones

Toutes les mesures décrites dans les feuillets 4–9 contribueront à contrer des problèmes que les détenus autochtones rencontrent, dans le contexte du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), mais d'autres mesures décrites dans ce feuillet sont aussi nécessaires.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Les chiffres

Dans un verdict rendu en 1999, la Cour suprême du Canada a déclaré que, de nos jours, les prisons avaient remplacé les pensionnats, comme destin éventuel de plusieurs autochtones au Canada. De récentes statistiques révèlent que :

- bien que les autochtones ne représentent qu'environ 3% de la population, ils constituent 20% de l'ensemble des détenus adultes, dans les prisons canadiennes, et jusqu'à 64% de la population carcérale dans la région des Prairies du Service correctionnel du Canada (SCC);
- alors que le taux général d'incarcération parmi les non-autochtones est de 117 par 100 000 adultes, au Canada, celui chez les autochtones a été estimé à 1 024 par 100 000 – soit presque neuf fois plus;
- bien que les autochtones ne constituent que 15% de la population du Manitoba et de la Saskatchewan, ils comptent pour 64% du nombre de personnes admises dans les prisons provinciales au Manitoba et 76% en Saskatchewan, selon une enquête réalisée dans les prisons provinciales en 2000–2001.

Par ailleurs, les données disponibles portent à croire que les communautés autochtones sont exposées à un risque important d'infection à VIH et à VHC. Les autochtones séropositifs ont contracté le VIH en plus bas âge que les non-autochtones; ils sont surreprésentés dans les groupes vulnérables, en particulier parmi les utilisateurs de drogue par injection; et la grande mobilité des autochtones entre les centre-villes et les régions rurales peut apporter un risque de transmission du VIH même dans la communauté autochtone la plus éloignée. Les données disponibles montrent aussi que les autochtones sont surreprésentés parmi les cas déclarés de VIH et de VHC dans les prisons fédérales.

Que doit-on faire?

Les détenus autochtones ont besoin des mêmes mesures préventives (voir feuillets 4–7) et du même niveau de soins, de traitements et de soutien (voir feuillet 8) que les autres détenus.

Ils ont aussi besoin d'initiatives menées par et pour des détenus autochtones, qui reconnaissent leurs besoins particuliers et leurs valeurs culturelles propres et qui leur donnent des opportunités d'améliorer leur santé. Tel que signalé dans un

rapport de 2007 sur les programmes destinés aux autochtones dans les prisons du Canada, les procédures du système pénal (application de la loi, tribunaux et prisons) ne sont souvent pas conformes aux valeurs ou coutumes traditionnelles des autochtones, et les programmes généraux à leur intention sont incohérents et sous-financés. Un plus grand nombre de programmes autochtones doivent être soutenus, financés et encouragés, dans les prisons. Dans son rapport de 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CEPS) a proposé les initiatives suivantes :

- l'établissement de programmes d'information et de prévention qui répondent aux besoins particuliers des détenus autochtones;
- la participation de la collectivité et des pairs à ces programmes;
- l'accroissement des efforts des détenus autochtones, de leurs collectivités et des aînés, avec l'aide du SCC et d'autres organismes, pour améliorer l'état de santé des détenus autochtones;
- l'accroissement des efforts pour réduire la vulnérabilité des détenus autochtones à l'exposition aux

maladies infectieuses, en particulier l'infection à VIH, à la consommation de drogue et à ses dangers ainsi qu'à l'incarcération.

Le CESP a formulé un ensemble de recommandations qui comprend les suivantes :

- le SCC devrait veiller à ce que les détenus autochtones aient accès aux guérisseurs, aux cérémonies de guérison et aux médicaments traditionnels;
- il faudrait créer des programmes d'éducation et de prévention qui répondent aux besoins spécifiques des détenus autochtones;
- il faudrait encourager des groupes d'autochtones, des aînés et des guérisseurs à fournir ces programmes;
- le SCC, de concert avec Santé Canada et d'autres instances, devrait financer des groupes, des aînés ou des guérisseurs autochtones qui fourniront cette éducation;
- il faudrait encourager et aider les détenus autochtones à mettre au point leurs propres programmes d'éducation, de counselling et de soutien par les pairs;
- le SCS, de concert avec Santé Canada et d'autres instances, devrait financer ces programmes.

Par ailleurs, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a recommandé des mécanismes judiciaires alternatifs pour les contrevenants autochtones, comme des cercles de sentence et des pavillons de ressourcement, qui misent sur la guérison des victimes et de la communauté, ainsi qu'un « continuum des soins » pour relier les contrevenants autochtones à leur culture et à leurs familles et communautés avec l'aide d'aînés, d'agents de liaison et d'agents correctionnels autochtones. Depuis quelques années, le SCC a entrepris diverses mesures visant à fournir une éducation adaptée aux besoins des détenus autochtones, et il a élaboré une stratégie

ainsi qu'un plan d'action relativement aux autochtones et au VIH/sida dans les prisons. Par exemple, des « gardiens du savoir » qui servent de conteurs traditionnels ont reçu une formation de pairs éducateurs à la santé pour aider à prévenir et à réduire la propagation du VIH parmi les détenus autochtones dans les prisons fédérales. Cependant, les progrès se font à petit pas – et il faut faire encore beaucoup plus.

En outre, la mise en œuvre des recommandations ainsi que l'adoption de stratégies et d'actions liées au VIH/sida et aux détenus autochtones, bien qu'essentielles, ne seront pas suffisantes. Plusieurs enquêtes gouvernementales ont conclu que l'échec du système judiciaire pour les autochtones est de proportions écrasantes. Comme l'a affirmé la Cour suprême du Canada : « Ces conclusions lancent un appel criant pour que l'on reconnaisse l'ampleur et la gravité du problème, et pour que l'on agisse afin de le réduire. » [trad.] Tous les efforts devraient être faits pour détourner les autochtones des avenues de l'incarcération, au profit d'autres alternatives.

Lectures complémentaires

Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, novembre 2007. Fait état de la situation du VIH/sida parmi les détenus autochtones au Canada. Accessible via www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index_f.html.

Barlow J.K. et coll., *Cercle des gardiens du savoir : Trousse de formation du programme Counseling et éducation par les pairs à l'intention des délinquants inuits, métis et des premières nations*, Service correctionnel du Canada, 2001. Un programme national de formation pour des pairs éducateurs autochtones en prison, préparé par le Réseau canadien autochtone du sida, pour le SCC.

Betteridge G. et G. Dias, *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Renferme une section sur les détenus autochtones, qui identifie des orientations, des recommandations et des perspectives internationales ainsi que des programmes exemplaires et prometteurs. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Kong R. et K. Beattie, *La collecte de données sur les Autochtones dans le système de justice pénale : méthodes et défis*, Centre canadien de la statistique juridique, 2005. Fait état des données nationales sur les autochtones qui entrent en contact avec le système de justice pénale canadien et des défis dans la collecte et la dissémination de ces données. Accessible via www.statcan.ca.

Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. De l'information sur les programmes sida pour autochtones dans les prisons du Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

R. c. *Gladue*, [1999] 1 R.C.S. 688. Une décision de la Cour suprême du Canada qui constitue une lecture incontournable. Accessible via www.scc-csc.gc.ca.

Réseau canadien autochtone du sida, *Aboriginal People and Incarceration Issues Related to HIV/AIDS, Hepatitis C and Residential Schooling*, juillet 2006. Décrit des facteurs qui contribuent à la prévalence du VIH et du VHC parmi les détenus autochtones au Canada.

Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau canadien autochtone sur le sida, *Le VIH/sida et les autochtones : questions juridiques*, 1999. Une collection de neuf feuillets d'information sur des questions de discrimination, de compétence et financement ainsi que de test et confidentialité. Accessible via www.aidslaw.ca/autochtones.

Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, 1994, aux p. 135–141. Description et analyse de la situation des détenus autochtones.

10

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

VIH et hépatite C en prison

11

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
- 11. Les femmes détenues**
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Les femmes détenues

Toutes les mesures décrites dans les feuillets 4–9 contribueront à contrer des problèmes que les détenues rencontrent, dans le contexte du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), mais d'autres mesures décrites dans ce feuillet sont aussi nécessaires.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Les chiffres

Les études de séroprévalence effectuées dans des prisons du Canada, comme dans des prisons d'autres pays, ont démontré que l'infection à VIH et à VHC est prévalente parmi les femmes incarcérées, en particulier parmi celles qui ont des antécédents d'injection de drogue. De fait, la prévalence du VIH et du VHC parmi les femmes est généralement plus forte que parmi les hommes, en prison. Une étude de 2003 dans des prisons provinciales au Québec, par exemple, a conclu à un taux de prévalence du VIH de 8,8% parmi les détenues, alors que ce taux chez les détenus de sexe masculin était de 2,4%. Cette même étude a mesuré un taux de prévalence du VHC de 29,2% parmi les femmes, comparativement à 16,6% parmi les hommes, en prison. En 2005, on comptait 3,6% de détenues séropositives dans les établissements fédéraux pour femmes, comparativement à 1,6% de détenus séropositifs de sexe masculin dans les prisons fédérales, au Canada. D'ailleurs, au Canada, de plus en plus de femmes – non seulement de détenues – sont touchées par le VIH, en particulier parmi celles qui s'injectent de la drogue ou dont les partenaires sexuels sont exposés à un risque accru de

contracter le VIH :

- les cas de sida chez des femmes adultes représentaient 5,6% de l'ensemble des cas recensés avant 1990; cette proportion est passée à 8,3% en 1995, à 16% en 2001, puis à 24,2% en 2006;
- la proportion des cas de sida attribués à l'injection de drogue, dans les cas recensés chez les femmes adultes, s'est accrue considérablement, passant de 7,3% avant 1990 à 24,7% en 2006;
- selon des estimations, 11 800 femmes vivaient avec le VIH au Canada, à la fin de 2005, soit 20 p. cent du nombre total de cas. Cela représente une augmentation de 23% par rapport à la fin de 2002, où ce nombre était estimé à 9 600;
- la proportion de cas déclarés de VIH attribuables aux contacts hétérosexuels a augmenté, parmi les femmes, passant de 47,9% pour la période 1985–2000 à 61,1% en 2006.

Que doit-on faire?

Les femmes incarcérées ont besoin des mêmes mesures préventives (voir feuillets 4–7) et du même niveau de soins, de traitements et de soutien (voir feuillet 8) que les détenus de sexe masculin.

Elles aussi besoin d'initiatives qui reconnaissent que leurs problèmes dans le milieu carcéral reflètent, et sont exacerbés par, la vulnérabilité et les abus dont elles souffrent hors des prisons. La tâche de protéger les détenues contre la transmission du VIH et du VHC présente donc des défis particuliers – et parfois plus grands – que dans le cas des détenus de sexe masculin.

Questions sous-jacentes

En toile de fond à plusieurs des problèmes que les femmes rencontrent, en prison, réside le fait que, comme l'a reconnu l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), « la majorité des femmes incarcérées appartiennent à des groupes sociaux marginalisés non seulement à cause de leur sexe, mais également de leur race, de leur classe sociale, de leur orientation sexuelle, de leur invalidité, de l'usage

d'intoxicants et(ou) de leur situation de travailleur faisant commerce de leur corps ». Les détenues éprouvent souvent plus de problèmes de santé que les hommes incarcérés. Un grand nombre d'entre elles souffrent de maladies chroniques résultant de la pauvreté, de la consommation de drogue, de la violence familiale, d'agressions sexuelles, de grossesses pendant l'adolescence, de malnutrition et d'une piètre hygiène préventive.

Plusieurs femmes séropositives au VIH ou au VHC ne reçoivent pas aussi rapidement que les hommes les services de diagnostic et de traitement dont elles pourraient bénéficier. Parmi les raisons de cet état de fait, mentionnons d'abord qu'il arrive souvent que les femmes ne savent pas qu'elles ont été exposées au VIH ou au VHC par leurs partenaires sexuels ou d'injection. Deuxièmement, il arrive souvent que les besoins différents des femmes séropositives au VIH ou au VHC soient laissés pour compte et que les services de soutien de la société et de la collectivité soient moins disponibles et moins accessibles pour elles. Les femmes sont souvent moins bien informées sur le VIH et le VHC et ne bénéficient pas des structures dont elles ont besoin. Troisièmement, les maladies attribuables à l'infection à VIH sont souvent différentes de celles chez les hommes, d'où le fait qu'on les reconnaît moins bien ou plus tard. Ainsi, les cas de VIH ou de sida sont souvent diagnostiqués à un stade plus avancé chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes constituent une minorité de la population carcérale dans la plupart des pays, notamment au Canada, et sont souvent logées dans de petites unités adjacentes à des prisons pour hommes, où les services de santé sont susceptibles d'être conçus pour des hommes. Souvent, le petit nombre de femmes détenues rend difficile pour les autorités carcérales de justifier des services particuliers pour elles. Étant donné qu'il existe moins d'établissements pour femmes, les femmes détenues sont plus susceptibles de se retrouver loin de leurs familles,

communautés et réseaux de soutien. Par ailleurs, les organismes communautaires de services aux détenus pourraient avoir plus de difficulté à joindre les femmes que les hommes, en prison. Outre les risques associés à l'injection de drogue, souvent pratiquée avec des instruments non stériles et partagés, les femmes détenues peuvent être exposées à un risque de contracter le VIH ou le VHC par le tatouage ou le perçage avec du matériel contaminé. L'auto-mutilation, qui consiste à s'infliger des coupures à la peau – phénomène peu étudié en prison –, est probablement plus répandue chez les femmes que chez les hommes incarcérés. Au Canada, un expert a conclu que l'auto-mutilation parmi les femmes détenues est une stratégie d'adaptation souvent liée à des expériences d'abus sexuel pendant l'enfance.

En conséquence, les besoins des détenues en matière de VIH et de VHC sont différents de ceux des hommes incarcérés et le besoin de programmes de prévention dans les établissements pour femmes est peut-être encore plus urgent que dans les établissements pour hommes.

Recommandation

Il est nécessaire que les systèmes carcéraux agissent sans délai pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation et de prévention du VIH et du VHC à l'intention spécifique des femmes détenues.

Lectures complémentaires

Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, novembre 2007. Fait état de la situation du VIH et du sida parmi les femmes au Canada. Accessible via www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index_f.html.

Betteridge G. et G. Dias, *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Les pages 91–97 contiennent des observations, des recommandations et des exemples de programmes exemplaires et prometteurs pertinents aux femmes détenues. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Csete J., *Vecteurs, véhicules et victimes : le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005. Renferme une section sur les détenues et le VIH. Accessible via www.aidslaw.ca/femmes.

DiCenso A. et coll., *Ouvrir notre avenir – Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, PASAN, 2003. Le rapport canadien le plus détaillé à propos du VIH et du VHC parmi les femmes en prison. Accessible via www.pasan.org.

Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons: trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Un aperçu des programmes sur le VIH/sida pour les femmes, dans les prisons du Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users*, 2006. Décrit les obstacles dans l'accès aux services pour les femmes qui s'injectent des drogues, y compris en prison. Accessible via www.unodc.org.

Organisation mondiale de la santé,
*Directives de l'OMS sur l'infection à VIH
et le SIDA dans les prisons*. D'importantes
recommandations (44 à 46) concernant les
détenues. Accessible à
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_
GPA_DIR_93.3_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3_fre.pdf).

Service correctionnel du Canada, *Le
VIH/sida en milieu carcéral : Rapport
final du Comité d'experts sur le sida et
les prisons*, 1994, aux p. 130–135. Discute
d'enjeux particulièrement pertinents aux
femmes dans les prisons canadiennes.

11

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



VIH et hépatite C en prison

12

Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
- 12. Autres populations incarcérées**
13. Une obligation morale et légale d'agir

Autres populations incarcérées

En prison, les jeunes, les personnes transgenre et transsexuelles ainsi que les personnes de minorités ethnoculturelles ont besoin des mêmes mesures de prévention et du même degré de soins, de traitements et de soutien que les autres détenus (voir feuillets 4 à 8). Toutefois, des mesures pour et par ces populations incarcérées sont nécessaires, pour tenir compte de leurs besoins particuliers et de leurs valeurs culturelles propres, et promouvoir des occasions propices à l'amélioration de leur santé.

Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



Dans « A Framework for an Effective National Response for HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings » [Cadre de travail pour une réponse nationale efficace en prévention, soutien, soins et traitements pour le VIH/sida en contexte carcéral], l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'Organisation mondiale de la santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida soulignent qu'il est essentiel que les programmes et services soient adaptés aux besoins particuliers des populations minoritaires ou vulnérables, dans le système carcéral, y compris les jeunes contrevenants, les détenus transgenre et transsexuels ainsi que les détenus de minorités ethniques. Cela requiert que les besoins particuliers des détenus de populations vulnérables soient pris en considération dans la conception des politiques et programmes, et nécessite des mécanismes de collaboration et de financement afin d'inclure des services, en prison, pour ces personnes.

Jeunes incarcérés

Les publications de recherche sont rares, à propos de la prévalence du VIH, du VHC et des comportements à risque parmi les jeunes en détention, non seulement au Canada mais à l'échelle mondiale. Une étude ontarienne publiée en 1994 n'a trouvé aucun cas de séropositivité au VIH parmi 1 582 jeunes à l'admission en détention. Cependant, environ 3% des jeunes hommes et 2% des jeunes femmes avaient des antécédents d'injection de drogue. En 2006, une étude réalisée en Colombie-Britannique auprès de 417 jeunes en détention a révélé que ceux-ci admettaient avoir eu une panoplie de comportements à risque, avant l'admission en prison, et dans une moindre mesure certains comportements à risque pendant leur détention, ce qui les rend vulnérables à contracter des ITS et des virus à transmission hémotogène.

Aucun ressort n'est doté de politiques complètes sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits pour les jeunes en détention. Seul un petit nombre de ressorts sont dotés de politiques adéquates sur l'éducation et l'information pour les jeunes (i.e. la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest) et relativement à la provision de

condoms, digues dentaires et lubrifiant, pour les jeunes (Territoires du Nord-Ouest). Bon nombre de politiques sur la prévention du VIH et du VHC et sur la réduction des méfaits, pour les jeunes, sont spécifiques à des établissements plutôt que d'être appliquées uniformément à l'échelle provinciale.

Dans les *Lignes directrices de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA en prison*, parues en 1993, il est souligné que des programmes d'éducation sanitaire adaptés aux besoins des jeunes détenus devraient être organisés pour « encourager l'adoption d'attitudes et de comportements de nature à préserver des maladies transmissibles, y compris le VIH ». En 1996, le Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) a publié des lignes directrices et recommandations complètes au sujet des jeunes en prison, en Ontario, dans le contexte du VIH/sida – notamment en ce qui concerne les besoins de ces jeunes pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits. Les principes applicables à la réduction des méfaits sont que :

- les jeunes en détention qui vivent avec le VIH/sida ont un droit fondamental au regard du maintien de leur santé, vu en particulier que le principe de la réhabilitation est d'importance suprême dans la structure de la justice pénale à l'égard des jeunes; et que
- les jeunes en détention ont le droit de pouvoir se protéger contre l'infection par le VIH, et à l'éducation et l'accès au matériel de protection approprié (comme les condoms, l'eau de Javel et les seringues stériles).

En conséquence, tous les jeunes en détention et tous les employés qui leur fournissent des services devraient recevoir une éducation complète sur le VIH/sida. Les autres recommandations concernent l'accès à des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant et d'autres éléments nécessaires à la pratique du sécurisexe; la mise en œuvre d'un programme confidentiel d'échange de seringues; la distribution de trousseaux d'eau de Javel ainsi que d'équipement et de fournitures de tatouage et de perçage corporel; et l'accès à des programmes de traitement pour les jeunes en détention qui sont aux prises avec des problèmes d'usage de drogue.

Détenus transgenre et transsexuels

Une recherche réalisée en 1999 par le PASAN a fait état de discrimination et de stigmatisation à l'égard des détenus transgenre ou transsexuels d'homme à femme, lorsque ces personnes lorsqu'elles étaient hébergées dans des prisons pour hommes, ce qui les rendait vulnérables à contracter le VIH et le VHC. Certains détenus transgenre ont dit avoir des relations sexuelles consensuelles; d'autres peuvent échanger des rapports sexuels contre une certaine protection, pour leur sécurité, ou être agressés sexuellement dans d'autres contextes. Le partage de matériel d'injection, pour l'usage illicite d'hormones féminines, est un autre facteur spécifique de risque de contracter le VIH et le VHC, pour les détenus transgenre. Dans l'ensemble,

les conclusions du rapport indiquent que les politiques et programmes fédéraux et provinciaux ne satisfaisaient pas les besoins de cette population en termes de prévention du VIH, ni de réduction des méfaits, à l'époque

Il n'y a toujours pas de programmes particuliers pour les détenus transgenre et transsexuels, dans les prisons du Canada. Afin de répondre aux besoins de cette population en prison, les recommandations du PASAN sont notamment :

- des séances individuelles d'éducation sur le VIH/sida, et de l'information, pour les détenus transsexuels et transgenre, à leur admission en prison et à leur remise en liberté;
- la protection des détenus transsexuels et transgenre, contre les détenus qui ont des antécédents d'agression sexuelle; et
- la possibilité choisir dans quel secteur de la prison ils sont placés.

Détenus de minorités ethnoculturelles

Selon les données du SCC, les détenus noirs constituent, après le segment des détenus autochtones, le plus grand groupe « ethnique » dans les établissements du SCC – avec une proportion de 6,2%, bien que les communautés noires ne constituent qu'environ 2% de la population générale du Canada. Comme c'est le cas des détenus autochtones de ressort fédéral, la proportion de personnes noires en prison varie considérablement d'une région à l'autre, et une grande diversité s'observe dans les traditions et la culture de ces détenus. Des statistiques révèlent une prévalence croissante du VIH parmi certaines minorités ethnoculturelles, et une augmentation de la proportion du nombre total de cas de VIH et de sida en lien avec des personnes venues au Canada de pays où le VIH est endémique. Dans ce groupe, les femmes constituent plus de la moitié des cas d'infection à VIH. La plupart des personnes originaires de pays à forte

prévalence du VIH s'identifient comme étant noires.

Les personnes de pays à forte prévalence du VIH sont affectées de manière disproportionnée par plusieurs facteurs sociaux, économiques et comportementaux qui ne font pas que rehausser leur vulnérabilité à contracter le VIH, mais qui font aussi obstacle à leur accès à des programmes de prévention, de test et de traitement. Deux enquêtes communautaires, réalisées dans des communautés africaines et caraïbes, au Canada, et parmi des fournisseurs de services, ont démontré que des facteurs comme le racisme, la situation de sans-abri et de précarité, la pauvreté, le manque d'emploi ainsi que des préoccupations liées au statut d'immigration et à l'établissement dans un nouveau pays constituent des obstacles à l'accès à des programmes. Les enquêtes ont identifié d'autres obstacles, notamment la peur et la stigmatisation, le déni comme mécanisme de protection, l'isolement social et le manque de soutien, la perte d'emploi, la crainte d'être déporté, la discrimination, les relations de pouvoir ainsi que les particularités et attitudes culturelles concernant la transmission du VIH, l'homosexualité, le statut de la femme, la sexualité et les rapports sexuels. Outre le constat de ces obstacles, les études ont permis de constater un manque de services culturellement compétents et accessibles, au Canada, dû à des facteurs de localisation, de limites linguistiques, de non-gratuité des soins de santé dans certains cas (selon le statut d'immigration). Dans le contexte carcéral, la plupart de ces obstacles sont renforcés.

Néanmoins, hormis des programmes pour détenus autochtones, il n'y a pas de programme de prévention du VIH et du VHC ni de réduction des méfaits, pour les minorités ethnoculturelles dans les prisons du Canada. Il se peut que les politiques et programmes actuels ne soient pas adéquats pour les besoins des détenus de ces communautés, à ces égards – vu notamment la diversité croissante de la population canadienne et, par extension, de la population carcérale; vu aussi le

racisme systémique et la tendance récente à une incarcération disproportionnée de personnes noires.

Au palier fédéral, le SCC a adopté une politique pour voir aux besoins des détenus de minorités ethnoculturelles, incluant tous les efforts raisonnables en termes de programmes et services adaptés à la langue, culture ou spiritualité, dans les établissements ou dans la collectivité. Par ailleurs, dans les régions où des services sociaux et culturels communautaires sont disponibles, les unités opérationnelles doivent y faciliter et encourager l'accès. La politique a également mis sur pied des comités consultatifs ethnoculturels. Cependant, il ne semble pas y avoir de programmes pour ces détenus, en relation avec le VIH/sida, le VHC ou d'autres facettes de la santé.

Afin de répondre aux besoins particuliers des détenus de communautés ethnoculturelles :

- Du financement devrait être disponible aux organismes communautaires qui travaillent auprès de minorités ethnoculturelles et raciales, afin de fournir de l'éducation à la prévention aux détenus de ces communautés, de même que des soins, des traitements et du soutien à ceux qui vivent avec le VIH/sida.
- Une éducation sur la réduction des méfaits, culturellement appropriée, répondant aux divers comportements, valeurs et croyances des détenus, et fournie de manière adaptée à leurs besoins sociaux, culturels et linguistiques, devrait être élaborée et fournie en prison.
- Des dépliants, des feuillets et d'autres documents devraient être traduits dans les langues et langages que comprennent les détenus, afin d'être accessibles.
- Les agences devraient élaborer des stratégies pour identifier et abolir les obstacles culturels à l'accès aux services.

- Des recherches sont nécessaires et urgentes, en ce qui touche les pratiques exemplaires en matière de prévention du VIH et du VHC pour les détenus de minorités ethnoculturelles et raciales.

Lectures complémentaires

Batelaan, Lydia, *HIV/AIDS in Youth Custody Settings: A Comprehensive Strategy*, PASAN, 1996. Présente des lignes directrices complètes et 14 recommandations pour la prévention du VIH et du VHC parmi les jeunes en détention. Accessible via www.pasan.org.

Betteridge G. et G. Dias., *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Les pages 110 à 118 décrivent des observations ainsi que des programmes exemplaires et prometteurs pour les détenus jeunes, transgenre, transsexuels ou de minorités ethnoculturelles. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Calzavara L. et coll., *The Study of HIV Prevalence in Ontario Jails, Detention and Youth Centres: Final Report*, Université de Toronto, 1994.

Lines R. et H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006.

Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, novembre 2007. Fournit de l'information sur la situation du VIH/sida parmi les jeunes, les personnes de pays à forte prévalence du VIH et les détenus au Canada. Accessible via http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index_f.html.

Scott A.V. et R. Lines, *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual and Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, PASAN, mai 1999. Accessible via www.pasan.org.

12

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

VIH et hépatite C en prison

13

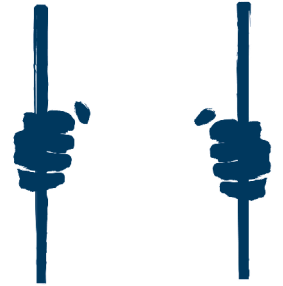
Ce feuillet fait partie d'une série de treize portant sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

1. VIH et hépatite C en prison : les faits
2. Comportements à risque élevé en prison
3. Transmission du VIH et du VHC en prison
4. Prévention : les condoms
5. Prévention : l'eau de Javel
6. Prévention : les programmes d'échange de seringues
7. Prévention et traitement : la méthadone
8. Soins, traitements et soutien
9. Une stratégie complète
10. Les détenus autochtones
11. Les femmes détenues
12. Autres populations incarcérées
13. Une obligation morale et légale d'agir

Une obligation morale et légale d'agir

Les systèmes carcéraux ont une responsabilité morale et légale de faire ce qu'ils peuvent pour prévenir la propagation de maladies infectieuses parmi les détenus et de fournir des soins, des traitements et du soutien équivalents à ceux offerts hors des prisons. La qualité de la prévention et des soins en prison nous concerne tous – détenus, employés et grand public.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Le devoir de l'État en matière de santé

Par sa nature même, l'incarcération implique la perte du droit à la liberté. Cependant, les détenus conservent tous leurs droits et privilèges « sauf ceux qui sont limités ou retranchés du fait de leur peine ». Au Canada, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, qui régit les prisons fédérales, reconnaît explicitement ce principe. En particulier, les détenus, comme toute autre personne, ont droit au plus haut niveau atteignable de santé physique et mentale : le devoir de l'État en matière de protection et de promotion de la santé ne s'arrête pas à la porte des prisons.

Les recommandations sur le VIH/sida, le virus de l'hépatite C (VHC) et l'usage de drogue en prison soulignent toutes l'importance de la prévention en milieu carcéral et suggèrent toutes que des condoms, de l'eau de Javel, du matériel d'injection stérile et des traitements d'entretien à la méthadone soient à la disposition des détenus. Elles soulignent aussi la nécessité de fournir aux détenus des soins, des traitements et du soutien équivalents à ceux offerts dans le reste de la communauté. En vertu des *Directives*

de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons (1993), « [t]ous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalant à ceux qui sont mis à la disposition de la communauté sans discrimination aucune ». L'OMS affirme que les autorités carcérales ont la responsabilité d'implanter des politiques et des pratiques qui créeront un environnement plus sûr et qui diminueront le risque de transmission du VIH entre les détenus et le personnel. Cela est sous-entendu dans la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, qui stipule que la prestation des soins de santé « doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues » – ce qui implique vraisemblablement que les détenus ont droit à l'équivalence dans les services de santé essentiels, y compris les programmes de prévention.

Actions en justice par des détenus

Le recours au droit peut servir à contraindre les systèmes carcéraux à mettre en œuvre des mesures préventives ou à faire reconnaître leur responsabilité pour ne l'avoir pas fait et pour la transmission conséquente du VIH dans

les prisons.

Dans quelques cas, des détenus ont intenté des actions en justice afin d'obtenir l'accès à des condoms et à des traitements à la méthadone. Dans de tels cas, cette approche a été le catalyseur nécessaire à l'avènement de changements prônés depuis longtemps. Les tribunaux n'ont pas nécessairement eu à se prononcer sur le contenu des causes en question étant donné que les gouvernements et les autorités carcérales, au moins en partie à cause des poursuites intentées, ont toujours réagi en fournissant les condoms et la méthadone avant que les autorités judiciaires ne leur ordonnent de le faire.

Dans au moins deux cas, des détenus australiens ont intenté des actions en justice pour toucher des compensations en dommages pour le fait qu'ils aient contracté le VIH en prison. Le premier était un détenu dont la séroconversion a eu lieu pendant qu'il était dans un établissement à sécurité maximale du Queensland (Australie) et qui a intenté une action en dommages pour négligence contre le système carcéral. La poursuite a éventuellement été abandonnée pour des raisons de coûts. L'autre détenu a livré son témoignage de son lit d'hôpital,

affirmant qu'il avait contracté le VIH pendant qu'il était sous le contrôle et la garde des autorités carcérales de l'État de la Nouvelle-Galles du Sud. Il avait intenté une poursuite pour négligence contre les autorités pour ne pas lui avoir fourni des condoms et de seringues pendant son incarcération. Il est cependant décédé peu de temps après le début des audiences préliminaires et n'a laissé ni succession, ni dépendants – ce qui a clos l'affaire.

En 1997, en Afrique du Sud, un ex-détenu a intenté une poursuite contre le Département des services correctionnels, après avoir contracté le VIH en prison. L'affaire a été réglée hors cour et les conditions de l'entente n'ont pas été divulguées. Le Département des services correctionnels aurait « nié toute responsabilité » dans l'infection du plaignant, en reconnaissant toutefois que les détenus n'avaient pas accès à des condoms avant 1996.

Au Canada, en 2002, un détenu a soutenu avoir contracté le VIH en prison en raison de négligence de la part du système correctionnel; il affirme aussi qu'après avoir contracté le VIH il n'a pas eu accès aux soins appropriés. Il a poursuivi en justice le Service correctionnel du Canada pour obtenir des dommages-intérêts; l'affaire a été réglée hors cours et les conditions de l'entente n'ont pas été divulguées.

Ces affaires judiciaires revêtent de l'importance, mais les détenus ne devraient pas avoir à s'adresser aux tribunaux pour faire reconnaître leurs droits d'avoir accès à des moyens de prévention ou aux soins dont ils ont besoin. Pour fournir les moyens de prévention contre le VIH et le VHC et des soins, des traitements et du soutien adéquats, il serait préférable que les systèmes correctionnels agissent rapidement, au lieu d'attendre des décisions judiciaires.

Pourquoi faut-il y voir?

Même s'ils sont derrière les barreaux, les détenus font partie de nos communautés. Tôt ou tard, la plupart des détenus retournent dans la communauté. Certains vont et viennent entre la communauté et la prison. Les personnes incarcérées ont droit au même niveau de soins et de protection que tout le monde – leur punition consiste à passer du temps en prison, non pas à contracter des infections :

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

La mise en œuvre de mesures de prévention du VIH et du VHC, en prison, et la fourniture aux détenus de soins de santé équivalents à ceux du reste de la communauté sont dans l'intérêt de toutes les parties concernées. Des mesures adéquates pour prévenir la propagation du VIH, du VHC et d'autres infections en prison profiteront aux détenus mais aussi au personnel carcéral et au grand public. Les détenus seront protégés contre l'exposition à des maladies possiblement mortelles qui ne devraient pas faire partie de leur peine. Le personnel sera protégé parce que la diminution de la prévalence d'infections dans les prisons diminuerait du même coup le risque d'exposition à ces infections dans leur travail. Le grand public en tirera aussi profit puisque la plupart des détenus ne font qu'un bref séjour en prison puis réintègrent la communauté. Pour protéger la population générale, les mesures de prévention doivent être accessibles en prison comme à l'extérieur.

Lectures complémentaires

Betteridge G., « La santé et les droits humains des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 9(3) (2004) : 105–108. Aborde les responsabilités juridiques des systèmes carcéraux. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Betteridge G. et G. Dias, *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida et PASAN, 2007. Décrit les droits des détenus en vertu du droit international des droits de la personne ainsi que le droit des détenus à la santé au Canada. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Elliott R., « Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel », annexe 2 dans R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Kloeze D., « Poursuite d'un détenu contre le SCC », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 6(3) (2002) : 14–16. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

Krever, Honorable H., *Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada: rapport final*, volumes 1–3, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Un rapport qui devrait inciter les gouvernements à dépasser le stade des approches fragmentées et réactives, devant la crise de santé publique qui sévit dans les prisons.

Malkin I., « Rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant leur incarcération », annexe 1 dans R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *HIV/AIDS in Prisons – Statement by UNAIDS*, Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme (52^e session, item 8 à l'ordre du jour), avril 1996. Déclaration à l'effet que le traitement des détenus dans plusieurs pays constitue une violation de leurs droits humains.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Réseau juridique canadien VIH/sida, *La poursuite des droits : Études de cas sur le traitement judiciaire des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH*, 2006. Accessible via www.unaids.org.

Skirrow J., « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 4(2-3) (1999) : 39–47. Neuf leçons à retenir de la commission Krever. Accessible via www.aidslaw.ca/revue.

12

Ce feuillet d'information contient des renseignements d'ordre général. Il ne constitue pas un avis juridique.

Quatrième édition révisée et mise à jour, 2008.

On peut télécharger ce feuillet à partir du site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/lesprisons. Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies de ce feuillet, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquer avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. *This info sheet is also available in English.*

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les constats, interprétations et points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida