

VISEZ JUSTE :

Recommandations pour la mise en œuvre de programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons canadiennes



PRÉPARÉ PAR :

Emily van der Meulen
Stéphanie Claivaz-Loranger
Seth Clarke
Annika Ollner
Tara Marie Watson

Janvier 2016

Citation du rapport :

Emily van der Meulen, Stéphanie Claivaz-Loranger, Seth Clarke, Annika Ollner et Tara Marie Watson (2016). *Visez juste : Recommandations pour la mise en œuvre de programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons canadiennes*. Toronto, ON.

Remerciements :

Nous aimerions souligner le travail, le soutien et les contributions de Molly Bannerman, Sandra Ka Hon Chu, Ann De Shalit, Richard Elliott, Rania El Morsy, Sarah Ovens, Amanda Sissons, Kim Trenchard et Krysta Williams. Nous remercions aussi Ryan White pour la conception graphique et la mise en page percutantes.

www.urgencesanteprison.ca

ISBN : 978-1-926789-10-1

Table des matières

Introduction	4	Répondre aux arguments contre les PSAP	25
Le réel besoin de PSAP au Canada.....	5	- Incompatibilité des PSAP avec les politiques antidrogues de SCC	
- Conditions de vie dans les prisons et populations de détenus et détenues		- Augmentation de l'usage de drogue	
- Usage de drogue et programmes de réduction des méfaits en prison		- Utilisation des aiguilles comme armes par les détenus et détenues	
- VIH, hépatite C et conséquences sur la santé publique		- Risque accru d'incidents impliquant des piqûres d'aiguilles	
Les PSAP à travers le monde.....	9	Recommandations pour des PSAP au Canada	28
- Évaluations et données probantes		Recommandation #1 : L'accès des détenus et détenues aux PSAP et au matériel d'injection stérile devrait être facile, confidentiel et ne pas entraîner de conséquences disciplinaires.	
- Modèles et approches		Recommandation #2 : Les détenus et détenues devraient avoir un accès régulier à de l'information et de l'éducation sur les pratiques d'injection plus sûres, ainsi qu'à du soutien par du personnel formé à ce sujet.	
<i>Machines distributrices</i>		Recommandation #3 : Au sein de chaque établissement, les PSAP devraient adopter une approche de distribution hybride qui combine plusieurs modèles.	
<i>Distribution par des pairs et paires</i>		Recommandation #4 : Afin que les PSAP soient accessibles et génèrent des bienfaits pour la santé, leur implantation et leur exploitation devraient être ancrées dans une consultation continue et significative des parties prenantes pertinentes, ainsi qu'inclure des mesures éducatives à leur intention.	
<i>Distribution par des ONG ou du personnel indépendant</i>		Recommandation #5 : Les détenus et détenues doivent jouer un rôle actif dans l'élaboration de la programmation, de la structure et des politiques liées aux PSAP.	
<i>Distribution par les services de santé de l'établissement</i>		Recommandation #6 : Dans sa réponse à l'usage de drogue, le système de justice (y compris Service correctionnel Canada) devrait s'orienter vers une approche sociale et de santé.	
Trois phases de recherche et d'activités sur les PSAP	12	Conclusion	35
- Phase 1 : Réunion entre parties prenantes		Références.....	36
- Phase 2 : Visites de prisons en Suisse			
- Phase 3 : Recherche communautaire			
<i>Groupes de discussion et entrevues avec des ex-détenus et ex-détenues fédéraux</i>			
<i>Entrevues avec des professionnels et professionnelles communautaires et médicaux</i>			
Constats clés de la collecte de données.....	15		
- Les participants et participantes soutiennent les PSAP			
- Avis des ex-détenus et ex-détenues sur les différents modèles de PSAP			
<i>Distributeurs automatiques</i>			
<i>Pairs et paires</i>			
<i>Intervenants et intervenantes communautaires</i>			
<i>Personnel de santé</i>			
- Considérations propres aux femmes, personnes transgenres, autochtones et groupes racialisés			
- Considérations portant sur le lancement des PSAP			
Leçons de Suisse : un exemple de PSAP réussi	24		

Introduction

Les programmes de seringues et d'aiguilles en prison (PSAP) sont conçus pour fournir du matériel d'injection stérile aux détenus et détenues qui utilisent des drogues injectables. Comme c'est le cas pour les programmes de seringues et d'aiguilles communautaires (c.-à-d. hors prison), la très grande efficacité des PSAP a été démontrée à l'échelle internationale. Toutefois, à l'heure actuelle, aucune prison canadienne n'offre ces programmes.

Depuis le début des années 1990, un corpus de données probantes toujours grandissant établit la nécessité et les bénéfices des PSAP, et les organismes communautaires de lutte contre le VIH ainsi qu'un nombre croissant d'autres types d'experts ont recommandé à maintes reprises leur mise en œuvre au Canada. Après 20 ans passés à discuter et à présenter les arguments de santé publique et de droits humains au soutien des PSAP, il est devenu évident que l'on ne pouvait plus raisonnablement espérer que le gouvernement implante ces programmes dans un avenir proche. En septembre 2012, Steven Simons, un ex-détenu, en collaboration avec le Réseau juridique canadien VIH/sida, PASAN (Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network), CATIE et le Canadian Aboriginal AIDS Network, a donc initié une contestation constitutionnelle afin d'obtenir une ordonnance judiciaire obligeant Service correctionnel Canada à offrir du matériel d'injection stérile dans les prisons fédérales.

Pendant que l'affaire suit son cours dans le système judiciaire, des militants communautaires, des universitaires, des spécialistes des maladies infectieuses et d'autres encore mènent diverses recherches et activités d'éducation du public pour soutenir les PSAP. Pour ce faire, ils s'appuient sur le travail approfondi qui a été réalisé à l'étranger au cours des deux dernières décennies. Le présent rapport souligne trois des phases de ces activités, soit une réunion à laquelle diverses parties prenantes ont participé (phase 1), des visites de prisons en Suisse (phase 2) et un projet de recherche communautaire (phase 3). Chacune de ces phases a pris racine dans celle qui la précédait. Dans ce rapport, nous mettons l'accent sur la phase 3 dont l'objectif principal était de développer une série de recommandations pour la mise en œuvre de PSAP dans les prisons fédérales canadiennes.

Le projet de recherche communautaire a été réalisé sous la direction de la Dre Emily van der Meulen du département de criminologie de l'Université Ryerson. L'équipe de recherche comprenait Seth Clarke et Annika Ollner de PASAN, Stéphanie Claivaz-Loranger du Réseau juridique canadien VIH/sida, Krysta Williams du Native Youth Sexual Health Network et la Dre Tara Marie Watson, chercheuse en matière de santé en prison. L'étude a été généreusement financée par l'Ontario HIV Treatment Network (OHTN) et a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université Ryerson.



Le réel besoin de PSAP au Canada



Au Canada, SCC est l'agence gouvernementale qui gère le système correctionnel fédéral et supervise les personnes qui ont reçu une peine de prison de deux ans ou plus. Les systèmes correctionnels provinciaux et territoriaux administrent quant à eux les peines de prison allant jusqu'à deux ans moins un jour et assurent la détention des personnes en attente de procès ou de sentences. SCC exploite actuellement un total de 43 prisons fédérales, dont quatre « pavillons de ressourcement » autochtones, dans cinq régions administratives du Canada (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Pacifique). Ces prisons incluent des prisons de sécurité minimale, moyenne et maximale. En raison de changements récents, plusieurs niveaux de sécurité différents se trouvent maintenant souvent inclus au sein d'une même prison.¹

Les conditions de vie dans les prisons et les populations de détenus et détenues

Les conditions de vie et le climat dans les prisons fédérales se sont détériorés au cours de la dernière décennie. Ceci tient en partie à l'augmentation importante du nombre de personnes incarcérées, laquelle a entraîné une sérieuse surpopulation ainsi que le recours à l'occupation double² des cellules pour 21 % de la population carcérale (Bureau de l'enquêteur correctionnel [BEC], 2013a). Il est fréquent que les détenus et détenues n'aient pas accès à des activités pertinentes au cours de leur incarcération, augmentant ainsi leur niveau d'ennui, de frustration et d'aliénation (Crewe, 2006; BEC, 2010). Le Bureau de l'enquêteur correctionnel (2013a) a aussi noté une augmentation de la violence en prison et du « recours à la force » lors des interventions des agents et agentes correctionnels, y compris l'usage de vaporisateurs de poivre contre les détenus et détenues.

La population des prisons fédérales est constituée d'un nombre disproportionné de personnes provenant de milieux à faible revenu et ayant moins d'éducation formelle que la population en général; de nombreux détenus et détenues ont aussi besoin de soins de santé mentale (Chu & Elliott, 2009; Fazel & Danesh, 2002; BEC, 2013a, 2013b). La plupart des femmes détenues ont été victimes de violence sexuelle et physique; en prison, la consommation et la dépression sont plus fréquentes chez les femmes que chez les

hommes (Commission canadienne des droits de la personne, 2003). Enfin, les détenus et détenues fédéraux sont disproportionnellement racialisés (autochtones, 23 %; noirs, 9,5 % [BEC, 2013b]) et font face à un historique de colonisation et de racisme ainsi qu'aux conséquences continues de ceux-ci.

Au cours des deux dernières décennies, le nombre de personnes autochtones incarcérées au sein des prisons fédérales canadiennes a continué d'augmenter. Les personnes autochtones forment actuellement 4 % de la population canadienne, mais représentent approximativement 23 % de la population carcérale canadienne (BEC, 2013b). Cette situation s'est développée malgré les décisions de la Cour suprême du Canada qui, en 1999 et 2012, a statué que les tribunaux doivent prendre en compte les multiples et profonds effets socio-économiques de l'historique de colonisation, de déplacements et de pensionnats sur les communautés autochtones. En outre, les données démontrent aussi que les détenus et détenues autochtones purgent une plus grande partie de leur peine en détention, attendant leur libération conditionnelle plus longtemps que leurs homologues non autochtones (Chu & Elliott, 2009; Kyle, 2015). Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons, les personnes autochtones sont aussi la principale cible des politiques actuelles antidrogues de type « loi et ordre », ce qui engendre des conséquences sociales et physiques qui renforcent les inégalités (Marshall, 2015).

L'incarcération et la punition excessives des personnes autochtones sont directement liées au colonialisme et à ses effets continus. Ceux-ci ont en effet entraîné de profondes implications négatives sur la santé et le bien-être des personnes autochtones, tant dans les prisons que dans la population en général. Par exemple, en 2008, le taux d'infection au VIH chez les personnes autochtones était 3,6 fois plus élevé que dans la population canadienne en général.³ Les statistiques sont tout aussi disproportionnées en prison, où les taux de VIH et d'hépatite C (VHC) sont considérablement plus élevés au sein des détenus et détenues autochtones qu'au sein des autres groupes de détenus et détenues (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2010). L'absence de PSAP est donc particulièrement dommageable pour les communautés autochtones (Chu & Elliott, 2009).

1 Pour plus d'information sur les installations de SCC et la sécurité, veuillez consulter : <http://www.csc-scc.gc.ca/installations-et-securite/index-fra.shtml>.

2 Lorsque les détenus et détenues sont logés à deux dans des cellules conçues pour une seule personne.

3 Pour plus de statistiques sur le VIH et les populations autochtones, veuillez consulter le feuillet d'information du Canadian Aboriginal AIDS Network (en anglais seulement) à <http://www.caan.ca/regional-fact-sheets/>

Usage de drogue et programmes de réduction des méfaits en prison

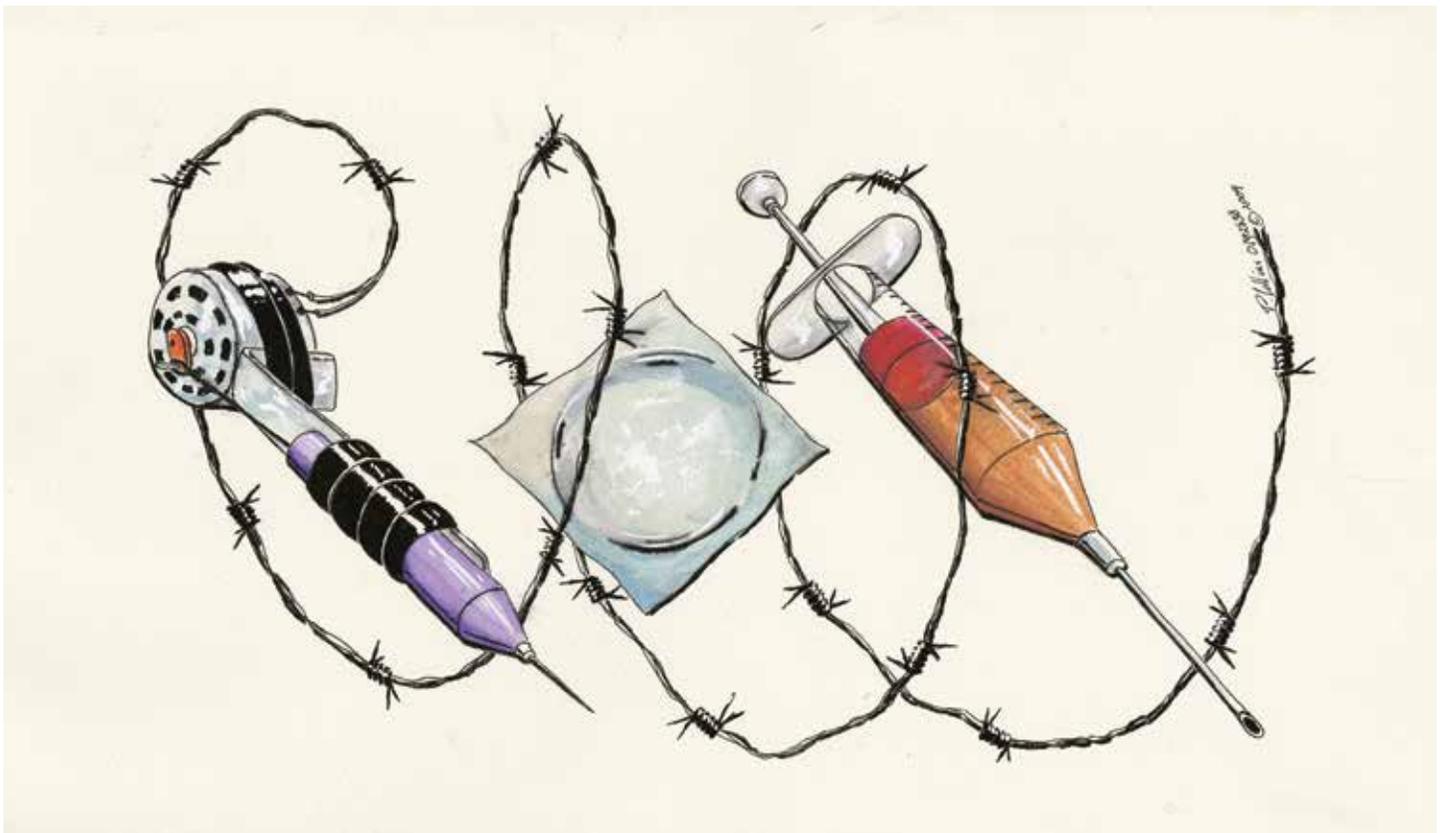
Un nombre important de détenus et détenues arrivent en prison avec un historique d'usage de drogue. En effet, les recherches ont démontré que les sentences de 30 % des femmes et 14 % des hommes incarcérés dans les prisons fédérales relèvent d'accusations liées à la drogue (DeBeck et autres, 2009). Selon le plus récent rapport annuel de l'Enquêteur correctionnel (2014), 80 % des hommes entrant dans le système carcéral fédéral ont été identifiés comme ayant un problème de consommation concomitant à leur arrivée en prison, et près des deux tiers étaient sous l'emprise d'une substance au moment de l'infraction. Ce phénomène est en grande partie accentué par les lois qui se veulent plus sévères en matière de criminalité, telle la Loi sur la sécurité des rues et des communautés de 2012 qui continue de considérer l'usage de drogue comme une problématique de justice criminelle exigeant des punitions et autres conséquences négatives — le bien-être social et de santé étant de plus en plus considéré comme une préoccupation moindre.

Les membres de l'équipe de recherche qui font régulièrement de l'intervention en prison ont aussi signalé que les détenus et détenues qui ont des besoins en matière de gestion de la douleur sont souvent considérés comme affichant un comportement de recherche de drogues. Vu cet environnement marqué par les soupçons et la prohibition, les problèmes de santé légitimes des détenus et détenues

sont souvent ignorés ou insuffisamment traités. Les ordonnances des détenus et détenues qui reçoivent des médicaments pour gérer la douleur peuvent être limitées ou interrompues s'ils sont soupçonnés d'accumuler leurs médicaments ou de les utiliser à d'autres fins. Ces circonstances peuvent à leur tour augmenter les chances que les détenus et détenues aient recours au marché de drogue clandestin des prisons.

L'augmentation de la population des prisons fédérales et le resserrement de la surveillance de l'usage de drogue (y compris les analyses urinaires auxquelles SCC soumet les détenus et détenues de façon aléatoire en application de la Stratégie nationale antidrogue adoptée par le gouvernement fédéral en 2007) ont augmenté les risques auxquels font face les détenus et détenues qui utilisent des drogues. Bien que SCC ait dépensé des millions sur des mesures de sécurité visant à empêcher les drogues d'entrer dans les prisons (BEC, 2012), tant les drogues légales qu'illégales entrent dans les prisons et sont utilisées par les détenus et détenues (SPPC, n.d.). 14 % des femmes et 17 % des hommes ont admis utiliser des drogues injectables lors de leur incarcération (Zakaria et autres, 2010).

Le système de prison fédéral offre actuellement certains programmes de réduction des méfaits, y compris des traitements de substitution aux opioïdes (par ex., méthadone) et l'accès à de l'eau de Javel, des condoms ainsi qu'à une certaine quantité de matériel éducatif



expliquant aux détenus et détenues comment réduire les possibilités d'infection par le VIH ou le VHC. Ces programmes reflètent la reconnaissance par les gouvernements antérieurs de la réalité de l'usage de drogue en prison; ils sont la conséquence du plaidoyer important réalisé par les organismes communautaires. Toutefois, des discussions avec des personnes actuellement et anciennement détenues révèlent que les mesures de réduction des méfaits en prison ne sont pas déployées de façon constante et ne sont pas toujours accessibles. Par exemple, les détenus et détenues n'ont pas toujours accès à des feuillets éducatifs ou autre matériel de réduction des méfaits. Alors que certains établissements ont du matériel éducatif sur les pratiques d'injection et de tatouage plus sûres, d'autres interdisent aux organismes communautaires d'en apporter dans le cadre de leurs activités éducatives auprès des détenus et détenues, ou bien le censurent.

L'eau de Javel est souvent citée comme mesure clé de réduction des méfaits dans les prisons fédérales; SCC y fait d'ailleurs explicitement référence comme méthode de désinfection du matériel d'injection (Weese, 2010). Dans certains établissements, elle est distribuée dans des bouteilles d'une once par des détenus et détenues mandatés de fournir de l'eau de Javel aux autres détenus et détenues. Dans certains cas, la quantité d'eau de Javel fournie ne leur permet cependant pas de répondre aux besoins de tous les détenus ou détenues de leur rangée ou bloc de cellules. Dans la plupart des établissements de sécurité moyenne et maximale de l'Ontario, l'eau de Javel est plutôt distribuée par des machines qui ne fournissent qu'une once d'eau de Javel aux cinq minutes. Les membres de l'équipe de recherche qui travaillent régulièrement avec des détenus et détenues se font souvent rapporter que les machines sont brisées, vides ou ravitaillées de façon irrégulière. Dans certaines prisons, les machines distributrices sont placées sous surveillance et sont difficilement accessibles à partir des aires où vivent les détenus et détenues. En outre, à l'exception des détenus et détenues mandatés de distribuer l'eau de Javel, tout détenu ou détenue possédant plus d'une once d'eau de Javel est considéré en possession d'« objets interdits », une infraction en vertu de l'article 2 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (la loi qui gouverne les établissements fédéraux). Le détenu ou la détenue est alors considéré avoir commis une infraction disciplinaire qui entraîne des conséquences pénales.⁴

De plus, bien qu'elle constitue un désinfectant utile lorsque du sang est renversé, l'eau de Javel n'est pas considérée comme suffisante pour désactiver le VHC et le VIH à l'intérieur d'une seringue. Ceci est tout particulièrement vrai dans les prisons. En effet, l'usage de drogue injectable s'y fait de façon pressée et clandestine, laissant trop peu de temps pour suivre les protocoles de désinfection de seringues (OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2007). Les programmes communautaires de réduction des méfaits ne distribuent que

rarement de l'eau de Javel, s'ils n'en distribuent même jamais; les meilleures normes de pratiques exigent plutôt la distribution de matériel d'injection neuf et stérile (Strike et autres, 2013, 2015). Or, les détenus et détenues qui utilisent des drogues injectables dans les prisons fédérales n'ont actuellement pas accès à du matériel neuf et stérile.

VIH, hépatite C et conséquences sur la santé publique

Les personnes qui s'injectent des drogues en prison risquent de partager du matériel d'injection puisque les aiguilles et les seringues stériles y sont rares. Ceci augmente considérablement les possibilités de transmission du VIH et de l'hépatite C (par ex., Chu & Peddle, 2010; Dolan et autres, 2003; Small et autres, 2005; Treloar et autres, 2015). Les recherches effectuées en prison démontrent que les détenus et détenues qui contractent le VHC en prison attribuent cette transmission à l'usage de matériel d'injection usagé ou partagé (Treloar et autres, 2015); les recherches effectuées hors prison démontrent que les personnes qui utilisent des drogues injectables sont moins à risque de partager leur matériel d'injection si elles ont accès à des programmes de seringues (par ex., Bruneau et autres, 2008; Gibson et autres, 2001; Hurley et autres, 1997; Ksobiech, 2003; Macdonald et autres, 2003; Strike et autres, 2013; Wodak & Cooney, 2005).

Les PSAP peuvent avoir les mêmes bienfaits que les programmes de seringues et d'aiguilles communautaires. Dans les pays où les PSAP existent, les évaluations portant sur les taux de transmission en prison depuis que les PSAP ont été implantés n'ont pas rapporté un seul cas d'infection par le VIH ou le VHC attribuable à l'injection de drogue (Dolan et autres, 2003; Lines et autres, 2006; Stöver & Nelles, 2003). Les PSAP peuvent en effet générer des résultats positifs en matière de prévention du VIH et du VHC, ce qui est particulièrement important en prison où les taux de VIH et VHC sont considérablement plus élevés que dans la population en générale. La prévalence estimée du VIH parmi les détenus et détenues des prisons fédérales canadiennes est dix fois plus élevée que la prévalence estimée pour la population générale, et le taux estimé de VHC pour les détenus et détenues fédéraux est de 30 à 39 fois plus élevée que dans la population générale (PHAC, 2014; Trubnikov et autres, 2014; Zakaria et autres, 2010; Zou, Tepper, & Giulivi, 2001). Alors que ces chiffres constituent en soi une importante problématique de santé publique en prison, les taux sont encore plus élevés au sein de certaines populations de détenus et détenues. Par exemple, dans les prisons fédérales, il est rapporté que plus d'une femme autochtone sur dix vit avec le VIH et que presque une sur deux vit avec le VHC (Zakaria et autres, 2010).

4 Pour plus d'information, voir les lignes directrices de SCC sur la distribution de l'eau de Javel à <http://www.csc-scc.gc.ca/policy-and-legislation/800-6-gl-fra.shtml>.

Les taux de VIH et de VHC en prison ont aussi des conséquences de santé publique plus larges. En effet, la majorité des détenus et détenues retournent éventuellement dans leurs familles et leurs communautés, et ce, avec tous les problèmes de santé qu'ils ou elles ont pu développer en prison.

La société porte aussi le fardeau financier lié à ces taux élevés de VIH et VHC. En prison, les traitements pour une personne vivant avec le VIH coûtent environ 30 000 \$ par année (SCC, 2009) et un protocole de traitement contre le VHC coûte environ 60 000 \$ (Webster, 2015). De 2005 à 2010, la facture de SCC a presque septuplé, représentant ainsi environ 4 % de son budget de santé (Webster, 2012). Prévenir la transmission du VIH et du VHC (ou la réinfection par le VHC, une préoccupation majeure pour les personnes qui utilisent des drogues injectables) est beaucoup moins dispendieux que de traiter une infection. Cela pourrait avoir d'importants impacts positifs sur des budgets de santé déjà limités.

Pour ces raisons, un certain nombre d'organisations canadiennes notoires qui œuvrent dans les domaines de la santé et des droits humains ont recommandé l'implantation de PSAP dans nos prisons fédérales au cours des vingt dernières années. Ces organisations

incluent l'Enquêteur correctionnel du Canada, le Comité d'experts sur le sida et les prisons de SCC, le Conseil ministériel sur le VIH/sida (un comité d'experts qui conseillent le ministre fédéral de la Santé), l'Association médicale canadienne, l'Association médicale de l'Ontario et la Commission canadienne des droits de la personne. À l'échelle internationale, de nombreuses organisations ont aussi recommandé la mise en œuvre de PSAP, notamment le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Organisation mondiale de la santé et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (Chu & Elliott, 2009).

Malgré ce large soutien pour les PSAP, SCC continue de résister à leur implantation au Canada (Comité permanent sur la Sécurité publique et nationale, 2012; Watson, 2014). En refusant ces programmes, le Canada fait défaut au principe d'équivalence, un principe bien établi en droit international en vertu duquel les détenus et détenues doivent avoir accès à des normes de soins de santé équivalentes à celles disponibles à l'extérieur des prisons, y compris l'accès à des mesures de prévention comparables à celles qui existent dans la communauté en général (Chu & Elliott, 2009; voir aussi Nations Unies, 1990; ONUDC, 2014; OMS, 2007).

Les PSAP à travers le monde



Les premiers PSAP ont été introduits en Suisse il y a plus de 20 ans. Depuis, ils ont été introduits dans plus de 60 prisons à travers le monde, soit des prisons pour hommes, pour femmes, des prisons de différents niveaux de sécurité (minimale, moyenne et maximale), des prisons civiles et militaires, ainsi des prisons où les détenus et détenues sont logés dans des dortoirs, des cellules à occupation individuelle ou des cellules à occupation double ou triple.

Évaluations et données probantes

Comme c'est le cas pour les évaluations des programmes de seringues et d'aiguilles communautaires, les évaluations des PSAP non seulement démontrent de façon constante que les PSAP réduisent le partage de matériel d'injection de façon efficace, elles fournissent aussi des signes constants de réduction de la transmission du VIH et du VHC. Enfin, ces évaluations démontrent aussi que les PSAP répondent efficacement à d'autres problèmes de santé liés au partage de matériel d'injection dans les prisons (surdose, abcès, etc.) et qu'ils font des prisons des environnements de vie et de travail plus sûrs (voir Dolan et autres, 2003; Hoover & Jürgens, 2009; Jacob & Stöver, 2000; Lines et autres, 2005, 2006; Nelles et autres, 1997, 1998).

Un groupe de travail du SCC et l'Agence de la santé publique du Canada (l'ASPC, soit l'agence fédérale qui travaille sur la prévention des maladies chroniques et la gestion des crises de santé publique et des épidémies de maladies infectieuses) ont tous deux mené un examen des données probantes et de la littérature qui existent à l'échelle internationale. En 1999, SCC a mis sur pied un groupe de travail afin d'étudier les conséquences qu'aurait l'implantation de PSAP dans les établissements correctionnels fédéraux. Le groupe était constitué d'employés de SCC (y compris des services de sécurité et de santé), d'employés du ministère fédéral Santé Canada, ainsi que de détenus et détenues, d'organisations communautaires et de membres du public. Puis, en 2006, à la demande de SCC, l'ASPC a produit un rapport exhaustif dans le but de fournir des conseils sur l'efficacité et les effets négatifs des PSAP, le cas échéant, dans une perspective de santé publique.

Tant le groupe de travail de SCC que l'ASPC ont tiré des conclusions similaires à celles des études internationales décrites ci-dessus. Le groupe de travail de SCC a conclu que les PSAP « constitue[nt] une méthode efficace et éprouvée de réduction des méfaits liés à l'injection de drogue » (SCC, 1999, p. 5). À la suite de l'examen qu'elle a mené, l'ASPC a conclu que les PSAP :

- réduisent les pratiques de partage d'aiguilles parmi les détenus et détenues,
- augmentent l'orientation des usagers vers des programmes de traitement de la toxicomanie;
- diminuent le besoin de soins de santé liés à des abcès au point d'injection;
- diminuent le nombre d'interventions de soins de santé et de décès liés à des surdoses.

En ce qui concerne la sécurité et la sûreté institutionnelles, l'ASPC a conclu que les PSAP ne mènent **pas** à :

- l'usage de seringues comme armes;
- une augmentation de la violence institutionnelle;
- une augmentation des blessures impliquant des piqûres;
- une augmentation des saisies de drogues illégales ou d'accessoires de consommation de drogue; ou
- une augmentation de l'usage de drogue ou de l'initiation des détenus et détenues à l'injection de drogues (ASPC, 2006).

Bref, les évaluations et les données probantes internationales et canadiennes démontrent que les PSAP engendrent d'importants bienfaits et bénéficient d'un fort soutien.

Modèles et approches

Dans les prisons où les PSAP existent, quatre méthodes principales de distribution sont habituellement utilisées : (a) distribution de seringues au moyen de machines, (b) distribution par des détenus et détenues formés dans le cadre d'un modèle de distribution par les pairs et paires, (c) distribution en mains propres par des représentants et représentantes d'ONG ou des professionnels et professionnelles de la santé indépendants et (d) distribution en mains propres par le personnel de santé de l'établissement. Certaines prisons ont recours à une combinaison de ces méthodes (ONUDC, 2014).

Machines distributrices : Ces machines peuvent être installées à divers endroits dans une prison. Typiquement, le détenu ou la détenue place une seringue usagée dans la fente, tire sur le levier et une seringue stérile sort de la machine. D'autre matériel lié à l'injection peut aussi être disposé sur le dessus ou à côté des machines, où il est facilement accessible. Les machines distributrices permettent un niveau élevé d'accessibilité et d'anonymat, à condition qu'elles soient situées dans un endroit discret et à l'abri de la surveillance. Elles ne constituent toutefois pas une occasion de counseling ou de soutien par du personnel, à moins qu'un tel soutien ne soit offert en conjonction avec les machines. Par exemple, en Suisse, la prison pour femmes de Hindelbank possède six machines distributrices situées hors de la portée des caméras de surveillance et du champ de vision direct des agents et agentes correctionnels, ce qui permet aux femmes de se procurer du matériel lorsqu'elles en ont besoin. L'implantation d'un PSAP dans cette prison à niveaux de sécurité multiples (minimale, moyenne, maximale) remonte à 1994.

Distribution par les pairs et paires : En vertu de ce modèle, les détenus et détenues reçoivent leur matériel d'injection directement d'autres détenus et détenues qui ont été formés à cet effet. Dans certaines prisons de la Moldavie, par exemple, ce sont des pairs et paires bénévoles qui distribuent et collectent le matériel d'injection en vrac, évitant ainsi que le personnel de santé et les autres employés de l'établissement ne soient au courant de l'identité des usagers et usagères. Les pairs et paires fournissent aussi de l'information et d'autre matériel de réduction des méfaits, tels que des condoms. Ce modèle permet une accessibilité élevée au matériel d'injection stérile puisque les pairs et paires sont sur place et disponibles le soir et la fin de semaine (ONUDC, 2014). Les désavantages potentiels de ce modèle incluent la possibilité que l'information de santé ne soit pas aussi exacte que si elle avait été transmise par des professionnels et professionnelles de la santé, d'où l'importance de fournir un soutien et de la formation continue aux pairs et paires (voir Lines et autres, 2006). Il est aussi possible que le matériel d'injection se retrouve plus facilement au sein de l'économie clandestine de la prison (Stöver & Nelles, 2003).



Représenté ci-dessus : machines distributrices installées dans la prison de Hindelbank en Suisse.

Distribution par des ONG ou du personnel externe : En vertu de ce modèle, le matériel d'injection est distribué par des agences externes qui ne sont pas à l'emploi du système carcéral. Ceci peut favoriser la participation au programme puisque les craintes des détenus et des détenues relatives à la confidentialité peuvent être réduites et que la participation au programme n'est connue que du personnel des ONG. Ce modèle peut aussi faciliter le contact avec les organisations communautaires locales qui fournissent des services de soutien en santé et dans d'autres domaines, ce qui peut favoriser une meilleure continuité des soins et s'avérer bénéfique lors de la remise en liberté (ONU DC, 2014). En Espagne, par exemple, ce sont des organisations non gouvernementales qui effectuent la distribution dans certaines prisons; leurs employés et employées sont disponibles quotidiennement pour distribuer le matériel aux détenus et détenues (Lines et autres, 2006). Toutefois, dans d'autres contextes, l'accès au matériel pourrait se trouver limité puisque la distribution est tributaire de la fréquence à laquelle les ONG peuvent intervenir en prison.

Distribution par les services de santé de l'établissement : En vertu de ce dernier modèle, les détenus et détenues reçoivent leur matériel d'injection des infirmiers et infirmières, médecins et autre personnel de santé de l'établissement (ONU DC, 2014). Cette approche implique un contact personnel avec des professionnels et professionnelles de la santé et du counseling de leur part. Toutefois, dans certains contextes carcéraux, ce modèle peut engendrer un manque de confidentialité pouvant limiter la participation des détenus et détenues au programme. Certains détenus et détenues peuvent aussi se sentir inconfortables à l'idée d'obtenir leur matériel

auprès des mêmes personnes qui leur fournissent leurs soins de santé. De plus, le matériel ne peut être distribué que lorsque le personnel de santé est disponible (généralement pendant les heures normales de travail). À titre d'exemple, ce modèle existe actuellement dans la prison de Champ-Dollon, l'une des prisons les plus surpeuplées d'Europe, située juste à l'extérieur de Genève en Suisse. Plus de 850 personnes (hommes et femmes) sont incarcérées dans cette prison qui possède les caractéristiques d'une prison à sécurité maximale. Comme de nombreuses personnes y sont incarcérées en détention préventive, la durée moyenne de séjour à Champ-Dollon n'est que de quelques semaines, ce qui cause un fort renouvellement de la population incarcérée, une importante surpopulation et un environnement carcéral difficile. Malgré ceci, le PSAP fonctionne avec succès et sans incident depuis 1996. Les services de santé de l'établissement sont fournis par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), une entité distincte et indépendante des autorités correctionnelles.

Indépendamment du modèle ou de la combinaison de modèles utilisés, les détenus et détenues participant aux PSAP doivent typiquement conserver leur matériel dans un endroit prédéterminé de leur cellule et dans des trousse ou contenants à l'épreuve des perforations, et ce, pour éviter des accidents lors desquels les détenus et détenues ou le personnel seraient piqués par des aiguilles. Par exemple, à la prison de Champ-Dollon en Suisse, le matériel d'injection est fourni aux détenus et détenues avec un tube transparent à l'épreuve des perforations dans lequel ils doivent conserver leurs seringues, tel qu'illustré.

Représenté ci-dessous : matériel d'injection fourni aux détenus et détenues de la prison de Champ-Dollon en Suisse.



Trois phases de recherche et d'activités sur les PSAP



Vu le réel besoin de PSAP dans les prisons fédérales canadiennes et les exemples de succès à l'étranger, nous avons conçu un projet à phases multiples, échelonné sur plusieurs années et comportant une large consultation et de la recherche primaire, afin de développer des recommandations pour l'implantation de PSAP dans les prisons fédérales canadiennes. Deux organisations, PASAN et le Réseau juridique canadien VIH/sida, ont joué un rôle clé dans le cadre de ce projet. Ensemble, ces organisations ont une expérience de travail sur les problématiques liées aux PSAP qui remonte à plusieurs décennies.

PASAN est un organisme communautaire de lutte contre le VIH qui, dans une perspective de justice sociale, offre de l'éducation, du développement communautaire et du soutien sans jugement en matière de VIH et de VHC aux détenus et détenues, aux jeunes en détention et aux ex-détenus et ex-détenues de l'Ontario, ainsi qu'à leur famille et aux autres personnes qui les entourent. Depuis 1991, PASAN a développé la programmation VIH la plus complète au Canada afin de répondre aux besoins spécifiques des détenus et détenues. www.pasan.org

Le **Réseau juridique canadien VIH/sida** fait valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables à l'épidémie, au Canada et dans le monde, à l'aide de recherches et d'analyses, de plaidoyer et de litiges, d'éducation du public et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est le leader canadien en matière de plaidoyer sur les enjeux juridiques et de droits humains liés au VIH/sida. www.aidslaw.ca

Phase 1 : Réunion entre parties prenantes

La première phase du projet était une rencontre d'experts axée sur le réseautage et le développement de partenariats. L'objectif était de favoriser la tenue d'un dialogue engagé sur l'implantation de PSAP au Canada et de développer un cadre préliminaire pour l'émission de recommandations à ce sujet. La réunion s'est tenue à l'Université Ryerson du 23 au 25 janvier 2014 et a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Plus de trente participants et participantes du Canada et de l'étranger se sont réunis au cours de ces trois journées pour parler de la mise en œuvre de PSAP au Canada. Parmi les participants et participantes, se trouvaient des chercheurs, des fournisseurs de services de santé et d'autres parties prenantes clés, dont des personnes ayant elles-mêmes été incarcérées et des représentants

et représentantes d'organisations VIH, autochtones, de santé des femmes, de réduction des méfaits et de défense des droits des détenus et détenues. L'événement a débuté par une discussion publique avec des présentations d'experts et d'expertes clés, laquelle a été enregistrée par l'Ontario HIV Treatment Network et peut être visionnée (en anglais) à www.prisonhealthnow.ca. Cette discussion a été suivie d'une réunion de deux jours sur invitation seulement. En se fondant sur les données probantes, les participants et participantes ont développé un cadre pour l'implantation des PSAP. Ensemble, ils ont déterminé les critères nécessaires à une implantation réussie et efficace des PSAP au Canada, se basant sur leur expérience personnelle d'incarcération, leur connaissance de l'environnement carcéral en tant que dispensateurs de programmes et d'activités d'interventions, leur expérience en tant que fournisseurs de matériel d'injection stérile dans les communautés, leurs résultats de recherche ainsi que leurs savoirs et expériences internationales. Ces discussions ont ouvert la voie à la tenue de nouvelles recherches et activités sur l'implantation de PSAP au Canada lors des phases subséquentes du projet.

Phase 2 : Visites de prisons en Suisse

La deuxième phase comportait des visites de prisons en Suisse, où les PSAP existent depuis plus de vingt ans et ont fait l'objet d'évaluations positives (Hoover & Jürgens, 2009; Lines et autres, 2006; Nelles et autres, 1997; Stöver & Nelles, 2003). Cette phase a été financée par une bourse de recherche en santé de l'Université Ryerson. En mai 2014, deux des personnes ayant organisé la rencontre des parties prenantes ont effectué des visites d'observation de PSAP dans trois prisons suisses :

Prison de Champ-Dollon — Établissement pour hommes et pour femmes à sécurité maximale, situé près de Genève et exploitant un PSAP depuis 1996. Le matériel stérile d'injection y est distribué par des professionnels et professionnelles de la santé qui opèrent de façon indépendante de l'administration carcérale.

Prison d'Oberschöngrün — Établissement pour femmes à niveaux de sécurité multiples, situé près de Berne et exploitant un PSAP depuis 1994. Les seringues y sont distribuées par des professionnels et professionnelles de la santé et des machines distributrices.

Oberschöngrün Prison — Établissement pour hommes à sécurité minimale, situé à Solothurn. Il s'agit de la première prison suisse à avoir implanté un PSAP, en 1992. Le matériel d'injection y est distribué par des professionnels et professionnelles de la santé.

Ces visites, qui ont permis d'être témoins de méthodes de fonctionnement efficaces de PSAP et de rencontrer des agents correctionnels, du personnel de santé et l'un des directeurs de prison, ont été particulièrement utiles pour envisager ce qui pourrait fonctionner dans le contexte canadien.

Phase 3 : Recherche communautaire

Cette phase de recherche primaire, financée par une bourse de l'Ontario HIV Treatment Network, a consisté en une collecte de données et un processus de renforcement des capacités. Elle incluait consultation de personnes qui ont été incarcérées en Ontario et d'un certain nombre de professionnels et professionnelles communautaires et médicaux pratiquant à travers le Canada.

Afin de capturer les pratiques et les politiques actuellement en vigueur en prison, une demande d'accès a été soumise à SCC dans le but d'effectuer une étude sur la santé et les maladies infectieuses dans les prisons fédérales. Plus spécifiquement, l'équipe de recherche a soumis une demande de recherche complète afin de tenir des groupes de discussion avec des détenus et détenues et effectuer un sondage auprès du personnel de santé des établissements. La demande a été refusée, bloquant ainsi l'accès à ces informateurs et informatrices clés. Bien que ceci ait constitué un inconvénient pour la production de recommandations fondées sur les plus récentes pratiques des prisons fédérales, nous avons réussi, tant pour les groupes de discussion que les entrevues, à recruter d'autres personnes avec une expérience de vie en prison et dont l'expertise s'est avérée précieuse (c.-à-d., ex-détenus et ex-détenues pouvant s'exprimer plus librement puisqu'ils et elles n'étaient plus en prison) ainsi que d'autres parties prenantes avec de vastes connaissances.

L'équipe de recherche comportait des représentants et représentantes de l'Université Ryerson, de PASAN, du Réseau juridique canadien VIH/sida et du Native Youth Sexual Health Network. Nous avons tous collaboré pour développer conjointement les documents de recherche, notamment la demande soumise au comité d'éthique de recherche, les documents de consentement ainsi que les guides d'entrevues et de groupes de discussion. Nous avons aussi collaboré pour la collecte de données, l'analyse et le développement du rapport.

Le **Native Youth Sexual Health Network** est une organisation par et pour les jeunes autochtones. Le Network œuvre à travers les États-Unis et le Canada sur des questions de santé sexuelle et reproductive, de droits et de justice. www.nativeyouthsexualhealth.com

Groupe de discussion et entrevues avec d'ex-détenus et ex-détenues fédéraux : Les groupes de discussion peuvent permettre d'étudier efficacement des sujets délicats ou dont il est difficile de parler (Linhorst, 2002; Warr, 2005). De plus, le contexte de groupe peut favoriser l'émergence de constats plus profonds (Packer-Multi, 2010). Vers la fin 2014 et le début 2015, nous avons tenu quatre groupes de discussion dans des lieux communautaires à Toronto et Ottawa. De trois à six personnes ont participé à chacun des groupes, pour un total de 19 participants et participantes. Parmi ceux-ci, six personnes se sont auto-identifiées en tant que femmes (y compris des femmes transgenres et bispirituelles) et treize en tant qu'hommes. Chaque personne avait des expériences liées à l'usage de drogue injectable et avait été incarcérée dans une prison fédérale au cours des six dernières années. Les groupes de discussion de Toronto se sont tenus dans les locaux de Sistring, Aboriginal Legal Services of Toronto (ALST) et PASAN, et celui d'Ottawa dans les locaux de Drug Users Advocacy League (DUAL).

Sistring est organisation torontoise pour femmes qui offre du soutien pratique et émotionnel aux femmes qui sont sans-abri, mal logées ou qui vivent avec un faible revenu. L'organisation exploite un centre de jour et offre des programmes d'intervention de proximité qui aident les femmes à développer un plus grand contrôle sur leur vie. www.sistring.org

Aboriginal Legal Services of Toronto (ALST) offre des services aux communautés autochtones de l'Ontario. Le nom autochtone d'ALST, que l'organisation a reçu dans le cadre d'une cérémonie traditionnelle, est « Gaa kina gwiwaabamaadebwiwin », soit « ceux qui recherchent la vérité ». L'organisation aide les membres des communautés autochtones à exercer un contrôle sur les questions liées à la justice et les autres facteurs qui influencent leurs vies. www.aboriginallegal.ca

DUAL est un groupe indépendant formé d'utilisateurs et utilisatrices de drogue, d'ex-utilisateurs et ex-utilisatrices de drogue ainsi que d'alliés et alliées qui œuvrent à la défense des droits des utilisateurs et utilisatrices de drogue dans la région d'Ottawa. L'organisation promeut une approche complète de réduction des méfaits et œuvre à réduire la stigmatisation dans le but d'améliorer la sécurité et l'éducation des utilisateurs et utilisatrices de drogue, ainsi que l'éducation du public à leur sujet. www.dualottawa.ca

Nous avons aussi étroitement travaillé avec l'organisation HIV/AIDS Regional Services (HARS) basée à Kingston en Ontario et d'autres organisations à travers la province pour recruter des ex-détenus et ex-détenues pour des entrevues individuelles détaillées, au téléphone ou par Skype. Il s'agissait là d'une option importante pour les personnes qui préféreraient partager leurs savoirs et leurs expériences de façon individuelle plutôt qu'en groupe ou qui n'auraient autrement pas

été en mesure de participer à l'étude vu leur situation géographique. Nous avons effectué un total de onze entrevues avec des ex-détenus et ex-détenues vivant à London, St.Catharines et Niagara Falls, ainsi que des ex-détenus et ex-détenues de Toronto et d'Ottawa qui n'avaient pas pu participer aux groupes de discussion. Trois des participants aux entrevues se sont auto-identifiés en tant que femmes et huit en tant qu'hommes.

HIV/AIDS Regional Services (HARS) fournit de l'éducation et des services liés au VIH aux personnes qui vivent à Kingston et dans les environs, y compris du counseling, du plaidoyer, la distribution de condoms et d'aiguilles, du soutien en prison et une bibliothèque de ressources. www.hars.ca

Au début de chaque groupe de discussion et chaque entrevue, et après avoir obtenu leur consentement éclairé, nous avons demandé aux participants et participantes de remplir un court sondage démographique afin de connaître la durée de leur incarcération en prison fédérale, les prisons fédérales où ils ont été incarcérés, s'ils utilisaient des drogues injectables en prison et s'ils avaient subi des transferts involontaires.

Les participants et participantes aux groupes de discussion avaient entre 37 et 62 ans, avec une moyenne d'âge de 47 ans. Huit des dix-neuf participants et participantes n'avaient été incarcérés qu'une seule fois dans une prison fédérale au cours de leur vie; les autres onze avaient purgé plusieurs peines fédérales (allant jusqu'à six ou sept peines). Le nombre total d'années passées dans une prison fédérale variaient de deux à vingt-trois, avec une moyenne de près de huit ans. La majorité des participants et participantes avait été incarcérés dans plus d'une prison fédérale, et huit d'entre eux avaient aussi vécu dans des prisons fédérales à l'extérieur de l'Ontario. Douze des dix-neuf participants et participantes ont rapporté avoir utilisé des drogues injectables en prison, dix avoir été transférés involontairement d'une prison à une autre et douze avoir été soumis à un test d'urine en prison (il est intéressant de noter que certains des participants et participantes qui ont utilisé des drogues injectables en prison n'ont pas été soumis à un test d'urine, alors que d'autres, qui n'en ont pas utilisé, y ont été soumis).

Les données démographiques des participants et participantes aux entrevues étaient similaires à celles des participants et participantes aux groupes de discussion. Les âges variaient de 35 à 55 ans, avec encore une fois une moyenne d'âge de 47 ans. Cinq des participants et participantes n'avaient été incarcérés qu'une seule fois dans une prison fédérale au cours de leur vie. Le nombre total d'années passées dans une prison fédérale variaient de deux à vingt-huit, avec une moyenne d'un peu plus de dix ans. Tout comme pour les groupes de discussion, la majorité des participants et participantes avait été incarcérés dans plus d'une prison fédérale, et trois d'entre eux avaient aussi vécu dans des prisons fédérales à l'extérieur de

l'Ontario. Huit des onze participants et participantes aux entrevues ont rapporté avoir fait usage de drogue injectable en prison, sept avoir été transférées involontairement d'une prison à une autre, et dix avoir été soumis à un test d'urine au cours de leur incarcération.

Après les questions portant sur les données démographiques, nous avons posé les mêmes questions aux participantes et participants aux groupes de discussion et aux entrevues, notamment des questions sur le contexte de l'utilisation de drogues injectables en prison, le partage de matériel d'injection, les avantages et désavantages potentiels de chacun des quatre modèles de PSAP, l'existence de considérations propres aux différentes populations de détenus et détenues (par ex., autochtones, femmes), les éventuelles préoccupations liées à la sécurité au travail et la sécurité du personnel dans un contexte d'implantation de PSAP, les différents obstacles à l'implantation des PSAP et leurs solutions respectives, et l'identification de l'établissement le plus propice à l'implantation du premier PSAP au Canada.

Entrevues avec des professionnels et professionnelles communautaires et médicaux :

En plus de consulter des ex-détenus et ex-détenues avec une expérience vécue et une expertise sur le sujet, nous voulions aussi interviewer des professionnels et professionnelles communautaires et médicaux qui fournissent du soutien aux personnes incarcérées ou anciennement incarcérées. Nous avons donc interviewé par téléphone ou par Skype dix participants et participantes spécifiquement ciblés, incluant des défenseurs communautaires des droits des détenus et détenues, des praticiens autochtones en réduction des méfaits et des spécialistes des maladies infectieuses. Chacun de ces participants et participantes avait directement soutenu, travaillé avec ou fourni des services à des personnes incarcérées ou anciennement incarcérées dans des prisons fédérales. Les participants et participantes provenaient de Vancouver, Red Deer, Thunder Bay, Peterborough, Toronto, Barrie, Kingston et Montréal.

Les professionnels et professionnelles communautaires et médicaux qui ont été interviewés ont aussi complété un court sondage démographique recueillant de l'information additionnelle sur leur travail (nature, durée, situation géographique) et les différentes populations de détenus et détenues avec lesquelles ils interagissent le plus. Nous leur avons ensuite posé les mêmes questions qu'aux ex-détenus et ex-détenues, tel que mentionné précédemment.

Constats clés de la collecte de données



Après avoir transcrit le contenu des groupes de discussion et des entrevues par écrit, les membres de l'équipe de recherche ont collaboré pour effectuer l'analyse de données. Nous avons identifié un nombre important de thèmes ainsi que des ressemblances et des différences. La plus grande ressemblance était le fort niveau de soutien des participants et participantes à l'égard des PSAP. Vous trouverez ci-dessous une explication de certains de nos constats clés ainsi que des extraits d'entrevues et de groupes de discussion. Nous commençons par un aperçu de certaines des raisons pour lesquelles les ex-détenus et ex-détenues ainsi que les professionnels et professionnelles communautaires et médicaux soutiennent les PSAP :

Trente ex-détenus et ex-détenues ainsi que dix professionnels et professionnelles communautaires et médicaux ont participé à cette étude. Vu la marginalisation et la criminalisation qu'ont vécu plusieurs ex-détenus et ex-détenues, nous leur avons tous garanti que l'équipe de recherche allait maintenir leur participation confidentielle et qu'aucun des noms utilisés lors des entrevues ou groupes de discussion ne serait transcrit. Les professionnels et professionnelles communautaires et médicaux avaient le choix de participer sous leur nom légal ou de façon anonyme.



Les participants et participantes soutiennent les PSAP

Tous les participants et participantes à l'étude ont exprimé un fort soutien pour les PSAP. Plusieurs, toutefois, ont fait preuve de scepticisme quant à l'implantation de PSAP dans le contexte actuel de la politique antidrogue de SCC, en demandant, par exemple, « *Comment serons-nous punis ? Y aura-t-il un impact sur la libération conditionnelle ?* » (Groupe de discussion DUAL). Nous avons constaté que cette hésitation, liée aux barrières pouvant être érigées les politiques et pratiques de SCC, était contrebalancée par un sentiment global d'espoir à l'égard des PSAP.

Les participants et participantes considéraient que les bienfaits des PSAP sur la santé étaient spécialement convaincants, tout particulièrement la capacité de ces programmes de réduire les taux de transmission du VIH et du VHC, et donc, de prévenir les méfaits liés à ces maladies. Tel que l'a souligné une des expertes communautaires en réduction des méfaits : « *Les détenus et détenues sont en sécurité ; ils utilisent du matériel propre et ne transmettent pas le VIH et le VHC que les gardes pourraient contracter, surtout l'hépatite C. C'est une façon sécuritaire et propre de faire ce qui se fait déjà en prison* » (Chris Ciceri). Ou, tel qu'un des médecins spécialisés en maladies infectieuses a indiqué : « *Mais c'est sûr qu'il n'y a pas assez de matériel pour la consommation actuelle. C'est pour ça qu'il y a des cas d'infection d'hépatite C dans les murs, entre autres* » (professionnel médical anonyme).

Chris Ciceri est coordonnatrice des services de soutien à domicile pour un organisme de sa communauté. Avant cela, Chris a passé dix ans à travailler avec des détenus et détenues et des personnes vivant avec le VIH. Elle offrait du soutien et du counseling à des personnes transgenres et des hommes incarcérés à la prison de Warkworth. Elle a aussi joué un rôle clé dans l'ouverture du premier programme de seringues dans sa ville.

Ce professionnel médical, qui a demandé de participer de façon anonyme, fournit des soins de santé en prison et éduque les agents et les agentes correctionnels sur l'usage de drogue dans les prisons fédérales, et ce, depuis quatre ans. Ce professionnel a travaillé auprès de détenus et détenues autochtones, femmes et transgenres.

Les ex-détenus et ex-détenues ont aussi parlé des bienfaits des PSAP sur la santé, par exemple en disant : « *Évidemment, il y aurait moins d'hépatite C et de partage d'aiguilles... je veux dire, t'aurais pas autant besoin de cacher tes aiguilles si elles étaient permises* » (Entrevue #1). Les seringues sont actuellement considérées comme des « objets interdits » dans les prisons fédérales; les détenus et détenues qui sont surpris avec des seringues font l'objet de mesures disciplinaires. Ils sont donc forcés de cacher ou de dissimuler leur matériel d'injection, ce qui signifie que les autres détenus et détenues et le personnel de prison (surtout les agents et agentes correctionnels qui effectuent des fouilles de cellules) peuvent se faire accidentellement piquer par des aiguilles qui ont été cachées. Plusieurs des participants et participantes à cette étude ont reconnu le potentiel qu'ont les PSAP de réduire les méfaits liés à la dissimulation de matériel d'injection : « *Évidemment, si les gens ne cachaient pas leurs aiguilles, il n'y aurait pas [d'accidents impliquant des piqûres d'aiguilles]. Il me semble que tu serais moins motivé à cacher tes aiguilles si un PSAP était en place* » (Wendy Wobeser).

D^{re} Wendy Wobeser est médecin en prison depuis plus de 20 ans; elle fournit des soins liés au VIH, au VHC et à la tuberculose (TB) dans plusieurs prisons fédérales à travers le Canada. Professeure agrégée à la faculté de médecine de l'Université Queen's, elle a effectué des recherches sur la santé en prison, spécifiquement au sujet du VIH et de la TB. Elle étudie actuellement l'impact du dépistage et du traitement du VHC en milieu carcéral.

D'autres ont indiqué que, même si une piqûre accidentelle se produisait, les torts pouvant en découler seraient substantiellement réduits puisque les détenus et détenues ne partagent généralement pas leur matériel d'injection lorsqu'ils ont accès à un PSAP : « *Je préférerais me faire piquer par une aiguille qui a été utilisée une fois plutôt que dix-huit* » (Jennifer Vanderschaeghe).

Depuis onze ans, **Jennifer Vanderschaeghe** est directrice générale du Central Alberta AIDS Network Society (CAANS). CAANS est un organisme de bienfaisance qui offre des services de réduction de méfaits et qui se dévoue à la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang au sein de la communauté.

Les participants et participantes ont aussi souligné les bienfaits que les PSAP peuvent avoir sur le système de santé de façon générale, particulièrement en ce qui concerne les coûts liés au traitement d'une personne qui a contracté le VIH ou le VHC en partageant des aiguilles : « *[Les seringues utilisées], c'est un abonnement chez le médecin, à l'hôpital ou à la clinique ... parce que, disons que c'est l'hépatite C qu'ils ont contractée ... tout ça pourrait être évité s'ils distribuaient des aiguilles sécuritaires au lieu de prendre une chance* » (Entrevue #10). Cet argument trouve aussi application dans la communauté. En effet, certains ex-détenus et ex-détenues ont noté que les PSAP peuvent réduire les chances qu'une personne ait besoin de soins de santé dispendieux à sa sortie de prison : « *parce que ces personnes vont éventuellement sortir de prison, avec l'hépatite C, le VIH ... Elles retournent dans leurs communautés, et oui, je pense que c'est une bonne idée* » (Groupe de discussion Sistering).

Les experts communautaires en réduction des méfaits reconnaissent eux aussi l'avantage fiscal des PSAP pour nos systèmes de santé déjà saturés : « *Les gens demandent "Pourquoi je devrais payer pour les aiguilles ?" Ok, finance pas les aiguilles. Préfères-tu payer pour les traitements VIH et VHC ? Pour les médicaments VIH qu'une personne va prendre toute sa vie ?* » (Diane Smith-Merrill).

Depuis plus de treize ans, **Diane Smith-Merrill** travaille avec des personnes détenues ou anciennement détenues dans la région de Kingston. Elle est impliquée dans la prestation de soins de santé en prison, elle offre des ateliers en prison et fournit du soutien individuel aux hommes incarcérés dans des prisons fédérales. Elle a travaillé dans plusieurs établissements correctionnels à travers l'Ontario.

Enfin, nous avons constaté que les participants et participantes soutenaient les PSAP parce qu'ils connaissaient les bienfaits des programmes communautaires de réduction des méfaits et considéraient que des avantages similaires pourraient se matérialiser en prison (par ex., une meilleure éducation et de meilleures connaissances en matière de santé). Tel qu'un participant l'a noté : « *Ce pas juste une façon de distribuer des aiguilles, ça permet aussi d'en savoir plus sur les abcès et les autres choses médicales* » (Entrevue #11).

Avis des ex-détenus et ex-détenues sur les différents modèles de PSAP

Au cours de chaque entrevue et groupe de discussion avec des ex-détenus et ex-détenues, nous leur avons demandé de réfléchir aux avantages et inconvénients de chacun des quatre principaux modèles de PSAP. Bien que les participants et participantes aient exprimé des opinions variées à ce sujet, il existait un consensus comme quoi le recours à un seul modèle ne répondrait pas aux besoins de tous les détenus et détenues, et donc, que chaque établissement devrait considérer implanter au moins deux des modèles décrits ci-dessous.

Machines distributrices

En général, les réponses des ex-détenus et ex-détenues au sujet de ce modèle étaient très positives. L'anonymat était considéré comme le principal avantage, puisqu'aucun contact humain n'est nécessaire. Certains participants et participantes ont mentionné qu'une autre personne (par ex., un autre détenu) pourrait se rendre à la machine pour échanger le matériel afin de protéger encore plus la confidentialité des utilisateurs et utilisatrices du programme.

De potentiels désavantages ont aussi été soulevés. La surveillance des machines par le personnel de sécurité (pouvant entraîner des conséquences négatives telle la fouille de toute une rangée de cellules) et le sabotage des machines constituaient les principales préoccupations. Les participants et participantes ont aussi mentionné la possibilité que l'accès soit limité en cas de confinement aux cellules ou qu'il soit compromis si les machines ne sont pas remplies régulièrement et de façon constante. Ces préoccupations reflétaient celles qui existent actuellement dans certains établissements à l'égard des machines distributrices d'eau de Javel, tel que noté précédemment.

Selon les participants et participantes, ce modèle sera plus efficace si les machines distributrices sont régulièrement remplies, faciles à utiliser, facilement accessibles et qu'elles se trouvent à l'abri de la surveillance par caméra ou par le personnel. Des suggestions ont été émises pour l'emplacement des machines : en installer dans chaque rangée de cellules, dans les toilettes, dans l'unité de soins de santé et dans les aires récréatives.

Avantages :

Anonyme, facile à utiliser, potentiel pour un accès facile

« [La machine] ne dira pas c'était telle ou telle personne. Le personnel n'aurait aucun moyen de le savoir. Je sais que les gars et toutes les personnes qui y auraient recours se sentiraient beaucoup plus à l'aise avec une machine. » (Entrevue #10)

« J'aime la machine. Et tu l'installes quelque part comme dans une salle de bains ou à côté des douches, dans un endroit privé où personne ne peut voir qui l'utilise. » (Groupe de discussion PASAN)

« C'est bien, j'aime ça. Tu rends le matériel usagé et en obtiens du nouveau. » (Groupe de discussion Sistring)

Désavantages :

Surveillance, sabotage, potentiels problèmes d'accès

« Connaissant SCC, ils surveilleraient cette machine par caméra. » (Entrevue #9)

« À moins que quelqu'un ne commence à arracher la machine pour mettre la main sur toutes [les aiguilles]. » (Groupe de discussion ALST)

« Je peux entrevoir des problèmes puisque personne ne va vouloir aller leur demander de remplir la machine. » (Entrevue #10)

Pairs et paires

Ce modèle a suscité une réaction plus mixte de la part des ex-détenus et ex-détenues, mais une réaction tout de même plus positive que négative. Ceux qui appuyaient ce modèle ont souligné la compréhension, le confort et la confiance que les pairs et paires pourraient générer, surtout s'ils ont eux-mêmes de l'expérience en matière d'utilisation de drogue. D'autres commentaires positifs ont été émis au sujet de la confidentialité du service, des connaissances et de l'éducation en matière de santé qui pourraient être véhiculées par les pairs et paires, ainsi que de l'absence de jugement à laquelle on pourrait et devrait s'attendre de la part de pairs et paires qui accepteraient de jouer ce rôle et seraient formés à ce sujet. Un petit nombre de participants et participantes ont suggéré que le comité des détenus et détenues de l'établissement pourrait être impliqué dans la mise en œuvre du programme.

Les participants et participantes ont parlé de deux principaux désavantages : un détournement potentiel du programme (corruption) et l'influence de conflits et biais interpersonnels entre certains pairs et paires et certains utilisateurs et utilisatrices du programme. Certains participants et participantes craignaient aussi le commérage des pairs et paires et l'absence de confidentialité pour d'autres raisons telles des pressions de la part du personnel de SCC et des délations au personnel de sécurité.

Les participants et participantes ont suggéré que ce modèle sera plus efficace si les bons individus sont sélectionnés comme pairs et paires (c.-à-d. des détenus et détenues qui bénéficient du respect et de la confiance de la population) et s'il y a au moins un pair ou une paire par rangée/unité.

Avantages :

Niveau élevé de confiance, compréhension, confidentialité et savoir

« Il y a un lien de confiance, il est donc facile d'aller leur demander quelque chose. Ou même de poser des questions parce que tu supposes que la personne a des connaissances générales en matière de santé ... Et ça peut aussi être anonyme. Tu peux aller voir la personne sans que les autres ne le sachent, c'est pas écrit nulle part. Ça sera pas utilisé contre toi. » (Entrevue #1)

« Encore une fois, il faut choisir quelqu'un en qui les autres ont confiance, une personne qui est respectée par les détenus et détenues. C'est ça qui va faire que ça fonctionne. » (Entrevue #5)

« À Frontenac, on avait un pair coordonnateur en matière de santé. Les détenus pouvaient aller lui parler du VIH, de l'hépatite C ou de n'importe quoi d'autre ... Tout ça demeurerait confidentiel. » (Entrevue #9)

Désavantages :

Risques de corruption, biais/rengaines et commérages

« SCC ferait sûrement pression sur la personne pour qu'elle divulgue des noms ... ils font continuellement pression pour qu'on se dénonce entre nous, ce qui arrive souvent dans les prisons fédérales. » (Entrevue #9)

« Il va y avoir de la corruption. Comme pour tous les autres marchés noirs en prison, il va y avoir ... des gangs vont mettre leurs doigts dans la tarte. » (Entrevue #4)

« Une altercation : il pourrait y avoir un conflit d'intérêts entre la personne qui distribue les seringues et les détenues et détenues, non ? Ça aussi ça peut arriver, si tu as une dent contre quelqu'un ou quelque chose comme ça. » (Groupe de discussion)

« Les pairs et paires parlent trop. » (Groupe de discussion ALST)

Intervenants et intervenantes communautaires

Ce modèle bénéficie d'un soutien élevé de la part des ex-détenus et ex-détenues, qui s'attendent à ce que son principal avantage soit la confidentialité du service. Ils ont manifesté un niveau de confiance élevé au sujet du respect de la confidentialité liée à la participation au programme. Les autres avantages incluent l'accès à de l'information sur la réduction des méfaits par l'entremise de ces intervenants et intervenantes, un service sans jugement et un service offert par des professionnels et professionnelles.

Le principal inconvénient soulevé par les participants et participantes était l'accès au matériel. Les intervenants et intervenantes communautaires seraient-ils en mesure d'offrir ce service lors des confinements aux cellules ou si l'établissement résiste à l'implantation du programme? Certains avaient l'impression que la distribution par des intervenants et intervenantes communautaires réduirait mais n'éliminerait pas le partage de seringues. D'autres participants et participantes ont indiqué que les détenus et détenues éviteraient peut-être d'utiliser un service offert par des intervenants et intervenantes communautaires soit pour éviter que la communauté ne soit mise au courant de leur utilisation de drogue, soit en raison de relations préexistantes avec une organisation communautaire ou son personnel.

Des participants et participantes ont suggéré que ce modèle serait surtout efficace si les intervenants et intervenantes communautaires étaient autorisés à apporter et à laisser une grande quantité de matériel d'injection dans les prisons, de sorte que la distribution ne soit pas interrompue en cas de confinement aux cellules. Les participants et participantes considéraient aussi que ce modèle serait mieux accepté par les autorités correctionnelles si chaque unité de matériel d'injection était cataloguée et faisait l'objet d'un suivi. Pour gagner la confiance des détenus et détenues, les intervenants/intervenantes/agences devraient de plus s'assurer de clairement se distinguer du personnel correctionnel et de publiciser leur indépendance. On a aussi suggéré d'offrir des services adaptés aux différentes communautés afin que les détenus et détenues de différents groupes religieux et culturels puissent obtenir de l'information sur la réduction de méfaits auprès de membres de leur propre religion ou milieu.

Avantages :

Haut niveau de confiance, savoir professionnel, soutien et confidentialité

« Ces personnes, elles ne vont pas te dénoncer aux gardes. Elles travaillent pour toi. » (Groupe de discussion ALST)

« Oui, s'il y a ... une organisation en laquelle les gens, les [détenus et détenues], ont confiance. Même le chapelain, par exemple. Le révérend. N'importe qui sauf le personnel. » (Entrevue #5)

« Personne ne s'y connaît plus en matière de réduction des méfaits que les personnes qui travaillent pour ces organisations. » (Entrevue #4)

« Je pense que de simplement interagir avec quelqu'un et de leur donner un peu d'éducation et de soutien, et de ne pas être méprisés parce qu'ils s'injectent en prison » (Groupe de discussion Sistering)

Désavantages :

Accès limité, divulgation de l'utilisation de drogue à la communauté

« Tout fonctionne comme ça avec Corrections Canada, s'ils ont pas envie de les laisser rentrer, ils vont pas les laisser rentrer. » (Groupe de discussion DUAL)

« Pendant un confinement aux cellules, personne n'entre ou ne sort, sauf la nourriture. » (Groupe de discussion DUAL)

« Certaines personnes en prison ne veulent pas que la communauté le sache, tu comprends? » (Entrevue #7)

Le personnel de santé

Des quatre modèles présentés, c'est la distribution par le personnel de santé qui a suscité le plus de réserves de la part des ex-détenus et ex-détenues. Ils étaient en effet particulièrement préoccupés du manque de confiance et de confidentialité. Ceux qui ont commenté ce modèle de façon positive ont reconnu que la distribution par le personnel de santé permettrait une meilleure régulation et un meilleur contrôle, et que ce modèle serait probablement le plus acceptable pour SCC.

Il est intéressant de noter qu'un certain nombre d'ex-détenus et ex-détenues parmi les différents groupes de discussion ont soulevé la question des sites d'injection supervisée en prison. Ils voyaient dans les PSAP et l'injection supervisée une occasion d'offrir des services de réduction des méfaits dans le cadre des services de santé.

Dans l'ensemble, cependant, la réaction à ce modèle s'est avérée négative. Les ex-détenus et ex-détenues ont indiqué que de nombreuses personnes ne se serviraient pas du programme parce qu'elles ne feraient pas confiance au personnel de santé des établissements et penseraient que l'information serait partagée avec le personnel de sécurité ou l'administration. Les préoccupations de certains au sujet de l'anonymat étaient directement liées à des préoccupations portant sur l'obtention de la libération conditionnelle. Les autres facteurs pouvant avoir une incidence négative sur ce modèle incluent la relation d'emploi entre le personnel de santé et SCC (dans les prisons canadiennes, les services de santé ne sont pas fournis par une entité externe et indépendante), de potentiels retards (puisque'il est déjà difficile d'obtenir des soins de santé en temps opportun en prison) et la croyance qu'une bonne partie du personnel de santé ne serait pas d'accord avec les PSAP et ne les appuierait pas. Certains participants et participantes croyaient aussi que le pouvoir et le contrôle accordés au personnel de santé pourraient éventuellement les amener à nier l'accès au programme comme façon de punir les détenus et détenues.

Selon les participants et participantes, la façon la plus efficace d'implanter ce modèle serait d'avoir recours à des infirmiers et infirmières spécifiquement chargés de mettre en œuvre le programme. Il serait aussi essentiel que ces infirmiers et infirmières fassent preuve de compassion et ne portent pas de jugement.

Avantages :

Intégration aux services de santé existants, modèle le plus acceptable pour SCC

« Pourquoi ne pas laisser le gouvernement faire ce qu'ils font déjà à l'extérieur, mais cette fois dans les prisons fédérales. » (Groupe de discussion ALST)

« Tant que ce serait fait dans un environnement médical ... par quelqu'un avec une formation complète, tu vois? Les distribuer correctement. » (Entrevue #6)

« Les services de santé ... étaient vraiment en contrôle de ce que les personnes recevaient et redonnaient ensuite ... Et assurer le respect des règles et des règlements, ils sont vraiment diligents pour ça. » (Entrevue #3)

« Je choiserais des infirmiers et infirmières ... parce que les médecins jugent beaucoup ... il y a toujours cet air d'autorité ... [les infirmiers et infirmières] sont tout de même plus humains. C'est pas facile d'être dans un pénitencier, de faire ce travail et de réussir à conserver son humanité. » (Entrevue #3)

Désavantages :

Manque de confiance et de confidentialité, risque de conséquences négatives à la participation au programme, abus de pouvoir

« De nombreuses personnes ne veulent pas que les infirmiers et infirmières soient au courant parce que tu penses automatiquement ... ils vont le dire aux gardes, qui vont le dire à ton agent de libération conditionnelle, qui va le dire à la Commission des libérations conditionnelles. Il y a un gros manque de confiance. Un gros manque de confiance » (Entrevue #1)

« Pas par le personnel de santé ... les services de santé, c'est comme le personnel de sécurité, il n'y a pas de différence. Pour les détenus et détenues, les services de santé c'est la même chose que les gardes ... Ils travaillent tous ensemble pour nous garder en prison. » (Entrevue #5)

« C'est difficile de développer une relation avec quelqu'un qui travaille pour l'établissement. » (Entrevue #11)

« Je ne voulais pas aller voir l'infirmière Ratched⁵ pour obtenir une maudite aiguille, désolée. Tu comprends? C'est comme, "t'en n'a pas déjà fait aujourd'hui?" » (Groupe de discussion Sistering)

5 Il s'agit d'une référence au personnage fictif de l'infirmière abusive dans le roman de 1962 *One Flew over the Cuckoo's Nest* et le film de 1975 du même nom.

Considérations propres aux femmes, personnes transgenres, autochtones et groupes racialisés

Après avoir discuté des principaux modèles et approches pour les PSAP, nous avons demandé à tous les participants et participantes (ex-détenus et ex-détenues, professionnels et professionnelles communautaires et médicaux) s'ils avaient des commentaires ou des idées pour contribuer à s'assurer que les PSAP répondent efficacement aux besoins des différents détenus et détenues, y compris les femmes, les personnes transgenres, les personnes autochtones et les groupes racialisés. Non seulement la population carcérale canadienne est-elle aussi diversifiée que la population en générale, certaines personnes y sont aussi disproportionnellement représentées. Il est donc important de prendre en considération ces groupes, de sorte que les PSAP répondent à une variété de besoins.

Comparativement à leurs homologues masculins, les femmes incarcérées dans les prisons canadiennes ont par exemple plus de chances de vivre diverses problématiques telles que la pauvreté, des grossesses, la malnutrition et des complications de santé causées par un historique de violences physiques et sexuelles (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012). Pour les femmes autochtones et les femmes noires, ces expériences sont accentuées par l'héritage de colonisation, d'esclavagisme et de racisme (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012). De plus, l'expérience d'incarcération des hommes autochtones, racialisés et immigrants peut différer de celles des hommes blancs nés au Canada, ce dernier groupe constituant typiquement la norme à partir de laquelle sont développés les différents programmes carcéraux. De plus, la division binaire homme/femme du système carcéral expose les personnes transgenres à des obstacles uniques pouvant engendrer des violences sexospécifiques, du harcèlement et de la discrimination à l'encontre de ceux et celles qui ne peuvent pas ou ne veulent pas se conformer aux normes sur le genre.

Les vulnérabilités causées par le genre, la classe, la race, la culture et l'ethnicité sont donc particulièrement accentuées dans le milieu carcéral, où l'accès à des services appropriés est déjà limité. Ceci intensifie le risque de préjudices pour ceux et celles qui vivent de la marginalisation et de la discrimination. Vu ce risque accru, il est d'autant plus important que les PSAP tiennent compte du genre et de la culture des détenus et détenues ainsi que des différences raciales.

En général, lorsqu'on leur demandait de tenir compte de ces différences, les participants et participantes aux entrevues et aux groupes de discussion émettaient quelques commentaires, peu concrets, au sujet des femmes ou des personnes transgenres, autochtones ou racialisées. Vu le contexte décrit précédemment, les membres de l'équipe de recherche se sont questionnés quant à la raison derrière ce nombre relativement peu élevé de recommandations propres aux divers groupes de détenus et détenues : le manque de programmes adaptés en prison, trop

peu de temps accordé à ces problématiques lors des groupes de discussion, une combinaison des deux ? Ceci dit, certains participants et participantes ont souligné l'importance de consulter des femmes tout au long du développement et de l'implantation des PSAP, suggérant qu'« *il faut porter attention aux sensibilités et parler aux femmes pour découvrir le type de mise en œuvre [de PSAP] le plus pertinent pour elles* » (Diane Smith-Merrill). D'autres participants et participantes ont souligné les bienfaits du soutien et de l'éducation par les pairs et paires, surtout pour les femmes qui sont en prison : « *Les femmes suivent un cours ... et apprennent comment fournir du soutien.* » (Entrevue #7)

En outre, les participants et participantes qui avaient le plus de choses à dire au sujet du caractère culturellement approprié des PSAP et de leur adaptation aux réalités autochtones étaient les militants et militantes communautaires autochtones qui travaillent en réduction des méfaits et en défense des droits des détenus et détenues. Tous les militants et militantes communautaires autochtones ont mentionné les effets de la colonisation en disant, par exemple, « *Ce que les gens ne comprennent pas, c'est ce que nous sommes indigènes en ce territoire, nous n'avons aucune autre place où aller. Nous ne pensons pas comme le colonisateur, même si ça fait 500 ans que vous nous avez colonisés ... J'aimerais que les gens cessent d'être envoyés en prison.* » (Wanda Whitebird)

Wanda Whitebird est une intervenante de proximité pour femmes pour l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy à Toronto. Elle fait de l'intervention en prison et fournit du soutien aux détenus et détenues autochtones depuis plus de 30 ans. Ce fut la première agente de liaison autochtone au Canada, elle effectuait du travail spirituel et des cérémonies.

Les participants et participantes autochtones ont soulevé à maintes reprises l'importance de la colonisation dans la vie et les expériences des détenus et détenues autochtones. Certains des militants et militantes communautaires autochtones ont aussi directement abordé les pensionnats autochtones, soulignant leurs conséquences continues : « *Quand on parle ... d'hommes et de femmes autochtones incarcérées ... je pense véritablement qu'il faut regarder l'histoire de leurs familles relativement aux pensionnats autochtones ... je pense véritablement que notre population autochtone qui utilise des drogues en prison le fait parce qu'elle n'a jamais eu accès à des traitements et du counseling appropriés* » (Melissa Maracle). La consultation des aînés autochtones et des personnes autochtones qui utilisent des drogues injectables, et la collaboration avec ceux-ci, était considéré comme essentiel au succès des PSAP.

Melissa Maracle est intervenante de proximité au bureau de Kingston de l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy. Elle intervient dans les prisons à travers l'Ontario, offrant des ateliers de groupes et des séances d'éducation sur l'usage de drogue, le VIH, le VHC et la santé et le bien-être des hommes autochtones en prison.

Un thème commun à toutes ces entrevues était l'importance du contact entre les détenus et détenues autochtones et les membres de leur communauté. Certains participants et participantes ont par exemple noté que « *si les organisations qui visitent les prisons sont des organisations autochtones et qu'elles connectent avec les détenus et détenues autochtones, un vrai sentiment de communauté et d'appartenance peut être généré* » (intervenant autochtone anonyme).

Cet intervenant autochtone, qui a choisi de conserver l'anonymat, travaille en réduction des méfaits depuis quatorze ans. Cet intervenant fournit du soutien individualisé dans divers contextes aux personnes qui sont détenues ou qui l'ont été.

Certains des militants et militantes communautaires en réduction des méfaits et en défense des droits des détenus et détenues ont parlé de l'impact particulièrement bénéfique de l'intervention et des programmes qui, en prison, sont réalisés par les membres d'organisations autochtones et d'autres organisations ethnoraciales et culturelles. En effet, l'implication de ces organisations dans la mise en œuvre des PSAP peut avoir un impact positif sur les populations de détenus et détenues actuellement surreprésentées en prison : « *La communauté africaine/caribéenne/noire, les personnes autochtones, nous sommes tellement surreprésentés en prison, des organisations de ces communautés devraient venir faire*

de l'intervention en prison ... juste pour créer un sentiment de communauté, d'appartenance, de connexion » (intervenant autochtone anonyme). Certains ex-détenus et ex-détenues se sont rappelé avoir eu accès des leaders et des groupes communautaires de différentes ethnicités et religions lorsqu'ils étaient en prison, soulignant que cela avait contribué de façon importante à répondre à leurs besoins.

Considérations portant sur le lancement des PSAP

Les dernières questions que nous avons adressées aux participants et participantes portaient sur l'implantation des PSAP. Nous leur avons demandé conseil quant aux établissements et types d'établissements (par ex., niveau de sécurité, établissements pour femmes ou pour hommes, etc.) qui seraient les plus appropriés pour entamer l'implantation des PSAP au Canada. La plupart des établissements qui ont été suggérés sont situés en Ontario, ce que nous attribuons au fait que la plupart des ex-détenus et ex-détenues participant à la recherche ont été incarcérés dans des prisons fédérales de l'Ontario. Évidemment, d'autres prisons fédérales situées ailleurs au pays pourraient aussi être propices au lancement des PSAP.

En ce qui concerne les niveaux de sécurité, la plupart des participants et participantes ont suggéré de lancer les premiers PSAP dans des établissements à sécurité minimale ou moyenne, mais quelques participants et participantes ont tout de même recommandé des établissements à sécurité maximale. Pour certains, les établissements à sécurité minimale constitueraient un bon endroit pour commencer l'implantation parce que les détenues et détenues pourraient avoir accès au matériel d'injection de façon plus confidentielle dans ces établissements et avec probablement moins de conséquences, puisqu'on y retrouve plus « *d'espaces où tout n'est pas absolument surveillé par caméra* » (Jasmine Cotnam). D'autres participants et participantes ont suggéré des établissements à sécurité moyenne parce que ceux-ci hébergent un éventail de détenus et détenues. Ils ont souligné que ces établissements offrent habituellement une plus grande liberté de mouvement aux détenus et détenues que les établissements à sécurité maximale sans toutefois entretenir un potentiel sentiment de libération imminente.

Jasmine Cotnam est actuellement responsable du plaidoyer chez People Advocating for Change through Empowerment (PACE), une initiative de survivants et survivantes d'utilisation de substances située à Thunder Bay. Elle travaille avec des hommes et des femmes qui ont été en prison. Jasmine a déjà été incarcérée et utilisatrice de drogues injectables dans le passé, elle vit avec le VIH.



Les quelques participants et participantes qui ont recommandé de lancer les PSAP dans des établissements à sécurité maximale ont émis cette recommandation parce que le partage de seringues a tendance à être plus fréquent chez les détenues et détenues qui passent plus de temps dans les milieux les plus confinés. Ce sont donc eux qui ont le plus besoin de PSAP. Les participants et participantes ont aussi suggéré que les prisons à sécurité maximale risquent d'être celles où il sera le plus difficile d'implanter des PSAP, et donc qu'une mise en œuvre réussie dans ce contexte pourrait ensuite permettre une implantation en douceur dans des établissements à sécurité moins élevée. De façon générale, la plupart des participants et participantes

ont reconnu que les PSAP devraient être adaptés au niveau de sécurité et au contexte de chaque établissement.

Bien que le niveau de sécurité le plus approprié pour le lancement des PSAP n'ait pas fait consensus, certains établissements précis ont été suggérés à plusieurs reprises. Les établissements qui autorisent déjà les organismes communautaires à distribuer du matériel (y compris du matériel de réduction des méfaits) et ceux dont la direction et le personnel sont abordables et encourageants étaient considérés comme le point de départ le plus approprié pour l'implantation des PSAP au Canada.

Prison	Niveau de sécurité	Type d'établissement	Pourquoi entamer l'implantation des PSAP dans cet établissement ?
Établissement de Bath Bath, Ontario	Moyenne	Hommes	Recommandé parce qu'ayant déjà été l'hôte de projets pilotes pour d'autres programmes et perçu comme « <i>servant de cobaye pour tout</i> » (Groupe de discussion DUAL). Aussi suggéré en raison de sa population diversifiée de détenus.
Établissement de Millhaven Bath, Ontario	Maximale	Hommes	Recommandé en se fondant sur la prémisse selon laquelle lancer les PSAP dans une des prisons les plus « dures » simplifierait ensuite la transition vers d'autres prisons : « <i>Commencez dans la prison la plus dure et progressez vers les plus faciles</i> » (Diane Smith Merrill). Aussi recommandé en raison de sa population diversifiée de détenus : « <i>C'est probablement la prison avec la plus grande variété de détenus</i> » (Entrevue #4).
Établissement de Collins Bay Kingston, Ontario	Moyenne	Hommes	Recommandé en raison du taux élevé d'utilisation de drogue, et donc du besoin pour des pratiques d'injection plus sûres : « <i>Il y a beaucoup d'utilisateurs de drogues à Collins Bay</i> » (Entrevue #6) et « <i>Collins Bay est l'une des pires pour la violence et l'utilisation de drogue</i> » (Entrevue #1).
Établissement de Joyceville Kingston, Ontario	Moyenne	Hommes	Recommandé en raison de son personnel abordable, avec un participant parlant de façon positive de la directrice de l'établissement : « <i>J'irais à Joyceville ... elle est expérimentée ... commencez avec elle</i> » (Groupe de discussion DUAL). D'autres ont suggéré un besoin croissant parce qu'il y a « <i>beaucoup de nouveaux détenus</i> » (Wanda Whitebird).
Établissement de Beaver Creek (anciennement Fenbrook) Gravenhurst, Ontario	Moyenne	Hommes	Recommandé en raison de son personnel abordable : « <i>Le personnel que nous avons à Fenbrook ... était vraiment cool. Ils paraissent ... plus susceptibles d'écouter le comité des détenus</i> » (Entrevue #9).
Établissement pour femmes Grand Valley Kitchener, Ontario	Niveaux de sécurité multiples	Femmes	Recommandé en raison de sa population diversifiée de détenues et du type de logement : « <i>Vous avez les maisons, vous avez ... la sécurité minimale, moyenne et puis l'unité maximale ... Grand Valley serait l'endroit idéal</i> » (Groupe de discussion ALST). Aussi recommandé parce que c'est le seul établissement pour femmes en Ontario.
Établissement de Warkworth Campbellford, Ontario	Moyenne	Hommes	Recommandé pour les connaissances de ses infirmiers et infirmières en maladies infectieuses : « <i>Je dois dire Warkworth, simplement parce que ses infirmiers et infirmières en maladies infectieuses sont géniaux</i> » (Chris Ciceri).
Établissement de Kent Agassiz, Colombie-Britannique	Maximale	Hommes	Recommandé en raison du taux élevé d'utilisation de drogue intraveineuse dans cet établissement, et donc d'un important besoin de PSAP : « <i>Kent, sécurité maximale, où tous les détenus sont accros à l'héroïne</i> » (Entrevue #2).

Leçons de Suisse : un exemple de PSAP réussi



Un certain nombre de participants et participantes ont suggéré qu'il serait avantageux de regarder les histoires de succès à l'international afin de mieux adapter les PSAP au contexte canadien : « *Examinez les modèles qui existent dans d'autres pays et évaluez leur efficacité, leur performance. Choisissez ceux qui fonctionneraient pour nous au Canada* » (intervenant autochtone anonyme). Toutefois, d'autres ont suggéré qu'un succès à l'étranger n'est pas nécessairement garant d'un succès au Canada : « *Vous ne pouvez pas adopter le modèle d'un autre pays, d'un autre endroit ou d'une autre prison, le balancer ici et penser que ça va marcher* » (Susan Craigie).

Susan Craigie a travaillé pendant cinq ans comme coordonnatrice de l'intervention en prison chez Positive Living B.C. Elle effectuait des ateliers éducatifs et fournissait du soutien et du counseling directs aux détenus et détenues vivant avec une coinfection VIH/VHC, et ce, dans tous les centres correctionnels et les prisons de juridiction fédérale et provinciale de la Colombie-Britannique.

Tout en gardant ceci en tête, tournons-nous maintenant vers un PSAP couronné de succès, celui de la prison suisse de Hindelbank. Il s'agit d'un établissement pour femmes à niveaux de sécurité multiples. Lorsqu'une nouvelle détenue arrive en prison, elle rencontre l'infirmière responsable du PSAP et se fait expliquer les différents aspects du programme. Si elle décide d'y avoir recours, elle reçoit une trousse avec une seringue et cinq aiguilles détachables. Le développement d'une relation de confiance avec l'infirmière est un facteur clé du succès du PSAP.

En plus d'être d'offrir du matériel d'injection stérile par l'intermédiaire de l'infirmière responsable du PSAP, la prison de Hindelbank possède aussi un certain nombre de machines distributrices situées dans des endroits discrets. Les détenues peuvent utiliser ces machines si l'infirmière n'est pas disponible une certaine journée. Le but du programme est de fournir du matériel stérile et l'occasion de développer des relations sûres et de confiance avec le personnel de santé. Les détenues qui ont recours au programme doivent obligatoirement conserver leur matériel dans leur chambre, dans une trousse spécifiquement conçue pour résister aux perforations. Alors que la possession de matériel d'injection dans sa propre cellule (facilement découvrable lors des fouilles) n'est pas pénalisée, l'utilisation (confirmée au moyen de tests d'urine) et la possession de drogues font l'objet de conséquences négatives.

Préalablement à l'implantation du PSAP à Hindelbank en 1994, la prison et son personnel ont été formés et ont assisté à des ateliers éducatifs sur le VIH, le VHC, l'utilisation de drogue et d'autres problématiques de santé, et ce, pour s'assurer que le personnel comprenait bien les PSAP et soutenait le programme. Il s'agit d'un point important. Lorsque le programme a enfin été introduit, les agents et agentes correctionnelles et les autres membres du personnel avaient quelques appréhensions, mais ils ne s'opposaient pas à l'implantation du programme. Depuis, le programme bénéficie d'un soutien élevé de la part du personnel de la prison.

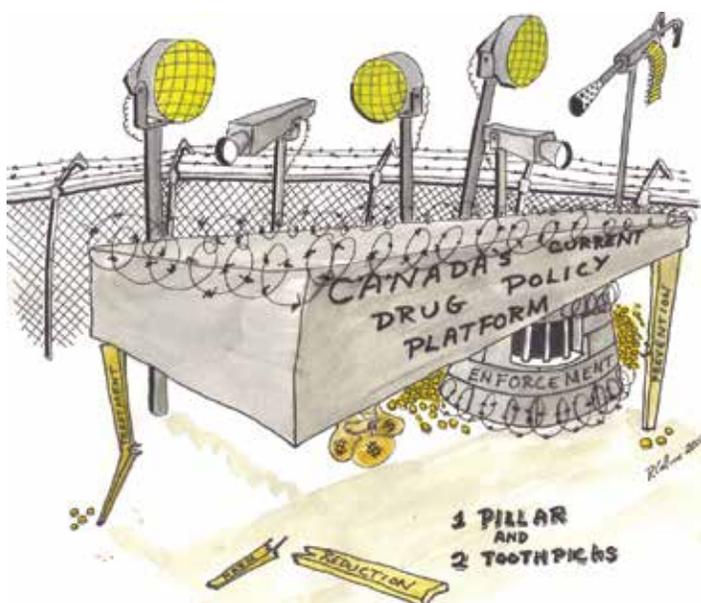
Répondre aux arguments contre les PSAP



Bien qu'ils ne reflètent pas les données probantes et l'expérience internationale, certains arguments sont régulièrement soulevés à l'encontre des PSAP. Les participants et participantes à notre recherche ont eux aussi identifié ces préoccupations comme pouvant nuire à l'implantation des PSAP et à l'appui dont ils bénéficient. Toutefois, chacune des préoccupations peut être déconstruite en se référant aux données empiriques et en s'engageant concrètement auprès des différentes parties prenantes. Nous présentons et déconstruisons ici les quatre préoccupations principales, en nous appuyant sur les données probantes et l'expérience vécue.

Incompatibilité des PSAP avec les politiques antidrogues de SCC

Alors que tous les participants et participantes à notre recherche appuyaient les PSAP de façon globale, plusieurs ont soulevé l'apparente contradiction entre les PSAP et l'environnement correctionnel de « tolérance zéro » créé par le mandat antidrogue de SCC. Selon les participants et participantes, SCC résistera aux PSAP parce que ceux-ci ne s'alignent pas avec ses efforts d'éradication de drogues en prison.



SCC a intensifié ses pratiques de contrôle de drogues au cours des dernières années. En effet, SCC a de plus en plus recours à des chiens détecteurs de drogue et des détecteurs ioniques pour surveiller les visiteurs, et soumet les détenus et détenues à un plus grand nombre de tests de dépistage aléatoires (c.-à-d. analyses d'urine). L'adhésion de SCC à la Stratégie nationale antidrogue signifie que les détenus et détenues dont le test de dépistage s'avère positif, ou qui sont soupçonnés d'utiliser des drogues ou de participer au marché de la drogue, peuvent subir des conséquences administratives tels des accusations institutionnelles, des transferts involontaires, la perte de droits de visite, l'augmentation de leur côte de sécurité et la perte d'un emploi institutionnel. Les conséquences peuvent aussi toucher l'admissibilité à la liberté conditionnelle.

« Tous les modèles [de PSAP] pourraient fonctionner, mais le SCC étant ce qu'il est, aucun ne fonctionnera. » (Susan Craigie)

Toutefois, tel que certains participants et participantes l'ont souligné, non seulement les PSAP répondent à des problématiques de santé réelles et continues en prison, ils constituent aussi une réponse adéquate à une crise de santé publique. Vu les besoins en matière de réduction des méfaits dans les prisons canadiennes, et tel que suggéré par certains de nos participants et participantes, nous considérons que les PSAP peuvent coexister efficacement avec les politiques correctionnelles antidrogues. L'un des comités d'experts du SCC lui-même a indiqué que : « L'application d'un programme d'échange de seringues peut se combiner aux efforts de répression des drogues du SCC en créant un milieu contrôlé et stabilisé pendant que l'on continue d'appliquer des mesures strictes pour endiguer l'entrée de drogues illicites dans les établissements » (SCC, 1999, p.1).

La plupart des ex-détenus et ex-détenues et des professionnels et professionnelles communautaires et médicaux que nous avons interviewés ont exhorté le SCC à pleinement reconnaître les taux élevés d'utilisation de drogue et de partage de matériel d'injection dans les prisons canadiennes, et à fournir du matériel stérile aux détenus et détenues afin d'en minimiser les méfaits.

« Nous encourageons [SCC] à aider les détenus et détenues à cesser d'utiliser, à rétablir leur santé, tout en reconnaissant qu'il y a des personnes qui vivent des dépendances et qu'il y a de la drogue à l'intérieur des prisons ... et SCC le sait, je ne pense donc pas qu'ils doivent être diamétralement opposés l'un à l'autre. » (Diane Smith-Merrill)

Les évaluations des PSAP existant à l'étranger ont conclu que distribuer du matériel stérile n'équivaut pas à cautionner l'utilisation de drogues illégales en prison. Les drogues demeurent interdites dans les établissements qui ont des PSAP, et les PSAP n'interfèrent pas avec la sécurité et les stratégies de prévention de drogue des prisons (Lines et autres, 2005; Stöver & Nelles, 2003). En fait, la crainte que les PSAP portent atteinte aux approches antidrogues prônant l'abstinence ne s'est pas matérialisée. Au contraire, les données probantes démontrent que les PSAP peuvent accroître la participation aux services de traitement de la toxicomanie (SCC, 1999; Dolan et autres, 2003; Lines et autres, 2005; PHAC, 2006).

Augmentation de l'usage de drogue

Plusieurs craignent aussi que les PSAP n'entraînent une augmentation de l'utilisation de drogue en prison. Nous savons toutefois que la disponibilité de seringues stériles en prison n'entraîne pas d'augmentation de l'utilisation de drogue de façon générale ni du nombre de personnes qui utilisent des drogues injectables; il n'y a pas non plus d'augmentation de la quantité de drogue saisie dans les établissements qui ont des PSAP (Dolan et autres, 2003; Lines et autres, 2005; Stöver & Nelles, 2003). Et encore une fois, tant le SCC (1999) que l'ASPC (2006) sont parvenus à des conclusions semblables.

« L'utilisation de drogue va continuer de toute façon. » (Groupe de discussion ALST)

« C'est pas comme si l'utilisation d'aiguilles et d'injection de drogue va augmenter, c'est déjà là ... ce serait plus sécuritaire, moins préoccupant. » (Chris Ciceri)

Plusieurs de nos participants et participantes ont confirmé que l'utilisation de drogues est déjà courante dans les prisons canadiennes, que les détenus et détenues ont recours à diverses méthodes de consommation et qu'il existe peu d'options d'injection sécuritaire ou de réduction des méfaits. La disponibilité de matériel stérile ne contribue pas à faire augmenter l'utilisation de drogue, mais aide plutôt à mitiger la transmission de maladies et autres problèmes médicaux susceptibles d'apparaître en cas de partage de seringues, d'injection en hâte et d'élimination non sécuritaire du matériel.

« Chaque jour, quelque part, quelqu'un s'injecte quelque chose. Que ce soit leurs médicaments ou leurs drogues injectables de contrebande ... des injections ont lieu. » (Entrevue #8)

« Au lieu de t'injecter dix ... fois par jour, tu t'injectes seulement chaque quatre heures. [Les détenus et détenues] commencent à contrôler l'utilisation de drogue au lieu que celle-ci ne les contrôle. Ils peuvent obtenir des aiguilles qui n'ont jamais été utilisées ... c'est une situation gagnant-gagnant. » (Wanda Whitebird)

Utilisation des aiguilles comme armes par les détenus et détenues

L'une des principales appréhensions au sujet des PSAP, surtout chez les agents et agentes correctionnels, est la crainte que les détenus et détenues n'utilisent les aiguilles comme armes. Bien qu'une telle crainte soit facile à comprendre, nous n'avons trouvé aucune donnée internationale suggérant que des aiguilles ont été utilisées comme armes dans les prisons qui ont implanté des PSAP, y compris les prisons à sécurité maximale.

Les évaluations et les examens qui ont été faits des PSAP existants indiquent explicitement qu'il n'existe aucun cas rapporté d'usage d'aiguilles ou de seringues comme arme à l'encontre du personnel de prison ou d'autres détenus ou détenues (Dolan et autres, 2003; Lines et autres, 2005; Stöver & Nelles, 2003). En fait, les recherches menées à l'international ont conclu que l'implantation de PSAP n'a pas engendré les violences et les autres conséquences négatives que certains redoutaient (Dolan et autres, 2003; Lines et autres, 2005). Les rapports produits par SCC (1999) et l'ASPC (2006) reflètent des conclusions similaires, soulignant même que les PSAP : « peu[ven]t améliorer la sécurité et la santé au travail du personnel du SCC » (SCC, 1999, p.2). De nombreux participants et participantes à notre recherche ont exprimé des inquiétudes quant à la santé des agents et agentes correctionnels; ils étaient d'avis que les PSAP constituent une façon d'améliorer la santé et la sécurité au travail de façon globale.

« C'est l'approche pragmatique pour réduire les risques auxquels font face les détenus et détenues et les gardes ... en fait, [les PSAP] rendent l'environnement de travail plus sécuritaire. » (Wendy Wobeser)

Lorsqu'on se penche sur cette crainte de violence en milieu carcéral, il faut garder en tête que plusieurs objets qui peuvent être utilisés comme armes sont déjà accessibles en prison. À titre d'exemple, les stylos, crayons, brosses à dents, ustensiles et livres qui sont tous des objets communs en prison peuvent être utilisés lors d'incidents violents et causer des dommages.

« Il y a d'autres armes dont l'usage est beaucoup plus astucieux, beaucoup plus efficace qu'une seringue. » (Entrevue #10)

« Les détenus [...] ils ont des couteaux [...] ils ont des couteaux pour manger. » (Professionnel médical anonyme)

En outre, on confie déjà du matériel d'injection à certains détenus et détenues fédéraux (par ex., les personnes diabétiques pour leurs injections d'insuline) à qui l'on apprend à en disposer de façon sécuritaire après l'utilisation. Aucun problème n'a été rapporté. En se fondant sur les données probantes disponibles, nous prévoyons que les détenus et détenues désireront suivre les procédures d'utilisation et d'élimination concernant les PSAP, et qu'ils pourraient même s'aider mutuellement à ce sujet afin que l'accès au programme ne soit pas compromis.

« Je ne pense pas qu'elles seraient utilisées comme armes parce que les gars ne voudront pas perturber le programme ... disons simplement que s'ils les utilisent comme armes ou quelque chose comme ça, ils savent que [les PSAP] seront immédiatement discontinués pour raisons de sécurité. » (Entrevue #10)

« Personne ne veut être le gars qui ruine ça pour tout le monde. » (Entrevue #4)

« Comment oses-tu utiliser comme arme une aiguille dont on a besoin ! Tu dois être la personne la plus stupide du monde. » (Groupe de discussion ALST)

« Une fois que t'as une seringue, tu l'utilises pas pour d'autre chose, n'est-ce pas ? Tu veux pas gâcher ça d'aucune façon. » (Groupe de discussion DUAL)

Risque accru d'incidents impliquant des piqûres d'aiguilles

Il est aussi communément allégué que les PSAP vont être une source d'incidents, que le personnel se fera piquer par des aiguilles utilisées. Toutefois, même en l'absence de PSAP, il y a déjà du matériel d'injection en prison, particulièrement des instruments improvisés. Jusqu'à un certain point, le risque de piqûres accidentelles existe donc déjà. Tel que mentionné précédemment, les aiguilles et les seringues sont considérées comme des « objets interdits » et les détenus et détenues ont tendance à les cacher à divers endroits dans la prison, y compris leur cellule. Ceci signifie que les agents et agentes correctionnels peuvent être accidentellement piqués par une aiguille lorsqu'ils effectuent des fouilles. S'ils n'ont pas accès à des PSAP, de nombreux détenus et détenues partagent le matériel d'injection, parfois pendant plusieurs mois, augmentant ainsi drastiquement les chances que ce matériel soit contaminé par un virus transmissible par le sang.

« Tout le monde les cache dans plein d'endroits différents parce qu'on ne peut pas être surpris en leur possession. » (Entrevue #7)

« Les gardes qui font des fouilles, ou même quand tu tombes sur une aiguille utilisée et te piques ... Il y a des méfaits partout, [les PSAP] seraient définitivement une bonne chose. » (Entrevue #1)

Lorsqu'un PSAP est en place, le matériel d'injection autorisé n'est pas considéré comme des objets interdits devant être dissimulés. De plus, on exige des détenus et détenues qu'ils conservent le matériel dans un endroit prédéterminé de leur cellule, habituellement à l'intérieur d'un contenant à l'épreuve des perforations tel que celui utilisé à la prison de Hindelbank, représenté dans la photo ci-dessous.



Représenté ci-dessus : contenant à l'épreuve des perforations utilisé à la prison de Hindelbank.

La fouille des cellules ne comporte donc plus le même risque de blessure. Ici aussi, l'expérience des prisons à travers le monde qui exploitent des PSAP depuis plusieurs années s'avère révélatrice : grâce aux contenants solides et sécuritaires dans lesquels le matériel est conservé, plusieurs établissements ont rapporté une augmentation de la sécurité du personnel, y compris une réduction importante des incidents où le personnel se fait piquer par des aiguilles dissimulées lors de fouilles (Lines et autres, 2005).

« [Avec un PSAP, les détenus et détenues] collectent [du matériel d'injection] et le mettent dans une boîte sécuritaire ... il ne devrait donc pas y avoir de blessures impliquant des piqûres. » (Entrevue #11)

« Il s'agit d'être ouvert, authentique, quant à cette réalité : il y a des aiguilles partout. Indiquez clairement où elles devraient se trouver, où vous voulez qu'elles soient... comme ça, personne n'a besoin de les cacher. Faites tout ce que vous pouvez pour encourager les gens à les garder dans des endroits visibles. Je pense que vous aurez alors un environnement plus sécuritaire. » (Jennifer Vanderschaeghe)

La distribution de seringues stériles, ainsi que leur rangement sécuritaire, peut augmenter la santé et la sécurité de tous en prison. Éduquer et former les agents et agentes correctionnels et d'autres sur les façons dont les PSAP augmentent (plutôt qu'ils ne minent) la sécurité du personnel peut grandement contribuer à ce que les drogues et le matériel ne soient pas confondus, et à ce que les détenus et détenues ne soient pas stigmatisés ou punis pour s'être procurés du matériel d'injection stérile.

Recommandations pour la mise en œuvre de PSAP au Canada

Les recommandations suivantes se fondent sur les trois phases d'activités de recherche et de plaidoyer décrites dans ce rapport (la réunion entre parties prenantes en janvier 2014, les visites de prisons suisses en mai 2014 et la collecte de données primaires d'octobre 2014 à avril 2015), ainsi que sur les données probantes internationales publiées au cours des deux dernières décennies. Les recommandations ont été spécifiquement développées pour le système carcéral fédéral du Canada, mais elles pourraient aussi s'appliquer aux systèmes carcéraux des provinces et des territoires du Canada ou à l'international.

En plus de renvoyer aux directives sur la planification et l'implantation de PSAP produites par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (2014), nous émettons les recommandations suivantes :

Recommandation #1

L'accès des détenus et détenues aux PSAP et au matériel d'injection stérile devrait être facile, confidentiel et ne pas entraîner de conséquences disciplinaires.

Recommandation #2

Les détenus et détenues devraient avoir accès un accès régulier à de l'information et de l'éducation sur les pratiques d'injection plus sûres, ainsi qu'à du soutien par du personnel formé à ce sujet.

Recommandation #3

Au sein de chaque établissement, les PSAP devraient adopter une approche de distribution hybride qui combine plusieurs modèles.

Recommandation #4

Afin que les PSAP soient accessibles et génèrent des bienfaits pour la santé, leur implantation et leur exploitation devraient être ancrées dans une consultation continue et significative des parties pertinentes, ainsi qu'inclure des mesures éducatives à leur intention.

Recommandation #5

Les détenus et détenues devraient jouer un rôle actif dans l'élaboration de la programmation, de la structure et des politiques liées aux PSAP.

Recommandation #6

Dans sa réponse à l'usage de drogue, le système de justice (y compris Service correctionnel Canada) devrait s'orienter vers une approche sociale et de santé.

Recommandation #1

L'accès des détenus et détenues aux PSAP et au matériel d'injection stérile devrait être facile, confidentiel et ne pas entraîner de conséquences disciplinaires.

Les détenus et détenues doivent bénéficier d'un accès facile au matériel d'injection afin de favoriser la participation aux PSAP. Le matériel devrait être disponible à de **multiples endroits** au sein l'établissement, et ce, **en tout temps**. Ces endroits devraient être choisis pour encourager l'accès, non pas le décourager. Par exemple, les détenus et détenues devraient être capables de se procurer du matériel sans craindre d'être vus par des agents et agentes correctionnels, d'autres membres du personnel ou des caméras de surveillance. Cet accès devrait aussi comprendre **un accès facile à des moyens d'élimination sécuritaire du matériel utilisé** (c.-à-d., à divers endroits confidentiels et accessibles en tout temps).

Afin de s'assurer que les détenus et détenues ont tous les outils nécessaires à une utilisation plus sécuritaire, le matériel d'injection recommandé ou considéré comme « meilleures pratiques » et disponible en milieu communautaire devrait aussi être disponible en prison. Ce matériel inclut des aiguilles/seringues, des réchauds ou réceptacles pour les mélanges, des filtres,

de l'eau stérile pour l'injection, des tampons alcoolisés et des garrots (voir Strike et autres, 2013). En outre, **l'approvisionnement doit être maintenu et le remplissage effectué** en fonction des besoins. Tel que noté précédemment, un manque de constance et d'accessibilité a été documenté en ce qui concerne la distribution d'eau de Javel; les PSAP seront beaucoup plus efficaces s'ils ne font pas face à ces problèmes.

De plus, à moins qu'il y ait un incident de sécurité précis, **l'accès aux PSAP ne devrait pas être limité ou bloqué**. En cas d'interruption (par ex., confinement aux cellules), des efforts devraient être faits pour distribuer du matériel d'injection aux détenus et détenues qui en font la demande. Se procurer du matériel d'injection ne devrait pas être considéré comme un incident de sécurité et la participation à un PSAP ne devrait pas être documentée ou rapportée à la commission des libérations conditionnelles ou à toute autre tierce partie. En d'autres mots, **la participation à un PSAP ne devrait pas entraîner de conséquences disciplinaires**.



Recommandation #2

Les détenus et détenues devraient avoir accès un accès régulier à de l'information et de l'éducation sur les pratiques d'injection plus sûres, ainsi qu'à du soutien par du personnel formé à ce sujet.

La distribution de matériel d'injection devrait être accompagnée **d'information et d'éducation accessibles** au sujet des pratiques d'injection plus sûres et de la transmission et la prévention du VIH et du VHC. La distribution devrait aussi être accompagnée des autres types de soutien pouvant être requis. Tous peuvent avoir à jouer un rôle dans la prestation des PSAP et l'éducation y afférente : les pairs et paires (pouvant inclure des personnes actuellement et antérieurement incarcérées), les intervenants et intervenantes communautaires, le personnel de santé de la prison (par ex., les infirmiers, les infirmières et les médecins spécialisés en maladies infectieuses) et le personnel correctionnel (Strike et autres, 2015).

L'ensemble du personnel impliqué dans l'administration, la prestation et l'évaluation des PSAP doit recevoir une **formation adéquate** et devrait faire preuve d'une bonne connaissance des PSAP et des principes de réduction des méfaits. Plus spécifiquement, toutes les personnes chargées d'offrir les services devraient être formées sur les attitudes sans jugement à adopter à l'égard des détenus et détenues qui utilisent peut-être des drogues. En effet, elles devraient faire preuve d'une attitude ouverte et de soutien lorsqu'elles fournissent les services. Dans de nombreux cas, les employés et employées des établissements étrangers qui ont implanté des PSAP se sont d'abord montrés réticents à cette démarche puis en sont venus à soutenir les PSAP au fur et à mesure qu'ils ont constaté les bienfaits générés (Lines et autres, 2005).



Recommandation #3

Au sein de chaque établissement, les PSAP devraient adopter une approche de distribution hybride qui combine plusieurs modèles.

Pour un accès qui répond aux besoins des différents détenus et détenues, chaque établissement devrait idéalement mettre en œuvre **un minimum de deux modèles de PSAP**—avec une préférence pour l’emploi de **machines distributrices en combinaison avec un autre modèle qui permet un soutien et un contact humains**, telle la distribution par les paires et pairs.

Offrir une variété de moyens d’accéder au matériel d’injection stérile permet de **réduire les barrières** à l’accès et **d’améliorer l’anonymat** des utilisateurs et utilisatrices du service. Il est préférable d’avoir recours à des machines puisque la participation de certaines personnes peut être entravée s’il leur faut obligatoirement interagir avec une autre personne

pour se procurer le matériel (c.-à-d. modèle de distribution en mains propres). D’autres personnes peuvent avoir une préférence pour la distribution en mains propres, y voyant notamment une occasion de se renseigner sur les pratiques d’injection plus sûres et les risques liés à l’utilisation de drogue.

Les normes communautaires et les meilleures pratiques encouragent la mise en place de **points d’accès multiples, tant pour le matériel d’injection que le soutien**, afin de favoriser la continuité et la régularité de l’utilisation plus sûre. Ce principe est aussi vrai en contexte carcéral, les détenus et détenues devraient pouvoir se procurer du matériel d’injection stérile de plusieurs façons différentes.



Recommandation #4

Afin que les PSAP soient accessibles et génèrent des bienfaits pour la santé, leur implantation et leur exploitation devraient être ancrées dans une consultation continue et significative des parties pertinentes, ainsi qu'inclure des mesures éducatives à leur intention.

Afin que les PSAP suscitent la confiance, qu'ils soient accessibles et bien entretenus, une consultation significative des parties prenantes pertinentes (incluant les personnes qui administrent le programme, le personnel correctionnel, le personnel de santé et les détenus et détenues) doit avoir lieu **avant la mise en place initiale des PSAP et leur expansion subséquente.**

De plus, la formation de toutes les parties impliquées dans la mise en œuvre du programme doit **débuter avant l'implantation des PSAP et continuer après celle-ci**, afin de s'assurer que l'information et l'éducation offertes demeurent à jour. Ces activités devraient aussi aider à promouvoir l'acceptation du programme par les différentes parties prenantes. En effet, il est particulièrement important de concevoir des protocoles de formation de qualité à l'intention du personnel correctionnel afin d'encourager leur compréhension des besoins auxquels les PSAP répondent et des façons dont les PSAP peuvent contribuer à la santé et la sécurité institutionnelles (par ex., en réduisant les maladies infectieuses chez les détenus et détenues, en réduisant les risques d'accidents impliquant des piqûres d'aiguilles, etc.)

En outre, **les opinions et les attitudes du personnel correctionnel et des responsables des prisons doivent être évaluées avec attention** avant que les PSAP ne soient implantés, et ce, afin de mieux comprendre l'opposition qu'ils manifestent à l'encontre de ces programmes. Ceci contribuera non seulement au développement d'une compréhension approfondie de la façon dont les parties prenantes conceptualisent les PSAP, mais permettra aussi aux parties prenantes d'être actives dans l'élaboration des solutions liées à l'utilisation des PSAP ce qui encouragera leur engagement au sein du processus et leur acceptation du produit final (Mogg & Levy, 2009).

L'introduction d'un PSAP devrait donc inclure la **consultation des agents et agentes correctionnels et des responsables des prisons et l'instauration de mesures éducatives à leur intention**—le tout devant être effectué de **façon significative et en continu**. Toutefois, il est important de noter que l'implantation des PSAP ne devrait pas dépendre de l'approbation et du soutien du personnel.



Recommandation #5

Les détenus et détenues devraient jouer un rôle actif dans l'élaboration de la programmation, de la structure et des politiques liées aux PSAP.

Afin de s'assurer que les PSAP répondent aux besoins de ceux et celles qui les utilisent, les **détenus et détenues devraient être impliqués dans le processus décisionnel portant sur la programmation, la structure et les politiques liées aux PSAP**. Partout où cela est possible, les rétroactions des détenus et détenues sur tous les aspects de l'implantation et de l'exploitation des PSAP (par ex., préoccupations liées à l'accès au matériel, à la confidentialité, préférences au sujet du contenu éducatif et des différents modèles de PSAP, etc.) devraient être incorporées aux programmes.

De nombreuses communautés marginalisées, y compris les personnes qui utilisent des drogues, ont plaidé pour l'adoption de l'approche « **rien sur nous sans nous** » en matière de programmation et de services (Jürgens, 2008; National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007; Schiffer, 2011). **L'implication des pairs et des paires est essentielle** au succès des interventions qui s'adressent aux personnes qui utilisent des drogues un constat internationalement reconnu qui s'applique aussi en milieu carcéral. Les études ont conclu que la promotion de la santé par les pairs et paires en prison aide à modifier les attitudes et les comportements des populations de détenus et détenues, ce qui permet de réduire les cas de transmission du VIH de façon efficace (Wright et autres, 2011).

Les personnes autochtones et racialisées subissent de façon disproportionnée les conséquences des politiques correctionnelles et de la criminalisation de la drogue; elles sont aussi l'objet de taux plus élevés de VIH et de VHC à l'intérieur et à l'extérieur des prisons. Il est donc particulièrement important que des détenus et détenues représentant ces populations soient activement engagés dans la mise en place, l'implantation et les décisions programmatiques continues liées aux PSAP. En effet, il est essentiel que **les connaissances, les expériences et le soutien culturellement spécifiques** influencent la programmation liée aux PSAP afin que ces programmes répondent adéquatement aux conséquences continues de la colonisation et du racisme.

La participation active des détenus et détenues à la conception et l'implantation des PSAP peut augmenter leur confiance en ces programmes. Plus que n'importe quel acteur du système, les détenus et détenues comprennent l'environnement dans lequel ils vivent et les facteurs qui déterminent leur motivation et leur capacité à accéder aux programmes et services. Il est donc essentiel d'accorder une place centrale aux expériences et aux connaissances des détenus et détenues dans l'implantation et la gestion des PSAP.



Recommandation #6

Dans sa réponse à l'usage de drogue, le système de justice (y compris Service correctionnel Canada) devrait s'orienter vers une approche sociale et de santé.

Il est prouvé que les PSAP réduisent les problèmes de santé de façon efficace, et ce, même au sein d'établissements qui ne se départissent pas de leur approche « tolérance zéro » et de leurs politiques punitives en matière de possession et d'utilisation de drogues. La Suisse en est un exemple. Nous recommandons toutefois que les structures correctionnelles du Canada modifient de façon fondamentale leur vision de l'utilisation de drogue et passent à une **approche axée sur le bien-être social et de santé**. À l'heure actuelle, l'utilisation de drogue en prison est perçue comme un comportement déviant et désobéissant qui requiert des mesures coercitives, non comme une problématique sociale et de santé. Cette vision ignore les causes profondes des problématiques de consommation.

En ce qui concerne les détenus et détenues qui font face à la fois à des problématiques d'utilisation de drogues et de santé mentale, **le paradigme de sécurité** qui teinte actuellement le soutien en matière de santé mentale **doit être fondamentalement remplacé** par la création d'environnements plus thérapeutiques. De même, en ce qui concerne les détenus et détenues qui ont des besoins en matière de

gestion de la douleur, les services de santé des prisons devraient considérer les douleurs des patients comme une **préoccupation de santé complexe à niveaux multiples**, et résister aux pressions suggérant que les requêtes de gestion de la douleur sont des demandes récréatives non liées à la santé ou encore des signes d'un comportement nécessitant une diversion ou un contrôle.

Nous recommandons donc la **cessation des pratiques punitives** à l'encontre des détenus et détenues qui sont surpris à utiliser des drogues en prison, telles que la restriction des droits de visite, la perte d'un emploi (et donc de revenus) et les accusations institutionnelles. Ces pratiques ne servent qu'à isoler et à punir encore plus des détenus et détenues qui sont souvent déjà en situation de détresse.

Bien que l'abandon des politiques antidrogues de tolérance zéro ne soit pas une condition préalable au succès des PSAP, il devrait toutefois être admis que ces politiques créent les conditions qui catalysent les habitudes de consommation problématiques et chaotiques en prison, et qu'ainsi, ces politiques contribuent fondamentalement au besoin de PSAP.



Conclusion



La criminalisation de la drogue joue un rôle central et constant dans la condamnation des personnes incarcérées dans le système fédéral. Beaucoup de ces personnes sont aussi aux prises avec des problèmes de gestion de la douleur (tant physique que psychologique/émotionnelle), ont survécu aux pensionnats autochtones, ont été en contact avec le système de santé mentale, ont subi des mauvais traitements pendant l'enfance, vivent avec les conséquences de traumatismes, ou font face à une combinaison de ces problématiques. Une programmation efficace et complète de réduction des méfaits est donc essentielle pour soutenir les diverses populations de détenus et détenues.

Les données probantes et l'expérience internationales démontrent de façon constante que les PSAP sont efficaces pour réduire les problèmes de santé liés à l'utilisation de drogue, qu'ils n'augmentent pas la violence au sein des prisons, et qu'ils peuvent prendre diverses formes au sein d'une variété de contextes carcéraux afin de soutenir différentes populations de détenus et détenues. Les PSAP améliorent la santé publique globale ainsi que la santé et la sécurité en milieu carcéral pour les détenus et détenues et le personnel. Notre recherche soutient ces constats et franchit une étape supplémentaire en émettant des recommandations concrètes sur la façon d'implanter ces importants programmes. L'implantation de PSAP au Canada peut et devrait avoir lieu immédiatement.

Alors que la mise en œuvre des PSAP a été recommandée par de nombreuses organisations de santé et de droits humains, tant au Canada qu'à l'international, la résistance à ces programmes est, d'une part, due à l'ignorance des méthodes qui permettraient de les implanter de façon réaliste et efficace, ainsi qu'à des suppositions quant à leur fonctionnement. Nous avons consulté une variété de parties prenantes clés et de personnes avec une expérience d'incarcération; nous espérons que nos recommandations donneront lieu à une politique de réduction des méfaits plus efficace au sein des prisons canadiennes et qu'elles feront avancer les connaissances et l'opinion publique sur cette question de santé publique et de droits humains.

La santé de nos prisons a des conséquences sur la santé de nos familles, de nos communautés et de nos amis et amies. Il est temps de prendre au sérieux les besoins de réduction des méfaits dans les prisons fédérales canadiennes et d'y implanter des PSAP.

RÉFÉRENCES

- Agence de la Santé publique du Canada (ASPC) (2006). « Prison needle exchange: Review of the evidence. Report for Correctional Service of Canada », Ottawa: ASPC.
- Agence de la Santé publique du Canada (ASPC) (2010). « Chapitre 3 — État de l'épidémie concentrée de VIH/sida dans la population autochtone. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones » (pp. 19–35), document extrait de <http://www.catie.ca/fr/ressources/rapport-d-etape-sur-le-vihsida-et-les-populations-distinctes-autochtones>.
- Agence de la Santé publique du Canada (ASPC) (2014). « Chapitre 1 — Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH au Canada pour 2011 », *Actualités en épidémiologies du VIH/sida* (pp. 1–22), document extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/1-fra.php>.
- Bruneau, J., Daniel, M., Kestens, Y., Zang, G., & Généreux, M. (2008). « Associations between HIV-related injection behaviour and distance to and patterns of utilisation of syringe-supply programmes », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 804–810.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) (2010). « Rapport annuel du bureau de l'Enquêteur correctionnel 2009-2010 », document extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20092010-fra.aspx>.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) (2012). « Rapport annuel du bureau de l'Enquêteur correctionnel 2010–2011 », document extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20102011-fra.aspx>.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) (2013a). « Le respect des droits dans les prisons canadiennes : Le point de vue d'un ombudsman », document extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/comm/sp-all/sp-all20130417-fra.aspx>.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) (2013b). « Rapport annuel du bureau de l'Enquêteur correctionnel 2012-2013 », document extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20122013-fra.aspx>.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) (2014). « Rapport annuel du bureau de l'Enquêteur correctionnel 2013-2014 », document extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20132014-eng.aspx>.
- Chu, S., & Elliott, R. (2009). « Pour changer net : argumentaire en faveur de programmes d'échange de seringues en prison au Canada », document extrait de <http://www.aidslaw.ca/site/clean-switch-the-case-for-prison-needle-and-syringe-programs-in-canada/?lang=fr>.
- Chu, S., & Peddle, K. (2010). « Sous la peau — Témoignages individuels démontrant la nécessité de programmes d'échange de seringues en prison », document extrait de <http://www.aidslaw.ca/souslapeau>.
- Comité permanent de la sécurité publique et nationale (2012). « La présence de drogues et d'alcool dans les pénitenciers fédéraux : une problématique alarmante », Parlement du Canada, Sénat, 41e légis., 1re sess., document extrait de <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=41&Ses=1&DocId=5498869&Language=F>.
- Commission canadienne des droits de la personne (2003). « Protégeons leurs droits : Examen systémique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral », document extrait de <http://www.chrc-ccdp.ca/fra/content/protégeons-leurs-droits-examen-systemique-des-droits-de-la-personne-dans-les-services>.
- Crewe, B. (2006). « Prison drug dealing and the ethnographic lens », *The Howard Journal*, 45(4), 347–368.
- DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Milloy, M.J., Montaner, J., & Wood, E. (2009). « Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users », *Addiction*, 104(1), 69–76.
- Dolan, K., Rutter, S., & Wodak, A. (2003). « Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development », *Addiction*, 98(2), 153–158.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). « Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys », *The Lancet*, 359(9306), 545–550.
- Gibson, D., Flynn, N., & Perales, D. (2001). « Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS*, 15(11), 1329–1341.
- Hoover, J., & Jürgens, R. (2009). « Harm reduction in prison: The Moldova model », document extrait de : <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/harm-reduction-prison-moldova-model>.
- Hurley, S.F., Jolley, D.J., & Kaldor, J.M. (1997). « Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection », *The Lancet*, 349, 1797–1800.
- Jacob, J., & Stöver, H. (2000). « The transfer of harm-reduction strategies into prisons: Needle exchange programmes in two German prisons », *International Journal of Drug Policy*, 11, 325–335.
- Jürgens, R. (2008). « Nothing about us without us — Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative », éd. internationale, document extrait de <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/nothing-about-us-without-us>.
- Ksobiech, K. (2003). « A meta-analysis of needle sharing, lending and borrowing behaviours of needle exchange program attenders », *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 257–268.
- Kyle, K. (2015). « Aboriginal inmates less likely to get early release from prison », CBC News, document extrait de <http://www.cbc.ca/news/canada/north/aboriginal-inmates-less-likely-to-get-early-release-from-prison-1.3126674>.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevski, D., & Nelles, J. (2005). « Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries », *International Journal of Prisoner Health*, 1(1), 49–64.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevski, D., & Nelles, J. (2006). « L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales », 2e éd, document extrait de <http://www.aidslaw.ca/site/prison-needle-exchange-les-sons-from-a-comprehensive-review-of-international-evidence-and-experience-second-edition-2006/?lang=fr>.
- Linhorst, D.M. (2002). « A review of the use and potential of focus groups in social work research », *Qualitative Social Work*, 1(2), 208–228.
- Macdonald, M., Law, M., Kaldor, J., Hales, J., & Dore, G. J. (2003). « Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission », *International Journal of Drug Policy*, 14, 353–357.
- Marshall, S.G. (2015). « Canadian drug policy and the reproduction of Indigenous inequities », *The International Indigenous Policy Journal*, 6(1), 1–19.
- Mogg, D., & Levy, M. (2009). « Moving beyond non-engagement on regulated needle-syringe exchange programs in Australian prisons », *Harm Reduction Journal*, 6(7), 1–9.

- National Treatment Agency for Substance Misuse (2007). « Nothing about us, without us: The English user representatives' report from the 2007 International Harm Reduction Association Conference », document extrait de www.nta.nhs.uk.
- Nations Unies (1990). « Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus. Adoptés par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/111 du 14 décembre 1990 », document extrait de <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>.
- Nelles, J., Dobler-Mikola, A., & Kaufmann, B. (1997). « Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün », dans J. Nelles et A. Fuhrer (dir.), *Harm reduction in prison: Strategies against drugs, AIDS, and risk behaviour* (pp. 239–262). Bern, CH: Peter Lang.
- Nelles, J., Fuhrer, A., Hirsbrunner, HP., & Harding, TW. (1998). « Provision of syringes: The cutting edge of harm reduction in prison? » *British Medical Journal*, 317(7153), 270–273.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (2014). « A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings. Advance copy », document extrait de https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2007). « La santé en prison. Un guide de l'OMS sur l'essentiel de la santé en milieu carcéral », Copenhague : Organisation mondiale de la santé.
- OMS, ONUDC, et ONUSIDA (2007). « *Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies* », Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Packer-Multi, B. (2010). « Conducting a focus group », *The Qualitative Report*, 15(4), 1023–1026.
- Réseau juridique canadien VIH/sida (2012). « Les femmes incarcérées, le VIH et l'hépatite C », document extrait de <http://www.aidslaw.ca/site/women-and-hiv-women-in-prison-hiv-and-hepatitis-c/?lang=fr>.
- Schiffer, K. (2011). « Nothing About Us, Without Us': Participation and Involvement of Drug Users in Health Services and Policy Making », Amsterdam: Correlation Network, document extrait de http://www.correlation-net.org/files/peer_involvement.pdf.
- Sécurité publique et protection civile Canada (SPPC) (n.d.) « Corrections Fast Facts No.2: Drugs in Prisons », Ottawa : SPPC.
- Service correctionnel Canada (SCC) (1999). « Rapport final du Groupe de travail sur les programmes d'échange d'aiguilles », Ottawa : SCC.
- Service correctionnel Canada (SCC) (2009). « Rapport d'évaluation : Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires, Service Correctionnel du Canada », document extrait de <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pa/ev-tattooing-394-2-39/index-fra.shtml>.
- Small, W., Kain, S., Laliberte, N., Schechter, MT., O'Shaughnessy, MV., & Spittal, PM. (2005). « Incarceration, addiction and harm reduction: Inmates experience injecting drugs in prison », *Substance Use and Misuse*, 40(6), 831–843.
- Stöver, H., & Nelles, J. (2003). « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *International Journal of Drug Policy*, 14(5), 437–444.
- Strike, C., Hopkins, S., Watson, TM., Gohil, H., Leece, P., Young, S., Buxton, J., Challacombe, L., Demel, G., Heywood, D., Lampkin, H., Leonard, L., Lebounga, VJ., Lockie, L., Millson, P., Morissette, C., Nielsen, D., Petersen, D., Tzemis, D., & Zurba, N. (2013). « Best practice recommendations for Canadian harm reduction programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms: Part 1 », Toronto: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada.
- Strike, C., Watson, TM., Gohil, H., Miskovic, M., Robinson, S., Arkell, C., Challacombe, L., Amlani, A., Buxton, J., Demel, G., Gutiérrez, N., Heywood, D., Hopkins, S., Lampkin, H., Leonard, L., Lockie, L., Millson, P., Nielsen, D., Petersen, D., Young, S., & Zurba, N. (2015). « Best practice recommendations for Canadian harm reduction programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms: Part 2 », Toronto: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada.
- Treloar, C., McCredie, L., & Lloyd, AR. (2015). « Acquiring hepatitis C in prison: The social organisation of injecting risk », *Harm Reduction Journal*, 12(1), 1–7.
- Trubnikov, M., Yan, P., & Archibald, C. (2014). « *Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011* » (RMTC : Volume 40-19), document extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/14vol40/dr-rm40-19/surveillance-b-fra.php>.
- Warr, DJ. (2005). « It was fun...but we don't usually talk about these things: Analyzing sociable interaction in focus groups », *Qualitative Inquiry*, 11(2), 200–225.
- Watson, TM. (2014). « The politics of harm reduction in federal prisons », *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 916–923.
- Webster, PC. (2012). « Prison puzzle: Treating hepatitis C », *Canadian Medical Association Journal*, 184(9), 1017–1018.
- Webster, PC. (8 décembre 2015). « Federal inmates treated for hep C drop 29% », *Canadian Medical Association Journal*, 187(18), 1345–1346.
- Weese, B. (10 avril 2010). « HIV and hep C a crisis in federal prisons », *Toronto Sun*, document extrait de <http://www.torontosun.com/news/canada/2010/04/21/13670941-qmi.html>.
- Wodak, A., & Cooney, A. (2005). « Effectiveness of sterile needle and syringe programmes », *International Journal of Drug Policy*, 16S, S31–S44.
- Wright, N., Bleakley, A., Butt, C., Chadwick, O., Mahmood, K., Patel, K., & Salhi, A. (2011). « Peer health promotion in prisons: A systematic review », *International Journal of Prisoner Health*, 7(4), 37–51.
- Zakaria, D., Thompson, JM., Jarvis, A., & Borgatta, F. (2010). « Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque » (2010 No R-211), document extrait de <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-0211-01-fra.shtml>.
- Zou, S., Tepper, M., & Giulivi, A. (2001). « Viral hepatitis and emerging bloodborne pathogens in Canada », *Canada Communicable Disease Report*, 27S3.

Biographie des artistes

Pete Collins était un artiste, un auteur et un musicien prolifique. C'était aussi un militant et un guerrier qui défendait les droits des détenus et détenues et la justice pour ceux-ci. Pete cherchait activement à améliorer les conditions dans les prisons ; il attirait l'attention sur les problématiques systémiques du système carcéral et sensibilisait au sujet du VIH, de l'accès aux soins de santé, de la réduction des méfaits, du racisme et plus encore. Après un long combat contre le cancer, Pete est décédé le 13 août 2015 dans l'unité palliative de l'établissement de Millhaven. Il s'est vu refuser la libération compassionnelle, il n'a donc pas pu passer ses derniers jours avec sa famille. Son travail artistique se retrouve sur la page de couverture et aux pages 4, 6 et 25 de ce rapport.

Nshannacappo est un romancier, artiste, auteur et poète Nakawe (Saulteaux) qui se spécialise dans la conception de dragons de style occidentaux, de super héros et de protagonistes autochtones en noir et blanc. En tant qu'auteur, il aime la littérature fantaisiste, la science-fiction et les poèmes longs. Spirituellement, Nshannacappo croit aux traditions de son peuple : le créateur, les sept enseignements sacrés et la roue médicinale. C'est un travailleur social de formation et un artiste/poète de vocation. Depuis longtemps, il soutient la défense des droits des détenus et détenues. Il considère que la réduction des méfaits est essentielle si l'on veut renverser les taux de VHC et VIH/sida au sein des populations de détenus et détenues. Son travail artistique se retrouve aux pages 15 et 22 de ce rapport. Vous pouvez aussi y accéder en ligne à www.facebook.com/nshannacappo/.



Cette recherche a bénéficié du généreux soutien de :

**PASAN • Le Réseau juridique canadien VIH/sida • Ontario HIV Treatment Network • Native Youth Sexual Health Network
Department of Criminology, Ryerson University • Office of the Dean of Arts, Ryerson University**