

DES TEMPS DIFFICILES POUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

PERSPECTIVES SUR LES PROGRAMMES EN PRISON



Le 24 février 2026, le Réseau juridique VIH a présenté le webinaire « Des temps difficiles pour la réduction des méfaits : perspectives sur les programmes en prison »^[1], réunissant des militant-es, professionnel-les de la santé, chercheur(-euse)s, intervenant-es de première ligne et personnes ayant une expérience vécue afin d'examiner la réduction des méfaits et les soins de santé dans les prisons canadiennes.

Ce second webinaire sur les défis croissants de la réduction des méfaits au Canada visait à examiner la réponse des systèmes carcéraux aux besoins des personnes incarcérées qui utilisent des drogues, dans le contexte actuel de la crise des drogues toxiques. En dépit de progrès mentionnés par les panélistes, un thème central s'est dégagé de la discussion : des obstacles structurels inhérents aux approches axées sur la sécurité continuent de limiter l'accès réel à la réduction des méfaits et aux soins de santé en milieu carcéral, et les personnes qui y utilisent des drogues en subissent les conséquences.

MOT D'OUVERTURE

Anne-Rachelle Boulanger, analyste des politiques au Réseau juridique VIH, a ouvert la discussion en rappelant les principes de la réduction des méfaits. La réduction des méfaits reconnaît que les personnes qui utilisent des drogues ont le droit à la dignité, au respect, à la sécurité et à l'accès aux soins.^[2] Elle vise à réduire les préjudices de santé, sociaux et juridiques liés à la consommation de drogues grâce à des interventions fondées sur des données probantes, comme les services de consommation supervisée (SCS), la distribution de naloxone, le traitement par agonistes opioïdes (TAO) et l'accès à du matériel stérile pour l'utilisation de drogues.

Anne-Rachelle a souligné le caractère urgent de cette discussion, vu la crise des drogues toxiques qui sévit au Canada. Au cours de la dernière décennie, plus de 53 000 personnes au pays sont décédées en raison d'incidents liés à des drogues toxiques.^[3] De nombreuses personnes qui entrent en prison ont des expériences de troubles liés à l'utilisation de substances, d'incidents avec des drogues toxiques ou d'exposition à un approvisionnement de plus en plus toxique. Parallèlement, les systèmes carcéraux sont organisés en fonction de la surveillance, de la discipline et du contrôle. Ces priorités sont souvent en contradiction avec des approches de soins de santé fondées sur le consentement et la confiance et centrées sur les patient-es.

Anne-Rachelle a présenté les travaux du Réseau juridique VIH concernant les prisons canadiennes.^[4] L'organisme a récemment publié *Le temps dur persiste : les soins de santé et la réduction des méfaits dans le système carcéral du Canada*, qui évalue les politiques et pratiques de soins de santé et de réduction des méfaits dans les prisons provinciales, territoriales et fédérales.^[5] Le rapport identifie certains progrès. Par exemple, dans plusieurs ressorts, la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral a été transférée du ministère de la Justice au ministère de la Santé. Ce changement pourrait améliorer la responsabilisation, notamment en priorisant la santé des patient-es, le consentement éclairé et la confidentialité. En contrepartie, le rapport signale d'importantes lacunes. L'une d'elles concerne le TAO en prison. L'accès à ce traitement s'était amélioré au cours des dernières années, mais de récents changements aux politiques et pratiques pourraient le restreindre à nouveau – au risque de conséquences mortelles.^[6]

PANÉLISTES

Le panel regroupait diverses perspectives issues de la prestation des services de première ligne, du plaidoyer juridique, de la recherche et de l'expérience vécue :

<p>Alicia Gordon</p>	<p>Femme autochtone, mère et rédactrice Gladue certifiée, Alicia travaille comme coordonnatrice de la justice réparatrice. Sa perspective a été façonnée par son expérience vécue de l'incarcération, de l'utilisation de substances et de la violence fondée sur le genre, et par ses expériences professionnelles en tant qu'agente de soutien aux tribunaux, navigatrice de systèmes et intervenante correctionnelle communautaire. Son travail est centré sur la guérison, la justice réparatrice et le soutien à la navigation de systèmes complexes avec dignité et espoir.</p>
<p>Anton McCloskey</p>	<p>Travailleur social et responsable des programmes carcéraux chez PASAN (Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, un organisme communautaire qui fournit aux personnes incarcérées des services de réduction des méfaits et un soutien en matière de VIH et d'hépatite C),^[7] Anton travaille principalement auprès des communautés autochtones et des personnes détenues dans les prisons fédérales. Son action repose sur les principes d'autodétermination, de libération et de plaidoyer dirigé par la communauté.</p>

<p>Omar Ramcharran</p>	<p>Coordonnateur(-trice) de la proximité et du développement communautaire dans les prisons fédérales chez PASAN, Omar fournit une éducation à la réduction des méfaits, du soutien et des services de réintégration de première ligne dans les prisons fédérales. Possédant plus de 15 années d'expérience professionnelle, universitaire et personnelle dans le domaine du VIH et de l'utilisation de substances, Omar cherche à répondre par ses efforts aux obstacles systémiques dans les systèmes sociaux et de santé.</p>
<p>Nicole Kief</p>	<p>Directrice générale de Prisoners' Legal Services (PLS), une clinique juridique qui aide les personnes incarcérées dans les prisons fédérales et provinciales de Colombie-Britannique à contester des traitements illégaux et des violations de droits,^[8] Nicole a d'abord été directrice des politiques et conseillère juridique pour cet organisme, contribuant au contentieux stratégique et au plaidoyer pour la justice carcérale systémique. Auparavant, elle a collaboré avec l'American Civil Liberties Union (ACLU) à des initiatives sur la « voie accélérée de l'école vers la prison » [trad.] et sur le droit de vote.</p>
<p>Jen Smith</p>	<p>Travailleuse sociale comptant plus de 15 années d'expérience en réduction des méfaits et en justice sociale à travers le pays, Jen travaille actuellement pour les Correctional Health Services de Terre-Neuve-et-Labrador, Her Majesty's Prison, où elle fournit des soins de première ligne dans un milieu carcéral complexe. Elle cherche à soutenir des personnes qui ont une expérience de l'utilisation de substances et qui rencontrent des défis de santé mentale et une marginalisation systémique.</p>
<p>Dr. Claire Bodkin</p>	<p>Femme queer, médecin de famille et mère de famille vivant sur le territoire Anishinaabe, dans la péninsule de Saugeen, la D^{re} Bodkin s'occupe de patient-es hospitalisé-es, aux urgences, en clinique et à domicile. Elle concentre ses efforts sur les soins aux personnes qui utilisent des drogues et aux personnes queers et trans. Ses travaux de recherche en collaboration avec l'Université McMaster portent sur des méthodes de recherche participative dirigées par la communauté et sur la santé des personnes incarcérées et des personnes qui utilisent des drogues.</p>

(1) QUE SE PASSE-T-IL ACTUELLEMENT DANS LES PRISONS?

Dans la première partie de la discussion, les panélistes ont décrit un système caractérisé par des obstacles croissants à la réduction des méfaits, par d'importantes contraintes en matière de ressources et par des tensions persistantes entre les soins de santé et la sécurité institutionnelle. Dans l'ensemble des ressorts, ces défis reposent sur trois dynamiques étroitement liées : un accès réduit aux services de réduction des méfaits, des pressions opérationnelles croissantes au sein des établissements et des lacunes systémiques dans la prestation des soins de santé et leur supervision.

Omar et Anton ont mis en relief les obstacles croissants à la réduction des méfaits dans les prisons. La fermeture de sites de consommation supervisée dans la communauté, de même que des changements législatifs restrictifs tels que le *Projet de loi 6* (qui alourdit les sanctions pour l'utilisation de drogues en public), en Ontario, ont eu pour effet de limiter l'accès au matériel et aux programmes de réduction des méfaits dans la collectivité.^[9] Ces changements se répercutent dans les établissements, confrontés à une grave pénurie de personnel soignant et qui ne peuvent compter, pour certains, que sur un-e ou deux infirmier(-ère)s de santé publique pour une population de plusieurs centaines de personnes. Les panélistes ont signalé que ces conditions peuvent accroître le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C. Ils/elles ont également fait état de confusion généralisée et d'incohérence dans l'application des politiques sur le TAO, de même que d'un manque de soutien pratique avant la mise en liberté – des facteurs qui rendent des personnes susceptibles à un approvisionnement en drogues toxiques dès leur sortie de prison.

Ces contraintes sont exacerbées par des pressions opérationnelles au sein des établissements. Jen a noté que les prisons de Terre-Neuve-et-Labrador fonctionnent au-delà de leur capacité, avec des infrastructures vieillissantes et des effectifs limités. Parallèlement, les effets de l'approvisionnement en drogues toxiques se font de plus en plus sentir, des personnes étant placées en détention alors qu'elles sont sous l'effet de drogues ou en sevrage aigu. Malgré ces défis, elle a relevé certains progrès, notamment le transfert de la responsabilité des soins de santé carcéraux à l'autorité de santé provinciale, qui a permis un accès plus rapide au TAO et l'amorce du traitement de l'hépatite C dès l'admission.

Ces pressions systémiques sont renforcées par des priorités institutionnelles qui font passer la sécurité avant les soins. Alicia a apporté un éclairage basé sur son expérience vécue pour illustrer cette dynamique. Des personnes en sevrage n'ont parfois d'autre choix que de s'entraider. L'accès à des soins médicaux peut être retardé de plusieurs semaines. Alicia a expliqué qu'on lui demandait de limiter ses questions médicales à un petit nombre à la fois, et a raconté une expérience personnelle où son bras cassé est resté sans soins jusqu'à ce que le

personnel la soupçonne de posséder des articles de contrebande, ce qui a donné lieu à une prise en charge médicale plus poussée. Elle a également souligné le manque de soins adéquats de santé mentale, malgré le rôle déterminant des traumatismes dans l'utilisation de substances.

Nicole a indiqué que des personnes admises en prison pendant un sevrage sévère sont parfois placées en isolement, non pas à titre de mesure disciplinaire, mais parce qu'il s'agit du seul milieu où une surveillance continue est possible. Cette pratique illustre l'absence d'espaces médicaux adaptés dans les établissements correctionnels.

Plus généralement, ces défis sont exacerbés par des lacunes dans les données et la responsabilisation. Claire a signalé que les pratiques actuelles ne respectent pas les lignes directrices nationales de pratique clinique et peuvent accroître le risque de conséquences graves pour la santé, y compris le décès. Elle a souligné le manque de données transparentes et fiables concernant les soins de santé en milieu carcéral. En l'absence de données claires sur les troubles liés à l'utilisation de substances, l'accès aux traitements et les résultats de santé, il est difficile d'évaluer les besoins, de mesurer les changements et d'assurer la responsabilisation.

Toutes ces perspectives brossent le tableau d'un système où l'accès aux mesures de réduction des méfaits et aux soins de santé est inégal, limité et conditionné par des dynamiques structurelles qui privilégient la sécurité au détriment de la santé.

(2) OÙ OBSERVE-T-ON DES PROGRÈS?

Pour la deuxième partie de la discussion, nous avons demandé aux panélistes d'identifier des domaines où les soins de santé et la réduction des méfaits sont priorisés en milieu carcéral. Tout en soulignant que ces exemples demeurent sporadiques et fragiles, leurs réponses ont mis en évidence des développements prometteurs qui montrent à quoi peuvent ressembler concrètement des approches plus efficaces et centrées sur la santé.

Alicia a raconté que sa participation à un programme de traitement pendant son incarcération avait été déterminante pour son parcours et son rétablissement. Pour elle, l'incarcération a été une occasion cruciale de s'impliquer dans des programmes. Ces initiatives peuvent prévenir des rechutes et aider des personnes à planifier leur vie après leur mise en liberté. Elle a toutefois signalé que l'accès à ces programmes est souvent assujéti à des exigences comportementales strictes, comme un statut « sans conflit » prolongé, ce qui peut limiter la participation vu le milieu intrinsèquement stressant et instable.

Nicole a indiqué qu'à la suite d'une plainte relative aux droits humains déposée par PLS en 2018, le Service correctionnel du Canada a considérablement réduit sa liste d'attente pour le TAO, qui est passée de plusieurs centaines de noms à une petite fraction de ce nombre en 2025.^[10] Une autre réforme a été la création d'un poste de conseiller(-ère) médical-e national-e en matière de TAO. On a également observé des développements positifs en Colombie-Britannique, où le transfert de la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral aux autorités provinciales de la santé a permis d'améliorer la supervision et de réduire les préjudices liés aux soins.^[11]

D'un point de vue clinique, Claire a souligné que des soins efficaces en prison devaient respecter les normes en vigueur dans la collectivité. Cela nécessite de renforcer la confiance, d'offrir un éventail d'options thérapeutiques fondées sur des données probantes et d'élaborer des plans de soins personnalisés, axés sur les objectifs et sur l'autonomie des patient-es. Claire a souligné que l'incarcération ne diminue en rien l'obligation de l'État de fournir des soins de santé adéquats, mais renforce au contraire son devoir légal et éthique d'assurer l'accès à des services équivalents à ceux offerts hors prison.

Jen a expliqué qu'à Terre-Neuve-et-Labrador, le transfert de la responsabilité des soins de santé en milieu carcéral vers une autorité de la santé avait favorisé une approche des soins davantage centrée sur les patient-es et exempte de jugements. Elle a souligné l'importance de joindre les individus là où ils en sont, en se concentrant sur la réduction des méfaits et le soutien à la survie plutôt que sur l'abstinence. Elle a signalé le développement de pratiques proactives en matière de planification de la mise en liberté, notamment des rencontres interdisciplinaires régulières afin de coordonner les soins de santé, le logement et les soutiens communautaires avant la sortie de prison. Ces efforts peuvent contribuer à la continuité des soins et à l'atténuation des risques associés à la réintégration dans la communauté.

Enfin, les panélistes ont souligné l'importance de programmes dirigés par des pair-es et axés sur les compétences afin de favoriser le bien-être et la réintégration à long terme. Anton a précisé que l'ennui et le manque d'activités enrichissantes sont des facteurs déterminants dans l'utilisation de substances en prison. Il a cité des initiatives telles que les programmes de formation professionnelle et les modèles d'éducation entre pair-es, notamment le programme « Peer Education and Knowledge », en tant qu'outils essentiels pour développer des compétences, favoriser les liens et soutenir la réduction des méfaits.^[12] Il a cependant noté que ces programmes sont souvent freinés par un manque de soutien institutionnel et de ressources, qui limite leur disponibilité et leur impact.

Dans l'ensemble, ces exemples montrent que des approches plus efficaces et centrées sur la santé sont possibles, dans les systèmes carcéraux, et commencent à voir le jour par endroits. Cependant, l'inégalité de leur mise en œuvre souligne la nécessité d'investissements soutenus, d'un soutien institutionnel et d'une réforme structurelle pour en assurer l'expansion et le maintien.

(3) QU'EST-CE QUI DOIT CHANGER?

Pour la dernière partie de la discussion, nous avons demandé aux panélistes d'identifier les changements structurels, juridiques et culturels nécessaires pour faire des soins de santé une véritable priorité dans les systèmes carcéraux. Tou-te-s ont souligné que des améliorations progressives ne suffiront pas et qu'une réforme systémique s'impose.

L'une des principales recommandations était de rendre indépendants les systèmes de soins de santé des prisons. Anton, Nicole et Claire ont souligné que la responsabilité des soins de santé devrait être transférée des services correctionnels vers les ministères de la Santé. Ils/elles ont expliqué que ce changement contribuerait à aligner les soins de santé en milieu carcéral sur les normes de la collectivité et les cadres internationaux relatifs aux droits de la personne, y compris les *Règles Nelson Mandela* des Nations Unies.^[13] S'inquiétant que les politiques existantes s'écartent souvent des connaissances médicales établies, Claire a souligné que l'on devrait harmoniser les pratiques actuelles avec les lignes directrices nationales de pratique clinique sur les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

Les panélistes ont également appelé à une refonte des approches institutionnelles relatives au risque, notamment en ce qui concerne le détournement de médicaments. Nicole et Claire ont remis en question l'idée selon laquelle le détournement de médicaments tels que la buprénorphine-naloxone serait intrinsèquement néfaste, soulignant que les politiques restrictives reposent souvent sur des données limitées. Dans certains cas, il se peut que des médicaments détournés puissent en effet réduire des méfaits en limitant les expositions à un approvisionnement en drogues toxiques. Omar a aussi souligné l'importance de la confidentialité dans les milieux de soins de santé, notant que l'absence de vie privée en contexte carcéral mine la confiance et dissuade des personnes de demander des soins.

En outre, il a été question de la nécessité d'améliorer la continuité des soins et de soutenir les personnes après leur mise en liberté. Jen a décrit d'importants obstacles à la réintégration dans la communauté, notamment l'accès limité au logement et les longs délais d'attente pour un traitement. De même, Alicia a noté que les efforts de réduction des listes d'attente pour des soins dans les prisons doivent s'accompagner d'une planification adéquate de la réintégration, y compris pour l'accès à un logement stable et à des soutiens communautaires.

Anton a souligné le rôle que les organismes communautaires peuvent jouer pour combler cette lacune, appelant à un recours élargi à des prestataires externes pour fournir des programmes et du soutien dans les prisons.

QUESTIONS ET RÉPONSES

Dans le cadre de la séance de questions et réponses, les panélistes ont approfondi ces thèmes au moyen d'exemples concrets et de réflexions. Claire a cité le Service de prévention des surdoses de l'Établissement de Drumheller comme une réussite en matière de réduction des méfaits, soulignant que la réticence initiale du personnel pénitentiaire s'était estompée au fil du temps, car le programme avait démontré des avantages évidents pour la santé et la sécurité dans l'établissement.^[14] Alicia a décrit des efforts de plaidoyer qui ont conduit à l'abolition de l'obligation de fouille à nu pour les personnes suivant un TAO, ce qui démontre que des réformes ciblées peuvent favoriser la dignité et l'accès aux soins.^[15]

Les panélistes ont abordé les causes des obstacles persistants dans l'accès aux soins de santé. Nicole a noté que ces obstacles découlent à la fois des politiques officielles et de leur mise en œuvre sur le terrain. Elle a ajouté que le personnel pénitentiaire sert souvent de gardien de l'accès aux soins – une dynamique qui peut nuire à l'accès aux services et éroder la confiance à l'égard des systèmes de soins de santé en prison.

Enfin, les panélistes ont proposé des mesures concrètes aux personnes qui souhaitent soutenir le changement. Anton a souligné l'importance des contacts directs avec les personnes incarcérées, notamment par des programmes de bénévolat et de correspondance, pour assurer que le plaidoyer s'appuie sur l'expérience vécue. Nicole a appelé à la poursuite des efforts de plaidoyer pour la mise en œuvre intégrale des *Règles Nelson Mandela* et pour une responsabilisation accrue des systèmes de soins de santé en milieu carcéral.

Ensemble, ces recommandations soulignent la nécessité d'une réforme structurelle coordonnée, d'une responsabilisation accrue et d'un engagement communautaire soutenu afin d'assurer que la prestation des soins de santé en prison respecte les principes des droits de la personne ainsi que ceux de la santé publique.

CONCLUSION

Pour conclure, Janet Butler-McPhee, codirectrice générale du Réseau juridique VIH, a remercié les panélistes et les participant-es d'avoir pris part à cette conversation cruciale sur la réduction des méfaits et les soins de santé en prison. Elle a réitéré l'engagement continu du Réseau juridique VIH à promouvoir des politiques en matière de drogues qui soient fondées sur les données probantes, sur les droits humains et sur l'expérience vécue des personnes incarcérées.

Reprenant un thème central de la discussion, elle a souligné qu'aussi longtemps qu'il y aura des prisons, elles auront l'obligation fondamentale de respecter le droit à la santé. Cette responsabilité revêt un caractère particulièrement urgent pour les personnes marginalisées et affectées de manière disproportionnée par la criminalisation et par la crise des drogues toxiques. Janet a invité les participant-es à continuer de s'engager dans ce travail, en gardant le contact avec le Réseau juridique VIH, en partageant leurs rétroactions et en soutenant les efforts de plaidoyer afin d'améliorer les résultats de santé et la responsabilisation dans les systèmes carcéraux.

Visionnez le webinaire et trouvez les documents associés [ici](#).

Financement assuré par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

REFERENCES

- [1] Réseau juridique VIH, *Des temps difficiles pour la réduction des méfaits*, 29 janvier 2026, en ligne à www.hivlegalnetwork.ca/site/hard-time-for-harm-reduction/?lang=fr.
- [2] Harm Reduction International, *What is harm reduction?*, en ligne à <https://hri.global/what-is-harm-reduction>.
- [3] Gouvernement du Canada, *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, 11 décembre 2025, en ligne à <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>.
- [4] Voir p. ex. S. Chu et coll., *Points de vue : rapport de recherche sur le programme fédéral d'échange de seringues en prison au Canada*, Réseau juridique VIH et Toronto Metropolitan University, novembre 2022, en ligne à www.hivlegalnetwork.ca/site/points-of-perspective-research-report-on-the-federal-prison-needle-exchange-program-in-canada.
- [5] Réseau juridique VIH, *Le temps dur persiste : les soins de santé et la réduction des méfaits dans le système carcéral du Canada*, 30 avril 2025, en ligne à www.hivlegalnetwork.ca/site/hard-time-persists-healthcare-and-harm-reduction-in-canadas-prison-system/?lang=fr.
- [6] Réseau juridique VIH, *Urgent Concerns regarding CSC's Recent Opioid Agonist Treatment Policy Changes – Open Letter*, 18 décembre 2025, en ligne à www.hivlegalnetwork.ca/site/urgent-concerns-regarding-cscs-recent-opioid-agonist-treatment-policy-changes-open-letter; Réseau juridique VIH, *Letter to CSC Health Services : OAT Policy Changes (October 2025)*, 17 février 2026, en ligne à www.hivlegalnetwork.ca/site/letter-to-csc-health-services-oat-policy-changes-october-1-2025.
- [7] PASAN, *About PASAN*, en ligne à <https://pasan.org/about>.
- [8] Prisoner's Legal Services, *Services Offered*, en ligne à <https://prisonjustice.org/home/>.
- [9] Voir p. ex. Réseau juridique VIH, *HIV Legal Network and HALCO condemn Government of Ontario's deadly decision to defund Consumption and Treatment Services*, 16 mars 2026, en ligne à www.hivlegalnetwork.ca/site/hiv-legal-network-and-halco-condemn-government-of-ontarios-deadly-decision-to-defund-consumption-and-treatment-services.

[10] Prisoner’s Legal Services, *Human rights complaint results in a settlement that will improve services for people in prison with opioid dependency*, 17 décembre 2021, en ligne à <https://prisonjustice.org/news-release-human-rights-complaint-results-in-a-settlement-that-will-improve-services-for-people-in-prison-with-opioid-dependency/>.

[11] Voir p. ex. BC Mental Health & Substance Use Services, *New BC study reveals the 2017 transfer of Correctional Health Services to PHSA reduced deaths*, 26 novembre 2025, en ligne à <https://www.bcmhsus.ca/about-us/news-features/new-bc-study-reveals-2017-transfer-correctional-health-services-phsa-reduced>.

[12] Voir p. ex. International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, *Building peer capacity to prevent STBBIs and substance-related harms in federal correctional facilities in British Columbia, Canada*, en ligne à <https://inhsu.org/wp-content/uploads/2025/03/BUILDING-PEER-CAPACITY-poster-1.pdf>.

[13] Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)*, en ligne à [www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson Mandela Rules-F-ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-F-ebook.pdf).

[14] Service correctionnel du Canada, *Service de prévention des surdoses*, 31 décembre 2025, en ligne à www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante/service-prevention-surdoses/service-prevention-surdoses.html.

[15] Voir p. ex. Impact Ethics, *Methadone Access in Prisons: Stop Strip-Searching*, 19 novembre 2019, en ligne à <https://impactethics.ca/2019/11/19/methadone-access-in-prisons-stop-strip-searching/>.