

Document de politiques | avril 2006

Les peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue : tout le monde y perd et voici pourquoi

« J'ai eu connaissance de seringues qui ont été passées entre trente, quarante personnes. Juré devant Dieu. Elles ont servi à autant de personnes. »

— Un détenu, décrivant le partage de seringues dans une prison en Colombie-Britannique.¹

■ Introduction

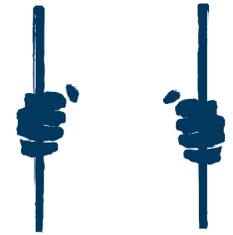
La consommation de drogues illégales est souvent associée à une vaste gamme de problèmes sanitaires, sociaux et communautaires, à une importante criminalité associée à la drogue ainsi qu'à la stigmatisation et à la marginalisation des personnes qui utilisent des drogues.² Devant ces éléments, les responsables des politiques misent fortement sur l'application de la loi, en dépit de données qui montrent que certaines pratiques d'application de la loi ne font en réalité qu'aggraver les répercussions de l'usage de drogue sur les individus et les communautés, et causent parfois des violations de droits humains.³

Par exemple, les politiques qui misent fortement sur l'application de la loi entraînent des taux sans précédent d'incarcération de personnes non violentes qui utilisent des drogues.⁴ L'incarcération de personnes qui consomment des drogues peut conduire à l'utilisation de drogue par injection, parmi les détenus qui n'en avaient jamais consommé (un point sur lequel les responsables des politiques ne se sont pratiquement jamais penchés, comme nous le décrivons ci-dessous).⁵

Ajouté à l'absence de certaines mesures de réduction des méfaits comme des programmes d'échange de seringues, cela signifie que le potentiel de propagation de maladies transmissibles par le sang, comme l'infection à VIH et l'hépatite C, est plus élevé en prison.⁶ Étant donné qu'une peine d'emprisonnement ne devrait pas constituer une condamnation à l'infection, et que la plupart des prisonniers sont éventuellement libérés et retournent dans la communauté, on ne peut ignorer les répercussions sanitaires de l'incarcération de personnes non violentes qui utilisent des drogues — et c'est sans compter l'énorme coût qu'implique une plus grande population carcérale.

Un taux d'incarcération plus élevé entraîne que certaines personnes commencent à s'injecter des drogues pendant qu'elles sont en prison, ce qui contribue à une hausse des taux de VIH et d'hépatite C, augmentant ainsi les coûts en soins de santé. Par exemple, des infections bactériennes, chez des personnes qui s'injectent des drogues, peuvent entraîner des hospitalisations longues et

En dépit de peines plus sévères et de l'énorme coût de l'incarcération, les États-Unis ne peuvent que constater l'aggravation de leurs problèmes liés à la drogue.



coûteuses. Des infections virales, comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C, entraînent aussi des coûts élevés.⁷ En plus d'une grande souffrance humaine, il a été estimé il y a quelques années que chaque cas d'infection par le VIH coûte au système de santé au moins 150 000 \$; des estimés plus récents s'élèvent plutôt à 250 000 \$ par cas.⁸

Les peines minimales : un échec démontré

Depuis peu, d'aucuns proposent que le Canada modifie ses politiques en matière de drogue et suive le modèle des États-Unis, en instaurant des peines minimales obligatoires — incluant probablement l'incarcération — pour les infractions liées à la drogue. Les promesses politiques d'imposer des peines obligatoires strictes, aux personnes qui utilisent des drogues illégales, sont en vogue, notamment en raison d'une croyance erronée voulant que de telles mesures réduiraient les problèmes associés à l'usage de drogue⁹ (ou feraient même reculer la consommation de drogue, en soi). Pourtant, il n'existe aucune preuve à cet effet.

Aux États-Unis, on impose depuis quelques années des peines minimales obligatoires aux personnes trouvées coupables d'infractions liées à la drogue. On estime que le nombre de personnes non violentes incarcérées dans des prisons états-uniennes pour une infraction liée à la drogue dépasse de 100 000 la population totale de toutes les prisons de l'Union européenne — alors que l'Union européenne compte 100 millions de citoyens de plus que les États-Unis.¹⁰ Or, en dépit de peines plus sévères et de l'énorme coût de l'incarcération, les États-Unis ne peuvent que constater l'aggravation de leurs problèmes liés à la drogue.¹¹

Du point de vue de la santé, l'incarcération massive de personnes qui utilisent des drogues illégales est malavisée. Au Canada, des recherches ont démontré que l'incarcération d'utilisateurs de drogue est un facteur qui contribue à aggraver l'épidémie du VIH. Une récente étude a permis de constater que le nombre de cas connus d'infection à VIH dans les prisons fédérales du Canada a augmenté de 35 %, depuis cinq ans, ce qui porte à croire à la possibilité que le VIH se propage dans

les prisons.¹² (Le test du VIH dans les prisons du Canada est volontaire, comme il se doit; cela signifie qu'il est difficile d'y effectuer un suivi exact de l'évolution des taux d'infection à VIH.) Selon une autre recherche récente, à Vancouver, l'incarcération a contribué à plus que doubler le risque d'infection par le VIH pour des personnes qui consomment des drogues illégales.¹³ Une évaluation indépendante de cette étude a indiqué la possibilité que 21 % de tous les utilisateurs de drogue par injection de Vancouver qui ont le VIH l'aient contracté en prison.¹⁴ D'autres études ont révélé des taux troublants de partage de seringues parmi les détenus de prisons canadiennes qui font usage de drogue,¹⁵ ce qui est dû en partie à l'absence de programmes d'échange de seringues dans les prisons du Canada.

De plus en plus de données démontrent des taux élevés d'initiation à l'injection de drogue en prison. Une recherche réalisée en Irlande a signalé que 20 % des personnes qui consomment des drogues illégales ont commencé à s'en injecter alors qu'elles étaient incarcérées.¹⁶ Cette tendance n'est peut-être pas étonnante, car les détenus vivent à l'étroit et souvent dans des circonstances adverses. En pareille situation, la consommation de drogue peut prendre l'allure d'un moyen facile d'échapper à l'adversité, non seulement pour des personnes qui en consomment déjà, mais aussi pour d'autres qui n'en ont jamais pris.¹⁷ Le Service correctionnel du Canada (SCC) reconnaît que des drogues sont accessibles en prison malgré ses efforts pour les endiguer. Dans une enquête réalisée par le SCS, il y a plus d'une décennie, près de 40 % des détenus d'établissements fédéraux ont déclaré avoir fait usage de drogue depuis leur arrivée dans la prison où ils se trouvaient au moment de l'enquête, dont 11 % ont indiqué consommer de la drogue par injection.¹⁸

La propagation du VIH dans les prisons doit être une préoccupation pour les Canadiens, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, elle détériore évidemment les conditions déjà précaires de la santé et du bien-être des personnes incarcérées. Contracter une maladie grave n'est pas une conséquence acceptable d'une peine d'emprisonnement : les détenus sont condamnés à une période de captivité, et non à contracter des maladies potentiellement mortelles. La transmission du VIH impose en outre des souffrances additionnelles aux familles des personnes qui ont été incarcérées.

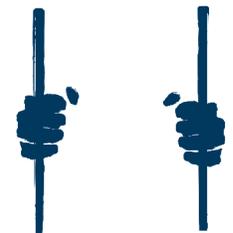
Deuxièmement, le fait de prévenir de nouveaux cas d'infection par le VIH en évitant l'incarcération massive de personnes qui utilisent des drogues illégales — et en évitant aussi les coûts élevés qui s'associent à l'intensification des mesures policières et de l'incarcération — est plus logique sur le plan économique que d'assumer les coûts liés au traitement des personnes qui contractent le VIH en prison. Il n'y a pas d'estimés disponibles des coûts nationaux pour le traitement du VIH, mais uniquement à Vancouver, en utilisant les estimés plutôt anciens et évaluant à un montant moins élevé qu'aujourd'hui les coûts associés au traitement d'un cas d'infection à VIH, appliqués aux statistiques actuelles sur les taux d'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, les dépenses médicales à vie sont estimées à 215 millions \$. Cet estimé du coût à vie est sujet à s'élever à approximativement 350 millions \$ si l'on laisse les taux d'infection à VIH atteindre ceux qui sévissent dans les villes états-uniennes où les mesures d'application de la loi visant les utilisateurs de drogue sont les plus drastiques.¹⁹ Les coûts du traitement de l'hépatite C, une infection beaucoup plus répandue que le VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, seront encore plus élevés.²⁰

Troisièmement, la grande majorité des personnes incarcérées qui utilisent des drogues finiront un jour par sortir de prison. C'est pourquoi la protection de la santé du public englobe forcément la protection de la santé des détenus. Cependant, plusieurs personnes qui contractent le VIH en prison ne savent peut-être pas qu'elles l'ont contracté. En conséquence, cela pourrait contribuer à la transmission du VIH. Par exemple, une personne qui a commencé à s'injecter des drogues en prison continuera peut-être de le faire après sa libération, et cela pourrait impliquer le partage d'instruments pour l'injection, accroissant ainsi la probabilité de propagation du VIH.

minimales sévères sont imposées pour le trafic, quelle que soit la quantité de drogue en cause. Les individus qui profitent le plus du commerce de drogue (ceux qui font le trafic de grandes quantités) se tiennent généralement à bonne distance des activités plus visibles de ce commerce, et ils sont rarement capturés par des efforts d'application de la loi. En revanche, les personnes qui sont le plus souvent accusées de trafic de drogue sont surtout les personnes qui ont une dépendance à la drogue et qui sont impliquées dans la revente à petite échelle, dans la rue, pour combler leur besoin de drogue; ce sont ces personnes qui subissent les plus rudes conséquences des peines minimales sévères pour tout commerce de drogue.

Des preuves à l'appui de ce résultat émanent de la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS), une étude en cours depuis plusieurs années auprès de certaines des personnes les plus vulnérables, impliquées dans le milieu de rue et qui s'injectent des drogues, à Vancouver. Vingt p. cent (20 %) des participants à cette étude ont déclaré faire un commerce de drogue, habituellement à très petite échelle. Par ailleurs, les caractéristiques qui sont des indicateurs du degré le plus élevé de dépendance à la drogue, comme une utilisation à forte intensité, étaient associées au commerce de drogue. Les rôles assumés le plus souvent dans le commerce de drogue, par des répondants à l'étude VIDUS, étaient des tâches de bas échelon, de commerce à risque élevé, comme la vente directe sur la rue (82 %), le rôle d'« intermédiaire » ou de transport de drogue (35 %) et l'« orientation » ou référence des utilisateurs à un commerçant (19 %). Les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer la participation à ce commerce incluaient le besoin d'argent pour se payer la drogue nécessaire à assouvir la dépendance à son égard, ou pour payer des dettes contractées à

« [Les peines minimales obligatoires] ne semblent influencer d'aucune façon mesurable sur la consommation de stupéfiants et la criminalité liée à la drogue. »



S'en prendre aux « trafiquants de drogue » : qu'est-ce que cela signifie dans la pratique?

Il est parfois avancé que les peines minimales obligatoires ne viseraient que les « trafiquants » de drogue, et non ses consommateurs. Mais cette distinction est souvent artificielle, en particulier lorsque des peines

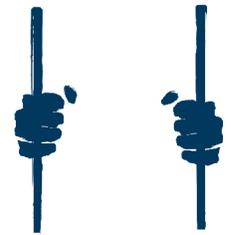
cette même fin. Une approche « dure » instaurant des peines minimales obligatoires pénalisera principalement les personnes qui ont une dépendance à la drogue, et non les trafiquants à gros volume. En outre, des efforts à grand déploiement pour s'attaquer aux trafiquants de drogue contribuent inévitablement à accroître les risques d'infection par le VIH dans la communauté.²¹

Prétendre qu'une politique de peines minimales

obligatoires ne visera que les « trafiquants de drogue » est une affirmation trompeuse. Dans les faits, des peines minimales sévères pour le commerce de toute quantité de drogue illégale s'accompagnent de cette conséquence non désirée : l'incarcération de certaines des personnes les plus marginalisées qui consomment des drogues, sans pour autant faire grand chose qui pénalise les trafiquants à grande échelle.²² De plus, cette approche retire au juge une marge de manœuvre nécessaire à doser les peines afin de tenir compte du fait qu'un commerce à petite échelle était fait par une personne aux fins d'assouvir sa dépendance. Alors, y a-t-il une meilleure approche? Compte tenu des données qui démontrent que le traitement présente un rapport coût-efficacité plus avantageux que l'application de la loi,²³ les responsables des politiques devraient procéder

Cette recherche fait écho à plusieurs autres analyses qui laissent entendre que les politiques de peines obligatoires sont une porte ouverte sur la discrimination à grande échelle à l'égard de groupes qui sont déjà marginalisés, en particulier les personnes qui vivent dans la pauvreté, les personnes de couleur et les femmes. Les peines minimales obligatoires sont généralement adaptées à la quantité de drogue en cause dans l'infraction en l'espèce, sans égard au degré d'implication de la personne déclarée coupable. Les politiques des États-Unis en matière de peines obligatoires ont résulté en de longues peines d'incarcération pour des femmes accusées de conspiration ou de complicité en lien avec des crimes commis par leur partenaire sexuel ou conjugal, même si elles n'avaient pas été grandement impliquées dans le crime commis par ce dernier.²⁸

Les responsables des politiques devraient adopter et appliquer des stratégies fondées sur des données, respectueuses des droits de la personne et propices à l'amélioration de la santé publique.



à redistribuer les sommes financières qui sont allouées à des interventions policières en grande partie inefficaces, afin de financer des stratégies de traitement de la toxicomanie.²⁴ Cette approche, qui fait une meilleure utilisation des fonds publics, évite de punir sévèrement les personnes qui ont une dépendance à la drogue et, en réduisant la demande à l'égard de drogues illicites, cible les individus qui profitent réellement du commerce de drogue.²⁵

Enjeux de droits humains

Des peines minimales obligatoires du type qu'appuient depuis peu des politiciens canadiens, à l'égard des infractions liées à la drogue, ont été instaurées depuis quelque temps aux États-Unis et ont été étudiées abondamment. Dans un examen détaillé réalisé en 2002 pour le ministère canadien de la Justice,²⁶ on a procédé à des comparaisons entre les peines minimales obligatoires pour les crimes liés à la drogue, et des politiques semblables à l'égard de la conduite en état d'ébriété et des crimes impliquant des armes à feu. L'étude a conduit à conclure que « c'est à l'égard des infractions liées à la drogue que les peines minimales obligatoires sévères semblent le moins efficaces », et que ces peines « ne semblent influencer d'aucune façon mesurable sur la consommation de stupéfiants et la criminalité liée à la drogue. »²⁷

Les peines obligatoires retirent par ailleurs aux juges une marge de discrétion judiciaire, alors qu'ils sont considérés impartiaux et aptes à déterminer la peine appropriée aux circonstances particulières de chaque cas. En revanche, les peines obligatoires donnent du pouvoir aux procureurs, qui ont un penchant en faveur des condamnations et des peines, et qui ont la capacité d'offrir des ententes avantageuses aux personnes qui fournissent des preuves à l'appui de leurs dossiers concernant d'autres trafiquants ou auteurs d'infractions.²⁹ Or les utilisateurs de petites quantités ont peu de chances de connaître des éléments de preuve du type que les procureurs souhaitent obtenir dans de telles circonstances; de même, il est peu probable qu'une femme soit encline à dénoncer un partenaire sexuel. Les femmes qui sont dans une relation empreinte de violence peuvent avoir une crainte justifiée de trahir ainsi un partenaire sexuel. En contrepartie, les importants trafiquants de drogue ont de meilleures chances d'éviter des poursuites, dans un tel système, car il est plus probable qu'ils soient au fait de connaissances utiles à offrir au procureur en échange de sa clémence. Depuis le début de l'ère des peines minimales obligatoires aux États-Unis, l'incarcération de femmes pour des infractions liées à la drogue, dans des prisons d'État, a augmenté d'un ahurissant 888 % [huit cent quatre-vingt-huit p. cent]; la majeure partie de cette augmentation est constituée de femmes de couleur et de femmes qui vivent dans la pauvreté.³⁰

La création de liens arbitraires entre des peines obligatoires et la quantité de drogue en cause dans une accusation d'infraction entraîne aussi des disparités raciales dans l'attribution des peines. Partant d'informations défailtantes sur le plan scientifique, ou de données désuètes, les politiques états-uniennes imposent de longues sentences minimales pour d'infimes quantités de crack, alors que des sentences équivalentes ne sont appliquées que pour des quantités beaucoup plus importantes — 100 fois plus grandes — lorsque la drogue en cause est la cocaïne sous forme de poudre. La consommation de crack est plus répandue parmi les utilisateurs de drogue qui ont un faible revenu et qui vivent dans des quartiers urbains pauvres, et parmi les personnes Afro-américaines; ces populations subissent la plus lourde part des conséquences de ces politiques. En 2003, une commission gouvernementale bipartisane, mandatée de se pencher sur les peines, a affirmé que le fait d'apporter des correctifs à cet aspect des règles en matière de peines obligatoires aurait un impact supérieur à « toute autre modification aux politiques », en termes de réduction des disparités d'incarcération entre les Afro-américains et les blancs — ce qui illustre le potentiel des peines minimales obligatoires aux chapitres de la perpétuation et du renforcement de la discrimination raciale.³¹

Certes, le Canada ne répéterait pas nécessairement les erreurs des États-Unis, en lien avec les peines obligatoires, mais même des juristes et universitaires aux penchants conservateurs ont affirmé que rien ne démontre qu'aucune forme de peine minimale obligatoire soit efficace, pour les infractions liées à la drogue, ou soit à l'abri d'une propension à la violation de droits civiques. L'ancien juge en chef de la Cour suprême des États-Unis, William Rehnquist, a lui-même observé :

Ces peines minimales obligatoires sont peut-être un bon exemple du droit des conséquences non désirées. Il existe un corpus respectable d'opinion à l'effet que ces minimums obligatoires imposent des peines d'une sévérité induite à des personnes reconnues coupables pour une première fois — en particulier pour les « mules », qui n'ont joué qu'un rôle mineur dans un mécanisme de distribution de drogue. ... Les minimums obligatoires ... sont souvent le résultat d'amendements en chambre [législative] qui visent à démontrer avec emphase que les législateurs veulent « s'attaquer au crime ». Tout aussi souvent, ils ne comportent aucune considération soignée de l'effet qu'ils risquent d'entraîner. ... [I]ls frustreront le dosage attentif des peines, d'un bout à l'autre du spectre.³²

Les politiques nationales du Canada pour la lutte au VIH/sida sont enracinées dans un engagement à des approches fondées sur les droits de la personne.³³ Il est bien établi en tant que principe juridique, que les détenus, dont le bien-être dépend complètement de l'État, ont droit au même éventail de services de santé que les

personnes hors de prison; les détenus conservent tous leurs droits qui ne sont pas abrégés expressément par l'incarcération ou par implication nécessaire.³⁴ Or, malgré l'évidence irréfutable de la présence d'injection de drogue dans les prisons fédérales et provinciales, au Canada, malgré les évaluations exhaustives de programmes fructueux d'échange de seringues dans des prisons d'autres pays,³⁵ malgré une multitude de recommandations réitérées depuis de nombreuses années par des comités consultatifs et divers organismes experts (des associations professionnelles médicales jusqu'à des fournisseurs de services de première ligne),³⁶ et malgré l'appui d'organisations internationales³⁷ à l'égard de programmes d'échange de seringues en prison, les gouvernements au Canada n'autorisent pas la mise en œuvre de programmes de fourniture de seringues stériles dans les prisons.³⁸ Pire encore, des études ont révélé que l'information sur le VIH et l'hépatite C, ainsi que des mesures préventives comme les condoms, le lubrifiant, les digues dentaires, l'eau de Javel pour stériliser le matériel d'injection, voire des traitements de qualité pour le VIH/sida, ne sont pas accessibles de manière uniforme dans les prisons du Canada.³⁹ Et même si toutes ces mesures de protection de la santé étaient accessibles, et de bonne qualité, on aurait encore raison de vouloir éviter les peines minimales obligatoires, pour les motifs décrits précédemment.

■ Conclusions

Un mouvement s'observe, depuis peu, de la part du nouveau gouvernement fédéral, en faveur de considérer des peines minimales obligatoires et sévères, pour les personnes qui commettent des infractions liées à la drogue. Cependant, les données issues de recherches scientifiques indiquent que les peines obligatoires ne font qu'aggraver les méfaits sanitaires associés à l'incarcération, en catalysant la transmission de maladies infectieuses dans les prisons. Les très lourds coûts publics dus à la surveillance policière, aux poursuites et à l'incarcération, puis au traitement ultérieur des cas d'infection à VIH et d'autres méfaits découlant de la consommation de drogue amorcée en prison, font en sorte que les peines obligatoires sont un investissement onéreux qui ne rapporte que peu de bienfaits et qui risque grandement de s'avérer contre-productif. La science dans ce domaine est convaincante : les voies de rechange à l'application de la loi et à l'emprisonnement s'avèrent plusieurs fois plus efficaces, pour améliorer la santé et réduire les coûts économiques associés à la consommation de drogues illégales.⁴⁰ Les considérations liées aux droits de la personne, dans d'autres ressorts, sont également convaincantes. Aucune étude fiable n'indique que les peines minimales obligatoires soient compatibles avec les protections des droits civiques, hormis l'apparence qu'elles pénalisent les petits

trafiquants (qui, souvent, sont eux-mêmes utilisateurs de drogue), sont discriminatoires à l'égard des individus les plus vulnérables et favorisent les trafiquants de drogue à grand volume qui détiennent d'importantes informations à livrer en échange de peines allégées.

Ce qu'il faut au Canada, en matière de drogue, c'est une nouvelle approche pour ses politiques. Plutôt que d'investir dans des approches inefficaces et potentiellement abusives, qui misent sur l'activité policière et l'emprisonnement, les responsables des politiques devraient adopter et appliquer des stratégies fondées sur des données, respectueuses des droits de la personne et propices à l'amélioration de la santé

publique. L'adoption de politiques sensées, en matière de drogue, inclurait des stratégies pragmatiques pour réduire les méfaits, tant pour les personnes qui consomment des drogues (notamment l'infection par le VIH) que pour les communautés affectées par la drogue, ainsi qu'un accès élargi à des traitements de la toxicomanie qui soient empreints d'humanité et fondés sur les droits de la personne. Si l'on persiste à passer outre à l'abondance de données au sujet des politiques efficaces, devant les problématiques de la drogue, on n'arrivera qu'à aggraver les problèmes croissants qui sont liés aux drogues, au Canada, ce qui correspondrait à de la négligence de la part des responsables des politiques.

Références

1. Small W. et al. Incarceration, addiction, and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison. *Substance Use and Misuse* 2005; 40: 831–43.
2. Public policy statement on national drug policy. American Society of Addiction Medicine. *J Addict Dis* 1994; 13(4): 231–4; Wall R. et al. Social costs of untreated opioid dependence. *J Urban Health* 2000; 77(4): 688–722.
3. Kerr T., Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *Int J Drug Pol* 2005; 16(4): 210–220; Wood E. et al. The impact of police presence on access to needle exchange programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34(1): 116–8.
4. Wood E. et al. Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. *Public Health Rep* 2005; 120(2): 150–6.
5. Wood E. et al. Initiation of opiate addiction in a Canadian prison: a case report. *Harm Reduction Journal* 2006 (sous presse).
6. Taylor A. et al. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ* 1995; 310(6975): 289–92; Yirell D.L., et al. Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *BMJ* 1997; 314(7092): 1446–50.
7. Palepu A. et al. The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada. *Journal of Urban Health* 1999; 76(4): 409–18; Palepu A. et al. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2001; 165(4): 415–20.
8. Levy A.R., et al. The direct costs of HIV/AIDS care. *Lancet Infect Dis* 2006; 6(3): 171–7; Kuyper L.M. et al. The cost of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions. *J Urban Health* 2004; 81(4): 655–60; Wood E. et al. The healthcare and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: The impact of conventional drug control strategies and the impact of a comprehensive approach. *BCMJ* 2003; 45(3): 130–136.
9. Drucker E. Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Rep* 1999; 114(1): 14–29.
10. Schiraldi V. et al. Poor prescription: The costs of imprisoning drug offenders in the United States. Accessible à <http://www.cjcj.org/pubs/poor/ppexec.html>.
11. Drucker, *supra* note 9.
12. Service correctionnel du Canada. *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens*, 2000 et 2001. N° de catalogue 0-662-88389-6. Accessible à http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index_f.shtml; Réseau juridique canadien VIH/sida. *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, 2002. Accessible à http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/prison_rapportdetape.pdf.
13. Tyndall M.W. et al. Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS* 2003; 17(6): 887–93.
14. Hagan H. The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning. *AIDS* 2003; 17(6): 911–3.
15. Small W. et al., *supra* note 1; Wood E. et al. Recent incarceration, *supra* note 4; Hankins C. Confronting HIV infection in prisons. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1994; 151(6): 743–5; Hankins C.A. et al. HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a non-nominal methodology. *Am J Public Health* 1994; 84(10): 1637–40.
16. Allwright S. et al. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *BMJ* 2000; 321(7253): 78–82.
17. Wood E., et al. *supra* note 5.
18. Service correctionnel du Canada. *Sondage national auprès des détenus : Rapport final 1995* (N° SR-02). Ottawa : SCC, 1996.
19. Kuyper L.M. et al., *supra* note 8.
20. Wood E. et al., *supra* note 8.
21. Maher L., Dixon D. Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *Brit J Criminol* 1999; 39(4): 488–512; Wood E. et al., *supra* note 3; Bluthenthal R.N., Kral A.H., Lorvick J., Watters J.K. Impact of law enforcement on syringe exchange programs: a look at Oakland and San Francisco. *Med Anthropol* 1997; 18(1): 61–83; Bluthenthal R.N., Lorvick J., Kral A.H., et al. Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users *Int J Drug Pol* 1999; 10: 25–38.
22. Kerr T., Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *Int J Drug Pol* 2005; 16(4): 210–220; Wood E., Tyndall M., Schechter M. Drug Supply and Drug Abuse. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2003; 168(9): 1113
23. Maher L. et al., *supra* note 21; Rydell C.P., Caulkins J.P., Everingham S.E. Enforcement or Treatment? Modeling the relative efficacy of alternatives for controlling cocaine. *Operations Research* 1996; 44(5): 687–695.
24. Wood E., Tyndall M.W., Spittal P.M. et al. Supply-side drug control policy in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2003; 168(2): 165–9; Wood E. et al., *supra* note 22.
25. Langendam M.W., van Brussel G.H., Coutinho R.A., van Ameijden E.J. Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction* 2000; 95(4): 591–600; National Institute on Drug Abuse. *Methadone Maintenance Treatment: Translating Research into Policy*. NIDA Research Monograph: Washington, D.C., 1995.

26. Gabor T., Crutcher N. *Les effets des peines minimales obligatoires sur la criminalité, la disparité des peines et les dépenses du système judiciaire : Rapport de recherche*. Ottawa: Justice Canada (Division de la recherche et de la statistique), janvier 2002. Accessible à <http://www.canada.justice.gc.ca/fr/ps/rs/rep/2002/rr2002-1a.pdf>.
27. *Ibid.*, p. 37.
28. American Civil Liberties Union, Break the Chains, and the Brennan Center at NYU School of Law. *Caught in the net: The impact of drug policies on women and families*. New York, 2006, p. i.
29. Gabor T., Crutcher N., *supra* note 26, p. 36.
30. American Civil Liberties Union et al., *supra* note 28.
31. United States Sentencing Commission. *Fifteen years of guidelines sentencing: An assessment of how well the federal criminal justice system is achieving the goals of sentencing reform*. Washington: Government Printing Office, 2003, p. 132.
32. American Civil Liberties Union et al., *supra* note 28, p. 38.
33. Gouvernement du Canada. L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. Ottawa, 2004. Accessible à http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/vih_sida/initiative_federale/initiative/if/index.html.
34. *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, ch. 20, art. 4; *Raymond v. Honey*, [1982] 1 All ER 756, à 759; *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*, UN Doc. A/CONF/611 (1955), amendé UN Doc. E/5988 (1977); *Principes fondamentaux pour le traitement des détenus*, Résolution 45/111 de l'Assemblée générale de l'ONU, UN Doc. A/45/49 (1990); Organisation mondiale de la santé. *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*. Genève : OMS, 1993.
35. Lines R. et al. *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Montréal: Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.
36. P. ex., Service correctionnel du Canada. *Le VIH/sida en milieu carcéral : rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994; Service correctionnel du Canada. *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, octobre 1999; Réseau juridique canadien VIH/sida. *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Toronto: Réseau juridique, 2004; Association médicale de l'Ontario. *Improving Our Health: Why is Canada Lagging Behind in Establishing Needle Exchange Programs?* Toronto: OMA, 2004; Jayaraman J. *Blood-Borne Viruses and High-Risk Behaviours in Prisons: The extent of the problem and what can be done*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada, 2005.
37. *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, *supra* note 34; ONUSIDA. *Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights, 52nd Session*, avril 1996; ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales*. Genève, 1998, Directive 4.
38. En décembre 2004, le ministre fédéral de la santé de l'époque, M. Ujjal Dosanjh, a appuyé publiquement l'introduction d'un programme pilote d'échange de seringues dans des prisons fédérales. Le Service correctionnel du Canada a demandé à l'Agence de santé publique du Canada de formuler des conseils sur l'échange de seringues dans le système correctionnel fédéral. Au moment de la rédaction du présent document, nous ne savions pas encore si le nouveau gouvernement donnerait suite à cette initiative.
39. Réseau juridique canadien VIH/sida, *supra* note 12.
40. Wood E. et al., *supra* note 3; Wall R. et al., *supra* note 2; Wood E. et al. Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2004; 170(10): 1551-6; Buchanan D. et al. Ethical dilemmas created by the criminalization of status behaviors: case examples from ethnographic field research with injection drug users. *Health Educ Behav* 2002; 29(1): 30-42; Rhodes T. et al. Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med* 2003; 57(1): 39-54; Small W. et al. Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation. *Int J Drug Pol* 2006; 17(2): 85-95; Friedman S.R. et al. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in U.S. metropolitan areas. *AIDS* 2006; 20(1): 93-99; O'Shaughnessy M.V. et al. Deadly public policy. *Int Conf AIDS* 1998; 12: 982 (abstract no. 44233); Bluthenthal R.N. Kral A.H., Lorvick J., Watters J.K., *supra* note 21; Dovey K. et al. Safety becomes danger: dilemmas of drug-use in public space. *Health Place* 2001; 7(4): 319-31; Best D. et al. Assessment of a concentrated high-profile police operation: No discernible impact on drug availability price or purity. *Brit J Criminol* 2001; 41: 738-745; Aitken C. et al. The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *Int J Drug Pol* 2002; 13: 189-198; Bluthenthal R.N., Lorvick J., Kral A.H., et al., *supra* note 21; Rydell C.P. et al., *supra* note 23; Jacobs P. et al. Cost effectiveness of Streetworks' needle exchange program of Edmonton. *Revue canadienne de santé publique* 1999; 90(3): 168-71.

■ Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, par ses travaux de recherche, d'analyse juridique et des politiques, d'éducation et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Réseau juridique canadien VIH/sida

1240, rue Bay, bureau 600
Toronto (Ontario)
Canada M5R 2A7
Téléphone: +1 416 595-1666
Télécopieur: +1 416 595-0094
Courriel: info@aidslaw.ca
Site web: www.aidslaw.ca

On peut faire des copies de ce feuillet, à condition de ne pas les vendre et de préciser que la source de l'information est le Réseau juridique canadien VIH/sida. Ce document est disponible sur le site web du Réseau juridique www.aidslaw.ca.

This document is also available in English.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006.