



Temps dur : programmes de prévention du VIH et du VHC pour les détenus au Canada

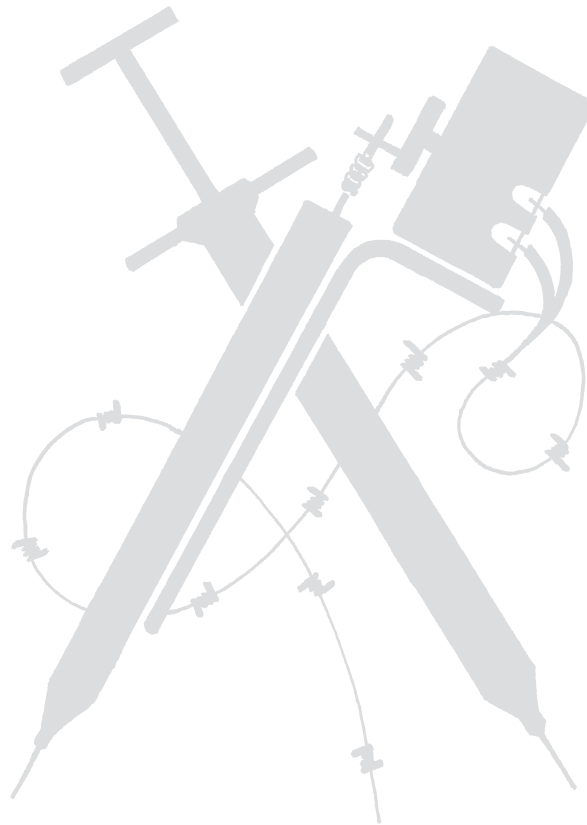


Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network | Réseau
juridique
canadien
VIH/sida





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



Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada

Réseau juridique canadien VIH/sida, PASAN
2007



Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada

© 2007 Réseau juridique canadien VIH/sida
et Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN)

Ce document peut être téléchargé via www.aidslaw.ca/lesprisons et via www.pasan.org ou commandé en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (www.aidssida.cpha.ca)

Données de catalogage avant publication (Canada)

Betteridge G. et Dias G. (2007). *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN).

ISBN 978-1-896735-90-0

Note sur la rédaction

Ce rapport a été rédigé par Giselle Dias, de PASAN, et Glenn Betteridge, du Réseau juridique canadien VIH/sida. Il a été examiné par plusieurs réviseurs externes (détenus, employés de prisons, employés d'organismes communautaires et d'autorités carcérales provinciales et fédérales) ainsi que par Anne Marie DiCenso, pour PASAN, et Joanne Csete et Richard Elliott pour le Réseau juridique.

Remerciements

Keith Katsuta, de la Société John Howard Society de Toronto, a fourni une assistance inestimable en préparant une revue de la littérature sur les programmes carcéraux de prévention du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) ainsi que de réduction des méfaits, à l'échelle internationale, qui a enrichi plusieurs parties du présent document. Rai Reece a formulé des commentaires utiles sur la partie qui aborde les besoins des détenus de minorités ethnoculturelles, des détenues et des jeunes en détention. Remerciements à Kathleen Myers pour son assistance dans l'organisation et la réalisation des entrevues dans la région de Québec. La révision finale du document anglais a été faite par David Garmaise, la traduction française est de Jean Dussault et la mise en page a été réalisée par Liane Keightley.

L'illustration de la page couverture — représentant une seringue et une aiguille à tatouage — a été dessinée par Pete Collins, un détenu de l'Établissement Bath, en Ontario.

Cette publication a été financée par l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le document relèvent uniquement des auteurs/chercheurs et ne représentent pas nécessairement les positions officielles de l'Agence de santé publique du Canada.

Nous utilisons le genre masculin générique pour désigner des groupes qui incluent des personnes des deux sexes et d'autres genres sexuels, sans intention discriminatoire, simplement pour alléger le texte.

Dédicace

Ce document est dédié à la mémoire de Randy Charbonneau, qui est décédé pendant le projet, et à tous les autres détenus qui ont travaillé à promouvoir la santé des détenus et qui continuent de le faire.

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. Il 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
Télécopie : +1 416 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca
Internet : www.aidslaw.ca

Au sujet du Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN)

PASAN est un organisme pour les droits des détenus, qui vise à fournir des services de plaidoyer ainsi que d'éducation et de soutien aux détenus et ex-détenus, en Ontario, en ce qui a trait au VIH/sida, à l'hépatite C et à d'autres enjeux de réduction des méfaits. Fondé en 1991, PASAN est le seul organisme communautaire au Canada dont le mandat porte exclusivement sur les services de soutien et d'éducation à la prévention du VIH/sida et de l'hépatite C, à l'intention des détenus, ex-détenus, jeunes en détention et membres de leurs familles.

Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN)

489, rue College, bureau 500
Toronto, Ontario, Canada M6G 1A5
Téléphone : +1 416 920-9567
Télécopie : +1 416 920-4314
Courriel : info@pasan.org
Internet : www.pasan.org



Table des matières

Sommaire	1
Introduction	5
La santé des détenus fait partie de la santé publique	5
Le VIH et le VHC dans les prisons canadiennes	6
Buts du rapport	9
Méthodes	10
Aperçu du rapport	13
Cadre conceptuel	14
Les principes des droits humains	14
Les droits des détenus en vertu des droits humains internationaux	14
Les détenus, les droits humains et la santé	15
Le droit des détenus à la santé, au Canada	18
Prévention du VIH et du VHC et réduction des méfaits	20
Importance d'approches complètes en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison	22
Orientations, recommandations et perspectives internationales	22
Lois et ententes habilitantes	24
Bref tour d'horizon des politiques et programmes	25
Tableau 1 : Aperçu des politiques liées au VIH et au VHC	26
Tableau 2 : Aperçu de programmes sélectionnés en lien avec le VIH et le VHC	27
Tests de diagnostic et counselling pour le VIH, les maladies infectieuses et la santé sexuelle	28
Orientations, recommandations et perspectives internationales	28
Observations	28
Politiques habilitantes	29
Programmes exemplaires et prometteurs	29
Une clinique de santé sexuelle fournit des services de counselling et de test à des détenus d'un établissement fédéral	29
Un service correctionnel provincial en partenariat avec la santé publique locale	33
Un centre communautaire de santé offre des cliniques dans des prisons provinciales	36
Un centre communautaire de santé éduque les détenus à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction de méfaits, et fournit certains instruments	38



Condoms, digues dentaires et lubrifiants _____	41
Orientations, recommandations et perspectives internationales _____	41
Observations _____	41
Politiques habilitantes _____	42
Programmes exemplaires et prometteurs _____	42
Le SCC distribue des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant, dans des lieux discrets et accessibles, à divers endroits de la prison	42
Trousse de remise en liberté distribuées par Corrections Manitoba	44
Nettoyage de matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel _____	46
Orientations, recommandations et perspectives internationales _____	47
Observations _____	47
Politiques habilitantes _____	48
Programmes exemplaires et prometteurs _____	49
Projet pilote sur le tatouage sécuritaire dans des prisons fédérales	49
« Trousse de tatouage » distribuées dans une prison fédérale	52
Distribution plus facile d'eau de Javel dans une prison fédérale pour femmes	53
Traitement de substitution d'opiacés par la méthadone _____	55
Orientations, recommandations et perspectives internationales _____	55
Observations _____	55
Politiques habilitantes _____	56
Programmes exemplaires et prometteurs _____	57
L'engagement du SCC en matière de TEM	57
Une prison provinciale collabore avec une clinique de méthadone de la communauté, pour l'amorce du TEM aux détenus	60
Amorce du traitement d'entretien à la méthadone dans des prisons provinciales	62
Dépistage de drogues illicites _____	64
Orientations, recommandations et perspectives internationales _____	64
Observations _____	64
Éducation et information des détenus _____	65
Orientations, recommandations et perspectives internationales _____	65
Observations _____	66
Politiques habilitantes _____	67
Programmes exemplaires et prometteurs _____	67
Un pair éducateur se concentre sur la réduction des méfaits dans une prison fédérale	67



Des pairs conseillers à la santé travaillent en marge du PCEP	70
Des détenus fédéraux créent un groupe de sensibilisation à la santé	72
Fonds du SCC pour des initiatives de détenus en matière de VIH	74
Un organisme communautaire fournit de l'éducation sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, à des détenus de ressort provincial	75
Le <i>Prison Outreach Program</i> , un programme d'intervention dans des prisons fédérales et provinciales	78
Un organisme communautaire fournit de l'éducation sur la drogue et la réduction des méfaits à des détenus de ressort provincial	80
Un organisme communautaire intéresse des détenus à l'éducation à l'aide de jeux spécialement conçus	81
Une prison fédérale consacre des ressources à l'éducation sur la santé pour les détenus nouvellement admis	83
Initiative communautaire	85
Formation, éducation et développement professionnel pour le personnel carcéral	87
Orientations, recommandations et perspectives internationales	87
Observations	87
Politiques habilitantes	89
Programmes exemplaires et prometteurs	89
Un organisme de lutte au sida forme des gardiens de prison pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits	89
Besoins particuliers à des populations : femmes incarcérées	91
Orientations, recommandations et perspectives internationales	91
Observations	92
Politiques habilitantes	93
Programmes exemplaires et prometteurs	93
Des détenues fédérales créent un groupe de soutien et d'éducation sur le VIH/sida	93
Une université en partenariat avec une prison provinciale pour femmes — une recherche-action participative habilite les détenues	94
Un organisme de travailleuses sexuelles et de prévention du VIH implique des détenues par des ateliers d'écriture et d'art	97
Besoins particuliers à des populations : détenus autochtones	99
Orientations, recommandations et perspectives internationales	99
Observations	99
Politiques habilitantes	100
Programmes exemplaires et prometteurs	100



Cercle des Gardiens du Savoir : Programme pour les pairs, sur le VIH/sida, pour les détenus autochtones de ressort fédéral	100
Un organisme autochtone de lutte au sida est embauché pour la formation de Gardiens du Savoir	102
Un organisme autochtone de lutte au sida éduque les détenus sur la prévention du VIH et la promotion de la santé	105
Une clinique de méthadone et un organisme autochtone de lutte au sida s'unissent pour éduquer des détenus autochtones de ressort fédéral	107
Besoins particuliers à des populations : jeunes en détention	110
Orientations, recommandations et perspectives internationales	110
Observations	111
Politiques habilitantes	113
Autres populations carcérales et besoins en émergence	115
Détenus de minorités ethnoculturelles	115
Détenus transgenre et transsexuels	1117
Unités sans drogue et communautés thérapeutiques	118
Remarques de conclusion et orientations stratégiques pour l'action	121
Remarques de conclusion	121
Nécessité de politiques et programmes exhaustifs	121
Difficultés de fournir des programmes en prison	122
L'accent sur la sécurité et sur l'interdiction de drogue peut éclipser les considérations de santé	123
Tirer des leçons des examens et évaluations	124
Attention requise aux besoins particuliers de certaines populations carcérales particulières	124
La collaboration, gage d'amélioration des politiques et programmes	124
Orientations stratégiques pour l'action	126
Bibliographie sélective	128
Annexe A — Membres du comité aviseur	129
Annexe B — Prisons et programmes visités, personnes interviewées et consultées	130
Annexe C — Références pour le tableau <i>Aperçu des politiques liées au VIH et au VHC</i>	135
Annexe D — Références pour le tableau <i>Aperçu des programmes de réduction des méfaits</i>	144





Sommaire

Toute personne en milieu carcéral — détenu, employé de prison, fournisseur de services — est gagnante lorsque la santé des détenus est améliorée et que l'incidence d'agents infectieux à transmission sanguine comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) est réduite. La santé des détenus est une préoccupation de santé publique. Les détenus viennent de la communauté et la vaste majorité d'entre eux y retourne.

Dans une large mesure, on trouve dans nos prisons des personnes marginalisées sur le plan social — des personnes aux prises avec la toxicomanie ou des problèmes de santé mentale, des personnes qui sont pauvres, des personnes peu alphabétisées et d'autres qui ont des séquelles d'abus physiques, émotionnels ou psychologiques, y compris des répercussions de la colonisation en ce qui concerne plusieurs détenus autochtones. Avant d'être incarcérées, certaines de ces personnes ont eu des comportements qui les ont exposées à des risques de contracter le VIH et le VHC; certaines ont contracté l'un ou l'autre, ou les deux. Ces comportements se poursuivent en prison, dans bien des cas, ou y sont amorcés; ces réalités ont des répercussions sur le plan de la transmission du VIH et du VHC, notamment en situation où l'accès à l'information et à des moyens préventifs est restreint ou nul.

Le présent document a pour but d'encourager et d'aider les systèmes carcéraux, d'autres secteurs gouvernementaux, les organismes non gouvernementaux et communautaires ainsi que les détenus à répondre aux défis du VIH et du VHC, en particulier sur le plan de leur prévention. À cette fin, le rapport vise à relever :

- les connaissances et la compréhension des enjeux juridiques et de droits humains liés à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction des méfaits en prison;
- la sensibilisation à l'existence de plusieurs politiques habilitantes et programmes exemplaires et prometteurs qui existent au Canada pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits; et
- la capacité des organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires, de même que des détenus et des employés de prison, de prendre part à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits.

Il est un principe juridique bien établi à l'effet que les détenus ne perdent pas leurs droits, lorsqu'ils sont incarcérés, mais qu'au contraire ils conservent tous leurs droits qui ne sont pas assujettis à des restrictions inévitables du milieu carcéral. Les détenus conservent le droit à la plus haute norme de santé qui puisse être atteinte, tel que le garantit le droit international. Les soins de santé en prison, y compris les mesures pour prévenir la maladie, devraient être équivalents à ceux qui existent dans la communauté. Ensemble, les garanties des droits de la personne et les lignes directrices internationales peuvent guider l'élaboration des programmes et politiques en matière de prévention du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison, ainsi

qu'en matière de réduction des méfaits, et servir de cadre pour l'examen des réponses des gouvernements et autorités carcérales à la menace que des virus à transmission hématogène, comme le VIH et les hépatites, représentent pour la santé des détenus. Dans ce rapport, nous ferons souvent référence à des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Office contre la drogue et le crime des Nations Unies (ODCNU) ainsi que du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Deux méthodes principales ont été utilisées pour recueillir de l'information sur les politiques et programmes de prisons décrits dans le présent rapport : (1) un examen bibliographique des politiques et programmes en matière de réduction des méfaits et de prévention du VIH et du VHC en prison, qui a porté sur les 14 ressorts législatifs du Canada; et (2) des visites dans des prisons fédérales et provinciales dans huit provinces (**Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec et Ontario**), qui incluaient des entrevues avec des détenus, des employés de prison, des représentants de l'administration carcérale ainsi que des organismes communautaires.

Dans le présent rapport, nous présentons des « politiques habilitantes » et des « programmes exemplaires ou prometteurs » qui ont cours dans des prisons et des systèmes correctionnels, au Canada, en matière de :

- counselling et diagnostic pour VIH, les maladies infectieuses et la santé sexuelle;
- condoms, digues dentaire et lubrifiants
- nettoyage du matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel
- traitement d'entretien à la méthadone (TEM)
- tests de détection de drogues illicites
- éducation et information à l'intention des détenus et employés de prison
- populations spécifiques incarcérées (femmes, autochtones, jeunes, membres de minorités ethniques, personnes transsexuelles et transgenre)
- unités sans drogue et communautés thérapeutiques.

Les parties qui portent sur les « **programmes exemplaires et prometteurs** » renferment des descriptions de **30 programmes** que nous avons jugés dignes d'être considérés comme des modèles par d'autres prisons et ressorts. Nous avons également identifié **20 « politiques habilitantes »** : celles qui sont conformes aux lignes directrices internationales, ou qui sont autrement propices à des programmes efficaces de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, pour les détenus et employés de prison — que nous avons jugées dignes d'être considérées comme des modèles.

À certains égards importants, des programmes de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits, dans des systèmes correctionnels canadiens, reflètent les programmes qui existent dans les communautés, aux quatre coins du Canada. Les programmes varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Aucune lacune dans les programmes communautaires ne devrait être une excuse des prisons pour ne pas respecter leur obligation légale de fournir aux détenus les moyens de protéger leur santé. Les autorités carcérales ainsi que des soins de santé et de la santé publique dans la communauté devraient collaborer à trouver des solutions aux problèmes répandus ou à satisfaire les besoins non comblés. Le présent rapport offre de nombreux exemples de telles collaborations efficaces.

Les programmes de réduction des méfaits en prison, au Canada, diffèrent de ceux de la communauté sur un point fondamental. Les lois et politiques des prisons interdisent aux détenus d'être en possession de seringues et aiguilles, que ce soit pour l'injection de drogue ou pour le tatouage, et il n'existe pas de politique autorisant la distribution de seringues et aiguilles (et d'autres instruments) stériles, pour l'injection et le tatouage, comme on en trouve aujourd'hui dans un nombre croissant de prisons d'autres pays. En conséquence, aucun

ressort canadien n'offre aux détenus un programme complet en matière de prévention du VIH et de réduction des méfaits — ce qui, de notre point de vue, doit inclure la fourniture de matériel stérile pour le tatouage et l'injection —, et cela n'est pas possible dans le contexte des politiques et du cadre juridique en vigueur.

Notre tour d'horizon des politiques, doublé de visites dans des prisons ainsi que d'entrevues avec des détenus et des employés de prisons et d'organismes communautaires, a également révélé de nombreux écarts entre les politiques et les pratiques. Dans plusieurs cas, nous avons constaté qu'une politique applicable n'était pas respectée dans une prison, ce qui nuit encore à la capacité des détenus de protéger leur santé.

Nous avons documenté d'importants écarts en termes de couverture (à la fois dans les politiques et dans les programmes) pour des populations spécifiques en prison, notamment les femmes, les personnes autochtones, les jeunes, les personnes de minorités ethnoculturelles et les personnes transsexuelles et transgenre. Les besoins de populations spécifiques, en prison, en ce qui a trait à la prévention du VIH et du VHC, requièrent une grande attention des autorités carcérales.

Nous avons constaté que les politiques et programmes de prisons en matière de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits peuvent être améliorés par la collaboration entre les autorités de santé publique, les responsables des prisons et le personnel carcéral. Nous avons documenté un certain nombre de telles collaborations fructueuses, dans le cadre desquelles des employés de santé publique travaillent de manière autonome au sein du milieu correctionnel. Nous avons observé qu'une collaboration accrue de ce type, au palier des politiques et des programmes, permettrait l'instauration et la réalisation de programmes plus complets pour satisfaire les besoins des détenus. Un défi de l'expansion de cette collaboration réside dans la structure organisationnelle des autorités de santé publique, au Canada : dans plusieurs provinces, les décisions d'allocation de ressources dans le domaine de la santé publique ainsi que pour les programmes qui relèvent de ce domaine sont prises au niveau des unités locales de santé publique. Le défi consiste à faire en sorte que les systèmes de prisons et les responsables de la santé publique s'engagent au palier provincial — ou provincial-fédéral, dans le cas du Service correctionnel du Canada — à développer des politiques et des ententes afin que les programmes puissent être mis en œuvre dans les prisons à l'échelle complète d'une province ou d'un territoire.

Nous suggérons de considérer six orientations stratégiques pour l'action :

1. Identifier des leaders, parmi les personnes auxquelles incombe une responsabilité légale à l'égard des détenus ou de la santé publique (élus, responsables de prisons, employés de santé en prison, personnel de sécurité en prison et représentants d'autorités locales de santé publique) et qui sont disposées à collaborer à l'avancement de la prévention du VIH et du VHC ainsi que de la réduction des méfaits, dans les prisons du Canada.
2. Impliquer des organismes et individus responsables (élus, responsables des prisons, employés de santé en prison, personnel de sécurité en prison, professionnels de la santé publique, organismes non gouvernementaux et communautaires, détenus) dans un mandat de protection et de protection de la santé des détenus et de la santé communautaire.
3. Établir un consensus sur les politiques et pratiques exemplaires, au Canada, en matière de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits en prison, afin d'établir la norme que tous les ressorts canadiens devraient viser à atteindre, en tenant compte de leurs circonstances particulières.
4. Identifier les obstacles à la prévention du VIH et du VHC et à la réduction des méfaits en prison, et adopter des stratégies pour les vaincre.
5. Réaliser des examens et évaluations des politiques et programmes; au besoin, concevoir et mettre en œuvre des améliorations aux programmes et politiques, ou les remplacer; procéder par une coopération entre les autorités carcérales, responsables de la santé en

prison, employés de prison, autorités de santé publique, organismes non gouvernementaux et communautaires, et détenus. Cette collaboration aidera à faire en sorte que l'on tienne compte des diverses perspectives, expériences et qualifications.

6. Examiner et évaluer les politiques et programmes sur une base continue afin de déterminer si les politiques de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits sont respectées et si les programmes satisfont les besoins visés. Faire connaître les résultats de ces travaux afin de rehausser la transparence et la reddition de compte, tant du côté des instances gouvernementales que des organismes non gouvernementaux.

Introduction

La santé des détenus fait partie de la santé publique

La santé des détenus est une préoccupation de santé publique. Toute personne en milieu carcéral — détenu, employé de prison, fournisseur de services — est gagnante lorsque la santé des détenus est améliorée et que l'incidence d'agents infectieux à transmission sanguine comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) est réduite. Les programmes qui réduisent le risque de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), y compris les programmes visant à réduire l'exposition accidentelle à ces infections transmissibles par le sang, font des prisons des lieux où la vie et le travail sont plus sécuritaires. Les détenus viennent de la communauté et la vaste majorité d'entre eux y retourne. Lorsque des détenus qui vivent avec le VIH et/ou le VHC sont libérés, la santé des détenus devient forcément une question de santé de la communauté.

Les coûts des traitements d'infections chroniques, comme le VIH et le VHC, sont considérables. Le coût des soins et traitements à vie, pour une personne ayant le VIH, étaient estimés en 1998 à un total d'environ 160 000 \$, et les coûts indirects associés à la perte de productivité et au décès prématuré pourraient atteindre les 600 000 \$ par personne.¹ Une étude canadienne a établi à 1 036 \$ le coût mensuel direct moyen (soit 12 432 \$ par année) de la fourniture de soins médicaux pour une personne séropositive au VIH (y compris pharmaceutiques, aux patients hospitalisés et externes, et en services à domiciles), en Alberta, en 1997-1998, ajusté en valeur du dollar en 2001.² Une étude publiée en 2006 a estimé que le coût à vie pour le traitement d'un seul cas d'infection à VIH, au États-Unis, était de 618 900 \$ US.³

Les épidémies du VIH et du VHC constituent des défis pour les gouvernements, au Canada, y compris les responsables des prisons. Dans une large mesure, on trouve dans nos prisons des personnes marginalisées sur le plan social — des personnes aux prises avec la toxicomanie ou des problèmes de santé mentale, des personnes qui sont pauvres, des personnes peu alphabétisées et d'autres qui ont des séquelles d'abus physiques, émotifs ou psychologiques, y compris des répercussions de la colonisation en ce qui concerne plusieurs détenus autochtones.⁴ Également, le recours marqué au droit pénal comme réponse à l'usage de drogue et à la toxicomanie entraîne que de nombreuses personnes qui font usage de drogue sont incarcérées.⁵ Avant l'incarcération, certaines de ces personnes ont eu des comportements qui les ont exposées à des risques de contracter le VIH et le VHC; certaines ont contracté l'un ou l'autre, ou les deux. Ces comportements se poursuivent en prison, dans bien des cas, ou y sont amorcés; ces réalités ont des répercussions sur le plan de la transmission du VIH et du VHC, notamment en situation où l'accès à l'information et à des moyens préventifs est restreint ou nul. Il n'est donc pas étonnant que les taux de prévalence du VIH et du VHC parmi les détenus soient beaucoup plus élevés que dans le reste de la population.

La réduction des méfaits, y compris pour prévenir l'infection à VIH et à VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues, est enchâssée dans les politiques de plusieurs ressorts, au Canada. Au palier fédéral, jusqu'en 2007, la Stratégie canadienne antidrogue était officiellement basée sur une approche « à quatre

¹ Martin Spigelman Research Associates, *Devancer l'épidémie du VIH/sida : le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2008* (2003) : 60.

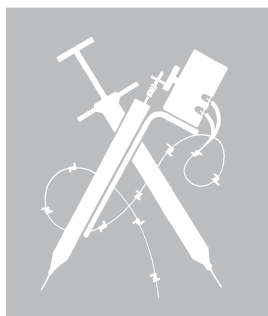
² H. Krentz, M. Auld et M. Gill, « The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001 », *Journal de l'Association médicale canadienne* 169(2) (2003) : 106-110. Au sujet des coûts associés au traitement de l'infection à VHC, voir : M. Wright et coll., « Health benefits of antiviral therapy for mild chronic hepatitis C: randomised control trial and economic evaluation », *Health Technology Assessment* 10(21) (2006), qui a révélé qu'en 2006, au Royaume-Uni, le coût des antirétroviraux pour le traitement de l'hépatite C (en incluant les coûts connexes au traitement) était de 7 141 £, alors que le coût total d'une transplantation de foie requise dans les cas d'hépatite C avancée était de 50 313 £.

³ B. Schackman et coll., « The lifetime cost of current Human Immunodeficiency Virus care in the United States », *Medical Care* 990(44) (2006) : 11.

⁴ Voir, généralement, « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », *Revue canadienne de santé publique* 95(S1) (2004) : S1-S63.

⁵ K. deBeck et coll., « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 — Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11(2/3) (2006) : 1.

pilliers », dont un était la réduction des méfaits (les autres étant la prévention de l'usage de drogue, le traitement de la toxicomanie et l'application de la loi).⁶ Au palier provincial, la Colombie-Britannique semble avoir les politiques les plus solides et les directives officielles les plus claires à l'intention des praticiens, incluant de la documentation qui explique clairement les politiques et l'importance programmatique d'une vaste gamme de services de réduction des méfaits.⁷ La Nouvelle-Écosse a aussi endossé officiellement la réduction des méfaits⁸ et la plupart des autres provinces et territoires financent des mesures de réduction des méfaits et les orientent par des lignes directrices, notamment l'échange de seringues et la provision de méthadone. Ces politiques et engagements devraient avoir cours également dans les programmes de santé en prison.



Toute personne en milieu carcéral — détenu, employé de prison, fournisseur de services — est gagnante lorsque la santé des détenus est améliorée et que l'incidence d'agents infectieux à transmission sanguine comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) est réduite.

Le VIH et le VHC dans les prisons canadiennes

L'information la plus complète qui est disponible au sujet des taux de prévalence du VIH et du VHC dans la population carcérale canadienne provient d'études réalisées parmi les détenus de ressort provincial en Ontario.⁹ Le SCC compile des données sur le VIH et le VHC parmi les détenus au Canada, mais il est impossible d'établir avec certitude quel pourcentage des détenus au Canada vit avec le VIH, ou avec le VHC. Ceci est dû en partie au fait que les détenus, au Canada, ne soit pas soumis au test de routine obligatoire du VIH ou du VHC, ce qui est conforme aux lignes directrices internationales en la matière. Par ailleurs, on remarque que la rareté des recherches longitudinales sur la prévalence du VIH et du VHC parmi les détenus, ainsi que des recherches sur la santé auprès d'un large échantillon de participants. À l'exception de la recherche dans des prisons provinciales ontariennes, les seules données disponibles viennent d'études volontaires, à petite échelle et limitées à un moment précis, ce qui rend les résultats difficiles à généraliser. Des biais liés à l'auto-sélection peuvent entrer en ligne de compte, dans de telles études volontaires, puisque les détenus qui se considèrent « à risque » peuvent se porter plus facilement volontaires au test de dépistage; ou, à l'inverse, certains prisonniers pourraient ne pas vouloir passer de test de dépistage en prison, de peur de subir des conséquences

⁶ En mai 2007, l'affirmation des quatre piliers de la Stratégie canadienne antidrogue a été retirée des sites Internet du gouvernement et remplacée par une note indiquant qu'une nouvelle stratégie nationale antidrogue était en développement; voir http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html. Le budget fédéral déposé au Parlement en mars 2007 n'incluait pas de financement pour la réduction des méfaits. Voir la lettre du 30 mars 2007 du Réseau juridique canadien VIH/sida à ce sujet, aux membres du Parlement, à <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=692>.

⁷ Voir, p. ex., Ministry of Health, British Columbia, Harm reduction: *A British Columbia community guide*, Vancouver, 2005. Accessible via www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf.

⁸ Nova Scotia Health, *Standards for Blood Borne Pathogens Prevention Services in Nova Scotia*, Halifax, mai 2004, en particulier aux p. 23-30. Accessible à http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/BBP_Integrated_Standards.pdf.

⁹ Les études suivantes fournissent des données sur la prévalence du VIH et du VHC dans les prisons provinciales de l'Ontario : L. Calzavara et coll., *Prevalence and Risk Factors for HIV and Hepatitis C in Ontario's Jails and Detention Centres (2003–2004)*, Université de Toronto, 2006; L. Calzavara et coll., « The prevalence of HIV-1 infection among inmates in Ontario, Canada », *Revue canadienne de santé publique* 86(5) (1995) : 335-339; et L. Calzavara et coll., « Reducing Volunteer Bias: Using Left-over Specimens to Estimate Rates of HIV Infection Among Inmates in Ontario, Canada », *AIDS* 9 (1995) : 631–637.

que l'on sache qu'ils vivent avec le VIH.¹⁰ En outre, des données sur les cas détectés de maladies infectieuses sont compilées et publiées par le système correctionnel fédéral, mais pas par les systèmes provinciaux et territoriaux. Et, bien que la déclaration des cas soit un élément important, elle ne livre pas une image d'ensemble, puisqu'elle comporte les mêmes limites que les études fondées sur le test volontaire du VIH ou du VHC.

Les estimés de la prévalence du VIH dans les prisons canadiennes, fédérales et provinciales, oscillent entre 2 % et 8 %; les études de prévalence dans des prisons spécifiques sont arrivées pour leur part à des taux entre 1 % et 11,94 %.¹¹ En Ontario, une étude à grande échelle publiée en 1995 a signalé les résultats de l'analyse de tests de détection du VIH dans des échantillons d'urine obtenus de personnes admises pour l'incarcération (9 201 homme adultes, 1 302 femme adultes, 1 259 jeunes contrevenants et 72 jeunes contrevenantes).¹² Les taux généraux d'infection à VIH-1 étaient de 1 % pour les hommes adultes; 1,2 % pour les femmes adultes; et 0 % pour les jeunes contrevenants. Un pourcent des personnes admises durant la période à l'étude ont refusé que leur urine soit soumise à des analyses pour cette recherche (et ce refus n'était pas associé à des antécédents d'usage de drogue par injection). Une autre étude à grande échelle auprès de personnes à l'admission dans des prisons de l'Ontario, entre février 2003 et juillet 2004, est arrivée au constat d'un taux de prévalence du VIH de 2 % dans la population adulte.¹³ Au Québec, une étude réalisée entre janvier et juin 2003 a évalué que les taux de prévalence du VIH parmi les personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec étaient de 2,3 % chez les hommes et de 8,8 % chez les femmes.¹⁴ De manière conservatrice, les études réalisées jusqu'à ce jour permettent d'estimer que le taux de prévalence du VIH est environ dix fois plus élevé dans les prisons que dans la population canadienne en général;¹⁵ certaines études arrivent cependant à des taux bien plus élevés, comme l'étude québécoise plus récente (2003) qui a mesuré, dans son échantillon, un taux de prévalence de près de 19 fois plus élevé que celui de la population générale. À titre de comparaison additionnelle, de récentes données (recueillies par des sites sentinelles) sur la prévalence du VIH parmi les personnes s'injectant des drogues ont démontré des taux variables, allant de 1,2 % (à Regina en 2005) à 23,8 % (à Edmonton en 2005).¹⁶

Les études sur la prévalence du VHC dans la population carcérale canadienne l'établissent à des taux allant de 19,2 % à 39,8 %.¹⁷ L'étude réalisée en 2003-2004 parmi les personnes à l'admission dans des prisons provinciales ontariennes a établi le taux de VHC à 17,6 %; et elle a établi que 1,2 % des détenus adultes vivaient avec la coinfection à VIH et VHC.¹⁸ L'étude de 2003 auprès des détenus de ressort provincial au

¹⁰ Au sujet du stigmatisation, de la discrimination et du potentiel de violence, à l'égard des personnes vivant avec le VIH dans les prisons du Canada, voir W. Small et coll., « The experiences of HIV-positive injection drug users receiving HAART within correctional environments in Canada » (2007, ébauche inédite en filière auprès des auteurs). Des employés du PASAN et de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) signalent aussi que leurs clients séropositifs ont été soumis à des traitements discriminatoires par d'autres détenus ou des employés correctionnels, dans des prisons fédérales. Commentant la version provisoire du présent rapport, un employé des services de santé de l'Administration centrale du SCC a écrit : « Plusieurs des infirmiers du SCC ont d'excellentes relations avec les détenus, ce qui leur permet de leur fournir du counselling sur la réduction des méfaits, dans le cadre de tous les aspects des soins de santé, et non seulement dans un programme spécifique. »

¹¹ R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, 2^e édition, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006, p. 7.

¹² L. Calzavara et coll., « Reducing volunteer bias: using left-over specimens to estimate rates of HIV infection among inmates in Ontario, Canada », *AIDS* 9 (1995) : 631-637; L. Calzavara et coll., *The Study of HIV Prevalence in Ontario Jails, Detention and Youth Centres: Final Report*, Université de Toronto, 1994.

¹³ L. Calzavara et coll., *Prevalence and Risk Factors for HIV and Hepatitis C in Ontario's Jails and Detention Centres (2003-2004)*, Université de Toronto, 2006, p. 12.

¹⁴ C. Poulin et coll., « HIV and Hepatitis C Virus Infections Among Inmates of Quebec Provincial Prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne* 176 (2007) (à paraître, au moment d'aller sous presse).

¹⁵ Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, et Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000-2001*, Ottawa : SCC, 2003, p. 6.

¹⁶ Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, août 2006*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006, chapitre 10, p. 86.

¹⁷ S. Skoretz, G. Zaniewski et N.J. Goedhuis, « Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 30(16) (2004) : 141-148, en particulier à la p. 142.

¹⁸ L. Calzavara et coll., *Prevalence and Risk Factors for HIV and Hepatitis C in Ontario's Jails and Detention Centres (2003-2004)*, Université de Toronto, 2006, p. 12.

Québec a rapporté un taux de prévalence du VHC de 16,6 % parmi les hommes et de 29,2 % parmi les femmes; et a permis de constater que la plupart des détenus vivant avec le VIH avaient aussi l'infection à VHC.¹⁹ Le taux de prévalence du VHC dans la population en général a été estimé à 0,8 %.²⁰ Parmi les personnes qui s'injectent des drogues, dans la communauté, les données recueillies dans des sites sentinelles font état d'un taux élevé de prévalence du VHC, allant de 61,8 % (à Winnipeg) à 68,6 % (à Sudbury et à Victoria).²¹ Les études montrent des taux de prévalence du VIH et du VHC plus élevés parmi les femmes que parmi les hommes, en prison.

Il existe des données qui ne sauraient être ignorées ou prises à la légère, à l'effet que le VIH et le VHC se propagent dans les prisons du Canada. Parmi les utilisateurs de drogue, l'incarcération constitue en soi un risque additionnel de transmission du VIH. Les participants à la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS) qui avaient été récemment incarcérés étaient 2,7 fois plus susceptibles d'être séropositifs au VIH que les participants qui n'avaient jamais été incarcérés.²² Une évaluation indépendante des risques imputables qui ont été signalés dans cette étude a conduit à conclure que 21 % des cas d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection de Vancouver avaient probablement eu lieu en prison.²³ Les chercheurs de la VIDUS ont ensuite analysé le phénomène du partage de seringue en prison.²⁴ Ils ont constaté que le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant l'entrevue était associé au prêt de seringue, parmi les participants séropositifs à la VIDUS durant cette période. Pareillement, chez les participants séronégatifs, l'incarcération dans les six mois précédant l'entrevue était associée à l'emprunt de seringues pendant cette période. Les chercheurs de la VIDUS ont aussi publié des données qualitatives d'une étude à petite échelle auprès de détenus, qui a « confirmé également des rapports antérieurs d'après lesquels l'injection en milieu carcéral se caractérise par une tendance au partage de seringues dans de vastes réseaux reliant de nombreux individus ».²⁵ L'étude a aussi permis de constater que des détenus vivant avec le VIH cachent cet état à leurs partenaires d'injection, de peur que ces derniers ne leur prêtent plus, ou ne veuillent plus partager avec eux, les rares seringues qui peuvent être en circulation clandestine dans la prison.

Les comportements à risque de transmission du VIH et du VHC, en prison, ne sont pas limités à un groupe démographique particulier — femmes ou hommes, adultes ou jeunes — et ne sont pas un problème exclusif au système fédéral ou provincial/territorial. Des 104 détenues ayant participé à une étude dans une prison de la Colombie-Britannique abritant des détenues à la fois sous responsabilité provinciale et fédérale, 21 % (22/104) ont signalé faire usage de drogue par injection dans la prison; de ce nombre, 19 ont déclaré partager une seringue avec d'autres détenues, et trois ont déclaré ne pas nettoyer les seringues usagées au moyen d'eau de Javel.²⁶ Les taux d'infections auto-déclarées à VIH et à VHC étaient respectivement de 8 % et de 25 %. En 2006, un groupe de chercheurs de l'Ontario a fait état de la prévalence et des prédicteurs des infections à VIH et à VHC dans les prisons et centres de détentions de l'Ontario.²⁷ Plus de 1 900 adultes et jeunes qui ont été

¹⁹ Poulin et coll.

²⁰ R. Remis et coll., *Estimating the Number of Blood Transfusion Recipients Infected by Hepatitis C Virus in Canada*, rapport à l'intention de Santé Canada, juin 1998.

²¹ Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, août 2006*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006, chapitre 10, p. 86.

²² M.W. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS* 17(6) (2003) : 887–893.

²³ H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS* 17(6) (2003) : 911–913.

²⁴ E. Wood et coll., « Recent incarceration independently predicts syringe sharing among injection drug users », *Public Health Reports* 120(2) (2005) : 150–156.

²⁵ W. Small et coll., « Incarceration, addiction and harm reduction: inmates' experiences injecting drugs in prison », *Substance Use and Misuse* 40(6) (2005) : 831–843. Voir, aussi, J. Wylie, *A Pilot Study Assessing Risk Factors for Hepatitis C and HIV Transmission Within a Federal Correctional Institution*, Chadham (Mantioaba) Provincial Laboratory, 2004, une étude de petite taille (n=40) auprès d'utilisateurs et ex-utilisateurs de drogues dans une prison fédérale.

²⁶ R. Martin, « Drug use and risk of blood-borne infections », *Revue canadienne de santé publique* 96(2) (2005) : 97–101.

²⁷ L. Calzavara et coll., *Prevalence and Risk Factors for HIV and Hepatitis C in Ontario's Jails and Detention Centres (2003–2004)*, Université de Toronto, 2006.

admis dans ces établissements provinciaux de l'Ontario, au cours d'une période de 17 mois, ont passé un test du VIH et un test du VHC ainsi qu'une entrevue devant intervieweur. Les participants ont déclaré avoir eu les comportements à risques suivants, lors d'une incarcération antérieure : tatouage (21 % des adultes; 43 % des jeunes); perçage corporel (9 %; 5 %); et injection de drogue (16 %; 8 %). Dans une étude portant sur les prisons provinciales du Québec, en 2003, les comportements à risques qui suivent ont été déclarés par les participants : recevoir un tatou (37,9 % des hommes, dont 18,3 % ont déclaré que du matériel non stérile avait été utilisé; 4,8 % des femmes, dont 41,7 % ont déclaré que du matériel non stérile avait été utilisé); injection de drogue (4,4 % des hommes, dont 63,3 % ont déclaré avoir partagé du matériel d'injection; 0,8 % des femmes, dont 50 % ont déclaré avoir partagé du matériel d'injection); et perçage corporel (2,1 % des hommes, dont 20,7 % ont déclaré que du matériel non stérile avait été utilisé; et 4 % des femmes, dont 30 % ont déclaré que du matériel non stérile avait été utilisé).²⁸

Les comportements à risque, en prison, sont catalysés par des activités qui sont interdites par le droit pénal (comme la possession de drogues et substances désignées) ou prohibées par des politiques carcérales qui prévoient des mesures disciplinaires (p. ex., pour la possession de seringue ou de matériel de tatouage, et pour avoir eu des rapports sexuels consensuels ou pour avoir pratiqué le tatouage). Le risque de châtement (en vertu du droit pénal ou des règles disciplinaires des prisons), combiné au fait que les détenus sont soumis à des vastes mesures de sécurité, fait en sorte que ces activités se pratiquent dans la clandestinité, et rend ainsi la prévention plus difficile que dans la communauté, tant sur le plan politique que pratique. Or c'est précisément la concentration de personnes qui ont des comportements à risques, qui fait que le milieu carcéral constitue une occasion de premier ordre de répondre à ces comportements par des mesures de santé publique éprouvées. Des réponses fondées sur un cadre raisonné de politiques enracinées dans les droits humains, en combinaison avec des programmes conditionnés par les pratiques exemplaires, offrent les meilleures chances de réduire le potentiel de transmission et de promouvoir la santé des détenus ainsi que la santé et la sécurité du personnel.

Buts du rapport

Le défi de la prévention et du traitement du VIH et du VHC en prison est commun aux 14 ressorts canadiens qui ont une responsabilité d'administrer des systèmes carcéraux ou correctionnels. Le but du présent rapport est d'inciter et d'aider les systèmes de prisons, d'autres secteurs gouvernementaux, les organismes non gouvernementaux et communautaires, de même que les détenus, à répondre aux défis du VIH et du VHC, en particulier sur le plan de leur prévention. À cette fin, le rapport vise à rehausser :

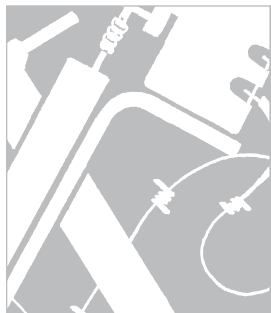
- la connaissance et la compréhension des enjeux juridiques et de droits humains liés à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction des méfaits, en prison;
- la capacité des organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires, de même que des détenus, de répondre à ces enjeux; et
- l'implication d'organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires, de même que des détenus, dans les discussions, le partage d'information et de résolution de problèmes, en ce qui touche les politiques et programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, dans les prisons.

Le rapport décrit des politiques de prisons qui contribuent à prévenir le VIH et le VHC, et de réduire les méfaits, et il documente des programmes exemplaires et prometteurs qui sont en œuvre dans des prisons, pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits. Les autorités de la santé et celles des prisons reconnaissent le bien-fondé de la collaboration — les travaux du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, le Comité fédéral-provincial-territorial des chefs correctionnels et le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des chefs des services correctionnels en sont tous des exemples. Le présent rapport vise à favoriser une plus grande collaboration au niveau fédéral-provincial-territorial (FPT) et à étendre

²⁸ Poulin et coll.

la portée de la collaboration afin d'inclure des intervenants extérieurs au gouvernement, ce qui compléterait les efforts FPT actuels de trois manières.

Premièrement, selon notre connaissance, le présent document constitue la première tentative de survol « national » des politiques et des pratiques en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison, et nous espérons qu'il sera utile aux responsables FPT du domaine correctionnel et de la santé publique. Nous avons invité les responsables fédéraux et provinciaux des prisons, dont plusieurs siègent à des instances FPT, à participer à ce projet à titre de membres du comité consultatif, ainsi que dans le cadre de nos communications régulières, et nous avons demandé leurs suggestions en ce qui a trait aux programmes exemplaires et prometteurs dans leurs ressorts respectifs.



[L]es responsables des systèmes de prisons [devraient] reconnaître l'impératif et les bienfaits d'une augmentation de la consultation et de la collaboration avec les détenus et avec des organismes et individus « externes » ...

Deuxièmement, nous espérons encourager les responsables des systèmes de prisons à reconnaître l'impératif et les bienfaits d'une augmentation de la consultation et de la collaboration avec les détenus et avec des organismes et individus « externes », notamment les autorités de santé publique (locales, régionales et nationales), organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida, programmes communautaires de réduction des méfaits, cliniques de méthadone, médecins autorisés à prescrire la méthadone, organismes de soutien pour les détenus, organismes autochtones et de femmes, et pour les minorités ethnoculturelles, et qui œuvrent auprès des détenus, de même que les universités.

Troisièmement, nous espérons contribuer à faire en sorte que les représentants FPT, d'organismes non gouvernementaux et communautaires ainsi que des détenus s'impliquent dans l'élaboration d'un plan d'action pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits dans les prisons, au Canada, à partir des observations finales et des orientations stratégiques pour l'action qui sont présentées dans la dernière partie de ce rapport. L'un des buts des orientations stratégiques sera de proposer des moyens par lesquels les responsables des prisons pourront partager avec plus d'efficacité l'information et l'expertise touchant les politiques et programmes en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits dans les prisons, et de favoriser la mise en œuvre d'un cadre de politiques habilitant et de programmes de pratiques exemplaires, dans les divers ressorts, et de manière transversale entre eux. Nous espérons que les détenus et les organismes « externes » seront aussi impliqués dans le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action à ces fins.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et le Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) sont engagés à faire progresser la santé et les droits humains des détenus, au Canada et dans le monde. Nous espérons également que le présent rapport sera utile aux systèmes de prisons, aux autorités de santé et de santé publique, aux organismes non gouvernementaux et communautaires ainsi qu'aux détenus, dans d'autres pays.

Méthodes

Deux méthodes principales ont été utilisées pour recueillir l'information qui compose le présent rapport — un examen bibliographique; et des visites de prisons, incluant des entrevues en personne.

Afin de colliger l'information sur les politiques et programmes en vigueur pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits dans les prisons fédérales et provinciales/territoriales, nous avons déposé des demandes d'« accès à l'information » dans chacun des 14 ressorts canadiens. Nous avons demandé deux types de documents : (1) politiques, lignes directrices, directives, mémorandums et ordres permanents, qui établissent des procédures, pratiques ou normes; et (2) matériel de formation et d'éducation. Nous avons demandé l'information en lien avec une vaste gamme de programmes qui entrent en jeu dans la réduction de méfaits associés à des comportements qui comportent un risque de transmission du VIH et du VHC en prison :

- test de détection de l'anticorps anti-VIH et counselling connexe
- condoms, digues dentaires et lubrifiant
- eau de Javel pour la désinfection de seringues
- traitement d'entretien à la méthadone
- dépistage de l'usage de drogue illicite
- unités sans drogue
- éducation et information à l'intention des détenus
- éducation et information à l'intention du personnel
- programmes spéciaux pour femmes et personnes autochtones

Le corps principal du rapport est structuré en fonction de ces programmes. Étant donné que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de fournir des services en matière de détention pour adultes et pour jeunes contrevenants, nous avons fait la demande d'information sur tous ces services et politiques.

Un comité consultatif, formé de détenus, d'ex-détenus, d'organismes communautaires et de responsables provinciaux de la santé publique, a guidé le projet. Y siégeaient, des représentants de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse. L'Administration centrale (AC) du Service correctionnel du Canada a été invitée à prendre part au comité consultatif, mais a refusé. Le comité consultatif incluait des représentants des détenus de prisons du palier fédéral et du palier provincial/territorial. Il incluait aussi des membres des communautés, représentant les femmes, les personnes qui font usage de drogue, les peuples autochtones et les communautés noires. De plus, nous avons consulté de manière informelle des membres de la communauté transgenre/transsexuelle. La liste des membres du comité consultatif est présentée à l'Annexe A.

Vu le financement limité, les visites en prison et les entrevues en personne ont été limitées.²⁹ Les programmes exemplaires et prometteurs en prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits ont été documentés au moyen d'entrevues dans huit provinces (Columbie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Québec et Ontario). Afin de documenter des pratiques exemplaires et prometteuses, le PASAN et le Réseau juridique ont communiqué avec des détenus, des organismes de/pour les détenus, des organismes communautaires, des responsables de la santé des détenus aux paliers fédéral et provincial, et des employés des soins de santé en prison. Nous avons invité tous ces groupes à nous faire part d'exemples tirés de leur expérience personnelle ou professionnelle, qu'ils considèrent comme

²⁹ Vu les ressources limitées, nous n'avons pas pu nous rendre dans chaque province et territoire où un programme avait été repéré. Avec le comité consultatif du projet, nous avons identifié les priorités suivantes : nous allions visiter des établissements pour femmes et des établissements pour hommes (de ressorts fédéral et provincial); et des sites dans chacune des cinq régions administratives du SCC. Vu la grande diversité de la population carcérale de la région des Prairies, notamment une proportion élevée de détenus autochtones de diverses Nations, nous avons visité des prisons dans les trois provinces (Alberta, Manitoba et Saskatchewan). Nous avons visité des prisons dans deux provinces de la région de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick).

des pratiques exemplaires ou prometteuses.³⁰ Plusieurs des programmes exemplaires et prometteurs qui sont présentés dans le rapport ont été signalés par des autorités carcérales; en ce qui concerne les programmes du palier fédéral, presque tous les exemples présentés dans le rapport ont été identifiés par le SCC.

Giselle Dias, du PASAN, s'est rendue dans les provinces susmentionnées entre juillet et novembre 2006 et y a visité des prisons fédérales et provinciales ainsi que des organismes communautaires. Elle a recueilli de l'information, sur des projets spécifiques qui avaient été identifiés comme des pratiques exemplaires et prometteuses, notamment :

- contexte et antécédents
- objectifs et principales activités
- date du début
- résultats
- leçons à retenir
- limites
- mode de financement
- et évaluation.

Au total, elle a visité 20 prisons et interviewé 85 personnes. Les prisons visitées et les personnes et organismes consultés sont énumérés à l'Annexe B. Au Québec, des entrevues ont été réalisées en français ainsi qu'en anglais. Un traducteur familier avec les questions liées au milieu carcéral a assisté au déroulement des entrevues en français. Au besoin, des communications de suivi ont eu lieu avec des personnes qui avaient été rencontrées en entrevue.

À partir de l'information recueillie, nous avons évalué les programmes afin d'identifier ceux qui devraient être présentés dans ce rapport. Pour identifier des programmes prometteurs, nous avons tenté de repérer ceux qui parvenaient à réduire le risque d'infection par le VIH ou le VHC, pour les détenus. Partant de la notion de « meilleures pratiques » [i.e. *pratiques exemplaires*] développée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, nous avons examiné les programmes qui :

- sont utiles, en totalité ou en partie, de manière démontrable; et
- illustrent de manière utile des leçons à retenir (ce qui fonctionne, comment et pourquoi).³¹

Ce rapport comporte forcément des contraintes d'ordre méthodologique. Idéalement,, nous aurions souhaité procéder à l'enquête dans tous les établissements correctionnels et de détention, au Canada, et pouvoir faire état de résultats quantitatifs quant à l'étendue et à la qualité des programmes de prévention du VIH et du VHC à l'échelle du pays. Nous aurions apprécié pouvoir visiter un plus grand nombre de prisons, mais cela n'était

³⁰ Des détenus aux quatre coins du Canada ont été contactés par lettre (dans les deux langues officielles), et invités à nous décrire des exemples de programmes exemplaires et prometteurs de réduction des méfaits, réalisés par des détenus, des groupes communautaires ou des services de prison. La lettre a été envoyée aux comités de détenus, aux groupes de santé des pairs, aux fraternités et sororités autochtones et aux assemblées de détenus noirs et d'amis [Black Inmates and Friends Assemblies], de toutes les prisons fédérales du Canada. De plus, afin de joindre plus de détenus, une annonce a été publiée dans le trimestriel *Cell Count* (du PASAN). Une lettre a aussi été envoyée à des groupes de la communauté par le biais des membres du comité aviseur et de la Société canadienne du sida. Cette même lettre a été transmise à des responsables et employés de prisons (Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des chefs correctionnels sur la santé; Services de santé de l'Administration centrale du SCC; Coordonnateurs régionaux pour les maladies infectieuses du SCC; chefs des services de santé de toutes les prisons du SCC; chefs des services de santé de prisons de la C.-B., de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, du N.-B. et de la N.-É.).

³¹ Voir Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Récapitulatif des meilleures pratiques*, Genève, juin 1999, p. 5. Accessible à http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC-SummBook1-1_fr.pdf.

pas possible compte tenu des ressources limitées. La sélection des programmes présentés dans ce rapport est nécessairement subjective, dans une certaine mesure, mais elle a été faite dans le cadre de consultations avec des autorités carcérales et d'autres parties impliquées dans les programmes. Nous espérons néanmoins que les exemples fournis permettent de mettre en relief des leçons importantes.

Aperçu du rapport

Le rapport est divisé en 14 parties principales. La prochaine établit le cadre conceptuel des normes des droits humains et des principes de la réduction des méfaits.

Chacune des parties suivantes, de la troisième à la douzième, porte sur un besoin spécifique des détenus, pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits (diagnostic du VIH et d'ITS; condoms, digues dentaires et lubrifiant; eau de Javel; traitement d'entretien à la méthadone; éducation et information); des besoins de certaines populations incarcérées (femmes, autochtones, jeunes); ou des besoins du personnel carcéral en termes de formation. Chaque partie est divisée en sections : une compilation de conseils, recommandations et perspectives internationales; des observations; des politiques habilitantes; et des programmes exemplaires et prometteurs.

Le rapport présente chaque programme (exemplaire ou prometteur) au moyen d'une formule uniformisée :

- coordonnées de la personne ou de l'organisme responsable
- aperçu du programme
- leçons à retenir
- limites
- source de financement
- documents d'appui
- résultats d'évaluation

La treizième partie explore les besoins de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, pour d'autres populations incarcérées (membres de minorités ethnoculturelles, personnes transsexuelles et transgenre) et présente un développement relativement récent dans les programmes pour les détenus (unités sans drogue et communautés thérapeutiques).

Puis la quatorzième partie présente des observations en guise de conclusion, et propose des orientations stratégiques d'action pour promouvoir la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits dans les prisons du Canada. Les observations incluent une discussion de la nécessité d'approches complètes en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison.

L'Annexe A présente la liste des membres du comité consultatif; l'Annexe B, les personnes consultées et les prisons visitées; les annexes C et D, des références liées à deux tableaux de survol des politiques et programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits.

Cadre conceptuel

Les principes des droits humains

Les normes des droits de la personne peuvent guider le développement des politiques de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison. Cette partie du rapport présente un aperçu des normes internationales et canadiennes pertinentes aux droits humains (pactes, lois, lignes directrices) et d'autres normes touchant les conditions de détention. Dans les parties suivantes qui abordent des politiques et pratiques spécifiques au VIH et au VHC, ces normes des droits humains serviront de base à l'analyse de la situation des détenus vulnérables aux infections par le VIH et le VHC, ainsi que des programmes de réduction des méfaits qui visent à protéger la santé des détenus. Ensemble, ces normes établissent les obligations juridiques et éthiques qui incombent aux gouvernements, de respecter, protéger et réaliser les droits des détenus. Ces normes constituent un cadre conceptuel propice à analyser les réponses des gouvernements et des autorités carcérales, devant la menace que des virus comme le VIH et ceux des hépatites posent pour les détenus.

Les droits des détenus en vertu des droits humains internationaux

Il est un principe juridique bien établi à l'effet que les détenus ne perdent pas leurs droits, lorsqu'ils sont incarcérés, mais qu'au contraire, ils conservent tous leurs droits qui ne sont pas assujettis à des restrictions inévitables du milieu carcéral.³² Les tribunaux canadiens ont reconnu ce principe.³³

La suprématie du droit est un autre principe fondamental applicable à la situation des détenus. Ce principe devrait sans doute être respecté plus étroitement dans le contexte carcéral puisque les détenus sont généralement dépourvus de capacité de modifier les conditions de leur détention — en termes d'éthique et de droits humains, leur autonomie et leur capacité d'action sont restreintes. Les détenus sont sous l'autorité des responsables des prisons, dont relèvent les éléments essentiels de leur vie ainsi que d'autres droits et privilèges.

Ensemble, ces deux principes — le fait que les détenus ne perdent pas leurs droits, et le principe de la suprématie du droit — forment un centre au sein duquel ils se renforcent mutuellement, et un point de départ pour l'analyse des droits des détenus.

Le Canada est signataire de plusieurs lois internationales pertinentes aux droits des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida :

- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC)
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDÉSC)
- Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (Déclaration de l'OÉA)
- Convention américaine des droits de l'homme (Convention de l'OÉA)

³² Comité des droits de l'homme de l'ONU, Observation générale No 21, article 10 (Caractère humanitaire des personnes privées de liberté), UN CHROR, 44^e Sess. (1992), UN Doc.HRI/GEN/1/Rev.6(2003), 153, par. 3; *Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus*, UN Doc. A/CONF/611 (1955), amendé UN Doc. E/5988 (1977); *Principes fondamentaux relatifs au 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 en prison* (Genève, OMS, 1993). Voir aussi la jurisprudence domestique, notamment le jugement de la Cour suprême de l'Inde dans *Sobraj v. The Superintendent, Central Jail Tihar*, [1978] I.N.S.C. 153, [1979] 1 S.C.R. 512, où il est affirmé (à 518) que « les détenus conservent tous les droits des citoyens libres, à l'exception de ceux qui sont nécessairement perdus en raison de la détention ». Voir aussi la législation, comme au Canada la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, c. 20, s. 4(e), qui stipule que « le délinquant continue à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui lui est infligée ».

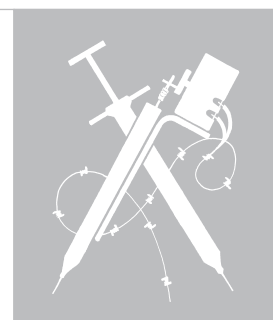
³³ *Raymond v Honey* [1982]; *DBM Patnaik v State of AP* [1974] AIR SC 2092 (India); *Charles Sobraj v Superintendent, Central Jail, Tihar* [1978] AIR SC 1514 (India); *Sanjay Suri v Dehi Administration* [1980] AIR SC 1579 (India); *S v Makwanyane and Another* [1995] 3 SA 391 (CC) (South Africa).

- Protocole additionnel à la Convention américaine sur les droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de l'OÉA)

Puisque la plupart des ces traités sont fondés sur la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'ONU, les droits humains qu'ils garantissent se recourent grandement. La Déclaration universelle a le statut de droit coutumier international et, ainsi, a force d'exécution pour tous les États. Par ailleurs, les États qui ont ratifié ou accédé à l'une ou l'autre des déclarations, conventions ou chartes susmentionnées ont reconnu qu'ils sont légalement tenus de respecter, protéger et réaliser les droits humains suivants, communs à toute personne :

- droit à l'égalité et à la non-discrimination
- droit à la vie
- droit à la sécurité de la personne
- droit de ne pas subir de torture ni de traitement ou châtement cruel, inhumain ou dégradant
- droit à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale
- droit à la vie privée
- droit à un recours utile en cas de violation d'un droit humain.

Afin de protéger la population générale, des programmes de prévention [du VIH et du VHC] doivent être accessibles en prison comme ils le sont à l'extérieur.



Les détenus, les droits humains et la santé

Dans le contexte des épidémies du VIH/sida et de l'hépatite C, un argumentaire de l'ordre de la santé publique conduit également à recommander que les gouvernements remplissent leurs obligations à l'égard des droits humains des détenus. Des programmes de prévention de la propagation du VIH, du VHC et d'autres infections hématogènes seront bénéfiques aux détenus, aux employés ainsi qu'au grand public. Cela protégera la santé des détenus, qui ne devraient pas être exposés, comme conséquence de leur emprisonnement, au risque de contracter une maladie mortelle. Cela protégera le personnel car en réduisant la prévalence d'infections en prison, on réduit également le risque d'exposition à ces infections. Cela protégera le public, puisque la plupart des détenus sont en prison pour une période brève et sont ensuite remis en liberté dans leurs communautés. Afin de protéger la population générale, des programmes de prévention doivent être accessibles en prison comme ils le sont à l'extérieur. Dans les *Directives de l'OMS [Organisation mondiale de la santé] sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*,³⁴ il est recommandé que la norme de soins de santé fournis aux détenus soit comparable à ce qui est offert dans la communauté générale (i.e. le principe d'équivalence des services de santé), y compris en ce qui touche les programmes de prévention. L'OMS recommande, plus précisément, que les politiques générales adoptées en vertu des programmes nationaux sur le sida s'applique aux détenus autant qu'à la communauté [Directives 1, 2 et 4 de l'OMS]. Pareillement, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Union interparlementaire recommandent que les détenus

³⁴ OMS, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida en prison*, 1993, WHO/GPA/DIR/93.3.

reçoivent le « même accès que pour les personnes dans la société en général » aux services de soins et de prévention liés au VIH ». ³⁵

L'accès aux programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits touche un certain nombre de droits humains — le droit à la vie, le droit à la sécurité de la personne et le droit à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale. Le droit à la santé, en droit international, devrait être considéré dans le contexte du concept large de la santé, tel qu'établi dans la Constitution de l'OMS, qui définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité ». Comme toute autre personne, les détenus ont droit à la plus haute norme atteignable de santé, conformément aux garanties du droit international.

L'examen des principaux instruments internationaux révèle un consensus général entourant le principe de l'équivalence des services de santé. Dans le contexte du VIH/sida, les services de santé incluraient la fourniture aux détenus des moyens de se protéger contre l'exposition au VIH (et à la co-infection au VHC) ainsi qu'à d'autres formes de méfaits associés à l'usage de drogue. Des règles et principes spécifiques s'appliquent à la situation des détenus et imposent aux États l'obligation de faire certaines choses et d'éviter d'autres choses, en ce qui concerne les détenus et les conditions de détention. ³⁶ Plusieurs des principes et règles établis dans ces instruments sont une conséquence ou une répétition du droit fondamental des détenus de ne pas être l'objet de traitements ou peines cruels, inhumains ou dégradant. Aucun de ces instruments n'est une loi à proprement parler. Les Principes fondamentaux et l'Ensemble de principes sont des résolutions adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies.

L'Ensemble des règles minima (ERM) affirme que les règles et principes visent à « établir, en s'inspirant des conceptions généralement admises de nos jours et des éléments essentiels des systèmes contemporains les plus adéquats, les principes et les règles d'une bonne organisation pénitentiaire et de la pratique du traitement des détenus » et qu'ils « représentent, dans leur ensemble, les conditions minima qui sont admises par les Nations Unies. » [ERM 1, 2]. L'ERM et quatre recommandations du Conseil de l'Europe (CDE) établissent des règles exhaustives détaillées pour le traitement des détenus et la gestion des prisons, plutôt que des énoncés de principes de haut niveau. ³⁷ Bien qu'ils n'aient évidemment pas force d'application au Canada, les recommandations du CDE fournissent une indication concrète des comportements attendus des nations européennes engagées à la suprématie du droit et aux autres principes de la démocratie — des nations très semblables au Canada à cet égard et sur d'autres plans. Les recommandations du CDE ont été adoptées par le Comité des ministres, et, comme l'indique leur titre, elles ne constituent que des recommandations et non des obligations pour les États membres du CDE. La Recommandation 98(7) du CDE invite les gouvernements des États membres à « tenir compte » des principes et recommandations; elle aborde expressément le VIH et les maladies transmissibles [art. 36 à 42].

Les normes internationales suivantes sont aussi pertinentes à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction des méfaits dans les prisons :

- le droit à la non-discrimination, y compris à bénéficier de règles spéciales pour les personnes malades ou handicapées [Principes fondamentaux 2; Ensemble de principes 5(2); ERM 6]

³⁵ ONUSIDA et Union interparlementaire, *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*, ONUSIDA, Genève, 1999, p. 72.

³⁶ Voir des instruments internationaux tels que : *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus* [Principes fondamentaux]; *Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement* [Ensemble de principes]; *Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus* [ERM]; *Principes d'éthique médicale*.

³⁷ Conseil de l'Europe, Commission permanente de l'Assemblée parlementaire, *Recommandation 1080 (1988) relative à une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons*; Conseil de l'Europe, *Recommandation R (93)6 du Comité des Ministres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison*; Conseil de l'Europe, *Recommandation No R (98)7 du Comité des Ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*; Conseil de l'Europe, *Recommandation R (2006)2 du Comité des Ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes*. Accessibles via <http://assembly.coe.int/>.

- l'accès aux services de santé accessibles dans le pays, sans discrimination au motif de leur situation juridique [Principes fondamentaux 9; Principes d'éthique médicale 1; Recommandation R 98(7) du CDE 10, 11, 19]
- des services médicaux organisme en lien étroit avec l'administration générale de la santé de la communauté ou de la nation [ERM 22(1); Recommandation R 98(7) du CDE 7]
- le droit d'obtenir, de sources publiques, une quantité raisonnable de matériel d'éducation, d'information et d'ordre culturel, dans les limites des conditions raisonnables pour assurer la sécurité et l'ordre [Ensemble de principes 28].

Cinq autres instruments internationaux — une déclaration et trois ensembles de lignes directrices — qui visent à donner corps aux garanties aux droits humains à l'échelle internationale revêtent une pertinence pour la situation des détenus dans le contexte du VIH/sida :

- la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée à la Session extraordinaire consacrée au VIH/sida par l'Assemblée générale des Nations Unies³⁸
- les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne*, ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme (Directives internationales)³⁹
- les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons* (Directives de l'OMS)
- le *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*, ONUSIDA et Union inter-parlementaire (Guide de l'UIP)⁴⁰
- et *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (Cadre de l'UNODC).⁴¹

Aucun de ces documents n'a force de loi. Tous sont le résultat de consultations, de collaboration ou d'une session extraordinaire d'un ou de plusieurs organismes onusiens.

L'item 4 des Directives internationales incite expressément les États à « réexaminer et réformer la législation pénale et le régime pénitentiaire pour qu'ils soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme et ne soient pas utilisés indûment dans le contexte du VIH/SIDA ou à l'encontre de groupes vulnérables. » Les Directives internationales visent à promouvoir et à protéger le respect des droits humains dans le contexte du VIH/sida, et ont été développées à la demande de la Commission onusienne des droits de l'Homme afin d'aider les gouvernements en « défini[ssant] clairement les modalités d'application des normes relatives aux droits de l'homme dans le contexte de l'épidémie d'infection au VIH ou de SIDA et indiqu[a]nt les mesures spécifiques et concrètes à prendre tant sur le plan de la législation que dans la pratique » afin de satisfaire les obligations des États en matière de santé publique dans leurs situations particulières » [par. 2, 15(d)]. Les Directives internationales identifient l'action spécifique suivante, en ce qui a trait aux prisons :

³⁸ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Résolution A/Res/S-26/2, 27 juin 2001.

³⁹ ONUSIDA/Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme — Directives internationales*, édition consolidée 2006.

⁴⁰ ONUSIDA et Union interparlementaire, *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*, 1999.

⁴¹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for and Effective National Response*, 2006.

Les autorités pénitentiaires doivent prendre toutes les mesures nécessaires — engagement d'un personnel suffisant, surveillance efficace, mesures disciplinaires [appropriées], etc. — pour protéger les prisonniers contre le viol et la violence et la coercition sexuelles. Elles doivent aussi assurer aux prisonniers (ainsi qu'au personnel pénitentiaire, le cas échéant) l'accès, en matière de VIH, à une information sur la prévention, à l'éducation requise, aux tests facultatifs [*sic* ; la version originale anglaise du document précise *voluntary testing*; il s'agit donc du test « volontaire »], aux conseils, aux moyens prophylactiques (préservatifs, hypochlorite de soude et matériel d'injection stérile), au traitement et aux soins, et à la participation librement consentie à des essais cliniques liés au VIH, de même qu'assurer la confidentialité et interdire les tests obligatoires, la ségrégation et le refus d'utiliser les installations de la prison et de bénéficier des privilèges et programmes de libération prévus pour les prisonniers séropositifs. Il faudrait étudier la possibilité d'accorder une libération anticipée aux prisonniers atteints du SIDA pour des motifs humanitaires. [par. 29(e)]

Les Directives de l'OMS « proposent des normes que devraient observer les autorités pénitentiaires désireuses de prévenir la transmission du VIH en milieu carcéral et de prendre en charge les individus infectés par le [VIH]. On espère que ces autorités les adapteront aux besoins locaux. » Les Directives de l'OMS incluent les principes généraux et des enjeux comme le test du VIH, les mesures de prévention, la prise en charge des détenus séropositifs, la confidentialité, les soins et le soutien aux détenus séropositifs, la tuberculose, les besoins des détenues, la détention juvénile, la semi-liberté, la libération et la pré-libération, les contacts communautaires, les ressources ainsi que l'évaluation et la recherche. (Des références à des éléments spécifiques des directives sont incluses dans les prochaines parties du présent rapport.)

Le Cadre de l'UNODC « présente un cadre pour élaborer une réponse nationale efficace devant le VIH/sida en prison, qui respecte les normes internationales de santé et de droits humains, qui met l'accent sur la santé publique, qui est fondé sur des pratiques exemplaires et qui soutient les gestionnaires d'établissements de détention » [trad.]. Le Cadre de l'UNODC propose 100 actions spécifiques, autour de 11 principes qui représentent un « consensus international » sur la gestion efficace des prisons dans le contexte du VIH/sida.⁴² Nous ferons référence en détail à des parties spécifiques de ce cadre, dans les prochaines sections.

Le droit des détenus à la santé, au Canada

Au Canada, la *Charte canadienne des droits et libertés* ainsi que les lois qui régissent les systèmes de prisons imposent des obligations aux gouvernements en ce qui a trait à la santé et au bien-être des détenus. Parmi les ressorts canadiens, seul le gouvernement fédéral a une obligation légale (i.e. écrite dans une loi) de fournir aux détenus des soins de santé essentiels qui soient équivalents à ceux accessibles dans le reste de la communauté.⁴³ Le système des prisons fédérales est régi par la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLSC) et son règlement.⁴⁴ En vertu des articles 85 à 88 de la LSCMLSC, le Service correctionnel du Canada (SCC) est mandaté de fournir à tout détenus les soins essentiels à leur santé ainsi qu'un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels, qui contribueront à leur réhabilitation et à leur réintégration dans la communauté. Bien que le principe d'équivalence ne soit pas directement affirmé dans la LSCMLSC, la définition large qui est faite de la notion de « soins de santé », y compris la précision que la prestation des soins médicaux « doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues », implique sans doute que les détenus ont droit à l'équivalence des services de santé essentiels, y compris en matière de programmes de prévention ».⁴⁵

⁴² Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 8.

⁴³ En vertu des dispositions du Code criminel en matière de détermination des peines, les personnes qui purgent une peine de deux ans et plus sont incarcérées dans un établissement fédéral et celles qui purgent une peine de moins de deux ans sont incarcérées dans un établissement provincial.

⁴⁴ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLSC), L.C. 1992, c. 20; SOR/92-620.

⁴⁵ L'article 85 de la LSCMLSC définit les « soins de santé » comme des « soins médicaux, dentaires et de santé mentale dispensés par des professionnels de la santé agréés ». En vertu de l'art. 86(1), le SCC « veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale ». De plus, l'art. 86(2) stipule que « la prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues ».

Le SCC est en voie de tenter d'obtenir l'accréditation des services de santé de chacun de ses établissements par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Toutefois, comme l'a signalé l'Enquêteur correctionnel, à la fin de l'exercice budgétaire 2005–2006, seulement 10 % des 29 services de santé des prisons ayant complété la démarche avaient reçu une accréditation complète. En conséquence, selon l'Enquêteur correctionnel, « des questions sont soulevées sur la conformité du Service correctionnel à son obligation légale de respecter les normes professionnelles reconnues. ».

Les systèmes des prisons provinciales et territoriales sont créés en vertu de lois provinciales et territoriales. En général, ces lois n'intègrent pas autant que la LSCMLSC les normes internationales applicables au traitement des détenus. En ce qui concerne les services de santé, les lois provinciales et territoriales sont plus laxes que la LSCMLSC quant au droit des détenus provinciaux et territoriaux de recevoir des soins de santé équivalents, ou à l'obligation des employés de prison de fournir de tels soins. La Nouvelle-Écosse fait figure d'exception à cet égard. Sa loi sur les prisons a été amendée en 2005 afin de transférer la responsabilité des soins de santé en prison au ministre de la Santé (donc au ministre duquel relèvent les soins de santé de la population générale de la province). Il s'agit d'un solide indice de l'engagement de cette province à des soins de santé équivalents pour les détenus.

« La réduction des méfaits est une approche pragmatique et humaniste pour atténuer les préjudices individuels et sociaux qui sont associés à l'usage de drogue, notamment le risque d'infection par le VIH. »



Les programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits sont devenus un élément crucial du mandat des soins de santé en milieu carcéral au Canada. Les politiques sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que sur la réduction des méfaits sont principalement développées par des employés responsables des soins de santé, et les programmes sont principalement coordonnés par le personnel de santé, lorsqu'ils ne sont pas fournis par lui. Au palier intergouvernemental, le groupe FPT qui s'occupe des systèmes correctionnels a établi un groupe de travail sur la santé dont une préoccupation principale est la réaction aux maladies infectieuses, notamment le VIH et le VHC.

Au Canada, il a été soutenu que la Charte et la LSCMLSC garantissent toutes deux aux détenus une norme de services de santé qui soit l'équivalent de la norme applicable dans la communauté, qui inclut l'accès à des programmes adéquats pour la prévention du VIH.⁴⁶ L'article 7 de la Charte protège contre la privation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne; l'article 12 protège contre les peines cruelles et inusitées; et l'article 15 garantit le droit à l'égalité devant la loi ainsi qu'à la même protection et au même bénéfice de la loi, sans discrimination. Un solide argument milite en faveur de la thèse voulant que le fondement constitutionnel pour l'application des protections de la Charte en ce qui concerne la question de l'accès des détenus à des seringues stériles pour l'injection s'applique également aux autres programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits qui sont disponibles dans la communauté. Lines a récemment soutenu qu'au regard du droit international, le droit des détenus à la santé nécessite l'équivalence des *résultats*, ce qui implique possiblement que les autorités carcérales sont obligées de fournir des programmes plus nombreux

⁴⁶ Voir, p. ex., R. Elliott, « Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel », annexe 2 dans R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : Rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.

et plus efficaces que ceux disponibles dans la communauté.⁴⁷ Par ailleurs, un certain nombre de tribunaux, au palier domestique, ont établi que les États ont des responsabilités plus grandes envers les détenus qu'envers le reste de la population, puisque les détenus n'ont pas de contrôle sur leurs conditions de détention ni sur leur accès aux services de prévention, de soins et de traitement qui seraient à leur disposition s'ils étaient dans la communauté.⁴⁸

Dans les sections qui suivent, nous examinons les besoins spécifiques des détenus en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Outre les perspectives internationales, la partie intitulée « Orientations, recommandations et perspectives internationales » est éclairée par des analyses des besoins spécifiques des détenus au Canada en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Notamment, nous faisons souvent référence à des recommandations du Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP)⁴⁹ du SCC et, dans une moindre mesure, aux rapports publiés par le Réseau juridique et le PASAN.

Prévention du VIH et du VHC et réduction des méfaits

Dans le présent rapport, nous avons adopté la description largement reconnue de la réduction des méfaits, développée par l'International Harm Reduction Development Program de l'Open Society Institute :

La réduction des méfaits est une approche pragmatique et humaniste pour atténuer les préjudices individuels et sociaux qui sont associés à l'usage de drogue, notamment le risque d'infection par le VIH. Elle vise à réduire les problèmes liés à l'usage de drogue, par des méthodologies qui préservent la dignité, l'humanité et les droits humains des personnes qui consomment de la drogue.

Cette approche se fonde sur la connaissance pragmatique qu'en dépit de nombreuses années d'efforts, on ne connaît aucune intervention efficace pour éradiquer l'usage de drogue ou les problèmes qui y sont liés, dans aucune communauté, aucune ville ni aucun pays. Dans la plupart des cultures, adopter une approche de réduction des méfaits nécessite un virage dans la pensée, pour s'écarter des buts idéalistes, à long terme, profondément enracinés et compréhensibles d'éliminer l'usage de drogue et de réussir à rendre abstinents tous les utilisateurs de drogue.

La réduction des méfaits ne nie pas l'utilité d'aider des personnes à devenir abstinentes de drogue, ou le fait que l'abstinence soit un éventuel but souhaitable. Elle reconnaît tout simplement que, pour plusieurs utilisateurs de drogue, il s'agit là de buts lointains et que, dans l'intervalle, des services de réduction du risque sont par conséquent essentiels à l'évitement de désastres personnels et de santé publique. En reconnaissant la réalité de l'usage de drogue, les programmes de réduction des méfaits mesurent la réussite en termes de santé et de qualité de vie, sur les plans individuel et communautaire — et non en termes de niveaux de consommation de drogue.

⁴⁷ R. Lines, « From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health standards higher than those outside prisons », *International Journal of Prisoner Health* 2(1) (2006) : 269–280. Lines soutient que, compte tenu des problèmes extrêmes de santé qui sont évidents dans les prisons du monde entier, des obligations de l'État de protéger la vie et le bien-être des personnes qui sont sous sa garde, et des répercussions d'une piètre santé en prison sur le plan de la santé publique en générale, les normes de santé en prison qui ne sont qu'équivalentes à celles de la communauté seraient dans certains cas inadéquates à satisfaire les obligations à l'égard des droits humains et les besoins de la santé publique. Il soutient qu'il est temps d'aller au delà du concept d'équivalence des normes de soins de santé et de promouvoir plutôt des normes qui permettent d'atteindre des *objectifs* ou *résultats* équivalents. Dans certaines circonstances, satisfaire cette nouvelle norme requerra que la portée et l'accessibilité des services de santé en prison soient supérieures à celles en vigueur hors de prison.

⁴⁸ Voir, p. ex., les affaires citées dans R. Lines, « From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health standards higher than those outside prisons », *International Journal of Prisoner Health* 2(1) (2006) : 269–280, plus précisément aux p. 274–275.

⁴⁹ Comité d'experts sur le sida et les prisons, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, février 1994.

La réduction des méfaits implique un classement des buts par ordre de priorité. Vu les coûts individuels et sociaux élevés qui s'associent au sida, des mesures pour prévenir la propagation du VIH sont au premier plan parmi les priorités de la réduction des méfaits. [trad.]⁵⁰

Les mesures de prévention de la propagation du VHC sont également une grande priorité en ce qui concerne les détenus, pour plusieurs raisons, notamment les taux élevés d'infection à VHC parmi les détenus, au Canada, le fait que des prisonniers ont des comportements à risque, et les risques individuels et sanitaires de la co-infection VIH-VHC. (Pour les fins du présent rapport, nous élargissons la définition de la réduction des méfaits présentée ci-dessus, afin d'inclure les mesures visant à prévenir des méfaits associés aux rapports sexuels non protégés, y compris le VIH mais aussi d'autres infections transmissibles sexuellement que lesquelles chacun peut éviter si les moyens lui sont disponibles.)

Parmi le corpus des politiques carcérales des ressorts canadiens, quelques-unes font référence à la « réduction des méfaits ». Cependant, seule la politique du SCC définit le terme (dans la Directive du commissaire n° 821) :

La réduction des méfaits consiste en une politique, un programme ou une mesure visant à réduire les conséquences négatives sur la santé et sur le plan socio-économique qu'entraîne un comportement nuisible comme l'usage de drogues injectables et les pratiques sexuelles non protégées. Des articles tels que les condoms et l'eau de Javel réduisent le risque de transmission des maladies ainsi que les torts résultant des infections.⁵¹

⁵⁰ Open Society Institute, *What is Harm Reduction?*, 1^{er} janvier 2001. Accessible via www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd. Voir aussi N. Hunt, *A Review of the Evidence-Base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*, 2003.

⁵¹ Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821 — Gestion des maladies infectieuses* (4 novembre 2004).

Importance d'approches complètes en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Des approches complètes à la réduction des méfaits, à la promotion de la santé et à la prévention de maladies, en prison, impliquent l'offre d'une gamme de programme pour satisfaire les besoins des détenus; de telles approches doivent être développées et mises en œuvre en collaboration avec les détenus, des intervenants communautaire en matière de santé et des organismes communautaires et non gouvernementaux. De notre point de vue, il est évident aussi que des approches vraiment complètes doivent être conformes aux normes des droits humains susmentionnées. Ainsi, une approche complète à la réduction des méfaits, à la promotion de la santé et à la prévention de maladies, pour les détenus, doit être équivalente et aussi intégrée que possible aux programmes, structures et politiques applicables à l'ensemble de la communauté.

Dans l'Ensemble de principes, les Principes fondamentaux et l'ERM, il est souligné que les détenus sont membres de la communauté et que des efforts devraient être faits pour maintenir et favoriser les contacts communautaires. Les arguments en faveur de cette idée viennent du fait que les contacts entre les détenus et le reste de la communauté favorisent la réhabilitation et la réintégration. Il est affirmé dans l'ERM qu'« il faut recourir, dans la mesure du possible, à la coopération d'organismes de la communauté pour aider le personnel de l'établissement » et que « [d]es démarches doivent être faites en vue de sauvegarder, dans toute la mesure compatible avec la loi et la peine à subir, les droits relatifs aux intérêts civils, le bénéfice des droits de la sécurité sociale et d'autres avantages sociaux des détenus. » [ERM 61; 80]. L'apport de la participation et de l'aide d'institutions sociales dans le cadre de la réintégration sociale des détenus est reconnu à l'article 10 des Principes fondamentaux. La Recommandation 98(7) du CDE renferme plusieurs dispositions incitant à la coopération et à la coordination avec la communauté et des agences extérieures au domaine carcéral. Les Directives de l'OMS recommandent d'encourager la coopération avec des organismes non gouvernementaux et privés, notamment des intervenants ayant de l'expertise en matière de prévention, counselling et soutien social en lien avec le VIH [Directives de l'OMS 53].

Le Cadre de l'UNODC reconnaît, parmi ses 11 principes généraux, « l'équivalence en matière de soins de santé en prison ». ⁵² L'Action 41 incite les systèmes carcéraux à « assurer que tous les soins nécessaires soient fournis aux détenus gratuitement et sans discrimination, à un degré équivalent à celui de la communauté ... y compris les mesures de prévention du VIH, le test volontaire du VIH précédé et suivi de counselling (CTV) [et] les services de traitement de la toxicomanie ». Un autre principe énoncé dans le Cadre de l'UNODC est « l'action et la coopération collaboratives, inclusives et intersectorielles ». ⁵³ Les autorités carcérales sont incitées à coopérer et collaborer avec des intervenants locaux, nationaux et internationaux pour mettre en œuvre des mesures et stratégies efficaces pour répondre au VIH/sida. ⁵⁴ L'Action 11 exhorte les systèmes de prisons à mettre en œuvre des politiques qui « intègrent la prestation des services de santé en prison dans les structures de santé publique, et rehaussent la collaboration entre la santé publique, les services sociaux, les services en matière de toxicomanie et les systèmes et employés de santé des prisons ». Le Cadre de l'UNODC recommande que les systèmes de prisons intègrent la santé des détenus dans les structures plus générales de la santé de la communauté, et qu'ils confient la responsabilité des soins de santé aux ministères, départements et agences dont relève la prestation des soins de santé à l'ensemble de la communauté [Action 44; p. 22]. À tout le moins, les gouvernements devraient promouvoir activement la collaboration et la coopération entre les services de santé des prisons et les services communautaires de santé qui sont chargés de la promotion de la santé et de la prévention des maladies infectieuses [Action 44; p. 22]. L'approche collaborative prônée dans le Cadre de l'UNODC inclut également de reconnaître et de favoriser l'implication significative d'organismes

⁵² Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 10.

⁵³ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13.

⁵⁴ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. ix-x.

de la société civile, des employés, des détenus et ex-détenus, dans le développement et l'application des lois, politiques et programmes.⁵⁵ En outre, comme principe général, le Cadre de l'UNODC affirme qu'il est essentiel que les programmes et services soient adaptés aux besoins particuliers des populations ou minorités vulnérables, dans le système carcéral — notamment les femmes, les jeunes, les migrants, les personnes de minorités ethniques, les autochtones, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenre et transsexuelles, les travailleuses et travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogue par injection et autres voies —, qui devraient par conséquent se voir accorder priorité et un point de mire particulier, dans le développement de services en matière de VIH/sida.⁵⁶

[L]e Cadre de l'UNODC affirme qu'il est essentiel que les programmes et services soient adaptés aux besoins particuliers des populations ou minorités vulnérables, dans le système carcéral, ... qui devraient par conséquent se voir accorder priorité et un point de mire particulier, dans le développement de services en matière de VIH/sida.



Au Canada, les soins de santé pour les détenus sont fournis principalement par le ministère ou département dont relève l'administration des prisons — et non par les ministères qui s'occupent de la prestation des soins de santé à la population générale. Or ni les lieux physiques, ni l'infrastructure des politiques carcérales, ni leurs services de santé ne sont généralement conçus pour s'occuper de détenus atteints d'infections chroniques et potentiellement mortelles comme le VIH/sida, des hépatites et la tuberculose — et dans bien des cas ils sont piètrement outillés pour ces situations. Les prisons peuvent ne pas avoir suffisamment d'employés et ces derniers peuvent ne pas avoir la formation requise ni même l'équipement nécessaire, pour satisfaire les besoins de santé des détenus atteints de ces affections, et encore moins pour fournir la gamme complète des activités de promotion de la santé publique et de prévention cruciales à la réduction de la propagation de maladies infectieuses.

En 1994, le CESP a recommandé que le SCC étudie la faisabilité de confier à des organismes de l'extérieur la prestation des services de santé en prison [recommandation 10, p. 124]. Des approches complètes en matière de promotion de la santé et en prévention des maladies infectieuses ont aussi été recommandées, au Canada, par le Réseau juridique, comme réponse adéquate de la santé publique devant le VIH/sida, compte tenu des liens entre la santé en prison et la santé publique.

Étant donné que les détenus proviennent de communautés et y retournent, et que ce qui est fait — ou pas — dans les prisons, en matière de VIH/sida, d'hépatite, de tuberculose et d'usage de drogue, a des répercussions sur la santé de tous les Canadiens, il est nécessaire que Santé Canada et les ministères provinciaux de la Santé... adoptent un rôle plus actif et travaillent en collaboration plus étroite avec les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux afin d'assurer que la santé de tous les Canadiens, y compris celle des détenus, soit protégée et favorisée.⁵⁷

Le SCC a étudié la question d'une collaboration accrue entre les services de santé en prison et la santé publique dans la communauté, et il a élaboré un plan de collaboration accrue.⁵⁸ Le document conceptuel qui

⁵⁵ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13.

⁵⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13.

⁵⁷ R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : Rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, recommandation 1.8, p. 108.

⁵⁸ M.A. Mulvihill, *Enhancing Collaboration Between Correctional Service of Canada and Public Health: A Concept Paper*, juillet 2000; M.A. Mulvihill, *An Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service of Canada and Public Health*, 5 avril 2000.

en a résulté, *Enhancing Collaboration Between Correctional Service of Canada and Public Health*, « n'est pas tant une prescription de ce qui doit être fait, mais plutôt un reflet d'initiatives et de mécanismes en place et qui devraient être élargis, officialisés et soutenus » — étant donné qu'une grande part de la collaboration entre le SCC et le secteur de la santé publique « se fait à l'emporte-pièce, sous l'impulsion venue d'un événement particulier et/ou à l'initiative d'individus qui sont engagés à une collaboration et qui croient en son potentiel d'améliorer le travail des deux parties » [trad.].⁵⁹ La question de savoir si les employés de santé publique au palier provincial ont le pouvoir ou la responsabilité (i.e. l'autorité légale) de travailler avec des établissements et des détenus du SCC a été identifiée comme un obstacle à la collaboration entre ce dernier et les intervenants de la santé publique. Cependant, les personnes qui ont assisté à la réunion de table ronde ont conclu que le SCC et les autorités de santé publique ont un pouvoir de compétence dans les établissements du SCC et que « [d]e plus, ils ont tous deux une obligation morale et professionnelle de répondre aux maladies infectieuses dans les prisons du SCC, ce qui nécessite collaboration et partenariat ».⁶⁰

Le document *Enhancing Collaboration Between Correctional Service of Canada and Public Health* faisait état des principales facettes d'une collaboration, identifiées par les participants à une réunion de table ronde sur la santé publique organisée par le SCC en mars 2000; les éléments sont :

- raison d'être et but(s) clairs de la collaboration
- communication efficace et soutenue
- mandat, rôles et responsabilité clairs
- respect mutuel et valorisation de la diversité
- implication de clients et employés
- planification et approche proactive dotée d'un processus intégré d'évaluation
- intensification du partage de ressources (i.e. fonds, main d'œuvre, éducation, expertise et connaissance).⁶¹

Le document reconnaît que la collaboration ne pourra devenir viable et efficace que si des structures, des processus et des mécanismes officiels sont « en place pour assurer que la collaboration se produit d'une manière constante et systématique ».⁶²

Lois et ententes habilitantes

Les lois et ententes mentionnées ci-dessous appuient des approches complètes en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison.

- En Nouvelle-Écosse, en vertu de l'art. 25 de la *Correctional Services Act*, S.N.S., 2005, ch. 37, le ministre de la Santé est responsable de la prestation, de l'administration et du fonctionnement des services de santé pour les contrevenants qui sont en détention. Ce pouvoir législatif est unique au Canada. L'art. 26 stipule que le ministre peut, dans le cas d'adultes en détention, déléguer la prestation des services de santé à une autorité sanitaire de district ou, dans le cas de jeunes contrevenants en détention, à l'IWK Health Centre (IWK). En conséquence, les soins médicaux aux détenus sous la garde de la Nouvelle-Écosse sont

⁵⁹ Mulvihill, *Enhancing Collaboration*, p. 1.

⁶⁰ Mulvihill, *Enhancing Collaboration*, p. 3.

⁶¹ Mulvihill, *Enhancing Collaboration*, p. 2.

⁶² Mulvihill, *Enhancing Collaboration*, p. 6.

fournis par la Capital District Health Authority (CDHA) et par l'IWK, respectivement pour les adultes et les jeunes.

- Au palier fédéral, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLSC) est unique parmi les lois sur les prisons, en ceci qu'elle reconnaît expressément que « le délinquant continue à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui lui est infligée », et que les politiques et programmes doivent respecter les besoins de groupes particuliers, en prison, et en tenir compte [art. 4]. Elle est unique aussi parce qu'elle accepte le principe d'équivalence des services. Elle oblige le SCC à fournir aux détenus les soins de santé essentiels et un accès raisonnable à des soins de santé non essentiels, dans le respect des normes professionnelles reconnues [art. 86].
- En vertu d'un protocole d'entente entre le programme de santé sexuelle de l'Autorité sanitaire du district #9 de la Saskatchewan et le ministre du Solliciteur général du Canada, représenté par le Service correctionnel du Canada, en date du 31 octobre 2002, un infirmier associé à un projet de l'Autorité sanitaire fournit des services de counselling et de test anonyme du VIH à des détenus et s'occupe du suivi auprès des contacts (voir art. 2.1, 2.2); ces services sont payés par le SCC.
- Au Nouveau-Brunswick, en vertu d'un protocole d'entente entre le ministre de la Santé et du Bien-être (Service de gestion de la santé publique) et le ministre fédéral de la Sécurité publique et de la Protection civile Canada, un infirmier de santé publique fournit des services de counselling et de test du VIH (anonyme, non nominatif ou nominatif) à des détenus et s'occupe du suivi auprès des contacts. Un nouveau protocole d'entente, qui allait élargir ce mandat en incluant d'autres infections transmissibles sexuellement, dont les hépatites B et C, était en négociation au moment de la rédaction du présent document.⁶³

Bref tour d'horizon des politiques et programmes

Les tableaux présentés aux pages suivantes peuvent être utiles non seulement comme aperçu des politiques et programmes en vigueur, mais aussi à titre de point de départ pour le développement de politiques et programmes. Les tableaux sont assortis de références détaillées, de sorte que les lecteurs puissent repérer les documents pertinents de politiques, ou en ce qui concerne les programmes, les ressources utilisées lorsque le programme se concrétise (p. ex. guides, cahiers de travail, matériel vidéo).

⁶³ Courriel d'Alan Sierolawski, coordonnateur du Programme national des maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada (25 juin 2007).

Tableau 1 : Aperçu des politiques liées au VIH et au VHC

Le tableau qui suit a été compilé à partir de renseignements reçus comme suite à des demandes « d'accès à l'information ». Les dates de mise à jour de l'information varient selon le ressort et selon la date à laquelle la réponse à la demande d'accès à l'information a été reçue. **En général, l'information date de la première moitié de l'année 2006.** Les notes de référence associées à ce tableau sont présentées à l'annexe C.

	SCC	AB	CB ^a	MB	NB	TN	TNO	NÉ ^b	NUN	ON	ÎPÉ ^c	QC	SK	YK
Test du VIH — adultes	✓ ^d	✓ ^e	✓ ^f	✓ ^g	✓ ^h	✓ ⁱ	✓ ^j		✓ ^k				✓ ^l	✓ ^m
Test du VIH — jeunes							✓ ⁿ						✓ ^o	
Condoms, digues dentaires, lubrifiant— adultes	✓ ^p	✓ ^q	✓ ^r	✓ ^s		✓ ^t	✓ ^u			✓ ^v				
Condoms, digues dentaires, lubrifiant — jeunes				✓ ^w			✓ ^x						✓ ^y	
Eau de Javel — adultes	✓ ^z		✓ ^{aa}											
Eau de Javel — jeunes														
TEM — adultes continuation	✓ ^{ab}	✓ ^{ac}	✓ ^{ad}	✓ ^{ae}	✓ ^{af}					✓ ^{ag}		✓ ^{ah}	✓ ^{ai}	
TEM — adultes initiation	✓ ^{aj}		✓ ^{ak}							✓ ^{al}			✓ ^{am}	
TEM — jeunes continuation													✓ ^{an}	
TEM — jeunes initiation														
Tests de drogue illicite — adultes	✓ ^{ao}	✓ ^{ap}	✓ ^{aq}	✓ ^{ar}	✓ ^{as}		✓ ^{at}							
Tests de drogue illicite — jeunes				✓ ^{au}	✓ ^{av}		✓ ^{aw}							
Éducation & information VIH/VHC — adultes	✓ ^{ax}	✓ ^{ay}	✓ ^{az}	✓ ^{ba}	✓ ^{bb}	✓ ^{bc}	✓ ^{bd}		✓ ^{be}				✓ ^{bf}	
Éducation & information VIH/VHC — jeunes		✓ ^{bg}		✓ ^{bh}			✓ ^{bi}			✓ ^{bj}			✓ ^{bk}	
Éducation & information VIH/VHC — employés	✓ ^{bl}	✓ ^{bm}	✓ ^{bn}	✓ ^{bo}	✓ ^{bp}	✓ ^{bq}	✓ ^{br}		✓ ^{bs}	✓ ^{bt}			✓ ^{bu}	
Éducation & information VIH/VHC — employés de santé		✓ ^{bv}					✓ ^{bw}		✓ ^{bx}	✓				
Programmes spéciaux — femmes	✓ ^{by}													
Programmes spéciaux — autochtones	✓ ^{bz}													

■ Hormis des cas spéciaux, les jeunes (i.e. personnes de moins de 18 ans) qui sont condamnés à une peine de détention ne purgent pas cette peine dans des pénitenciers fédéraux; la plupart des jeunes contrevenants qui reçoivent une peine de détention la purgent dans un « établissement de détention juvénile », comme prévu dans la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, L.C. 2002, ch. 1.

Tableau 2 : Aperçu de programmes sélectionnés en lien avec le VIH et le VHC

Le tableau qui suit a été compilé à partir de réponses à des demandes d'accès à l'information, de même que de commentaires reçus de responsables des prisons après leur lecture d'une ébauche du présent rapport. Les dates de mise à jour de l'information varient selon le ressort et selon la date à laquelle la réponse à la demande d'accès à l'information a été reçue. **En général, l'information date de la première moitié de l'année 2006.** Les notes de référence associées à ce tableau sont présentées à l'annexe D.

	SCC	AB	CB	MB	NB	TN	TNO	NÉ	NUN	ON	ÎPÉ ^a	QC	SK	YK
Test du VIH — adultes								✓ ^b		✓ ^c	✓			
Test du VIH — jeunes			✓ ^d			✓ ^e		✓ ^f			✓			
Condoms, digues dentaires, lubrifiant— adultes								✓ ^g				✓ ^h		
Condoms, digues dentaires, lubrifiant — jeunes			✓ ⁱ			✓ ^j		✓ ^k						
Eau de Javel — adultes						✓ ^l								
Eau de Javel — jeunes														
TEM — adultes continuation						✓ ^m					✓			
TEM — adultes initiation											✓			
TEM — jeunes continuation			✓ ⁿ							✓ ^o				
TEM — jeunes initiation													✓ ^p	
Tests de drogue illicite — adultes						✓ ^q					✓			
Tests de drogue illicite — jeunes								✓ ^r			✓ ^s			
Éducation & information VIH/VHC — adultes	✓ ^t	✓ ^u	✓ ^v		? ^w		✓ ^x	✓ ^y				✓ ^z	✓ ^{aa}	✓ ^{ab}
Éducation & information VIH/VHC — jeunes			✓ ^{ac}			✓ ^{ad}		✓ ^{ae}			✓			
Éducation & information VIH/VHC — employés	✓ ^{af}				✓ ^{ag}		✓ ^{ah}			✓ ^{ai}	✓	✓ ^{aj}		
Éducation & information VIH/VHC — employés de santé	✓ ^{ak}				✓ ^{al}		✓ ^{am}				✓			✓ ^{an}
Programmes spéciaux — femmes	✓ ^{ao}						✓ ^{ap}							
Programmes spéciaux — autochtones	✓ ^{aq}						✓ ^{ar}						✓ ^{as}	✓ ^{at}

■ Hormis des cas spéciaux, les jeunes (i.e. personnes de moins de 18 ans) qui sont condamnés à une peine de détention ne purgent pas cette peine dans des pénitenciers fédéraux; la plupart des jeunes contrevenants qui reçoivent une peine de détention la purgent dans un « établissement de détention juvénile », comme prévu dans la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, L.C. 2002, ch. 1.

Tests de diagnostic et counselling pour le VIH, les maladies infectieuses et la santé sexuelle

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Dans les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, il est recommandé que le test volontaire pour le sérodiagnostic de l'infection à VIH soit accessible aux détenus s'il l'est dans la communauté; qu'il ne soit effectué qu'après avoir reçu le consentement éclairé de la personne; et qu'il soit accompagné de counselling pré- et post-test. De plus, ces directives recommandent que les employés des soins de santé veillent à assurer la confidentialité des détenus qui passent ce test [Directives de l'OMS 11, 12]. Le CESP a recommandé, pour les prisons fédérales au Canada, que le test soit accessible à tout détenu, sur demande, et toujours accompagné d'éducation et de counselling pré- et post-test. Le CESP a également recommandé que le SCC fasse connaître aux détenus la disponibilité du test de sérodiagnostic du VIH, à leur admission et pendant leur détention. En outre, le CESP a recommandé que les détenus aient accès à des services de diagnostic fournis par des employés de la prison ainsi que par des employés de cliniques de santé communautaire, y compris le test anonyme du VIH [recommandation 2, pp. 27–28].

Le test du VIH en milieu carcéral soulève la question de la confidentialité des renseignements médicaux, et en particulier de l'état sérologique au VIH. Les répercussions d'une divulgation non autorisée, en prison, peuvent être extrêmes — abus verbaux, stigmatisation, discrimination dans des décisions et traitements médicaux et d'autres domaines, menaces ou actes de violence physique, et, dans certains cas, la mort. Les employés de prison qui ne respectent pas leur devoir de confidentialité à l'égard des détenus violent le droit de ces derniers à la vie privée. Les Directives de l'OMS signalent que « [l]es informations concernant l'état de santé et le traitement médical des détenus sont confidentielles » et ne peuvent être divulgués que si le détenu y a donné son consentement ou si la divulgation est « justifié[e] pour assurer la sécurité et le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire, en appliquant dans cette divulgation les mêmes principes que ceux qui sont généralement appliqués à la communauté dans son ensemble » (Directives de l'OMS 31, 32). Dans le contexte canadien, le CESP a souligné la nécessité de protéger les renseignements médicaux confidentiels sur les détenus, compte tenu du potentiel bien réel de discrimination à l'égard des détenus connus comme séropositifs au VIH [recommandation 3, p. 44, 45].

Le Cadre de l'UNODC énonce plusieurs recommandations à propos du test du VIH. Le principe sous-jacent est celui de l'équivalence : mettre à la disposition des détenus, là où ceci est offert dans la communauté, des services de test volontaire et confidentiels, assortis de counselling pré- et post-test adéquats à satisfaire les normes du consentement éclairé. Ceci inclut l'accès au test anonyme du VIH s'il est disponible hors des prisons. Le Cadre incite les systèmes de prisons à assurer la confidentialité des résultats de tests des détenus [Actions 62–66; p. 25].

Observations

Les services externes de santé sont une facette importante pour la santé des détenus et ils peuvent compléter les services actuels. Le SCC a appliqué cette pratique aux cas du Pénitencier de la Saskatchewan, de l'Établissement Riverbend et de l'Établissement Westmorland. Les autorités provinciales de détention du Manitoba et du Québec ont aussi recours à des organismes extérieurs aux prisons, pour fournir des services de test aux détenus. Ces services s'avèrent efficaces et complètent les services de santé des prisons. Ils permettent aux détenus d'avoir un choix de services de diverses sources. Ils sont une valeur ajoutée car, souvent, une fois retournés dans la communauté, les ex-détenus visitent la clinique communautaire de santé qui offre ces services. D'autres programmes de ce type devraient être offerts, partout au Canada.

Politiques habilitantes

Les politiques décrites ci-dessous appuient la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits en prison.

- Nouveau-Brunswick, Sécurité publique et Service correctionnel, Adult Institutional Policy, *G-42 Universal Precautions – Blood-borne Pathogens* (mars 2001) stipule la procédure de test volontaire de sérodiagnostic du VIH assortie de counselling pré- et post-test. Les détenus peuvent demander à des services de santé de leur administrer ce test s'ils connaissent déjà ce service. Ou, dans le cadre d'une évaluation de la santé d'un détenu ayant des antécédents de comportements à risque élevé, un employé des soins de santé de la prison l'informe de la disponibilité du test. Dans le cadre d'un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et du Bien-être (Service de gestion de la santé publique) et le ministère de la Sécurité publique (30 juin 2003), un infirmier de santé publique fournit des services de counselling et de test du VIH (anonyme, non nominatif ou nominatif) à des détenus et s'occupe du suivi auprès des contacts. Un nouveau protocole d'entente, qui allait élargir ce mandat en incluant d'autres infections transmissibles sexuellement, dont les hépatites B et C, était en négociation au moment de la rédaction du présent document.⁶⁴
- Territoires du Nord-Ouest, North Slave Correctional Facility — Standing Orders, *12.08, Infectious and Communicable Diseases* (6 novembre 2001) art. 3.2, 3.3, 3.6, ensemble, stipulent la procédure de test volontaire du VIH assorti de counselling pré- et post-test. Voir aussi Northwest Territories, South Mackenzie Correctional Centre — Standing Orders, *1209, AIDS* (5 septembre 1998) art. 4; Northwest Territories, Territorial Women's Correctional Centre — Standing Orders, *12.08 AIDS* (8 février 2006), art. 3; Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003) art. 4.9.

Programmes exemplaires et prometteurs

Une clinique de santé sexuelle fournit des services de counselling et de test à des détenus d'un établissement fédéral

Contacts:

Tony de Padua
Prince Albert Sexual Health Clinic
2nd Floor, McIntosh Mall
800 Central Avenue.
Prince Albert, SK S6V 7V6
Tél. : +1 306 765-6540
Télec. : +1 306 765-6544
adepadua@firstnationsuniversity.ca
www.saskatoonhealthregion.ca

Chief of Health Services
Saskatchewan Penitentiary
15th Street West

⁶⁴ Courriel d'Alan Sierolawski, coordonnateur du Programme national des maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada (25 juin 2007).

P.O. Box 160
Prince Albert, SK S6V 5R6
Tél. : +1 306 765-8000
Télééc. : +1 306 765-8073

Chief of Health Services
Riverbend Institution
15th Street West
P.O. Box 850
Prince Albert, SK S6V 5S4
Tél. : +1 306 765-8200
Télééc. : +1 306 765-8220

Aperçu

En 1998, la Sexual Health Clinic de Prince Albert (Saskatchewan), en partenariat avec le Service correctionnel du Canada (SCC), a établi un site pilote pour offrir le test anonyme du VIH aux détenus du Pénitencier de la Saskatchewan et de l'Établissement Riverbend. Le SCC mettait ainsi en pratique, dans ces deux établissements, l'avis du CEPS recommandant la mise à disposition du test anonyme du VIH pour les détenus de ressort fédéral.

L'infirmier communautaire en santé sexuelle (Tony de Padua) dispose d'un bureau situé dans l'aile des soins de santé du Pénitencier de la Saskatchewan et de l'Établissement Riverbend. Il offre le test anonyme du VIH, les tests des hépatites A, B, C, la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia. Il souligne l'importance de bâtir des relations afin de promouvoir une amélioration de la santé des détenus. Par conséquent, il rencontrera les détenus à propos de n'importe quelle préoccupation qu'ils aient en matière de santé. Ceci permet aux détenus d'apprendre à connaître l'infirmier avant de venir lui parler de sujets hautement personnels comme le VIH, l'hépatite ou d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). Les résultats des tests du VIH sont anonymes; ils ne sont pas déclarés au personnel de soins de santé des établissements et ils sont gardés confidentiels entre l'infirmier de santé publique et les détenus en cause.

L'infirmier ne discute du cas d'un détenu, avec le personnel de santé du SCC, que si le détenu lui en a accordé la permission. Les détenus qui se rendent à un rendez-vous avec l'infirmier ne sont pas escortés par des gardiens, et aucun employé n'est présent dans la salle lorsque l'infirmier s'occupe d'un client. Selon le SCC, la seule exception à cette règle concerne les moments où l'infirmier fait une prise de sang : un gardien doit alors être présent pour des raisons de sécurité. L'infirmier explique cela au client avant la prise de sang et il explique au détenu qu'il n'a pas à parler en présence du gardien dans la salle. Ceci contribue à développer un lien de confiance avec le détenu.

La prise de rendez-vous est facilitée de deux manières : (a) les détenus remplissent un formulaire de demande pour voir l'infirmier de santé publique (ils n'ont pas à préciser la raison de leur demande, sur le formulaire); ou (b) lorsque les employés de santé reçoivent des demandes concernant le VIH ou la santé sexuelle, ils référeront dans plusieurs cas la demande à l'infirmier de santé publique.

Une relation de confiance s'est développée entre le personnel de santé du SCC et l'infirmier, ce qui permet aux activités du projet de prendre de l'ampleur. Le personnel

de santé du SCC a confiance en le jugement de l'infirmier; par conséquent, si un détenu ne veut pas attendre pour obtenir des services de santé de la prison et souhaite par exemple passer des tests de la fonction du foie, l'infirmier communautaire est autorisé à faire le prélèvement de sang pour les tests. Il tente de servir de lien entre les détenus et le personnel de santé de la prison.

Après complétion des tests du VIH, du VHC et d'ITS, l'infirmier communautaire s'occupe du suivi auprès du détenu, que le résultat soit positif ou négatif. Puisque le test du VIH est réalisé de manière anonyme, le résultat n'est pas consigné dans le dossier médical du détenu. Tous les autres tests d'ITS sont nominatifs; en vertu de la loi sur la santé publique, les résultats positifs doivent être déclarés. Si le résultat d'un test d'ITS d'un détenu est positif, l'infirmier le rencontrera à nouveau pour discuter de ses partenaires antérieurs et pour remplir des formulaires relevant de la santé publique. Il rapporte les coordonnées des partenaires à la clinique de santé sexuelle et les transmet aux autorités régionales de santé publique qui sont responsables de la notification des partenaires. Les résultats de tous les tests sanguins pour le diagnostic du VIH, d'ITS et du VHC sont archivés à la Sexual Health Clinic.

Afin de faire connaître le programme de santé publique dans la prison, l'infirmier communautaire distribue des affiches et des dépliants. Il peut participer à des événements culturels, pour parler du programme de manière informelle, et il visite souvent le centre culturel pour en parler. Il tente de joindre les aînés, les pairs éducateurs, le groupe des détenus à perpétuité, de même que le Comité des détenus. Au début, il a fait beaucoup de travail d'éducation hors des heures régulières et par le biais du programme d'éducation de la prison, afin que les détenus soient au courant de son programme et de ce qu'il fait dans la prison. Il a aussi pris le temps de produire une vidéo pouvant être diffusée sur le Teldon de l'établissement (programme de télé interne), expliquant ce qu'il fait.

L'infirmier estime qu'il y a eu, en raison du programme, une augmentation du nombre de tests du VIH parmi les détenus à risque élevé. Il considère que le programme est fructueux pour joindre des détenus qui pourraient être réticents à demander un test du VIH au personnel de santé du SCC.

Leçons à retenir

Les détenus sont plus susceptibles d'avoir recours à des services s'ils considèrent que leurs motifs de le faire seront tenus confidentiels. L'infirmier communautaire a plaidé auprès du personnel de santé du SCC et du service de santé de l'Administration centrale du SCC afin que ce programme soit élargi au delà du test anonyme. (Lorsque le programme a été initié, le SCC souhaitait que l'infirmier de santé publique ne fournisse que le test anonyme du VIH. L'infirmier a constaté que cela ne fonctionnerait pas, étant donné qu'en de telles circonstances tout le monde saurait pourquoi un détenu allait le consulter.)

Il est important de faire la promotion des programmes directement auprès des détenus. L'infirmier a assisté à des réunions de groupes établis de détenus, qui étaient déjà reconnus, comme la Fraternité autochtone, les groupes de détenus à perpétuité et le Comité des détenus, pour y informer les détenus sur les services qu'il offrait. Le fait d'impliquer des groupes gérés par les détenus a été un ingrédient crucial de la réussite du programme.

Les ressources humaines doivent être gérées avec souplesse. Lorsque le programme a démarré, l'infirmier était à la prison deux fois par semaine pour rencontrer des clients et faire connaître le programme. Cependant, depuis que le programme a atteint une stabilité, il n'a besoin d'aller à la prison qu'une fois par semaine. L'infirmier a constaté qu'il doit être flexible, en termes de temps, dépendamment des circonstances dans la prison. S'il y a un grand nombre de détenus séropositifs au VIH, il se peut qu'il doive y aller deux jours par semaine.

L'éducation du personnel de santé et d'autres employés de la prison a été essentielle au succès du programme. Il était clair que de l'éducation devrait être donnée au personnel, concernant le programme, afin que l'infirmier de santé publique reçoive leur soutien. En 1998, lorsque le programme a été amorcé, la directrice des services de soins de santé en prison (Marlene Beal) était en faveur de ce nouveau poste et elle a discuté avec le personnel de la prison du rôle de Tony en tant qu'infirmier en matière de santé sexuelle. Initialement, les gardiens n'approuvaient pas l'idée; mais à présent, des gardiens s'adressent à Tony pour lui poser leurs questions sur la transmission du VIH et du VHC ainsi que le test de diagnostic.

Des limites et balises claires doivent être établies, en ce qui concerne le partage d'information. Les employés de santé de la prison et les détenus doivent comprendre clairement quels renseignements personnels sur la santé sexuelle seront partagés avec le personnel de santé de la prison par l'infirmier. Ce dernier a développé des lignes directrices sur le partage de renseignements; il a communiqué ces balises au personnel de santé de la prison ainsi qu'aux détenus.

La confidentialité est cruciale au programme. Toute chose discutée entre un détenu et l'infirmier de santé publique est tenue confidentielle. Les seuls cas d'exception concernent les situations où un détenu a l'intention de se mutiler ou de porter préjudice à autrui. Ceci est expliqué au détenu lors de sa première visite.

Un financement sûr et durable est essentiel à la constance d'un programme. Le manque de constance peut éroder la confiance des détenus à l'égard des services. Initialement, les périodes de manque d'argent étaient un problème important; heureusement, un financement stable a été obtenu, depuis. Le financement doit être assuré pour un certain temps, car il faut quelques années avant qu'un programme vienne à être intégré dans la vie de la prison.

Limites

Il se peut que les détenus ne soient pas tous au courant de la disponibilité du test anonyme du VIH. Puisque l'infirmier communautaire n'est à la prison qu'une fois par semaine, il trouve difficile de joindre les détenus sur une base régulière pour leur faire savoir qu'il est disponible pour fournir le test anonyme du VIH, et pour expliquer les différences importantes entre le test anonyme et le test nominatif.

Des détenus qui ont des comportements à risque élevé peuvent ne pas avoir recours aux services fournis par les services de santé de la prison, de peur de certaines répercussions; l'infirmier communautaire peut atténuer ces craintes, dans une certaine mesure, mais elles peuvent être difficiles à dissiper complètement. L'infirmier communautaire constate que la plupart des détenus qui font usage de drogue illicite ne s'adressent pas régulièrement au personnel des soins de santé de la prison. En conséquence, plusieurs détenus qui ont des comportements à risque élevé de

transmission du VIH et du VHC peuvent ne pas passer ces tests ou ne pas recevoir d'autres services et soins de santé. Même si l'infirmier tente de prévoir des rendez-vous aux trois à six mois, avec les détenus qui s'injectent des drogues, il constate qu'il n'arrive pas à les joindre tous.

Le programme comporte trois limites d'ordre logistique. Premièrement, les processus par lesquels les détenus se rendent au bureau de l'infirmier communautaire ne fonctionnent pas toujours sans encombre. Les détenus ne reçoivent pas toujours une « passe » (une carte pour un rendez-vous), et alors ne savent pas qu'ils ont un rendez-vous. Il s'agit d'un problème administratif du SCC; il est difficile pour l'infirmier, qui est un individu de l'extérieur, de le régler. Deuxièmement, le Pénitencier de la Saskatchewan est une prison à multiples niveaux de sécurité. Pour les visites avec les détenus « à sécurité maximale », l'infirmier doit faire son contact initial avec un détenu en se tenant dans le corridor devant sa cellule. Ce manque de confidentialité est une limite majeure à la fourniture de services et d'interventions aux détenus à sécurité maximale. Troisièmement, le bureau de l'infirmier communautaire est situé dans le secteur des soins de santé de la prison, ce qui peut rebuter des détenus qui ne souhaitent pas que le personnel de santé de la prison sache qu'ils s'adressent à cet infirmier. Idéalement, on devrait prendre des mesures additionnelles pour favoriser la confidentialité des détenus qui utilisent des services fournis par l'infirmier en santé sexuelle, de manière à ce que le programme puisse développer plus pleinement son potentiel de joindre le plus grand nombre de détenus ainsi que les détenus qui ont le risque le plus élevé.

Le personnel des soins de santé peut avoir un degré élevé d'autorité en ce qui a trait aux décisions quant aux organismes externes autorisés dans la prison. La personnalité joue un rôle important dans le succès ou l'échec d'un projet. Il est important de reconnaître que si les infirmiers de la prison avaient eu l'impression de ne pas pouvoir travailler avec cet infirmier communautaire, le travail de ce dernier au Pénitencier de la Saskatchewan aurait pu ne pas fonctionner aussi bien.

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Un service correctionnel provincial en partenariat avec la santé publique locale

Contact :

Marilyn Sloane
Directrice des services de santé
Service correctionnel Manitoba
329 Duke Ave

Portage la Prairie, MB R1N 0S4
Tél. : +1 204 239-3505
Télééc. : +1 204 239-3397
Marilyn.Sloane@gov.mb.ca

Aperçu

À l'heure actuelle, cinq des neuf prisons provinciales du Manitoba reçoivent des visites d'infirmiers de santé publique. Ces intervenants sont mandatés de procéder à une « évaluation des besoins » de l'établissement, en discutant de santé sexuelle avec des employés correctionnels et des détenus. Ils fournissent aussi de l'éducation et du counselling, individuel ou en groupe, pour le personnel de la prison ainsi que pour les détenus, sur divers thèmes de santé sexuelle et génésique : ITS, VIH/sida, hépatites A, B et C, contraception, parentalité, santé génésique et cancers pertinents. À l'Établissement Headingly, l'infirmier de santé publique fournit de l'éducation dans les unités de vie des détenus. Lors de ces séances, lui et le gérant d'unité organisent des jeux axés sur la promotion de la santé, pour les détenus (quiz, jeux d'enveloppes, bingo sur le VIH). Les jeux servent à communiquer de l'information sur la sexualité saine ainsi que sur les ITS, le VIH, l'usage de drogue et le tatouage.

Les infirmiers de santé publique offrent aux détenus des rendez-vous individuels pour des tests du VIH, des hépatites A, B et C, la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis, ainsi que la vaccination contre les hépatites A et B en conjonction avec le personnel des soins de santé de la prison. Ils s'occupent de la recherche de contacts pour les ITS, dans la communauté, au besoin. Un infirmier de santé publique peut rencontrer un détenu comme suite à une référence d'un infirmier de la prison ou d'un employé correctionnel, ou encore à la simple demande du détenu. Il arrive qu'un gardien de prison lui réfère un détenu qui a été surpris en délit de tatouage. En tel cas, on ne s'attend pas à ce que l'infirmier de santé publique fasse ensuite rapport à un gardien de prison. Toute information fournie par le détenu est considérée confidentielle. Les infirmiers de santé publique participent aussi à la planification pré-libération et ils fournissent des condoms, des dépliants, des ressources et références communautaires.

Leçons à retenir

Lorsque le projet pilote a débuté, les infirmiers de santé publique étaient assignés à une prison. Après la première évaluation, il a été décidé qu'il serait plus efficace d'avoir des visites d'infirmiers qui porteraient des épinglettes de sécurité « institutionnelle » afin de se distinguer des fournisseurs de services de santé de la prison. Le rôle de visiteurs permettait aux infirmiers externes d'offrir plus de souplesse quant au moment de leurs visites.

Un solide leadership et une bonne planification ont été essentiels à la réussite du programme. L'évaluation initiale signalait que chacune des prisons aurait besoin d'un responsable de la santé très solide, en poste, afin de guider et de prendre les décisions au sujet du programme.

L'éducation et la participation des employés de prison sont essentielles à la réussite du programme. Corrections Manitoba et les autorités de santé publique ont constaté que l'appui des employés de prison à l'égard des nouveaux programmes était proportionnel à leur degré d'éducation sur les maladies infectieuses, les ITS et la réduction des méfaits. Les infirmiers de santé publique fournissent aux employés, de manière

continue, des séances d'éducation sur les pathogènes hématogènes, les précautions universelles et les procédures post-exposition. En conséquence, le personnel de prison est plus à l'aise avec les enjeux et il est mieux habilité à implanter les pratiques et procédures adéquates à la réduction des risques associés aux pathogènes hématogènes. Le personnel comprend mieux le rôle de la santé publique au sein de la prison, ce qui permet un respect et une compréhension mutuels.

Afin d'éviter d'avoir le sentiment que ses rôles et sa sécurité d'emploi sont menacés, il est important que le personnel des soins de santé en prison soit bien informé de la portée du programme de santé publique. Les infirmiers affectés aux soins, en prison, ont craint que leurs emplois soient dérobés par les infirmiers en santé publique. Lorsque ce problème a été mis en lumière, on a consacré plus d'attention à susciter une compréhension commune des rôles et responsabilités, chez les infirmiers externes de la santé publique et le personnel des soins de santé de la prison.

Le développement de relations avec les détenus contribue à créer une continuité dans les soins après la remise en liberté. Il arrive souvent qu'un ex-détenu, après sa remise en liberté, aille visiter les infirmiers de santé publique qu'il a connus en prison — particulièrement dans les petites communautés.

Limites

Les rôles et responsabilités doivent être clairement définis. Au début, il y a eu une certaine incompréhension, parmi le personnel infirmier de la prison, quant à la portée des services que l'on croyait que l'infirmier de santé publique fournirait aux détenus. Ceci a entraîné certaines tensions entre les uns et l'autre. Par conséquent, on a porté une attention accrue à la tâche de favoriser une compréhension partagée, entre eux, quant aux rôles et responsabilités.

Les limites de temps et de ressources peuvent affecter l'accès aux services, pour les détenus. Les programmes ont besoin d'un financement plus important, d'espace de bureau dans les prisons, d'un supplément d'équipements médicaux et cléricaux ainsi que de ressources humaines. Certaines prisons pourraient gagner à avoir un infirmier de santé publique à temps complet. Les détenus ne parviennent pas à obtenir tous les services qu'ils demandent, en raison du manque de ressources.

Le manque d'espace pour fournir les services peut limiter le nombre de détenus à en bénéficier. Il se peut qu'il n'y ait pas de lieu d'attente, dans l'unité des soins de santé aux détenus, et qu'alors il ne soit possible qu'à un seul détenu à la fois d'être dans l'unité. Lorsque cette personne a terminé et sort, l'infirmier de santé publique doit attendre qu'arrive le prochain, à l'unité, ce qui réduit le nombre de détenus qu'il peut recevoir pendant sa présence dans la prison.

Financement

Santé Manitoba

Documents de référence

N/D

Évaluation

Nous avons été informés qu'une évaluation avait été complétée par Santé publique Manitoba, mais n'en avons pas reçu copie.

Un centre communautaire de santé offre des cliniques dans des prisons provinciales

Contact :

Francine Prévost, conseillère en santé sexuelle
CLSC Ahuntsic
1165, boul. Henri-Bourassa East
Montréal, QC H2C 3K2
Tél. : +1 514 920-3248
Télééc. : +1 514 389-1361
www.chez.com/clscahuntsic

Aperçu

Le Centre local de services communautaires (CLSC) d'Ahuntsic a amorcé ses visites au Centre de détention de Montréal (aussi appelé Prison de Bordeaux) en 1993, après une étude de la D^{re} Catherine Hankins (aujourd'hui conseillère scientifique à l'ONUSIDA) sur la prévalence du VIH/sida dans le système québécois de détention. L'étude démontrait une prévalence élevée du VIH en prison, l'absence de suivi au test du VIH et l'absence de références communautaires pour les détenus. Étant donné que du personnel du CLSC d'Ahuntsic s'occupait déjà de travail dans la prison Tanguay (centre de détention pour femmes) et était expérimenté dans la réalisation d'un tel programme, il était logique qu'il fournisse des programmes similaires pour les hommes de la Prison de Bordeaux.

L'équipe du CLSC d'Ahuntsic qui visite Bordeaux est composée de deux infirmières, d'un travailleur social et d'une conseillère en santé sexuelle. L'équipe qui dessert Bordeaux s'occupe des questions de santé pertinentes à l'usage de drogue, au VIH/sida et à l'hépatite C. Elle offre aussi les vaccinations contre les hépatites A et B, et présente des séances d'éducation aux détenus, au cours desquelles elle distribue des condoms, des fioles d'eau de Javel, des gants et des tampons alcoolisés. Les employés du CLSC disposent d'un bureau distinct de celui de l'unité de santé; ils y rencontrent des détenus, individuellement, pour fournir du counselling et des tests pour le VIH/sida, le VHC et d'autres ITSS [infections transmissibles sexuellement et par le sang], ainsi que du counselling et des condoms afin de satisfaire des besoins des détenus en ce qui a trait à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction de méfaits. Ils maintiennent leur propre système de classement des renseignements et ces dossiers ne sont pas partagés avec le personnel des soins de santé de la prison. Les détenus peuvent aussi avoir un suivi après du CLSC d'Ahuntsic une fois libérés de la prison, ce qui permet une meilleure continuité dans leurs soins.

Leçons à retenir

En matière de soins de santé, les détenus préfèrent avoir des choix. Le fait que des fournisseurs de soins de santé de la communauté aillent faire du travail en prison donne aux détenus un choix, dans les soins qu'ils reçoivent en lien avec le VIH, le VHC, les ITSS et la réduction de méfaits. Les détenus sont à même d'obtenir des services de l'équipe de soins de santé de la prison ou de celle du CLSC, ce qui augmente la possibilité qu'ils trouvent un intervenant avec lequel ils sont à l'aise.

Le fait que tout renseignement fourni à un employé du CLSC soit tenu confidentiel aide à bâtir un lien de confiance entre les détenus et l'équipe du CLSC. Certains

détenus préfèrent obtenir des services de santé d'un professionnel de la communauté plutôt que d'un employé de la prison.

Les détenus devraient avoir accès au test confidentiel. Les détenus se sont dit satisfaits d'avoir la possibilité d'accès à des services confidentiels et plus personnels. Ils sont particulièrement satisfaits d'avoir accès au test anonyme de sérodiagnostic du VIH.

Limites

Une insuffisance de financement entraîne que certains besoins des détenus ne sont pas satisfaits. Avec la taille actuelle de son équipe, le personnel du CLSC est incapable de fournir ses services à toute la population, considérable, de la Prison de Bordeaux (environ 1 000 détenus simultanément; quelque 15 500 admissions par année).

Certaines unités de vie sont complètement inaccessibles en raison des vastes mesures de sécurité qui y sont appliquées. Par exemple, dans certaines des unités, un gardien de prison s'assoit à la table avec l'experte en santé sexuelle pendant qu'elle donne de l'information à un détenu. Cette pratique axée sur la sécurité fait obstacle à la possibilité de services confidentiels pour les détenus.

Il est fréquent que des détenus demandent l'aide du personnel du CLSC pour obtenir des services d'employés des soins de santé de la prison. Ceci place potentiellement des employés du CLSC en position de plaider dans l'intérêt de détenus, dans la prison, et peut rendre difficile la relation de travail entre l'équipe du CLSC et celle de la prison. Il est arrivé, par ailleurs, le CLSC ait de la difficulté à faire comprendre au personnel de sécurité de la prison l'importance du travail du CLSC dans la prison.

Financement

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Documents de référence

N/D

Évaluation

J. Beauchemin et J.-F. Labadie, *Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counselling et de dépistage du VIH en milieu carcéral: Rapport final*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et CLSC Ahuntsic, août 1997. L'évaluation a été réalisée dans un partenariat entre le CLSC, la Régie régionale de santé publique et les deux prisons (Tanguay et Bordeaux). Elle a été réalisée dans la perspective des détenus ciblés par le programme, afin de déterminer le degré d'utilité, d'accessibilité et d'à-propos des services de counselling et de test fournis par le CLSC d'Ahuntsic. Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour colliger l'information : questionnaires, entrevues individuelles et discussions de groupes, avec des détenus qui avaient utilisé les services et d'autres qui n'y avaient pas eu recours. Les données ont révélé que les services joignent des détenus à risque élevé d'infection par le VIH, y compris ceux qui ont des antécédents récents d'injection de drogue, de prostitution ou de rapports sexuels avec des partenaires s'étant injecté des drogues. Les données ont permis par ailleurs d'identifier certaines dynamiques personnelles et d'autres facteurs, au sein du milieu carcéral, qui affectent la décision de passer un test, parmi les détenus qui se sont présentés pour le demander. Dans l'ensemble, les détenus qui ont eu recours aux services ont été très satisfaits, et confiants que la confidentialité de leurs renseignements personnels

était respectée. Le rapport d'évaluation inclut des recommandations de maintenir et d'accroître l'accessibilité du programme de counselling et de test, d'élargir la portée de la prévention et de développer des interventions pour inciter des détenus à réduire les méfaits pouvant s'associer à certains comportements.

Un centre communautaire de santé éduque les détenus à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction de méfaits, et fournit certains instruments

Contact :

Thierry Pinet
CLSC de Sherbrooke
50, rue Camirand
Sherbrooke, QC J1H 4J5
Tél. : +1 819 565-5370 (poste 2330)
Télééc. : +1 819 823-0415
tpinet.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Aperçu

En 1995, le personnel des soins de santé du Centre de détention de Sherbrooke a invité le Centre local de services sociaux (CLSC) de Sherbrooke à présenter une séance aux détenus au sujet du VIH/sida et à leur offrir le test de sérodiagnostic du VIH. Depuis ce temps, le CLSC de Sherbrooke effectue du travail dans cette prison.

À l'heure actuelle, un intervenant du CLSC (Thierry Pinet) visite la prison de Sherbrooke deux jours par semaine. Il est autorisé à entrer dans les cellules de détenus afin de discuter de questions de santé et de distribuer des condoms, du lubrifiant, de l'eau de Javel, des « stéricups » (petits récipients stériles, qui peuvent être utilisés pour préparer de la drogue en vue d'une injection ou de l'encre pour le tatouage), des gants, de la crème antibiotique, et des cartons d'allumettes portant le logo et les coordonnées du CLSC de Sherbrooke. À intervalle de trois semaines, Thierry fournit des services de test du VIH, du VHC et d'autres ITS, ainsi que les vaccinations contre les hépatites A et B. Il n'y a pas communication de renseignements ou dossiers de santé des détenus, entre le personnel de santé du CLSC et celui de la prison, sauf dans le cas de détenus qui souhaitent cet échange et y consentent explicitement.

Leçons à retenir

L'appui du personnel contribue à la réussite d'un programme. Le CLSC de Sherbrooke a d'abord mis sur pied de petits projets afin d'acquérir la confiance du personnel de la prison, à tous les niveaux. Afin de favoriser l'appui et une certaine participation du personnel de la prison, le CLSC lui offre aussi de l'éducation sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, ce qui offre aux employés l'occasion de poser des questions et d'avoir un aperçu du contenu des séances offertes aux détenus.

Le personnel du CLSC de Sherbrooke respecte les règles et règlements de la prison, et a appris que le meilleur moyen d'élargir les services qu'il peut offrir aux détenus consiste à éduquer l'administration de la prison au sujet des besoins des détenus en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Un exemple de ceci : lorsqu'un infirmier du CLSC a constaté l'ampleur du tatouage parmi les détenus, dans la prison, il a approché le directeur des soins de santé de la prison, lui a transmis de l'information sur les risques associés au tatouage clandestin, et lui a parlé de stratégies pour aider à atténuer ces risques. En conséquence de cet effort, et avec l'aval de l'administration de la prison, l'infirmier a commencé à distribuer des « stéricups », des gants, des tampons alcoolisés et de la crème antibiotique. D'après son expérience, il est important d'agir en amont et de discuter avec l'administration de la prison au sujet des préjudices auxquels des détenus peuvent être exposés ainsi que des moyens de réduire les risques.

Des réunions régulières avec les principaux intervenants de la prison contribuent au succès du programme. L'infirmier du CLSC a constaté que le programme a plus de succès si toutes les personnes, à la prison, sont au courant de ses activités et développements. Par conséquent, à tous les deux mois, il rencontre le directeur, le chef de la sécurité ainsi que le personnel de santé afin de leur présenter une mise à jour et de discuter de tout problème ou préoccupation.

Limites

L'infirmier fait état d'une limite considérable : en dépit de certaines pratiques en amont qui lui sont permises dans la prison, on n'autorise toujours pas la distribution de seringues — et, par conséquent, le partage de seringues est un problème qui perdure.

La capacité des détenus de rencontrer l'infirmier du CLSC est limitée en raison de l'absence de lieu accessible, intime et confidentiel où s'installer et fournir les services voulus. À l'heure actuelle, l'infirmier doit partager un espace avec un autre organisme de la communauté, ce qui peut compromettre la confidentialité. De plus, l'emplacement de ce bureau en rend l'accès difficile aux détenus.

Financement

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Documents de référence

N/D

Évaluation

J. Archambault, *Évaluation de l'efficacité d'un projet de prévention du VIH et des autres MTSS en milieu carcéral (projet S.A.P.)*, CLSC de la Région sherbrookoise, mars 2001. L'évaluation a porté sur les principes sous-jacents et les caractéristiques du programme ainsi que les interactions entre les personnes impliquées. Un examen de la littérature a été effectué, et des entrevues semi-structurées ont été réalisées avec des détenus (18), des employés de la prison (8) ainsi que des travailleurs de soutien qui fournissent des services à des détenus et ex-détenus (5). Un rapport de 173 pages a été publié. Les entrevues avec des détenus ont permis de mettre en relief deux thèmes communs à des utilisateurs réguliers du programme : la diversité des besoins parmi les détenus et la capacité du programme d'y répondre. L'évaluation a conclu que le programme adhérait aux principes de la prévention sanitaire et de la promotion de la

santé. Par ailleurs, les détenus ont déclaré l'intention de réduire les comportements à risque, et une augmentation de leur contrôle sur leurs comportements pertinents à la santé. Fait d'importance, les entrevues avec le personnel de la prison a indiqué que leur appui à l'égard du programme joue un rôle important dans sa réussite.

Condoms, digues dentaires et lubrifiants

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Selon les Directives de l’OMS, des « préservatifs devraient être mis à la disposition des détenus pendant toute la durée de leur détention » et de tout détenu « allant en permission ou sur le point d’être libéré » [Directive 20 de l’OMS]. Le Cadre de l’UNODC incite les systèmes carcéraux « à reconnaître que des activités sexuelles consensuelles ont lieu, en prison, et à s’assurer que les détenus ne sont pas pénalisés pour ces activités car ceci les inciterait à éviter de se procurer des condoms [Action 22; p. 19] [trad.]. Il y est également recommandé que les condoms soient accessibles aux détenus de manière confidentielle et non discriminatoire [Action 60; p. 24]. Le CESP a recommandé que des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d’eau soient à la disposition des détenus de ressort fédéral, et ce non seulement auprès des services de santé mais aussi dans d’autres endroits où passent les détenus. De plus, le CESP a recommandé que des trousseaux de produits d’hygiène, contenant des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d’eau, soient remises à l’admission ainsi qu’avant les visites conjugales et la remise en liberté. En outre, tout comme le Cadre de l’UNODC, afin de ne pas encourager l’activité sexuelle sans condom, le CESP a recommandé que l’activité sexuelle consensuelle ne soit plus considérée comme une infraction aux règles de la prison [recommandations 6.1.1 et 6.1.2, p. 69–70].

Observations

Des disparités s’observent dans la distribution de condoms, digues dentaires et lubrifiants, dans les prisons fédérales et provinciales que nous avons visitées. Dans certaines prisons, les politiques exigent la distribution de condoms mais ces derniers ne sont pas accessibles dans la pratique. Dans une prison dont une politique stipule que les détenus devraient avoir accès à des condoms sans qu’il soit nécessaire d’en faire la demande au personnel de la prison, les condoms étaient néanmoins conservés dans un tiroir du bureau d’un employé. *L’Outil de surveillance de la gestion* du SCC mandate les gestionnaires régionaux de veiller, à intervalle régulier, à ce que les politiques du SCC soient respectées dans tous ses établissements. En dépit de cette exigence, dans certaines prisons on ne met toujours pas de condoms à la disposition des détenus comme le stipulent les politiques. Des efforts plus marqués doivent être déployés aux paliers des prisons et des régions, afin d’éliminer les écarts entre les politiques et les pratiques réelles.

Dans la plupart des prisons provinciales que nous avons visitées, une certaine forme de distribution de condoms s’effectuait. Plusieurs de ces programmes ne cependant sont pas efficaces, car les détenus doivent faire la demande à des employés du service de santé de la prison, ou à d’autres employés de la prison, s’ils souhaitent obtenir des condoms, des digues dentaires ou du lubrifiant. Toutes les lignes directrices internationales et les recommandations affirment clairement que cela n’est pas une méthode de distribution efficace. Certains gardiens de prisons provinciales considèrent encore que les condoms peuvent constituer un risque pour la sécurité (blocage de tuyaux ou de serrures). Ces préoccupations doivent être abordées par les administrations des prisons, par une information et une éducation accrues aux gardiens ainsi que des discussions avec eux à ce sujet. Ces appréhensions ne se sont pas matérialisées, dans les systèmes carcéraux où l’on distribue des condoms.

La distribution de digues dentaires est encore moins répandue que celle de condoms, dans les prisons que nous avons visitées. Les digues dentaires qui sont distribuées sont souvent du type qu’ils utilisent les dentistes, dans leur travail, et certains détenus les trouvent trop épaisses pour permettre suffisamment de sensation dans les rapports sexuels; de plus, dans la plupart des cas, elles ne sont pas stériles (à moins d’être emballées individuellement). Dans certaines prisons fédérales que nous avons visitées, des efforts sont faits pour assurer que les digues dentaires soient emballées individuellement, pour des raisons sanitaires. Dans plusieurs cas, il n’y a pas un mode d’emploi des digues dentaires, soit affiché sur un mur à proximité du lieu où elles sont disponibles, soit sur une feuille qui pourrait être remise avec les digues. D’après des personnes que nous avons

rencontrées en entrevue, il est clair que certains détenus ne connaissent pas la fonction des digues dentaires, ni la manière de les utiliser adéquatement.

Les besoins des détenus, en matière de sécurisexe, ne prennent pas fin lorsqu'ils sortent de prison. Dans certains ressorts, on a constaté cette réalité et l'on y a réagi. Par exemple, des prisons provinciales manitobaines offrent aux détenus des trousse d'éléments utiles après la remise en liberté; d'autres prisons que nous avons visitées le font aussi. Ces trousse sont un moyen de voir aux besoins post-libération des détenus, en termes d'information sur le sécurisexe ainsi que de condoms et de lubrifiants. Les trousse incluent une carte d'information avec des numéros de téléphone de représentants de la régie régionale de santé, d'organismes autochtones et d'autres services de santé. Il s'agit d'un moyen rapide, efficace et peu coûteux pour aider les détenus à protéger leur santé après leur sortie de prison.

Un examen de politiques et de documents expliquant des programmes a révélé que les jeunes contrevenants incarcérés ne reçoivent pas un accès adéquat à des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant.

Politiques habilitantes

Les politiques suivantes sont propices à la prévention du VIH et du VHC en prison.

- B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 14 Blood and Body Fluid Borne Pathogens* (août 2002) art. 14.4, et B.C. Corrections Branch — Adult Custody Policy, *Chapter 9 Inmate Health Care Services* (avril 2005) art. 9.19 : ces politiques stipulent que des condoms, des sachets de lubrifiant à usage unique, de même que de l'information écrite au sujet de l'utilisation des condoms, sont mis à la disposition des détenus de manière libre et facile d'accès.
- Justice Manitoba, Division des services correctionnels, Politique de détention, *Communicable Disease Control* (10 mai 2004) art. 9.2 et Appendix "B" : prévoit la disponibilité de condoms lubrifiés, de lubrifiant et/ou de digues dentaires, pendant la détention, et des trousse pour la remise en liberté contenant au moins six condoms. Voir aussi Centre correctionnel de Headingley, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003) art. 12.2b.
- Service correctionnel du Canada, Directives du commissaire, *N° 821 Gestion des maladies infectieuses* (4 novembre 2004) art. 21 : stipule, notamment, « que des condoms non lubrifiés et sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires ... soient discrètement mis à la portée des détenus à au moins trois endroits et dans toutes les unités de visites familiales privées ».

Programmes exemplaires et prometteurs

Le SCC distribue des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant, dans des lieux discrets et accessibles, à divers endroits de la prison

Contact :

Felix Parum
Peer Health Educator [pair-éducateur à la santé]
Établissement Fenbrook
P.O. Box 5000
Gravenhurst, ON P1P 1Y2

Chief of Health Services
Fenbrook Institution
P.O. Box 5000
Gravenhurst, ON P1P 1Y2
Tél. : +1 705 687-6641
Télec. : +1 705 687-1896

Aperçu

En janvier 1992, le SCC a adopté une politique de disponibilité de condoms afin d'aider à prévenir la transmission du VIH par l'activité sexuelle. La distribution était variable, d'un établissement à l'autre; notamment, la distribution se faisait uniquement par le personnel des soins de santé, dans certains cas, ou à tous les détenus, ou des stocks de condoms étaient placés dans les unités de vie. Des digues dentaires n'étaient fournies qu'aux femmes; et la disponibilité de lubrifiant variait selon l'établissement. Depuis le 4 novembre 2004, la Directive n° 821 du Commissaire stipule : « Les articles approuvés pour réduire les méfaits doivent être promptement et discrètement mis à la portée des détenus dans les unités opérationnelles du SCC, afin qu'aucun détenu n'ait besoin de les demander au personnel » et que « [l]e directeur de l'établissement doit veiller à ce que des condoms non lubrifiés et sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires et de l'eau de Javel soient discrètement mis à la portée des détenus à au moins trois endroits et dans toutes les unités de visites familiales privées. »

À l'Établissement Fenbrook, on veille à ce que des condoms lubrifiés, des condoms non lubrifiés ainsi que du lubrifiant soient disponibles dans la buanderie de chacune des unités de vie (huit sites, en tout). Des condoms et du lubrifiant sont disponibles également dans toutes les unités de visites familiales privées (VFP) et au bureau du Counselling et de l'Éducation des pairs (CÉP). Les intervenants en CÉP sont responsables de l'approvisionnement des sites en condoms et en lubrifiant.

Les digues dentaires sont enveloppées individuellement par les intervenants en CÉP, dans des sachets qui contiennent un feuillet de mode d'emploi et qui sont distribués aux détenus exclusivement par le biais du bureau du CÉP. Le service de santé de la prison a passé une commande de travaux afin que des dispositifs pour distribuer des digues dentaires soient installés à côté des distributrices à condoms, dans les buanderies; la commande a été passée en août 2006, pour que les dispositifs soient installés à compter de juin 2007, mais cela n'a pas encore été réalisé.

Leçons à retenir

Des condoms, digues dentaires et lubrifiants peuvent être rendus facilement et discrètement disponibles, avec des ressources minimales en termes de personnel.

Le fait d'impliquer des pairs, dans la distribution de condoms, de digues dentaires et de lubrifiant, contribue à la réussite du programme. À l'heure actuelle, tous les nouveaux détenus passent par le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) du SCC, dans lequel ils sont informés de toutes les pratiques disponibles dans la prison en ce qui a trait à la réduction des méfaits. Immédiatement après le programme, des pairs conseillers à la santé établissent le contact avec ces nouveaux détenus et leur enseignent comment utiliser adéquatement un condom et une digue dentaire.

Limites

Le pair éducateur constate que la plupart des gens ne savent pas ce qu'est une digue dentaire et ne connaissent pas son mode d'utilisation. Un mode d'emploi des digues dentaires serait utile pour les détenus.

Des digues dentaires devraient être disponibles tout comme le sont les condoms, tel que le stipule la Directive 821 du Commissaire.

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

Directive 821 du Commissaire, Service correctionnel du Canada

Évaluation

Secteur de l'évaluation du rendement, *Évaluation des mesures de réduction des méfaits du VIH/sida du Service Correctionnel Canada*, Service correctionnel du Canada, avril 1999. Cette évaluation a examiné la distribution de condoms dans les établissements fédéraux, notamment par un examen de littérature, des visites de sites et un examen des rapports d'incidents au SCC. **Il est à noter que cette évaluation a été réalisée avant 1999. Plusieurs des observations et constats ne reflètent pas les politiques et programmes à présent en vigueur au SCC.** Selon le SCC, plusieurs des recommandations formulées dans ce document ont été intégrées dans les politiques ou des programmes.

Trousses de remise en liberté distribuées par Corrections Manitoba

Contact :

Marilyn Sloane
Directrice des services de santé
Service correctionnel Manitoba
329 Duke Avenue
Portage la Prairie, MB R1N 0S4
Tél. : +1 204 239-3503
Télééc. : +1 204 239-3397
Marilyn.Sloane@gov.mb.ca

Aperçu

Corrections Manitoba a demandé la permission aux directeurs de prison, pour amorcer une remise de trousse de remise en liberté afin d'aider les détenus à réduire leur risque de contracter des infections transmissibles, dans la communauté. La trousse inclut : six condoms, deux sachets de lubrifiant, de l'information sur les ITS et une carte où sont listées toutes les régies régionales de la santé et les numéros de leurs lignes sans frais, de même que des ressources destinées aux personnes des Premières Nations. L'information est placée dans une enveloppe ordinaire (pour préserver la

confidentialité de son contenu) qui est remise à chaque détenu qui quitte la prison à la fin de sa peine.

Leçons à retenir

L'accès à une trousse de santé est important, pour les détenus lorsqu'ils retournent dans la communauté. Il est fréquent que des employés de la prison trouvent l'enveloppe, aux rebuts, dépouillée de son contenu. Comme les détenus n'ont pas toujours les moyens ou le temps de trouver des sources de condoms, au moment où ils sont libérés, ces troussees correspondent à un besoin démontré.

Limites

N/D

Financement

Corrections Manitoba

Évaluation

N/D

Nettoyage de matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel

NOTE : Le nettoyage de seringues à l'aide de désinfectant, comme l'eau de Javel, ne réduit pas suffisamment le risque d'infection par le VIH ou par le VHC, pour les personnes qui partagent du matériel d'injection, pour que l'on compte exclusivement sur cette mesure. Dans un examen exhaustif des données disponibles en 2004, l'OMS a conclu : « L'eau de Javel et les autres formes de désinfection ne sont pas appuyées par des données favorables, quant à leur efficacité pour réduire l'infection à VIH ». ⁶⁵ L'eau de Javel ne présente pas une efficacité complète pour réduire la transmission du VHC, ⁶⁶ et cette conclusion a été confirmée récemment par une étude qui a examiné l'incidence du VHC parmi des détenus, en Écosse, qui ont accès à des tablettes de désinfectants depuis 1993. ⁶⁷ De plus, bien que des recherches aient démontré que des applications d'eau de Javel de manière minutieuse et répétée peuvent éliminer le VIH dans des seringues, ⁶⁸ des études en situation de terrain indiquent que les personnes qui s'injectent des drogues peuvent avoir de la difficulté à suivre la procédure adéquate pour désinfecter les seringues (i.e. en éliminer le VIH) à l'aide d'eau de Javel, et ces études ont conclu que la désinfection à l'eau de Javel semble n'offrir que peu de protection, voire aucune, contre l'infection par le VIH. ⁶⁹ Dans plusieurs études, la moitié des utilisateurs de drogue par injection, voire même une plus grande proportion, ne connaissait pas ou n'appliquait pas une méthode efficace de désinfection des seringues à l'eau de Javel. ⁷⁰ En outre, des données de l'Australie indiquent que, pour plusieurs raisons, il peut s'avérer qu'une proportion considérable des détenus n'ait pas recours à l'eau de Javel même lorsqu'elle est disponible. ⁷¹ La probabilité de décontamination efficace des seringues est réduite encore, en prison, en raison du temps qu'elle nécessite; certains détenus sont réticents devant une activité qui augmente le risque que le personnel de la prison découvre qu'ils utilisent des drogues, vu les conséquences pénales que cela comporte; le chapitre européen de l'OMS souligne ce fait lorsqu'il recommande que les détenus aient accès à des seringues stériles. ⁷² Bref, les données disponibles indiquent que la désinfection de seringues au moyen d'eau de Javel ne constitue pas un substitut à l'utilisation de seringues stériles. Toutefois, **de nombreux experts, directives et rapports recommandent qu'en l'absence de seringues et aiguilles stériles, on fournisse aux détenus un accès à de l'eau de Javel comme moyen d'atténuer le risque de transmission du VIH.**

⁶⁵ OMS, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users*, Evidence for Action Technical Papers, Genève, OMS, 2004, p. 28.

⁶⁶ H. Hagan et H. Thiede, « Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? », *Epidemiology* 14(5) (2003) : 628; réponse de F. Kapadia et coll., *ibid.*, 629.

⁶⁷ J.K. Champion et coll., « Instance of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study », *American Journal of Epidemiology* 159 (2004) : 514–519.

⁶⁸ N. Abdala et coll., « Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28(5) (2001) : 487.

⁶⁹ R.E. Chaisson et coll., « HIV, bleach, and needle-sharing », *Lancet* 1(8547) : 1430; D. Vlahov et coll., « HIV seroconversion and disinfection of injection equipment among intravenous drug users », *Epidemiology* 2(6) (1991) : 444–446; S. Titus et coll., « Bleach use and HIV seroconversion among New York City injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 7(7) (1994) : 700–704; D. Vlahov et coll., « Field effectiveness of needle disinfection among injecting drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 7(7) (1994) : 760–766; C.B. McCoy et coll., « Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 7(7) (1994) : 773.

⁷⁰ C.B. McCoy et coll., « Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 7(7) (1994) : 773; A.A. Gleghorn et coll., « Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 7(7) (1994) : 767; R.G. Carlson et coll., « A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users », *AIDS Education and Prevention* 10(6) (1998) : 523.

⁷¹ K.A. Dolan et coll., « A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy », *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 22(7) (1998) : 838.

⁷² OMS Europe, *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*, où l'on mentionne : « De sérieuses lacunes concernent l'utilisation d'eau de Javel en prison. Par exemple, il est très improbable que des détenus passent 45 minutes à agiter des seringues pour les nettoyer, en attendant de s'injecter une drogue dans un coin caché de la prison. L'eau de Javel peut donc donner un faux sentiment de sécurité aux détenus qui partagent des seringues. » [trad.]

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Les *Directives de l'OMS* recommandent que, lorsque de l'eau de Javel est disponible dans la communauté, elle le soit aussi, ou encore un autre agent virucide, dans les prisons, accompagnée d'un mode d'emploi détaillé sur le nettoyage de matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel. Fait d'importance, l'OMS recommande de plus que, dans les pays où des seringues stériles sont disponibles dans la communauté, pour les utilisateurs de drogue par injection, on devrait considérer d'en fournir également aux détenus, pendant la détention et au moment de la remise en liberté (Directives de l'OMS, 24). Le Cadre de l'UNODC recommande que les systèmes de prisons veillent à ce que les mesures de prévention du VIH disponibles hors prison, y compris les seringues et aiguilles stériles, les lames de rasoir et le matériel de tatouage, soient fournies aux détenus de manière confidentielle et non discriminatoire [Action 60; p. 24] [trad.].

Le CESP a recommandé que l'on donne aux détenus un accès facile et discret à de l'eau de Javel non diluée, y compris en fournissant de petits contenants d'eau de Javel dans une trousse de santé à tous les détenus lors de leur admission en prison et lors de leur remise en liberté. Le CESP a recommandé que le SCC effectue des recherches sur des méthodes propices à réduire encore davantage le risque de transmission du VIH qui s'associe au partage de matériel d'injection, y compris l'accès à du matériel d'injection stérile. En ce qui concerne le tatouage et le perçage corporel dans les prisons fédérales, le CESP a recommandé que l'utilisation des instruments et fournitures nécessaires soit autorisée en prison, et que du matériel d'éducation et de la formation au sujet du tatouage sécuritaire soient fournis aux détenus, afin de développer les habiletés en la matière, à défaut de quoi le SCC devrait considérer la possibilité de donner aux détenus un accès à des praticiens externes en matière de tatouage et de perçage corporel [recommandations 6.3(2), 6.3(6), 6.4, 6.5; pp. 93–97].

Observations

Le projet pilote du SCC sur le tatouage sécuritaire était la seule initiative, dans le milieu carcéral au Canada, qui répondait de manière significative au potentiel de transmission du VIH et du VHC dans le cadre du tatouage. Le projet a été arrêté par le gouvernement à la fin de 2006. Les évaluations réalisées par le SCC indiquent que le programme est susceptible d'avoir réduit le risque de transmission de ces infections, et résulté en des économies à long terme.⁷³ Des détenus et certains organismes de lutte contre le sida avaient exprimé des préoccupations devant certaines facettes du programme, et ont signalé que plusieurs des sites du projet avaient démarré en retard et n'avaient pas suffisamment d'appui de la part du personnel correctionnel. Cependant, ces remarques ne devraient pas réduire le mérite qui revenait au SCC, en ce que l'initiative démontrait de novateur, ni faire perdre de vue l'utilité d'une coopération entre l'Agence de santé publique du Canada et le SCC pour développer le programme pilote.

Dans nos visites, nous avons constaté qu'un nombre limité de prisons reconnaissent le caractère inévitable du tatouage et fournissent des « trousse de tatouage » (eau de Javel, onguent antibiotique, bâtonnet abaisse-langue, gants, tampon alcoolisé et contenant vide) afin de réduire les méfaits pouvant s'associer au tatouage clandestin. L'éducation des pairs est un élément important pour favoriser la compréhension des risques du tatouage. Dans des prisons où des groupes de pairs en matière de santé ont un fonctionnement efficace, il est fréquent que des pairs éduquent d'autres détenus sur les risques associés au tatouage ainsi que sur les stratégies pour éviter ces risques. D'autres options pour réduire les risques du tatouage en prison seraient d'autoriser officiellement l'activité (i.e. le tatouage et la possession de matériel de tatouage ne seraient plus des infractions disciplinaires) et de fournir de l'encre, des aiguilles ainsi que de l'éducation, aux tatoueurs; ou de permettre que des artistes-tatoueurs de l'extérieur fournissent leurs services en prison. L'autorisation de la pratique du tatouage dans le cadre de programmes officiels d'activités et passe-temps artistiques offerts aux détenus (qui incluent le travail du cuir ainsi que du bois, et le vitrail) et l'autorisation que des artistes-tatoueurs de la communauté fournissent leurs services en prison faisaient toutes deux partie des recommandations du CESP,

⁷³ M. Nakef, *Rapport d'évaluation provisoire Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires*, SCC, non daté. En dossier auprès des auteurs.

et sont recommandées depuis plus d'une décennie par de nombreux organismes communautaires. Récemment, l'ébauche de rapport du SCC sur l'évaluation de l'initiative pilote en matière de tatouage a proposé d'autoriser des artistes-tatoueurs à fournir des services en prison, comme une option pour réduire le tatouage clandestin fait dans des conditions d'hygiène déficientes.

Des organismes communautaires fournissent de l'éducation sur le tatouage et sur les risques qui s'y associent, en prison. Un groupe québécois a organisé la visite en prison d'un tatoueur respecté de la communauté, afin qu'il y parle du tatouage sécuritaire. Le fait que des gens de la communauté aillent en prison pour des activités d'éducation permet aux détenus de poser des questions qu'ils ne poseraient peut-être pas au personnel de la prison.

Dans l'ensemble, les politiques et programmes actuels, en prison, ne sont pas efficaces pour prévenir la propagation du VIH et du VHC par le tatouage.

Politiques habilitantes

Les politiques suivantes appuient la prévention du VIH et du VHC ainsi que des méfaits associés aux aiguilles, en prison.

- Service correctionnel du Canada, Directive du Commissaire, *821-2 Distribution de l'eau de Javel* (4 novembre 2004), est complète et détaillée. L'objectif de la politique est de « [c]ontribuer à la santé publique et au maintien d'un environnement sûr et sain en remettant aux détenus des trousseaux de désinfection à l'eau de Javel, à titre de mesure visant à réduire les méfaits qu'entraîne la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses. » La politique mandate le directeur de prison de désigner un employé au titre de coordonnateur de la distribution d'eau de Javel; elle établit aussi en détail les responsabilités de ce coordonnateur; elle précise que de l'eau de Javel non diluée doit être fournie et elle décrit le contenu des trousseaux de désinfection à l'eau de Javel et les modalités guidant leur distribution. La politique aborde également la question de l'approvisionnement en eau de Javel, l'éducation sur son utilisation pour réduire la transmission de maladies infectieuses, l'application des règles relatives à la contrebande, les précautions de sécurité et les mesures de premiers soins.
- B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 14 Blood and Body Fluid Borne Pathogens* (août 2002) art. 14.5 : cet article (14.5) établit une politique pour « assurer que de l'eau de Javel domestique et filtrée soit disponible et accessible » [trad.] aux détenus. La politique précise que l'eau de Javel doit être non diluée, elle aborde sa fourniture centralisée et énumère les principes et normes de sa distribution. Les employés des soins de santé se voient attribuer un rôle d'éducateurs; de l'information sur l'utilisation d'eau de Javel doit être affichée. De plus, la politique affirme clairement que la possession de fioles d'eau de Javel ne devrait pas être exploitée comme une preuve d'usage de drogue ou d'autre activité qui contrevient aux règles des prisons. En outre, la politique inclut des mesures de premiers soins. Voir aussi B.C. Corrections Branch — Adult Custody Policy, *Chapter 9 Inmate Health Care Services* (avril 2005) art. 9.20.

Programmes exemplaires et prometteurs

Projet pilote sur le tatouage sécuritaire dans des prisons fédérales

Service correctionnel du Canada
Administration centrale, Services de santé
340, ave. Laurier Ouest
Ottawa, ON K1A 0P9
Tél. : +1 613 943-9574
Télec. : +1 613 995-6277

Aperçu

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a mené un projet pilote dans six prisons, sur les pratiques plus sécuritaires de tatouage, en 2005–2006. Le projet avait été introduit pour réduire le risque de transmission de maladies infectieuses parmi les détenus et dans la communauté.

Selon le SCC, le projet pilote avait deux composantes : (1) fournir de l'éducation à tous les détenus au sujet des pratiques plus sécuritaires de tatouage; et (2) fournir des services de tatouage plus sécuritaire dans un environnement sûr et supervisé.

Des sites pilotes ont été mis en œuvre dans les prisons suivantes :

- Matsqui (sécurité moyenne), Région du Pacifique
- Fraser Valley (sécurité à niveaux multiples), Région du Pacifique
- Rockwood (sécurité minimum), Région des Prairies
- Bath (sécurité moyenne), Région de l'Ontario
- Cowansville (sécurité moyenne), Région du Québec
- Atlantique (sécurité maximum), Région de l'Atlantique

Ce groupe de prisons couvre les cinq régions administratives du SCC, les divers niveaux de sécurité ainsi que la diversité de la population carcérale (hommes et femmes, Autochtones et non autochtones).

Le 1^{er} août 2005, le salon de tatouage à Cowansville a été ouvert. Michel Cloutier, le directeur des programmes sociaux (DPS) de la prison, était responsable de sa supervision. Avant l'ouverture de ce site pilote, l'un des tatoueurs les plus renommés de la région (Louis Mirandette) a remis son équipement de tatouage au DPS en guise de signe de son engagement à l'égard du projet. Étant donné que le tatouage était un domaine nouveau pour le DPS, ce dernier a demandé à M. Mirandette et à d'autres détenus de participer à la mise sur pied du salon de tatouage. Ensemble, ils ont trouvé un endroit où l'on pourrait établir un bureau pouvant satisfaire à la fois les besoins des deux tatoueurs de l'établissement et les exigences de la prison en matière de sécurité.

Dès l'amorce, le DPS a travaillé avec le tatoueur aguerri et ils ont convenu qu'il n'y aurait d'privilege pour aucun détenu — les rendez-vous seraient accordés selon l'ordre de réception des demandes. Lorsqu'une demande était reçue, la date y était

estampillée. Le détenu devait ensuite présenter un dessin du tatouage qu'il désirait. Les règles et exigences étaient claires, tout le monde était d'accord et les respectait.

En une année, 492 séances de tatouage ont été fournies dans ce salon, pour un total de 146 tatouages complétés. Lorsque le projet pilote a pris fin, le 29 septembre 2006, encore 78 demandes de détenus étaient en attente.

Leçons à retenir

L'implication des détenus, de la mise en œuvre à la réalisation, est importante pour la réussite d'un projet. Le DPS a impliqué des détenus dans la préparation du salon de tatouage et il a demandé aux détenus de donner leurs perspectives sur l'organisation du local. Le fait d'avoir l'appui d'un des tatoueurs les plus respectés de la prison était un élément particulièrement important pour la réussite du projet.

L'appui de la direction et l'éducation du personnel étaient cruciaux au succès du salon de tatouage. La directrice de l'Établissement de Cowansville appuyait le projet, et avant le début du projet pilote, une séance d'information a été organisée à chacun des quarts de travail, pour tous les employés. La séance incluait de l'information sur l'importance du salon de tatouage en termes de sécurité des détenus et du personnel. Le DPS a aussi organisé un événement « portes ouvertes » pour que les employés de la prison et les membres de la communauté puissent voir le site, au moment de l'inauguration.

La constance et l'engagement du personnel (détenus et DPS) étaient essentiels à la réussite du projet. Conscient que des changements au personnel du salon de tatouage pourraient nuire à la réussite du projet pilote, et conscient de l'importance et du bien-fondé du projet, M. Mirandette a décliné un transfèrement vers une prison à sécurité moindre, qui lui a été offert à mi-parcours. Il était fier de dire qu'il était l'un des premiers détenus à faire un tatouage légal, au Canada. M. Cloutier a été le DPS tout au long de la durée de vie du projet.

Limites

La courte durée de vie du programme a nui à son succès. Messieurs Cloutier et Mirandette ont exprimé le sentiment que le projet avait débuté trop tard et qu'un temps insuffisant d'opération avait empêché d'avoir une idée adéquate de son impact complet, avant qu'il prenne fin sur l'ordre du ministre.

Une autre limite était le manque de ressources. La liste d'attente était trop longue, donc le temps d'attente aussi.

Des politiques restrictives, quant aux motifs de tatouages acceptés, ont pu limiter le recours de certains détenus au salon de tatouage. Par exemple, M. Mirandette a affirmé qu'à un détenu, l'on n'avait pas permis de se faire tatouer le nom de sa fille sur un avant-bras.⁷⁴

⁷⁴ Ceci peut résulter d'une incompréhension de la politique du SCC concernant les dessins à tatouer, qui interdisait les motifs propices à promouvoir la haine ou le génocide de tout groupe identifiable et distingué par la couleur, la race, la religion, l'origine ethnique, le sexe, l'orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques. La politique interdisait aussi les tatous impliquant de la violence, de la coercition, de la compulsion, de la force et des préjudices physiques ou des menaces ou craintes de tels préjudices ainsi que des tatoués à connotation sexuelle impliquant des enfants. Voir *Guidelines for CSC Safer Tattooing Practices Initiative Pilot*, 14 janvier 2005, Service correctionnel du Canada.

Financement

Gouvernement du Canada, Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada

Documents de référence

Safer Tattooing Practices Initiative — Pilot Project Questions and Answers,

Service correctionnel du Canada

Lignes directrices Projet pilote : Initiative du SCC sur les pratiques de tatouage sécuritaires, 14 janvier 2005, Service correctionnel du Canada

Évaluation

M. Nakef, *Rapport d'évaluation provisoire Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires,* Service correctionnel du Canada, non daté. L'évaluation a porté sur l'aspect opérationnel de l'initiative (salons de tatouage dans six établissements correctionnels fédéraux) et sur le volet éducatif (information sur le tatouage non sécuritaire fournie aux détenus dans les centres régionaux de réception et dans les six prisons dotées de salons de tatouage). Il est signalé qu'au cours de l'initiative, du 1^{er} août 2005 au 31 août 2006, un total de 324 détenus ont été tatoués; et que 60 autres demandes étaient sur des listes d'attente. On y recense trois conclusions générales. Premièrement, l'initiative a démontré un potentiel de réduire les méfaits, de réduire l'exposition à des risques pour la santé et de rehausser la sécurité pour les employés ainsi que les détenus et le grand public — un potentiel variant selon un certain nombre de caractéristiques propres à chacun des sites. En particulier, les résultats de l'évaluation suggèrent que le tatouage illicite est le plus prévalent dans les prisons à sécurité moyenne et que, pendant la durée de l'initiative, on a observé une diminution du tatouage illicite dans les établissements participants qui correspondaient à ce niveau de sécurité. Deuxièmement, l'initiative a résulté en un degré rehaussé de connaissance et de sensibilisation parmi les employés et les détenus, en ce qui touche la prévention des maladies transmissibles par le sang ainsi que les pratiques pour les contrôler. Troisièmement, l'initiative était conforme aux orientations de la stratégie du gouvernement fédérale de lutte contre le VIH/sida. D'autres constats portent sur des lacunes, dans la mise en œuvre, qui ont affecté l'efficacité et l'efficience de l'initiative. Les activités de tatouage, dans la plupart des sites, étaient limitées par un manque de tatoueurs formés, et par des horaires d'ouverture trop sporadiques dans certains des sites, qui ont restreint le nombre de tatous réalisés. L'évaluation a permis de constater qu'en dépit du coût relativement faible de l'initiative, en comparaison de ses bienfaits potentiels, un modèle plus efficace sur le plan administratif aurait pu être mis en œuvre et livrer les mêmes résultats ou des résultats meilleurs, sans compromettre la sécurité. En outre, l'évaluation a proposé un certain nombre de moyens pour résoudre les lacunes liées à la mise en œuvre et pour faire en sorte que l'initiative soit plus efficace et présente un meilleur rapport coût-bienfaits. Parmi ces suggestions, figurait celle que le SCC considère la possibilité du recours à des services de tatouage de la communauté. L'évaluation a recommandé que « [a]fin de maintenir un degré amélioré de connaissance et de sensibilisation aux pratiques de prévention et de contrôle des infections, le SCC devrait continuer le volet d'éducation qui figurait dans l'Initiative de pratiques plus sécuritaires de tatouage » [trad.] (p. 22).

« Trousses de tatouage » distribuées dans une prison fédérale

Contact :

Service correctionnel du Canada, Administration régionale
3, Place Laval, bureau 200
Laval, QC H7N 1A2
Tél. : +1 450 967-3386
Télééc. : +1 450 967-3460

Aperçu

Dans un certain nombre d'établissements du SCC au Québec, des pairs conseillers en matière de santé et des employés des soins de santé distribuent des « trousses de prévention », aussi appelées « trousses de tatouage ». Ces trousses contiennent de l'eau de Javel, des gants, un bâtonnet abaisse-langue, un tampon alcoolisé, un onguent antibiotique et un contenant vide (destiné à la préparation de l'encre ou au nettoyage d'instruments). Ces trousses sont remises aux détenus, sur demande, afin de réduire le risque de transmission du VIH et du VHC qui s'associe au tatouage; elle est aussi donnée sur demande aux détenus qui se sont récemment fait tatouer, en vue de prévenir des infections.

Leçons à retenir

Des groupes fondés sur les pairs-intervenants peuvent être un moyen efficace pour distribuer de l'information et des trousses d'instruments, pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits. Les détenus qui s'adonnent au tatouage sont plus susceptibles de s'adresser à l'un de leurs pairs, pour demander une « trousse de tatouage », qu'à un employé des soins de santé. De plus, étant donné que le tatouage est une activité interdite en prison, certains détenus peuvent être réticents à poser des questions au personnel sur les moyens de tatouage sécuritaire. La possibilité de discuter du tatouage avec des pairs est essentielle pour aider les détenus à adopter des pratiques plus sécuritaires.

Limites

La distribution de « trousses de tatouage » n'est pas exigée en vertu des politiques du SCC (i.e. n'est pas incluse dans une Directive du commissaire).

Le tatouage demeure interdit dans les prisons, donc cette activité demeure clandestine et conserve un caractère non sécuritaire pour les détenus et le personnel. Les tatoueurs doivent travailler rapidement, avant que les gardiens de prison fassent leur « ronde » (i.e. tournée de surveillance); et ils doivent garder leur équipement caché. Or les aiguilles cachées (et d'autres instruments) posent un danger de se piquer, pour les détenus et pour les gardes qui procèdent à des fouilles dans les cellules.

L'eau de Javel ne tue pas complètement le VHC, donc elle n'est pas un moyen efficace de répondre aux risques du tatouage.

Financement

Service correctionnel du Canada

Évaluation

Il n'y a pas eu d'évaluation spécifique à ce programme, mais le SCC a réalisé une évaluation de son programme relatif à l'eau de Javel. Voir Service correctionnel du

Canada, Secteur de l'évaluation du rendement, *Évaluation des mesures de réduction des méfaits du VIH/sida du Service Correctionnel Canada*, Service correctionnel du Canada, avril 1999. Cette évaluation incluait un examen de la littérature, des visites de sites et un examen des rapports d'incidents au SCC. *Il est à noter que cette évaluation a été réalisée avant 1999. Plusieurs des observations et constats ne reflètent pas les politiques et programmes à présent en vigueur au SCC. De fait, le programme d'eau de Javel a été considérablement modifié comme suite aux recommandations formulées dans l'évaluation.*

Distribution plus facile d'eau de Javel dans une prison fédérale pour femmes

Contact :

Chief of Health Care Services
Nova Institution for Women
180 James Street
Truro, NS B2N 6R8
Tél. : +1 902 897-1774
Télé. : +1 902 893-6765

Aperçu

En vertu de la Directive N° 821 du Commissaire, de l'eau de Javel doit être accessible dans trois lieux discrets, dans chaque prison. Dans la plupart des prisons du SCC, on trouve des distributeurs à eau de Javel dans trois emplacements. À l'occasion, l'eau de Javel est distribuée par des pairs éducateurs en matière de santé ou d'autres détenus désignés à cette fin.

À l'Établissement Nova pour femmes, des bouteilles d'eau de Javel sont disponibles dans chacune des maisons (unités de vie pour les détenues). À toutes les deux semaines, lorsque la représentante de la maison ou la responsable de l'entretien ménager va à l'approvisionnement en articles ménagers (papier de toilette, fournitures pour le nettoyage, etc.), elle rapporte aussi une bouteille d'eau de Javel. Si cette provision est épuisée avant deux semaines, la représentante de la maison ou la responsable de l'entretien ménager peut se rendre au magasin d'approvisionnement de la prison pour s'en procurer une quantité additionnelle auprès d'un gardien.

Leçons à retenir

Les programmes qui sont développés en tenant compte du but et de l'intention de la politique sur l'eau de Javel donnent lieu à un accès facile à de l'eau de Javel, pour les détenus. La prison n'a pas à s'occuper de machines distributrices qui ont besoin de réparations, ni à verser de l'eau de Javel dans de petits contenants pour la distribution. Le fait de laisser les femmes accéder à de l'eau de Javel dans leurs unités de vie est un moyen facile de respecter la politique en vigueur. Il s'agit de la manière la plus discrète de distribuer de l'eau de Javel; cette dernière est alors très accessible pour toutes les détenues, sans inquiétude que les stocks s'épuisent.

Limites

L'eau de Javel ne tue pas complètement le virus de l'hépatite C.

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Traitement de substitution d'opiacés par la méthadone

La méthadone est un médicament narcotique homologué pour utilisation au Canada afin de traiter la dépendance aux opiacés. Le traitement de substitution est décrit comme suit dans un rapport conjoint de l'OMS, de l'UNODC et de l'ONUSIDA :

Les médicaments utilisés dans le traitement de substitution peuvent être prescrits soit en doses décroissantes pendant une courte période (habituellement moins d'un mois) pour le traitement du sevrage ou pour la désintoxication, soit en doses relativement stables pendant une longue période (habituellement plus de six mois) à titre de traitement d'entretien par substitution, qui permet la stabilisation des fonctions cérébrales et la prévention de symptômes de sevrage et de manque. Le traitement d'entretien par substitution est un des types de traitements pharmacologiques les plus efficaces pour la dépendance aux opiacés. Il existe un corpus constant de preuves issues de nombreux essais cliniques contrôlés, de vastes études longitudinales et d'évaluations de programmes, à l'effet que le traitement d'entretien par substitution, pour la dépendance aux opiacés, est associé à des baisses généralement considérables dans l'utilisation d'opiacés illicites, l'activité criminelle, les décès par surdose et les comportements à risque élevé de transmission du VIH. [trad.]⁷⁵

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Les Directives de l'OMS recommandent que « [l]es détenus traités à la méthadone avant leur incarcération devraient pouvoir poursuivre leur traitement pendant leur séjour en prison » et que, dans les pays où le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est accessible dans la communauté il devrait l'être aussi en prison [Directives de l'OMS, 23]. Le Cadre de l'UNODC recommande que les systèmes de prisons « [v]eillent à ce que les détenus puissent avoir accès aux mêmes traitements et programmes de counselling, en matière de toxicomanie, que ce qui est disponible à la population hors prison, y compris les options sans drogue, les unités sans drogue, les traitements à base pharmacologique et les options pour réduire les méfaits de l'usage de drogue » [trad.]. Le traitement à la méthadone et autres formes de substitution aux opiacés sont mentionnés expressément, y compris la continuation et l'initiation de ces traitements pour les détenus, selon les mêmes critères que dans la communauté. L'UNODC incite à développer et à soutenir des groupes d'entraide par les pairs ainsi que la participation d'ONG et d'experts dans le développement et la prestation des services de traitement de la toxicomanie [Actions 77–79; p. 26]. Le CESP a recommandé que les détenus de ressort fédéral qui font usage d'opiacés aient la possibilité d'accès au TEM [recommandation 6.3(7); p. 94].

Observations

Le milieu carcéral est un environnement où la prestation de programmes de traitement de la toxicomanie constitue un défi, vu la « tolérance zéro » de l'usage de drogue et l'emphase sur son interdiction. En milieu carcéral, plusieurs détenus ne peuvent pas demander d'aide des mêmes personnes qui sont responsables de leur détention. Les détenus ne peuvent pas dévoiler leur difficulté à se sortir de la dépendance à la drogue, étant donné la politique de tolérance zéro en matière de drogue. Les conséquences d'un test positif de détection de drogue dans l'urine peuvent être : l'imposition de mesures accrues de sécurité, la perte de permissions de sortir avec escorte (PSAE), de permissions de sortir sans escorte (PSSE), de visites de contact avec la famille, la perte d'une possibilité de libération conditionnelle, etc.

La continuation du TEM pour les détenus au Canada est en train de devenir plus répandue, mais l'initiation du TEM est encore exceptionnelle au palier provincial/territorial. Bien qu'une majorité de provinces se soient dotées de politiques qui permettent aux personnes incarcérées de poursuivre le TEM en prison si elle le

⁷⁵ OMS, UNODC et ONUSIDA, *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention : Position Paper*. 2004, p. 12, 13.

suivaient dans la communauté, la situation et les politiques varient. L'un des programmes les plus novateurs dont nous avons pris connaissance, en la matière, se rencontre dans une prison provinciale de la Nouvelle-Écosse, où l'on mise sur un intervenant communautaire de traitement à la méthadone, le service *Direction 180*, pour l'initiation du TEM dans la prison locale — profitant ainsi d'une expertise qui n'existe pas au sein de l'équipe de soins de santé de la prison. Le SCC et la Colombie-Britannique ont les programmes de TEM en prison qui sont les plus développés, et qui ont bénéficié directement à un grand nombre de détenus au fil des ans.

Politiques habilitantes

Les politiques suivantes sont propices à la prévention du VIH et du VHC en prison.

- Saskatchewan Corrections and Public Safety, Corrections Division Policy, *Methadone Maintenance Treatment for Offenders* (5 octobre 1998; révisée en juin 2003). Cette politique fournit d'importantes indications au personnel, quant à l'ensemble du programme et à la gestion de cas individuels. Elle repose sur une coopération entre les services médicaux des prisons et les autorités médicales de la communauté ainsi que sur la conformité aux normes en vigueur dans la communauté. Elle permet aux détenus qui recevaient un traitement à la méthadone, dans la communauté, de poursuivre leur traitement en prison; et elle permet aussi l'amorce de ce traitement pendant la détention. Elle établit les directives pour la fourniture et le contrôle de la méthadone, l'administration du traitement et la capacité en la matière, ainsi que les règles pour l'examen des cas et pour les détenus intermittents. Une copie de l'entente que tout détenu doit signer afin de recevoir le traitement à la méthadone est incluse en annexe.
- Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire n° 800 *Services de santé* (30 septembre 2004) art. 41; Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire n° 800-1, *Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002); Service correctionnel du Canada, *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone* (novembre 2003). Les politiques sur la méthadone sont très bien articulées et elles font partie des politiques plus générales sur les services de santé. La Directive n° 800-1 établit les critères pour l'admissibilité au programme et les cas d'admission prioritaire, ainsi que pour établir le nombre de détenus pouvant suivre un TEM en même temps dans une même prison. Les *Lignes directrices spécifiques* incluent une information sur le milieu carcéral et l'usage de drogue en prison; une description de l'entretien à la méthadone dans les établissements du SCC et des rôles des divers membres de l'équipe d'intervention en la matière; elles abordent les questions de la détermination de la dose de méthadone et des tests de détection de l'usage de drogue; et elles intègrent de l'information sur les interventions en matière de toxicomanie.
- B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 10 Methadone* (août 2002; révisé en mars 2007) art. 10.1(4), 10.4. Les politiques sur la méthadone dans les prisons de la Colombie-Britannique (C.-B.) autorisent la continuation du TEM ainsi que son amorce en prison. Les politiques intègrent expressément la norme communautaire : le *Methadone Maintenance Handbook* du Collège des médecins de la C.-B. Les enjeux abordés incluent la communication avec le médecin, les commandes de méthadone, la documentation, l'initiation du TEM, la distribution, le counselling en matière de toxicomanie, le sevrage, la mise aux rebuts, ainsi que la remise en liberté. Les critères pour l'amorce du TEM sont détaillés et explicites, tout en intégrant une marge considérable de souplesse; les décisions importantes dans des cas spécifiques ou complexes sont examinées par le personnel médical de la prison en consultation avec le directeur des Services de santé.
- Ministère des Services correctionnels [Ontario], Health Care Policy and Procedures, *HCS 01 21 Emergency Treatment of Opioid Overdose and Medical Directive: Narcan (Naloxone)*

HCL) (novembre 1999); Mémoire de Karen McNeely, présidente, Provincial Nursing Advisory Committee, aux coordonnateurs des soins de santé, *Medical Directive: Narcan (Naloxone HCL)* (26 novembre 1999). En introduisant un programme de traitement à la méthadone dans ses prisons, le ministère ontarien des Services correctionnels a également développé une directive médicale pour l'utilisation du Narcan (hydrochlorure de naloxone) pour les situations d'urgence où un détenu aurait une surdose de méthadone ou d'autres opiacés. Le naloxone est un médicament utilisé pour contrer les effets de la surdose d'opiacés.

Programmes exemplaires et prometteurs

L'engagement du SCC en matière de TEM

Contact :

Service correctionnel du Canada
Administration centrale, Services de santé
340, avenue Laurier Ouest
Ottawa, ON K1A 0P9
Tél. : +1 613 943-9574
Télec. : +1 613 995-6277

Aperçu

Le TEM, dans les établissements du SCC, fonctionne d'après les mêmes normes et principes que le TEM dans la communauté. Le programme de TEM a été introduit lors de la Journée mondiale du sida (1^{er} décembre) de 1997. Dans la phase I du projet, si une personne qui suivait un TEM dans la communauté était incarcérée dans un établissement du SCC, elle pouvait y poursuivre son traitement. En février 1999, une politique a été introduite pour permettre aux détenus qui n'avaient jamais suivi de TEM hors prison, et qui satisfaisaient à des « critères de circonstances exceptionnelles », d'amorcer ce traitement en prison. Les deux critères étaient que : (1) tous les autres traitements et programmes aient échoué; et que (2) la santé du détenu continuait d'être sérieusement affectée par son usage de drogue, et présentait un sérieux besoin d'intervention.

En mai 2002, après une entente hors cour comme suite à une poursuite judiciaire, le SCC a introduit la phase II de son programme de TEM, pour élargir les critères d'amorce de ce traitement afin de le conformer aux normes en vigueur dans la communauté. Dans le cadre du règlement hors cour, le SCC a reconnu que le TEM est un élément essentiel des soins de santé auxquels les détenus ont droit. En novembre 2003, les *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone* ont été mises à jour. En 2005, le SCC comptait plus de 1 100 détenus en TEM.

Le but du TEM est la réduction des méfaits, et non l'abstinence. Dans les *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone*, le SCC affirme que le TEM est prescrit « afin de réduire au minimum les effets physiques, psychologiques, sociaux et criminels négatifs associés à l'usage d'opiacés, ainsi que la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses dans les établissements du SCC et la collectivité. ».

Dans chaque prison, une Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) est responsable de l'admission de détenus en TEM. Chaque détenu qui suit un TEM est suivi par une EITM, qui est composée d'un agent de libération conditionnelle de l'établissement, d'un agent de programmes correctionnels, d'un infirmier ainsi que d'un médecin de la prison.

Leçons à retenir

Comme nous le signalons ci-dessous, le programme de méthadone du SCC a été évalué et les conclusions sont très positives. Le programme a été l'objet de tournées de prisons, pour des responsables carcéraux de pays en quête de bonnes pratiques en matière de TEM en prison.

La fourniture de counselling et de soutien adéquats aux détenus est essentielle à la réussite du programme de TEM. Le SCC souhaitait adopter une approche d'équipe, incluant des conseillers en matière de toxicomanie, sur place. Le personnel du SCC a indiqué trouver ceci utile pour les détenus, en plus de contribuer à fournir à tous les membres de l'équipe plus de renseignements au sujet du patient. Le SCC considère que l'approche en équipe est plus propice à ce que le détenu repère au moins une personne avec laquelle il peut développer une relation fructueuse. Ceci donne aussi au patient une certaine diversité pour l'obtention de soins.

La formation et l'information du personnel qui réalise le programme sont cruciales. Les employés dont le travail touche le TEM ont besoin d'information afin d'être à l'aise et en sécurité, dans le cadre de l'administration du traitement. Le personnel infirmier doit avoir la capacité de répondre aux enjeux associés à la fourniture du TEM, comme le potentiel de surdose, de diversion et d'effets secondaires.

La compréhension de la toxicomanie, de son impact dans la vie des personnes, et de la réduction des méfaits, est essentielle à la réussite du programme. Le fait de comprendre la situation d'un patient peut permettre au personnel d'avoir des attentes réalistes à son égard — car le TEM n'est pas une solution à tous les problèmes psychosociaux qu'un individu peut rencontrer. Les attentes irréalistes sont par ailleurs une source de frustration, tant pour le détenu que pour les intervenants.

Le développement de relations exemptes de préjugés, avec le détenu, est d'importance majeure pour la réussite du programme. Les praticiens doivent être capables de développer un lien thérapeutique (plutôt que punitif) avec le détenu; de créer un climat où le détenu peut être franc sans pour autant craindre d'être jugé ou puni; de reconnaître les succès (petits ou grands) du détenu et de l'en féliciter; et de parler des reculs (p. ex., l'utilisation illicite de drogue tout en suivant un TEM) avec franchise et ouverture.

Limites

La restriction du nombre admissible de patients en TEM, dans chaque prison, entraîne que certaines d'entre elles — bien que ce soit la minorité — ont une liste d'attente. Du point de vue de la perspective de la prévention du VIH et du VHC ainsi que de la réduction des méfaits, tout détenu qui souhaite entreprendre un TEM et qui satisfait les critères du programme devrait idéalement se voir fournir ce traitement éprouvé pour la dépendance aux opiacés. Les listes d'attente, malheureusement, ne sont pas uniques au milieu carcéral : plusieurs communautés, au Canada, n'arrivent pas à fournir le TEM à tous les individus qui le demandent.

Une insuffisance de fournisseurs de méthadone, dans la communauté, est une cause de sérieuse contrainte pour le programme de TEM. Dans la communauté, les médecins détenteurs d'une autorisation de prescrire de la méthadone ne sont pas assez nombreux, partout au Canada, et ceux qui détiennent cette autorisation sont très sollicités dans la communauté et pourraient ne pas être disponibles pour travailler avec des détenus, ou pas disposés à le faire.

C'est une grave préoccupation, à certains endroits, puisqu'en raison du manque de fournisseurs de TEM dans la communauté, le SCC tente de sevrer les détenus de la méthadone avant leur remise en liberté dans la communauté — une pratique qui n'est pas conforme au principe largement reconnu à l'effet que les patients devraient avoir la possibilité de poursuivre le TEM aussi longtemps qu'ils en ont besoin — mais le manque de fournisseurs de méthadone dans la communauté peut rendre incontournable ce malheureux écart au regard des pratiques exemplaires.

Au palier des établissements, il peut se manifester des problèmes de confidentialité dans l'unité des soins de santé si les patients en TEM doivent attendre 20 minutes dans une salle d'attente (en l'absence d'un lieu discret pour l'attente). Dans les faits, toute personne qui passe à proximité de l'unité des soins de santé comprend bien pourquoi ces personnes sont en attente. Les unités de santé des prisons devraient s'efforcer de faire en sorte que, dans l'espace restreint dont elles disposent, cette attente se fasse dans un lieu aussi privé que possible.

Financement

Service correctionnel du Canada
Stratégie canadienne antidrogue

Documents de référence

Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire, *800 Services de santé* (30 septembre 2004).

Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire, *800-1 Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002).

Service correctionnel du Canada, *Lignes directrices spécifiques pour le traitement à la méthadone* (novembre 2003).

Évaluation

Deux évaluations officielles ont porté sur le programme de TEM du SCC.

S. Johnson, J. van de Ven et B. Gant, *Le traitement à la méthadone en milieu carcéral : incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement* [n° R-119], Ottawa, Service correctionnel du Canada, septembre 2001. Cette étude comparait le comportement en prison et l'issue de la mise en liberté, pour deux groupes : les détenus ayant participé au programme de TEM dans un établissement du SCC, et les détenus ayant obtenu des résultats positifs à des tests de détection de l'héroïne pendant leur détention et qui avaient été identifiés comme toxicomanes, mais qui n'ont pas suivi de TEM.

Dans l'ensemble, ceux ayant reçu un TEM (le « groupe TEM ») avaient des taux plus faibles de réincarcération, et ces taux étaient plus étalés dans le temps. En termes

de comportement, le groupe TEM avait un taux plus faible d'accusations graves liées à la consommation de drogue en prison, après l'amorce du TEM. Ceci indique probablement une diminution de la recherche de drogue et d'usage de drogue parmi les détenus en TEM, en comparaison avec les autres. Le rapport de cette étude est accessible à http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r119/r119_f.shtml.

Secteur de l'évaluation du rendement, *Rapport sur l'évaluation du programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC*. Service correctionnel du Canada, août 2003. Cette évaluation complète et détaillée a porté sur le programme élargi du TEM au sein du SCC. Quatre administrations régionales, 15 établissements du SCC et cinq bureaux communautaires ont été visités dans le cadre de cet exercice. Des employés (plus de 120) et des détenus (65) ont été interviewés. Dans l'ensemble, l'évaluation montre que le programme de TEM du SCC fonctionne de manière efficace. Le rapport signale que malgré les limites établies pour chaque prison, quant au nombre de détenus auxquels on pouvait fournir un TEM en toute sécurité, 80 % des prisons visitées avaient dépassé la limite de ce nombre. Une autre observation était que, bien que des équipes d'intervention pour le traitement à la méthadone aient été formées dans chacune des prisons visitées, les rôles des membres de l'équipe variaient d'un endroit à un autre et il y avait une certaine incertitude au sein de l'équipe quant aux rôles et responsabilités. L'évaluation a permis d'observer que la participation au TEM avait augmenté plus rapidement que ce à quoi l'on s'était attendu. Une série de recommandations porte sur des approches pour améliorer la capacité du programme de répondre à la demande; une autre se concentre sur la clarification des rôles et responsabilités. Des recommandations ont été formulées également pour rehausser les occasions de formation et les ressources à l'intention du personnel, et pour assurer que ce dernier remplisse ses responsabilités en matière de reddition de comptes et de tenue de dossier. Le rapport de l'évaluation contient aussi une section consacrée aux bonnes pratiques. Il est accessible à http://198.103.98.138/text/PA/methadone_eval_f.pdf.

Une prison provinciale collabore avec une clinique de méthadone de la communauté, pour l'amorce du TEM aux détenus

Contact :

Cindy MacIsaac
Direction 180
2158 Gottingen Street
Halifax, NS B3K 3B4
Tél. : +1 902 420-0566
Télééc. : +1 902 423-6130
cynthmacisaac@aol.com

Aperçu

« Direction 180 » est une clinique pour le TEM, dans la communauté, qui a vu le jour à Halifax en 2001. À plusieurs occasions, son personnel s'est occupé de l'amorce

du TEM pour des détenus dans une prison provinciale à proximité. Cette activité s'est réalisée en réponse aux risques auxquels pourraient être exposés des détenus en raison d'un usage continu de drogue illicite — i.e. grossesse, diagnostic récent d'infection à VIH, surdose récente ou avènement d'autres problèmes graves de santé, ou lorsque des rendez-vous dans des établissements de santé de la communauté étaient continuellement manqués.

L'assistance de Direction 180, dans l'amorce du TEM au sein d'une prison, est initiée par l'appel d'un membre du personnel de santé de la prison, ou d'un détenu. Alors, un employé de Direction 180 procède à une pré-évaluation, avec le détenu. Après la pré-évaluation et son analyse, le médecin de Direction 180 rend visite au détenu et évalue son cas, puis lui prescrit un TEM si cela est approprié. Après l'amorce du traitement, le personnel de santé de la prison s'occupe du suivi continu des soins du détenu.

À sa sortie de prison, la personne peut recevoir la méthadone à la clinique Direction 180, si elle réside dans le territoire couvert par cette dernière.

Leçons à retenir

En 2005, lorsque la Nouvelle-Écosse a transféré des autorités carcérales au ministère de la Santé la responsabilité des soins de santé en prison, cette modification de responsabilité a placé une emphase plus grande sur l'intégration des services de santé de la communauté et ceux fournis en prison. L'instance actuelle, la Capital District Health Authority [une régie régionale de la santé], a exprimé le souhait de créer des relations entre divers services de la communauté et la population carcérale, afin de satisfaire les besoins des détenus. Étant donné que Direction 180 avait déjà une relation avec cette régie régionale, les deux parties ont réussi à travailler de concert afin d'initier le TEM même en l'absence d'un cadre de politiques carcérales spécifiques.

Les cliniques de santé de la communauté devraient considérer la possibilité de travailler à l'amorce du TEM dans des prisons provinciales, lorsque ce traitement n'est pas initié. Direction 180 a démontré que cette pratique peut aider des détenus. Les personnes qui étaient sans abri avant leur incarcération ont pu trouver difficile d'obtenir des services communautaires lorsqu'elles utilisaient des drogues, et le fait d'offrir de tels services dans la prison peut être une première occasion d'y avoir recours, pour ces personnes. Cette pratique mérite d'être considérée sérieusement, afin de promouvoir le respect des normes de la communauté, en matière de soins de santé dans les prisons.

Limite

Il n'y a pas de politique ni de procédure officielle, par écrit, en vigueur dans la prison concernée.

Comme plusieurs cliniques de traitement à la méthadone, Direction 180 souffre d'un manque chronique de financement. Par le passé, elle a fourni des services à des détenus dans le cadre de son programme régulier, qui reçoit du financement pour 80 personnes; mais à l'automne 2006 son registre régulier de patients en TEM comptait 130 personnes, ce qui laisse peu de disponibilité pour des services à l'extérieur de la clinique.

Financement

Direction 180, financé par le Nova Scotia Department of Health.

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Amorce du traitement d'entretien à la méthadone dans des prisons provinciales**Contact :**

D^{re} Diane A. Rothern, M.D.
Medical Director
British Columbia Corrections
185-911 Yates Street
Victoria, BC V8V 4Y9
Tél. : +1 250 995-0009
Télééc. : +1 250 995-0010
diane.rothern@gov.bc.ca

Aperçu

En 1996, une politique a été implantée afin de permettre aux détenus, en Colombie-Britannique (C.-B.) de poursuivre un TEM en prison ou de l'y amorcer. British Columbia Corrections a recours à une approche en équipe, impliquant des employés des soins de santé (infirmiers et médecins), des employés chargés de la gestion des peines, des conseillers en matière de drogue et d'alcool, et la directrice des Services de santé. Le repérage des prisonniers, en vue d'un TEM, s'effectue à leur admission, ou pendant leur détention, soit par l'équipe, soit par leur demande. Pour l'admissibilité au TEM, un détenu voit son cas examiné d'après les critères établis dans le *Methadone Maintenance Handbook* du Collège des médecins et chirurgiens de la C.-B.

Le programme de la C.-B. tient expressément compte du fait que les détenus peuvent n'être en prison que pour un temps limité. Ainsi, afin d'être admissible au TEM, le patient devrait être en train de purger une peine dont la durée restante soit assez longue pour compléter le processus d'amorce du TEM et arriver à une stabilisation de la dose avant la remise en liberté. Les détenus qui purgent une sentence brève peuvent ne pas être admissibles à l'amorce d'un TEM. Exceptionnellement, des personnes en détention provisoire à long terme (p. ex., en attente de procès) peuvent amorcer un TEM en telle situation.

Concrètement, le détenu fait une demande de TEM auprès de l'unité de santé de la prison; il est ensuite interviewé par un employé de santé. Afin d'être accepté dans le programme, le détenu doit signer une entente de patient en TEM; une partie de cette entente requiert qu'il accepte de passer régulièrement des tests d'urine. Le

directeur médical examine chacune des demandes de TEM (et participe aux décisions importantes, par la suite, en particulier dans les cas complexes), en consultation avec l'équipe du TEM. En moyenne, il s'écoule une semaine entre le moment où le formulaire de *Methadone Initiation Treatment Plan* est remis au directeur médical pour la prise de décision, et le moment où le détenu reçoit sa première dose de méthadone si sa demande est acceptée.

Bien que les procédures pour le TEM varient d'une prison à l'autre, le processus du traitement est habituellement supervisé par le personnel des soins de santé, avec l'aide d'un employé « responsable de l'observation de la méthadone ». Les détenus doivent demeurer assis dans la salle de post-observation pendant 20 minutes après avoir pris leur dose; pendant cette attente, ils boivent de l'eau, mangent et parlent. Les détenus sont par ailleurs soumis à des fouilles par palpation, pendant le processus de fourniture de la méthadone, pour vérifier que la méthadone n'est pas dissimulée pour un détournement vers un marché noir.

Une fois qu'un détenu est en TEM, un professionnel de la médecine peut le déclarer inapte médicalement à être transféré dans un autre établissement, jusqu'à ce que son état soit stabilisé et que la dose de méthadone adéquate à son traitement d'entretien ait été établie. Au moment de la remise en liberté de chaque détenu en TEM, le personnel de santé de la prison et le directeur médical collaborent à trouver un médecin qui prescrit la méthadone dans la communauté.

Leçons à retenir

La collaboration entre le personnel de santé et le personnel de sécurité est essentielle à la réussite du programme. Afin de répondre aux préoccupations de sécurité, un poste au sein du personnel — le responsable de l'observation de la méthadone — consiste à surveiller les détenus pendant qu'ils avalent leur méthadone et pendant leur période d'attente subséquente. Cet employé est chargé de vérifier que les détenus ne dissimulent pas leur dose de méthadone (pour diversion), lorsqu'elle leur est donnée pour qu'ils l'avalent, et pendant les 20 minutes où ils sont sous observation par la suite.

Limites

L'une des principales limites, identifiées par le chef des soins de santé au Centre correctionnel pour femmes à Maple Ridge, B.-C., est le fait que l'amorce d'un TEM demande un temps considérable. Le personnel doit consacrer beaucoup de temps à procéder à des analyses d'urine, à ajuster les doses, à distribuer la méthadone, puis à trouver des références et des médecins dans la communauté. Dans cette prison en particulier, il a été observé que la période d'amorce du TEM peut prendre jusqu'à six mois.

Documents de référence

B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 10 Methadone* (août 2002; révisé en mars 2007).

Calibre Health Services Inc., *Methadone Initiation Treatment Plan* (formulaire), révisé en janvier 2007.

Évaluation

N/D

Dépistage de drogues illicites

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Le Cadre de l'UNODC incite les systèmes carcéraux à se doter de règles qui « fassent en sorte que les détenus ne sont pas assujettis à des tests obligatoires, ou effectués au hasard, pour le dépistage de drogues, puisqu'il est démontré que ces tests encouragent l'utilisation de drogue par injection (souvent par des pratiques non sécuritaires) » [Action 14; p. 18] [trad.]. Dans *VIH/sida et prisons : rapport final*, le Réseau juridique a recommandé que les systèmes carcéraux fédéral et provinciaux autorisent la réalisation, par des experts indépendants, d'évaluations de leurs programmes de détection de drogue par tests d'urine, afin de déterminer leurs répercussions sur l'usage de drogue et sur les efforts de prévention du VIH et d'examiner leur rendement [recommandation 6, p. 120].

Observations

Le SCC procède à des tests d'analyse d'urine, effectués au hasard, pour la détection de drogues illicites, y compris le THC (un des ingrédients actifs du cannabis), dans le cadre de sa stratégie de prohibition des drogues. La plupart des provinces et territoires canadiens ne procèdent cependant pas à de tels tests dans leurs prisons : ils demandent plutôt des échantillons d'urine lorsqu'il y a des raisons (i.e. des motifs raisonnables et probables) de croire qu'un détenu a consommé une substance illicite, ou lorsque cela est nécessaire pour la participation à certains programmes (p. ex., le TEM, ou des programmes dans le cadre desquels les détenus sont autorisés à aller dans la communauté).

Des préoccupations concernent la possibilité que les tests d'analyse d'urine au hasard, pour la détection du THC, puissent indirectement entraîner des répercussions négatives sur la santé des détenus qui consomment des drogues illicites.⁷⁶ Le THC issu de cannabis que l'on fume est détectable, dans l'urine de la personne, beaucoup plus longtemps que des substances comme l'héroïne, d'autres opiacés, et la cocaïne, qui sont souvent consommées par injection. Si la prison procède à des tests d'urine au hasard, certains détenus peuvent adopter le raisonnement voulant qu'au lieu de fumer du cannabis, il est préférable de consommer des drogues par injection qui ne seraient pas détectées par l'analyse d'urine; cette décision peut avoir des conséquences désastreuses, en termes de transmission du VIH ou du VHC.

⁷⁶ Pour une liste d'études et de rapports évaluant la question des tests obligatoires de détection d'usage de drogue en prison, voir R. Jürgens, *Le VIH/sida en milieu carcéral — Une bibliographie sélective et annotée*, Direction des affaires internationales, Santé Canada, 2005, p. 166 et suivantes. Accessible via http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/index_f.html.

Éducation et information des détenus

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Les Directives de l'OMS recommandent que les détenus reçoivent de l'information sur le VIH/sida et sur les moyens de prévenir sa transmission, en faisant spécialement référence aux risques de transmission en milieu carcéral. Les détenus devraient être informés expressément des dangers de l'usage de drogue, y compris sur le risque élevé qui s'associe au partage de matériel d'injection. Les détenus devraient aussi avoir accès à l'information pour le grand public et à du matériel d'information en langage simple qui peut être plus approprié aux besoins linguistiques de plusieurs détenus. Ils devraient recevoir de l'information sur le VIH/sida à leur admission, au cours de leur détention et dans la préparation pour la remise en liberté; ceci devrait inclure la possibilité de communiquer en personne avec des pairs et des intervenants qualifiés. Les Directives de l'OMS recommandent que des détenus soient impliqués dans l'élaboration du matériel d'éducation et, compte tenu de l'importance de l'éducation entre pairs, qu'ils soient aussi impliqués dans la dissémination de l'information [Directives de l'OMS, 14, 16, 17, 18, 22].

Le Cadre de l'UNODC contient des recommandations détaillées d'action en matière de prévention du VIH. Il incite les systèmes carcéraux à fournir de l'éducation sur le VIH/sida dans le cadre d'un programme général plus vaste pour l'éducation sur la santé, et à soutenir et encourager les initiatives misant sur les pairs pour la prévention du VIH ainsi que l'éducation et le counselling sur le sujet [Actions 36, 54, 59; p. 21, 24]. L'information fournie devrait être exacte, exempte de préjugés et de jugements, accessible, et pertinente au milieu carcéral (en particulier en ce qui concerne les voies de transmission du VIH et les comportements à risque), et la documentation devrait être respectueuse et pertinente à l'égard de la diversité des détenus en termes de sexe, d'âge, de race et appartenance ethnique, de culture, de religion, de langue et de degré d'alphabétisation, d'orientation sexuelle et d'identité de genre [Actions 53, 56; p. 24]. Le Cadre de l'UNODC exhorte également les systèmes carcéraux à donner aux détenus l'accès à « des mécanismes nationaux de prévention, des organismes non gouvernementaux et d'autres professionnels externes au système carcéral, afin d'aider à la prestation d'interventions éducatives » [trad.] [Action 58; p. 24]. Il y est affirmé que les programmes d'éducation devraient combattre la discrimination associée au VIH/sida, y compris à l'égard des rapports homosexuels, des travailleuses et travailleurs sexuels et des personnes qui font usage de drogue [Action 57; p. 24].

Le CESP a formulé des recommandations touchant l'éducation sur le VIH/sida et l'usage de drogue, en soulignant que « l'éducation sur l'infection à VIH et le sida est l'élément central des programmes de promotion et de protection de la santé des détenus et de lutte contre la propagation du VIH et d'autres agents infectieux dans les pénitenciers ». Le CESP a recommandé :

- que tous les détenus reçoivent de la documentation sur le VIH/sida;
- que l'éducation sur le VIH/sida fasse partie des programmes obligatoires dans le cadre de l'admission;
- que des séances volontaires d'éducation soient ensuite offertes sur une base régulière, et incluent la participation d'organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et d'organismes de santé, de la communauté, et de regroupements de détenus, avec le soutien financier du gouvernement;
- que les détenus soient encouragés à développer des programmes d'éducation, de counselling et de soutien, entre pairs, y compris par la création d'un poste de pair conseiller dans chaque prison; et

- que les programmes d'éducation tiennent compte des besoins des détenus qui ont des handicaps, des distinctions d'ordre ethnoculturel ou divers degrés d'alphabétisation [recommandation 5.1; p. 60–61].

Les recommandations du CESP relatives à l'éducation sur l'usage de drogue se concentrent sur la modification de programmes qui étaient en vigueur à l'époque (Programme initial de prévention des toxicomanies; Programme de sensibilisation aux effets de l'alcool et de la drogue), afin d'y inclure la contribution et la participation d'organismes communautaires externes ainsi que de détenus [recommandation 5.2; p. 65].

Observations

On ne compte qu'une poignée d'organismes communautaires impliqués dans le développement et la prestation de programmes d'éducation à la réduction des méfaits et au sécurisexe, en prison. Le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) est à notre connaissance le seul organisme canadien qui offre de la formation à d'autres organismes communautaires afin qu'ils puissent participer à des programmes destinés aux détenus. En conséquence, il semble que plusieurs systèmes carcéraux, au pays, utilisent tout simplement du matériel et des programmes d'éducation qui ont été conçus pour la population hors prison. Il est impératif qu'un plus grand nombre d'organismes communautaires reçoivent du financement pour développer et réaliser des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, en prison, afin de combler les besoins d'une population carcérale de plus en plus diversifiée. À l'heure actuelle, quelques programmes ont été conçus et mis en œuvre pour des populations carcérales : femmes, autochtones et personnes de minorités ethnoculturelles. Il est par ailleurs difficile de voir clairement si l'on satisfait les besoins particuliers des jeunes en détention, quant aux programmes et à l'éducation.

Généralement, nous avons observé que les détenus au Canada ne sont pas impliqués autant qu'ils devraient l'être dans le développement de matériel d'éducation et la réalisation des programmes éducatifs. L'implication de détenus (ou ex-détenus) dans le développement des programmes d'éducation est pratiquement inexistante. Il existe quelques programmes fructueux qui sont fournis par des pairs détenus, dans des prisons que nous avons visitées (principalement des établissements du SCC). Chaque prison du SCC (à l'exclusion des unités d'admission et de santé mentale) est tenue d'être dotée d'un programme de counselling et d'éducation par les pairs (PCEP), mais dans les faits elles ne le sont pas toutes. Plusieurs des PCEP dans les prisons fédérales que nous avons visitées sont des réussites — à l'Établissement Westmorland Institution (Nouveau-Brunswick), au Centre fédéral de formation (Québec) et à l'Établissement La Macaza (Québec). Voici certaines caractéristiques communes à ces PCEP : le conseiller du PCEP est respecté par les autres détenus; ce conseiller a un bureau situé dans un emplacement accessible et à l'abri de la vue du personnel de sécurité; il a accès à un ordinateur et à une imprimante afin de produire du matériel d'éducation et de communiquer avec des organismes de la communauté; le personnel de santé de la prison fournit un soutien considérable au conseiller et au programme; et le conseiller a un approvisionnement adéquat en instruments de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits (condoms, lubrifiant, digues dentaires, eau de Javel et « trousse de tatouage ») qu'il est responsable de distribuer aux détenus. **Ces caractéristiques sont essentielles** au succès d'un programme d'éducation aux pairs.

Les programmes relevant d'ONG de la communauté varient d'une prison à l'autre. De toute évidence, ces organismes de la communauté accomplissent beaucoup de travail au moyen de ressources restreintes (qui constituent une limite considérable). Les organismes Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS), All Nations Hope, Direction 180, Stella, Centre Option-Prévention Toxicomanie-Violence-Délinquance-Sida (TVDS), Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), British Columbia People with AIDS Prison Outreach Project (BC PWA POP) et Streetworks ont tous affirmé que le financement limité rendait difficile d'offrir des programmes dans des prisons. La plupart des programmes initiés par des groupes de la communauté parvenaient à intéresser les détenus et à disséminer de l'information sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, mais les organismes ont exprimé de la frustration devant leur capacité limitée de fournir, aux nombreux détenus qui ont un risque élevé

de contracter des infections, les moyens nécessaires à se protéger contre l'infection par le VIH et le VHC, notamment des seringues stériles pour l'injection et du matériel stérile pour le tatouage.

Par ailleurs, le recours à des jeux d'apprentissage semble l'une des meilleures manières d'intéresser des détenus à des activités d'éducation.

Politiques habilitantes

Aucune politique en la matière n'a été repérée.

Programmes exemplaires et prometteurs

Un pair éducateur se concentre sur la réduction des méfaits dans une prison fédérale

Contact :

Alex Calvin Chartier
Conseiller en éducation des pairs
Établissement La Macaza
321, Chemin de l'aéroport
La Macaza, QC J0T 1R0
Tél. : +1 819 275-2315
Télec. : +1 819 275-3079

Aperçu

En 1994, le CESP a formulé deux recommandations sur l'éducation des pairs, pour favoriser l'éducation entre pairs et la formation en la matière, et incitant à ce que des postes de pairs éducateurs soient établis dans chacun des établissements du SCC. Les recommandations étaient fondées sur la prémisse que des pairs conseillers en matière de santé peuvent être particulièrement efficaces à faire en sorte que l'on améliore la capacité des programmes de répondre aux besoins de leurs co-détenus, en matière de prévention du VIH et de réduction des méfaits. De plus, on présume que les détenus seraient plus à l'aise de parler à un co-détenu, de leurs activités à risque qui sont interdites en milieu carcéral. En réponse aux recommandations du CESP, le SCC a accordé du financement à SIDA/AIDS Nouveau-Brunswick pour un projet proposé par ce dernier : un projet pilote national d'éducation par les pairs pour les détenus. Le projet pilote s'est avéré une réussite. Ultérieurement, le manuel d'animation développé pour ce programme a été révisé, et le programme a été renommé Programme-pilote d'éducation par les pairs en matière de sida auprès des détenus. En 1997, le SCC s'est engagé à mettre en œuvre ce programme de counselling et d'éducation par les pairs (PCEP) dans tous ses établissements.

L'Établissement La Macaza est une prison à sécurité moyenne de taille relativement petite (250 détenus). À La Macaza, le conseiller du PCEP partage un bureau avec le Cercle des gardiens du savoir (l'équivalent du PCEP pour les autochtones, dans les établissements du SCC); ce bureau est situé dans le secteur du gymnase; les détenus y ont facilement accès. Il y a un va-et-vient considérable de détenus dans ce secteur pendant la soirée, lorsque les détenus ne sont pas occupés à suivre des cours ou à travailler. Le conseiller du PCEP est un poste rémunéré dans la prison.

Le pair conseiller Alex Calvin Chartier répond à des questions sur le VIH/sida, l'hépatite C, les relations et la saine nutrition. Puisque La Macaza est dotée d'un conseiller du PCEP et d'un Gardien du savoir (Morris Bowen), ces deux conseillers peuvent faire plus d'interventions dans la prison. Ils vont d'une cellule à l'autre pour annoncer les ateliers et séminaires offerts. Ils sont très proactifs et travaillent bien ensemble. Les deux hommes distribuent des « trousse de prévention », aussi appelées « trousse de tatouage », qui contiennent un onguent, des gants, une spatule, des tampons alcoolisés et de l'eau de Javel. Les trousse sont facilement accessibles au bureau du PCEP et du Gardien du Savoir.

Leçons à retenir

Le fait qu'un pair respecté, formé et rémunéré travaille à l'éducation des pairs sur le VIH/sida, l'hépatite C et la réduction des méfaits revêt une importance considérable. Les détenus peuvent être plus à l'aise avec cette personne qu'avec un employé du service de santé de la prison, pour parler de leurs activités à risque élevé.

Le soutien du personnel de santé de la prison est également important pour le projet. Ces employés sont respectés par les détenus et ils participent aux ateliers et aux séminaires qui sont offerts. Le conseiller du PCEP et le Gardien du Savoir ont tous deux mentionné que la directrice des soins de santé (Solange Cyr) appuie grandement les programmes.

Les programmes d'éducation par les pairs doivent tenir compte des diverses cultures et langues. Les ateliers sont présentés en français et les événements attirent bon nombre de détenus. Le pair conseiller a une étroite relation de travail avec le Gardien du Savoir, qui aide à combler les besoins des détenus autochtones et métis.

Limites

Le personnel de santé de la prison est parfois trop occupé pour fournir aux conseillers un soutien et une formation adéquats. Les infirmiers sont très occupés et ils n'ont souvent pas de temps pour donner une formation approfondie au pair conseiller et au Gardien du Savoir. Les conseillers ont demandé à recevoir une formation en médiation et au sujet des traitements pour le VIH et le VHC.

Le manque d'accès à des instruments sécuritaires pour le tatouage entraîne des risques pour la santé auxquels les conseillers n'ont pas la possibilité de répondre complètement. Les deux hommes souhaiteraient avoir accès à des aiguilles de broderie à perles, et un approvisionnement en encre, pour les trousse de tatouage. Ils ont la conviction que les trousse de tatouage ne sont pas à la hauteur des besoins pour prévenir la transmission du VIH et du VHC par le tatouage.

La discrétion et confidentialité sont essentiels pour les détenus qui visitent le conseiller du PCEP et le Gardien du Savoir, mais ces éléments sont précaires dans les installations actuelles. Le conseiller du PCEP souhaiterait que son bureau soit doté de stores, afin que les gens qui passent ne voient pas les détenus dans le bureau. Le bureau est partagé également avec une organisation de soutien aux détenus qui purgent des peines à perpétuité, ce qui peut aussi compromettre la confidentialité des usagers.

Le manque de financement entraîne des problèmes dans l'administration générale du bureau. Ils ont besoin de fonds supplémentaires pour l'achat d'un ordinateur et d'une imprimante plus adéquats ainsi que d'une cafetière.

Le conseiller a signalé que des activités sont parfois écourtées à cause d'opérations de décompte [des détenus], de confinement, de changement de quart de travail ou d'autres exigences de sécurité.

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

Service correctionnel du Canada, Programme national de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida, Manuel de ressources, décembre 1998, révisé en mars 2001.

Évaluation

J. Belliveau et O. Leblanc Pellerin, *Évaluation du programme national d'éducation et d'entraide par les pairs — en matière de VIH/sida*. Service correctionnel du Canada, juin 2002. L'évaluation a conclu que « Tous les employés et détenus interviewés étaient unanimes dans leur appui à un programme de counseling et d'éducation entre pairs, pour prévenir la propagation de maladies infectieuses en prison » [trad.] (p. 29). Au moment de l'évaluation, 23 des 52 établissements du SCC avaient un programme de PCEP en fonction. Cependant, il y avait un manque de constance entre les programmes. L'évaluation a identifié que les manuels de formation et de ressources avaient besoin d'être mis à jour et que la responsabilité du PCEP dans chaque prison devrait relever du chef des services de santé. Il a aussi été constaté que la formation du PCEP devait être standardisée, qu'un infirmier devrait fournir la formation et que le certificat décerné aux conseillers du PCEP devrait être affiché dans son bureau ou sa cellule. De plus, l'évaluation a recommandé que l'animateur et le coordonnateur du PCEP soient chargés de la réalisation du programme; et par conséquent, que l'animateur soit un infirmier et que le coordonnateur soit un détenu qui a complété la formation du PCEP. L'évaluation a également recommandé qu'au moins 2 000 \$ soient octroyés, pour chaque prison, afin de distribuer de l'argent pour les prisons qui n'avaient pas encore initié le programme; et qu'un espace de bureau adéquat et accessible, et qui permette l'intimité et la confidentialité, soit fourni dans chaque prison.

En 2007, les Services de santé de l'Administration centrale du SCC ont fourni de l'information additionnelle au sujet du PCEP. Pour le premier et le deuxième trimestre (soit la période avril-septembre) de l'année budgétaire 2006, 86 % des établissements du SCC ont déclaré avoir un PCEP actif. (Le SCC définit qu'un tel programme est « actif » lorsqu'au moins un coordonnateur ou un bénévole est impliqué activement dans l'éducation et l'assistance aux pairs.⁷⁷) Ce chiffre correspond aux données des établissements qui sont tenus d'avoir un PCEP; il n'inclut pas les établissements qui sont incapables d'avoir un PCEP actif en tout temps : le roulement au sein de la population incarcérée est trop élevé; les détenus sont parfois empêchés de participer au PCEP parce qu'ils participent aux programmes obligatoires de leur Plan correctionnel; des difficultés sont parfois rencontrées dans le recrutement de détenus intéressés à devenir coordonnateurs ou bénévoles pour le PCEP; et le personnel a parfois du mal à trouver du temps pour organiser et fournir la formation nécessaire. Le PCEP est en voie d'être mis à jour. À l'heure actuelle, le SCC compile des rapports mensuels de

⁷⁷ Courriel d'Alan Sierolawski, coordonnateur du Programme national des maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada (25 juin 2007).

l'activité des PCEP et des Cercles des Gardiens du Savoir. Ces rapports sont transmis aux coordonnateurs régionaux en matière de maladies infectieuses et aux gestionnaires régionaux de la santé, qui doivent répondre à tout problème rencontré par les PCEP ou les Cercles.

Des pairs conseillers à la santé travaillent en marge du PCEP

Contact :

John Bellosillo
Chairman, Peer Health Counselling
Warkworth Institution
P.O. Box 760
Campbellford, ON K0L 1L0

Aperçu du programme

Une initiative indépendante (i.e. qui n'est pas associée au PCEP du SCC) de counselling sur la santé par les pairs a été mise en branle par des détenus de l'Établissement Warkworth, en 1998, avec l'assistance d'un noyau de pairs conseillers qui avaient purgé une peine au Pénitencier de Kingston. Les pairs conseillers sur la santé y travaillent de manière indépendante des services de santé du SCC et du PCEP. Ils réalisent plutôt leur travail dans le cadre du programme de développement social pour les détenus de cet établissement, et travaillent avec un agent de développement social du SCC. Les pairs conseillers sur la santé ont recours à des ressources de la communauté, pour leur formation continue et leur éducation en matière d'intervention de crise, de prévention du suicide, de prévention du VIH/sida et de l'hépatite C ainsi que de soins palliatifs. Le groupe de pairs conseillers sur la santé reçoit également du soutien d'organismes qui travaillent auprès de groupes ethnoculturels — notamment l'Asian Coalition for HIV/AIDS Prevention (ACAP), la Black Coalition for HIV/AIDS Prevention (Black CAP), le Katarokwi Native Friendship Center et les 2-Spirited People of the 1st Nations —, pour répondre aux besoins d'information et d'éducation des détenus au sujet du VIH/sida, de l'hépatite C. De plus, les pairs conseillers sur la santé ont amené le Réseau canadien d'info-traitements sida (RCITS) et la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) à les visiter en prison afin d'informer les détenus. Plusieurs de ces séances ont été animées avec l'assistance de PASAN et le soutien de l'agent de développement social (Larry Chrysler), dans l'Établissement Warkworth. À l'heure actuelle, le groupe de pairs conseillers travaille en étroite relation avec l'intervenant en milieu carcéral du Peterborough HIV/AIDS Resource Network (PARN), qui visite la prison une fois par mois pour conseiller des détenus au sujet de la prévention et du traitement du VIH/sida.

Les pairs conseillers sur la santé travaillent au soutien et au plaidoyer pour les détenus de l'établissement qui ont des maladies chroniques, et ils réalisent des programmes de soins palliatifs. Leur travail auprès des détenus atteints de maladies chroniques, et en phase terminale, incluent la coopération avec l'aumônier de la prison pour aider les détenus dans leur demande de libération conditionnelle pour raisons médicales. Ils

travaillent aussi en étroite relation avec la Société John Howard de Peterborough pour aider les détenus dans leur planification de la remise en liberté, et pour assurer qu'ils puissent alors avoir accès à des ressources dans la communauté.

Leçons à retenir

L'éducation des détenus au sujet du VIH/sida et de l'hépatite C ainsi que de la réduction des méfaits peut être réalisée par des détenus, avec le soutien d'instances autres que les unités de santé des prisons. Ces pairs conseillers sur la santé ont décidé de travailler avec les programmes de développement social afin d'avoir plus de flexibilité dans les programmes qu'ils offrent et de pouvoir obtenir de l'information d'intervenants de la communauté plutôt que des autorités carcérales.

L'appui de l'agent des programmes sociaux de la prison a été essentiel au succès du programme. Il joue un rôle de liaison, pour les pairs conseillers sur la santé, communique avec des organismes de la communauté et facilite leur accès à la prison, pour le compte des conseillers.

Le fait d'avoir des pairs conseillers sur la santé, indépendants des soins de santé du SCC, en plus du PCEP du SCC, répond aux besoins de détenus qui pourraient ne pas avoir une confiance complète envers le personnel ou les programmes du SCC, et qui n'auraient pas recours aux services d'information et de counselling fournis par le personnel du SCC ou les pairs conseillers nommés par lui.

Limites

Étant donné que le programme ne fait pas partie de la programmation du SCC en matière de VIH/sida et de maladies infectieuses (i.e., le PCEP), les pairs conseillers ne sont pas rémunérés pour ce travail. Par conséquent, ils font ce travail bénévole de pair conseiller en marge de leur travail rémunéré ou des cours qui constituent une part de leur quotidien.

Vu le roulement élevé, au sein du groupe de pairs conseillers, le nombre de conseillers impliqués, à une période donnée, est faible; et il est constamment nécessaire de former de nouveaux conseillers.

L'Établissement Warkworth est à près de deux heures de distance de Toronto, ce qui rend difficile aux organismes communautaires torontois d'y faire des visites fréquentes. En dépit du grand nombre d'organismes de lutte contre le sida dans la région de Toronto, très peu reçoivent des fonds pour effectuer du travail dans des prisons, donc ils n'ont pas la capacité de payer les frais de transport et de personnel, pour ce faire.

Financement

N/D

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Des détenus fédéraux créent un groupe de sensibilisation à la santé

Contact :

Health Awareness Group
Stony Mountain Institution
P.O Box 4500
Winnipeg, MB R3C 3W8

Aperçu

Le Health Awareness Group (HAG) [Groupe de sensibilisation à la santé] est une initiative de détenus. Il a été créé par des détenus de l'Établissement Stony Mountain du SCC, en 1995, en réponse à l'aliénation de leurs pairs vivant avec le VIH, comme suite au suicide de l'un d'entre eux. Le groupe a été officiellement reconnu par l'administration de l'établissement en octobre 1997. L'adhésion au groupe est ouverte à tous les détenus. Dans la phase initiale, le groupe a reçu l'assistance de la Société John Howard du Manitoba. Le HAG est aujourd'hui un groupe à caractère social, à Stony Mountain, et est gouverné par un comité exécutif qui détermine les enjeux qu'il aborde dans son travail.

Le HAG contribue au maintien et à l'amélioration de la santé individuelle et collective des détenus. Il le fait en travaillant avec des organismes de soutien de la communauté ainsi qu'avec des employés, à éduquer les détenus au sujet des maladies infectieuses et des enjeux émergents qui touchent la santé; à surveiller le déroulement des initiatives de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits; et à plaider pour la santé et la sécurité des détenus.

Ses principales activités sont : la surveillance de la disponibilité de condoms, de lubrifiant, d'eau de Javel et d'autres éléments et programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, dans la prison; la coordination de programmes d'éducation sur des enjeux de santé, un soir par semaine; le travail en coopération avec les services de santé du SCC et des organismes communautaires, concernant des enjeux émergents de santé; le plaidoyer pour la santé et la sécurité sur le plan individuel et collectif; la compilation d'une bibliothèque de ressources (vidéos, affiches et dépliants sur des thèmes de santé); et la publication d'un bulletin pour informer la population des détenus, au sujet de la nécessité de programmes de réduction des méfaits, et pour les tenir au courant des événements de sensibilisation à la santé. Le HAG fournit aussi des références aux services de la prison et de la communauté, relativement à une vaste gamme de besoins des détenus en matière de santé.

Ses activités secondaires incluent : le lobbying auprès des autorités carcérales ainsi que des politiciens, à l'appui de mesures de tatouage sécuritaire ainsi que d'échange de seringues en prison; la réponse à des demandes de journalistes; des présentations aux pairs, dans le cadre du programme Choisir la santé dans les prisons (CSP); et le réseautage avec des organismes de la communauté afin de soutenir des initiatives dans la communauté et en milieu carcéral.

Le HAG a reçu des fonds du Programme d'initiatives spéciales de stratégies de prévention du VIH par les détenus pour les détenus, dans le cadre du Programme

national sur les maladies infectieuses du SCC, pour organiser un concours et concevoir un nouvel outil d'apprentissage interactif destiné à être utilisé en prison.

Le HAG souhaite encourager la création de groupes similaires dans chaque prison fédérale et provinciale. Il considère que son approche invite les détenus et employés à travailler en partenariat à fournir des environnements plus sécuritaires et plus sains, en prison. Il affirme d'ailleurs que ce type de plaidoyer et de fourniture de services par les pairs est un exemple d'initiative que devraient encourager et soutenir les autorités carcérales.

Leçons à retenir

Les groupes de santé des pairs sont un atout pour les services de santé. L'administration de l'Établissement Stony Mountain a constaté que le HAG contribue à réduire de près de 90 % les griefs liés à la santé. Le HAG est capable de faire valoir efficacement les intérêts de détenus, en servant de médiateur entre ces derniers et l'unité de santé, relativement à des plaintes au sujet de services de santé.

Les groupes de santé des pairs sont très efficaces dans la prestation de formation à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'en matière de réduction des méfaits. En raison du travail du HAG, Stony Mountain a observé que les cas d'infections cutanées étaient moins fréquents, puisque les détenus sont initiés à des techniques plus sécuritaires pour le tatouage et l'injection. De manière informelle, les employés des soins de santé entendent dire que les tatoueurs s'y connaissent mieux en ce qui touche la santé, y compris l'utilisation d'encre et aiguilles stériles.

La sensibilisation par l'action de pairs, au sujet du VIH, a entraîné une meilleure acceptation à l'égard des détenus vivant avec le VIH. Les membres du HAG sont respectés des détenus et, en conséquence, les détenus suivent leur exemple en traitant les détenus séropositifs de manière non discriminatoire et exempte de jugements.

Les détenus apprécient d'avoir des options, en matière de programmes réalisés par des pairs. Stony Mountain est doté d'un PCEP et du HAG. Les éducateurs « officiels » (i.e. des détenus sélectionnés par la direction de la prison afin de recevoir une formation pour le PCEP, et de donner une formation en CEP) rencontrent tous les nouveaux détenus à l'admission et leur offrent des conseils pour se tenir en santé et en sécurité dans la prison. Certains détenus s'entendent mieux avec les conseillers du PCEP, d'autres préfèrent les bénévoles du HAG. Ainsi, ce dernier complète les initiatives de santé des pairs qui sont amorcées par la prison.

Limites

Les fonds limités entraînent que la continuité du soutien que le personnel de la prison peut fournir au programme est restreinte. Les fonds pour un employé de soutien dans la prison doivent être redemandés annuellement.

Bien que le HAG soit reconnu et accepté par l'administration de la prison, il ne reçoit pas de ressources comme le font le programme PCEP ou d'autres programmes ou groupes officiels de la prison. Le personnel de santé et les membres du HAG sont d'avis que ce dernier pourrait tirer profit de la création d'un poste de coordonnateur du HAG et d'un bureau pour son travail.

Financement

Financé initialement par la Société John Howard du Manitoba. À l'heure actuelle, le HAG ne reçoit pas de financement continu mais il parvient à obtenir des fonds pour des initiatives spécifiques et limitées, auprès du Programme des initiatives spéciales.

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Fonds du SCC pour des initiatives de détenus en matière de VIH

Contact :

Service correctionnel du Canada
Administration centrale, Services de santé
340, avenue Laurier Ouest
Ottawa, ON K1A 0P9
Tél. : +1 613 943-9574
Télec. : +1 613 995-6277

Aperçu

Le Programme d'initiatives spéciales a vu le jour en 2003. Le SCC a constaté la nécessité d'initiatives de santé réalisées par des pairs, en sus du PCEP. Le Programme d'initiatives spéciales finance des programmes réalisés par des pairs, en matière d'éducation à la prévention du VIH/sida à l'intention des autres détenus, ce qui leur offre la possibilité d'élaborer du matériel d'éducation ou d'organiser des activités sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, pour leurs codétenus.

Depuis trois ans, des détenus ont reçu des fonds pour concevoir des t-shirts, des calendriers et des affiches arborant des messages d'éducation et de prévention du VIH et de l'hépatite C. Ils ont aussi organisé des symposiums, des foires sur la santé et d'autres activités de sensibilisation. Afin de recevoir des fonds pour leur projet, les détenus doivent remplir un formulaire de demande (disponible auprès des unités de santé), décrivant le projet, ses objectifs et son échéancier; et ils doivent présenter un budget détaillé. Depuis la création du programme, le SCC a financé plus de 30 projets et activités. Les décisions de financement sont prises par le coordonnateur en matière de maladies infectieuses dans la région dont la prison fait partie, en collaboration avec le coordonnateur du Programme national sur les maladies infectieuses.

Leçons à retenir

Les initiatives par les pairs sont essentielles à l'éducation sur la santé dans les prisons. Le SCC a constaté que les initiatives d'éducation sur le VIH et l'hépatite C qui sont menées par des détenus sont très fructueuses et peuvent compléter les autres programmes de santé des pairs en prison.

Diverses approches et stratégies devraient être utilisées pour promouvoir les programmes. Le Programme d'initiatives spéciales souhaite recevoir un plus grand nombre de propositions pour financement. À cette fin, il a demandé l'aide d'organismes de la communauté, en particulier ceux intéressés au VIH/sida et à la réduction des méfaits, pour faire connaître le programme aux détenus. Le fait de prendre contact avec les groupes de détenus, pour promouvoir le programme, pourrait aussi aider à sa visibilité dans les prisons.

Limites

Le fait de compter sur l'assistance du personnel souvent surchargé de la prison fait en sorte que les demandes de financement des détenus, pour des projets, peuvent prendre un temps considérable à compléter et à soumettre. Le personnel infirmier des prisons peut manquer de temps et avoir du mal à faire la recherche de plusieurs compagnies disposées à répondre à un appel d'offre de services, ce qui est une pratique courante dans le mode d'attribution de contrats par l'appareil gouvernemental fédéral.

Plusieurs détenus, y compris parmi ceux qui sont déjà impliqués dans la réalisation de programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, n'étaient pas au courant de l'existence du Programme d'initiatives spéciales.

Financement

Gouvernement du Canada, Initiative fédéral de lutte contre le VIH/sida au Canada

Documents de référence

Formulaire de demande de financement d'Initiatives spéciales 2006/2007

Évaluation

N/D

Un organisme communautaire fournit de l'éducation sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, à des détenus de ressort provincial

Contact :

Eveline Allen
Prisoners HIV/AIDS Support Action Network
#500-489 College Street
Toronto, ON M6G 1A5
Tél. : +1 416 920-9567
Télé. : +1 416 920-4314
eveline@pasan.org
www.pasan.org

Aperçu

Le Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) est un organisme communautaire ontarien qui fournit des services

de plaider, d'éducation et de soutien aux détenus, pour des enjeux liés au VIH/sida et à l'hépatite C. La coordonnatrice de l'éducation et de l'intervention en région (Eveline Allen), chez PASAN, présente à chaque année soixante ateliers sur le VIH/sida et l'hépatite C, à des groupes, dans les trois prisons provinciales de la région torontoise. Par le passé, lorsqu'elle faisait des « tournées » dans les prisons, la coordonnatrice de l'intervention de PASAN était capable de rencontrer individuellement, et sur une base impromptue, des détenus qui ne voulaient pas participer à une séance de groupe ou qui avaient des questions spécifiques et personnelles. Mais ces séances individuelles ne sont plus offertes, depuis octobre 2006, en raison de restrictions imposées par l'administration des prisons, quant à l'accès de PASAN à des détenus sur une base individuelle. Le soutien individuel pour des détenus séropositifs au VIH est possible, sur demande, mais nécessite la prise d'un rendez-vous à l'avance.

Les objectifs de l'initiative de PASAN sont de réduire les comportements qui exposent des personnes à un risque d'infection par le VIH ou le VHC; de rehausser l'accès à du matériel de prévention du VIH, du VHC et d'autres ITS; et de promouvoir la santé sexuelle. De plus, le contenu du programme aborde des facteurs sociaux et économiques liés à la discrimination, à la pauvreté, à la race, à l'orientation sexuelle, à la culture, au sexe et au genre, aux compétences langagières, à l'âge, à la capacité physique ou mentale ainsi qu'à la séropositivité.

Leçons à retenir

Les programmes fournis par des organismes communautaires sont des composantes essentielles de l'éducation aux détenus au sujet du VIH/sida, du VHC et de la réduction des méfaits. Plusieurs détenus ont signalé à PASAN qu'ils ne font pas tout à fait confiance au personnel des soins de santé de la prison, car ils ne considèrent pas qu'ils sont indépendants de l'administration et du service de sécurité de la prison. Certains détenus disent qu'ils sont mal à l'aise de poser certaines questions à des employés de santé à propos d'activités illégales ou interdites en prison — p. ex. au sujet des rapports sexuels, de l'injection de drogue et du tatouage.

L'éducation des détenus est une première étape importante pour les aider à protéger leur santé. La plupart des détenus qui ont participé à des séances d'information ont affirmé qu'ils seraient disposés à essayer l'application des stratégies de réduction des méfaits apprises dans le programme.

Dans les centres de détention qui abritent des détenus en attente de procès, l'on observe un taux élevé de roulement de la population, ce qui offre une occasion de première importance pour joindre un grand nombre de détenus par des programmes éducatifs.

Des séances d'éducation sur le VIH et le VHC devraient être disponibles sur une base régulière, pour les détenus. PASAN fournit des programmes hebdomadaires continus, dans les prisons établies à Toronto. Cette régularité permet aux détenus de connaître l'animatrice, de développer une relation de confiance et d'être à l'aise avec elle, et capables de poser des questions qu'ils ne poseraient peut-être pas à d'autres. L'animatrice réalise des programmes dans des prisons depuis plus de 10 ans et est très respectée des détenus et employés.

Il existe divers moyens de fournir de l'information à des détenus lorsqu'il n'est pas possible de les rencontrer tous en personne. L'animatrice laisse des dépliants, des livrets et des bulletins d'information. PASAN publie le bulletin trimestriel *Cell Count*,

qui est écrit par des détenus et ex-détenus, pour des détenus. Chaque numéro du bulletin présente de l'information sur le VIH, le VHC, le tatouage plus sécuritaire, l'usage plus sécuritaire de crack, le nettoyage de seringue, et autres éléments de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits qui présentent un intérêt pour les détenus. Des détenus et ex-détenus y publient des articles, des poèmes et des dessins.

Limites

Le personnel de PASAN a été informé par des détenus du fait que le personnel de prison ne les informe pas toujours des séances d'éducation à venir; et qu'il arrive qu'aucun employé de la prison ne soit disponible pour escorter des détenus jusqu'au lieu des séances.

L'absence de seringues stériles pour l'injection, d'aiguilles stériles pour le tatouage ainsi que d'autres instruments requis pour éviter la transmission du VIH et du VHC lors de ces activités, rend impossible de se protéger lorsque l'on s'y adonne en prison. L'accès à des condoms est limité — les détenus doivent en faire la demande au personnel, et un maximum de deux condoms à la fois est donné. On n'initie pas le traitement à la méthadone, on ne fait pas l'échange de seringues, on ne fournit pas de matériel stérile pour le tatouage et l'on ne donne pas accès à de l'eau de Javel.

Financement

Ville de Toronto, Toronto Public Health, AIDS Prevention Community Investment Program

Documents de référence

R. Lines, *Des pros pour les détenus — Un guide pour créer et réussir des actions communautaires contre le VIH/sida, pour les détenus*, PASAN, 2002.

Évaluation

Des formulaires d'évaluation sont remis aux détenus après chaque séance d'éducation; lorsque les participants sont incapables de remplir des évaluations par écrit en raison d'obstacles d'alphabétisation ou de langue, on demande leur feed-back verbalement. Les évaluations démontrent que 80 % des participants ont quitté la séance avec un niveau de connaissance plus élevé qu'avant la séance, au sujet du VIH/sida et des hépatites; et que 84 % des participants ont affirmé qu'ils mettraient à l'essai certaines des choses apprises lors de la séance (p. ex. usage de condoms et digues dentaires; pratiques de réduction des méfaits, dans la communauté et en prison). Dans le questionnaire, les réponses à « Qu'est-ce qui était bien de l'atelier » incluaient : « La franchise du programme », « informatif », « ouvert d'esprit », « prof facile à suivre », « m'a donné moins peur », et « bon endroit pour parler ouvertement ».

Le *Prison Outreach Program*, un programme d'intervention dans des prisons fédérales et provinciales

Contact :

Terry Howard
British Columbia Persons with AIDS Society
Prison Outreach Project
1107 Seymour Street, 2nd Floor
Vancouver, BC V6B 5S8
Tél. : +1 604 893-2281
Télec. : +1 604 893-2251
terry@bcpwa.org
www.bcpwa.org

Aperçu

Le Prison Outreach Program (POP) a été démarré en 1994 par un détenu de l'Établissement Mission, en C.-B. : Michael Linhart, un homme qui y purgeait une peine à vie, était assujéti à de la discrimination à cause de sa séropositivité au VIH. Il a pris contact avec la British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) et des bénévoles de la communauté, qui ont appuyé ses efforts et ont commencé à offrir du soutien à d'autres détenus d'établissements du SCC en C.-B. Lorsque M. Linhart a reçu sa libération conditionnelle et a réintégré la communauté, il a poursuivi son travail au sein du POP, qui venait d'être créé à la BCPWA.

Le POP fournit des services à des détenus, individuellement et en groupe. Il est doté d'une ligne sans frais qui fonctionne de 10 h 00 à 22 h 00, ce qui permet aux détenus séropositifs de parler avec des bénévoles s'ils ont besoin de soutien ou d'assistance. Le coordonnateur de l'intervention et les bénévoles fournissent de l'information individuelle sur la prévention du VIH/sida, de l'éducation sur la réduction des méfaits en prison, des services de plaidoyer et du soutien individualisé (au téléphone et en personne), à des détenus, hommes ou femmes, vivant avec le VIH/sida ou vulnérables à le contracter. Le coordonnateur à l'emploi de la BCPWA et les bénévoles organisent des visites mensuelles dans les établissements du SCC et des visites bihebdomadaires dans les prisons provinciales. Pendant ces visites, ils fournissent du soutien individuel, des conseils sur le plaidoyer en réponse à des violations de droits humains, ainsi que de l'assistance pour l'obtention de soins de santé. Ils participent aussi à la planification pré-libération.

Le POP fournit aussi des ateliers d'éducation sur la réduction des méfaits, la prévention du VIH et du VHC, les hépatites, les ITS et la promotion de la santé.

Depuis 2003, le POP sert des détenus dans neuf établissements du SCC et dans quatre prisons provinciales de la C.-B. Il a commencé à fournir des services à des détenues en 2004, avec l'ouverture de l'Établissement fédéral Fraser Valley pour femmes, et le réaménagement de l'Alouette Correctional Center for Women (ACCW) pour les détenues du ressort provincial.

Le POP implique des détenus dans tous les aspects de ses programmes, lorsque possible.

Leçons à retenir

Il est essentiel d'impliquer des détenus dans tous les aspects des programmes. Le POP a développé de solides liens avec des détenus en les impliquant dans les phases du développement et de la réalisation de tous les programmes de soutien qui leur sont destinés.

En développant une relation de travail avec l'administration carcérale, le POP est parvenu à accroître l'accès des détenus à des services, et à développer une plus grande coopération de l'administration dans la fourniture de programmes identifiés par les détenus.

Il est important d'avoir un solide cadre de travail, pour la réalisation des programmes. Le POP a constaté que la régularité, l'intégrité, le respect et, par-dessus tout, le fait de ne pas perdre de vue pour qui il fait son travail (les détenus vivant avec le VIH/sida ou vulnérables), sont les ingrédients centraux qui imprègnent ses programmes et services.

Le POP varie le contenu éducatif selon la population à laquelle il s'adresse. Il a identifié l'importance des aspects de la culture et du genre sexuel, dans l'éducation auprès des détenus. Les besoins particuliers en ce sens sont intégrés dans le cadre de travail.

Limites

L'insuffisance du financement limite les programmes communautaires. Le POP manque de fonds pour ses besoins en personnel, en transport et en matériel de formation. Il n'est donc pas capable de combler la demande de services qui lui vient du bassin auquel il s'adresse.

Bien que le personnel du POP puisse éduquer les détenus sur les risques associés au partage de matériel d'injection de drogue et au tatouage dans des conditions d'hygiène inadéquates, il ne peut pas leur fournir de seringues stériles pour l'injection et de matériel stérile pour le tatouage.

Financement

Jusqu'en 2005, le POP était financé par le budget d'opérations de la BCPWA. Depuis, il a reçu une subvention du Programme communautaire d'action contre le sida (PACS) de l'Agence de santé publique du Canada. Il a également reçu quelques bourses, plus modestes, de fondations et de Roche Pharmaceutical.

Documents de référence

N/D

Évaluation

Une évaluation du projet « Entry to Exit », financé par le PACS, est en cours et sera complétée en mars 2007. Les rapports intérimaires du projet démontrent que le POP a dépassé les objectifs visés et les mesures de résultats, pour les six « trimestres » évalués, du projet de deux ans. Des données longitudinales, qualitatives et statistiques ont été colligées, depuis 2003, sur toutes les facettes de ses services. Aucune compilation formelle de ces données n'a été réalisée.

Un organisme communautaire fournit de l'éducation sur la drogue et la réduction des méfaits à des détenus de ressort provincial

Contact :

Sandra Johnson
Streetworks
Boyle Street Co-op
10116-105 Ave
Edmonton, AB T5H 0K2
Tél. : +1 780 422-7333 (poste 1)
Télééc. : +1 780 425-2205

Aperçu

Le personnel de première ligne des programmes en prison, à l'Edmonton Remand Centre, a identifié la nécessité d'une meilleure éducation aux détenus sur l'usage de drogue et la réduction des méfaits. En 2002, l'organisme Streetworks a été invité dans cette prison pour fournir de l'éducation sur le VIH/sida, les hépatites et les ITS. Une employée de Streetworks (Sandra Johnson), accompagnée d'une infirmière de la communauté en matière d'ITS, a commencé à visiter les détenus sur une base hebdomadaire. L'infirmière en ITS offrait et administrait des tests du VIH et du VHC, et l'employée de Streetworks fournissait de l'éducation aux détenus, dans leurs aires de vie. Bien que l'infirmière ne visite plus la prison, Mme Johnson y va encore une fois par semaine pour un programme d'une heure. Elle parle des hépatites A, B et C, du VIH/sida et de la réduction de méfaits. En général, chaque séance d'information attire une dizaine de participants; à certaines visites, elle donne deux séances.

Les chargés de programmes de la prison servent de liaison pour Streetworks et lui facilitent toutes les visites dans l'établissement; ils s'occupent notamment des passes de sécurité et d'organiser les visites dans les unités. De plus, les gestionnaires des unités annoncent le programme, ce qui favorise la participation volontaire des détenus. Streetworks apporte des dépliants sur la réduction des méfaits, le VIH/sida et l'hépatite C, et en laisse des exemplaires additionnels pour les détenus qui n'ont pas assisté à l'atelier. Bien qu'un chargé de programme assiste à toute la séance d'une heure, les détenus acceptent cette présence puisqu'il ne s'agit pas d'un gardien. Le personnel de Streetwork explique clairement que les détenus peuvent téléphoner au bureau de Streetworks pour d'autres conseils et renseignements confidentiels.

Le programme de Streetworks en prison aide aussi des détenus à essayer de demeurer en meilleure santé et en sécurité pendant leur détention et après leur remise en liberté. Il le fait par un plaidoyer, tant sur le plan individuel que systémique, visant à ce que les détenus aient accès à tout ce dont ils peuvent raisonnablement avoir besoin pour demeurer en santé. Streetworks fait souvent des appels téléphoniques et envoie des lettres pour rehausser l'accès des détenus à des services.

Leçons à retenir

Streetworks et son personnel jouissent d'une bonne réputation auprès des détenus, en partie à cause de leur travail dans la communauté, que plusieurs détenus connaissent.

Une implication démontrée et visible du système carcéral, dans le programme, résout les préoccupations du personnel de la prison à l'égard de la présence d'organismes de l'extérieur pour du travail dans l'établissement. Le fait qu'un chargé de programme de

la prison accompagne le personnel de Streetworks résoud les préoccupations liées à la sécurité, parmi le personnel de sécurité de la prison. Un autre élément important est que le chargé de programme de la prison jouit d'une bonne relation de travail avec le personnel de sécurité; ce lien est fondé sur un respect de l'équipe de sécurité ainsi que des règles de la prison. En outre, cette personne entretient une relation de coopération et de confiance avec le personnel de sécurité, en partageant avec lui l'information apportée en prison par Streetworks.

L'éducation du personnel de prison, en particulier le personnel de sécurité, est un important facteur pour paver la voie à des programmes d'éducation pour les détenus. Plus le personnel de sécurité est informé sur la réduction des méfaits, plus il appuie le programme de Streetworks. Ceci permet un accès plus facile aux unités de vie et un appui plus solide à l'ensemble du programme.

Limites

Le manque de financement et de ressources est une importante limite pour Streetworks. Le financement qu'il reçoit à l'heure actuelle lui permet de visiter l'Edmonton Remand à raison d'une heure par semaine. Avec une population de 700 détenus et un roulement élevé, il n'est pas possible pour Streetworks de joindre une grande partie de la population de la prison.

Le nonaccès à du matériel stérile pour l'injection et le tatouage rend difficile aux détenus de protéger leur santé en prison et d'agir de manière sécuritaire en la matière. Le personnel de Streetworks signale que les détenus n'ont pas accès à de l'eau de Javel ni à des seringues stériles.

Un centre de détention provisoire est un milieu à fortes mesures de sécurité. Ceci rend difficile d'y réaliser des programmes. Il peut y avoir une longue attente, avant que les détenus soient amenés à l'endroit où le programme est fourni, et la capacité du personnel de programme communautaire d'aller dans les unités de vie des détenus peut être restreinte.

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Un organisme communautaire intéresse des détenus à l'éducation à l'aide de jeux spécialement conçus

Contact :

Sylvain Turgeon / Manon Lacroix

Centre Option-Prévention Toxicomanie-Violence-Délinquance-Sida (TVDS)

615, rue Provost, app. 3

Lachine, QC H8S 1M5

Tél. : +1 514 634-7899

Télec. : +1 514 634-8521

tvds@bellnet.ca
www.tvds.ca/html/mainnav.swf

Aperçu

En 1993, un intervenant (Sylvain Turgeon) du Centre Option-Prévention Toxicomanie-Violence-Délinquance-Sida (TVDS) a créé une adaptation du jeu de Serpents et échelles en l'axant sur l'enseignement d'idées sur la prévention du VIH. Il a mis le jeu à l'épreuve dans des écoles et observa un franc succès. En 1997, TVDS a présenté le jeu à Santé Canada (division du Québec) et a reçu des fonds pour visiter des prisons fédérales et y réaliser un programme d'éducation misant sur ce jeu. Au cours du premier trimestre du programme, 100 détenus, dans 10 prisons, ont participé. En cinq ans, le programme a joint 2 500 détenus participants. Le même intervenant a également utilisé un jeu de bingo adapté au thème de la réduction des méfaits. Il incite les détenus à participer aux jeux, en offrant de petits prix de participation comme des barres de chocolat. Par ailleurs, TVDS a maintenant formé plusieurs bénévoles pour aller dans des prisons, sur une base hebdomadaire, afin de présenter des séances d'information sur le VIH/sida, la santé sexuelle, le perçage corporel et le tatouage.

M. Turgeon a travaillé aussi à éduquer les détenus sur le tatouage et les risques qu'il comporte en prison. Dans cette formation, il a été accompagné par un tatoueur local (du salon Tatouage artistique). TVDS signale que cette initiative a été très bien reçue par les détenus et le personnel de prison.

Leçons à retenir

L'éducation sur la réduction des méfaits est l'un des efforts les plus importants pour contribuer à promouvoir la santé des détenus. TVDS a constaté qu'après quelques séances d'éducation, des détenus avaient rapporté des instruments dont ils avaient compris le caractère dangereux (seringues/aiguilles souillées, pistolets à tatouage, etc.).

L'éducation par des moyens créatifs et les petites récompenses intéressent des détenus. Les visites en prison et l'éducation par le jeu constituent une méthode efficace pour enseigner aux détenus la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits. Diverses personnes apprennent de diverses manières, et cette pratique promet d'être un moyen efficace de travailler avec des détenus. De petites « récompenses », comme des barres de chocolat, s'avèrent un bon moyen pour encourager la participation des détenus.

La formation adéquate des bénévoles et employés de TVDS est un élément crucial à la longévité et à la réussite du programme. Sylvain a appris qu'il est très important qu'il partage avec les autres personnes de TVDS les connaissances qu'il a acquises dans son travail pour ce programme. Ceci inclut de former des bénévoles sur la manière de se comporter en prison (respect des règles, code vestimentaire, limites etc.). Un mentorat solide implique que lorsqu'il quitterait l'organisme, les autres sauraient eux aussi comment réaliser le programme avec efficacité.

Une fois développée, une bonne relation de travail entre un organisme communautaire et des établissements du SCC [i.e. fédéraux] n'entraîne pas nécessairement qu'il sera plus facile pour l'organisme de commencer à travailler avec des prisons provinciales. TVDS a rapidement constaté que le système québécois de détention est organisé très différemment de celui du SCC — et qu'il est plus compliqué de travailler dans le système des prisons du Québec.

Limites

TVDS signale qu'au cours des premières années du programme (de 1993 à 1997) il a fallu beaucoup d'effort, en tant que petit organisme communautaire, pour développer un partenariat avec des prisons du SCC. À l'époque, au Québec, peu d'organismes communautaires visitaient des prisons fédérales pour des programmes sur le VIH/sida, le VHC et la réduction des méfaits, voire aucun. Le personnel des prisons visitées par TVDS était réticent à reconnaître que des détenus avaient des comportements à risque, criminels ou contraires aux règles du système carcéral. Par conséquent, le personnel de prison ne pouvait pas reconnaître complètement la nécessité d'éducation pour réduire ces comportements à risque et les méfaits qu'ils comportent; et il n'y avait pas de pratique acceptée ou de modèle, pour les partenariats entre la communauté et le SCC en ce qui a trait à des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Cette limite initiale a été vaincue.

Le manque de fonds et le manque de stabilité du financement créent une embûche pour les programmes et le personnel. Par exemple, TVDS signale que le financement du programme a été réduit, en 2004, malgré le fait qu'en 2003 il ait fourni des séances de formation dans 11 prisons et 18 maisons de transition (ainsi que 25 centres de désintoxication). Il est toujours difficile de réaliser un programme ambitieux lorsque l'on n'a qu'un employé qui s'y consacre, et aucun financement pour des employés additionnels, des dépenses de déplacement et d'autres frais connexes.

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

N/D

Une prison fédérale consacre des ressources à l'éducation sur la santé pour les détenus nouvellement admis

Contact :

Chief of Health Services
Stony Mountain Institution
P.O. Box 4500
Winnipeg, MB R3C 3W8
Tél. : +1 204 344-5111
Télec. : +1 204 344-7100

Aperçu

Choisir la santé dans les prisons (CSP) est un programme volontaire offert par le SCC. Chaque détenu qui arrive dans un établissement correctionnel fédéral est admissible à ce programme. Le personnel de santé de l'Établissement Stony Mountain a promu au rang de priorité l'objectif que le plus grand nombre possible y participe. Le programme est fourni à toutes les deux semaines, par une animatrice désignée (Andrea

Rees-Bergman); sa complétion nécessite cinq journées complètes, au cours desquelles les détenus reçoivent quand même leur paie régulière. Quatre-vingt-quatorze p. cent (94 %) de la population entrante suit le programme. Les détenus qui ne peuvent y participer (parce qu'ils ne peuvent être mixés aux autres) se voient remettre une trousse de sensibilisation à l'admission, dans leurs quartiers de ségrégation, et on leur explique qu'ils peuvent poser des questions en tout temps.

Le programme aborde l'information sur le VIH/sida, l'hépatite C, les ITS, la réduction des méfaits et d'autres questions de santé. L'animatrice actuelle signale que chaque groupe est différent, et qu'elle s'adapte à chaque fois. Elle a recours à tous les modes d'enseignement (audio, visuel, verbal, kinesthésique, écrit) — propose des jeux, présente des vidéos, etc. — pour maintenir l'intérêt du groupe à l'égard de l'apprentissage. Une partie du contenu porte sur le milieu carcéral, et des pairs participent à expliquer comment demeurer « en sécurité » dans le milieu carcéral. Les gardiens de la prison ne demandent jamais à l'animatrice quels sujets elle aborde dans ses séances, et elle explique clairement aux détenus que le rôle de l'éducation à la santé n'est pas la sécurité.

Leçons à retenir

Une éducation approfondie et intensive au sujet de la prévention du VIH et du VHC peut inciter des détenus à demander un test du VIH et/ou du VHC, et à protéger leur santé. En raison du programme CPS, dans cet établissement, environ 85 % des détenus ont passé le test du VIH; on observe un taux aussi élevé de vaccination contre les hépatites A et B.

Le recours à l'intervention de pairs, dans l'éducation aux détenus, est une méthode pédagogique efficace. L'animatrice du CPS y a recours pour entretenir les détenus des choses à faire pour être en sécurité en prison. Les détenus nouvellement admis dans le système correctionnel comprennent mieux les risques associés à certaines activités.

L'implication positive du personnel de santé de la prison procure au programme une plus grande efficacité. L'unité de santé de l'Établissement Stony Mountain gère son budget de manière à avoir dans la prison un poste d'infirmier-éducateur à temps plein. Aucun autre établissement du SCC n'est doté d'un tel poste. La présence d'un infirmier-éducateur à temps plein permet de disposer de suffisamment de temps pour se concentrer sur l'éducation des détenus. L'employé de la prison qui est chargé de l'admission des détenus considère le programme comme une priorité, ce qui contribue au taux élevé de complétion. L'agent d'admission veille à ce que le programme CPS soit inclus dans le processus d'admission, comme d'autres programmes.

Limites

N/D

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Initiative communautaire

Mooky Cherian

Coordonnateur du programme provincial

Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida

489, rue College, bureau 500

Toronto, ON M6G 1A5

Tél. : +1 416 920-9567

Télé. : +1 416 920-4314

mooky@pasan.org

www.pasan.org

Aperçu

PASAN est le seul organisme communautaire au Canada dont le mandat porte exclusivement sur les services de soutien et d'éducation à la prévention du VIH/sida et de l'hépatite C, à l'intention des détenus, ex-détenus, jeunes en détention et membres de leurs familles.

Son coordonnateur de l'« intervention en dedans », Mooky Cherian, est responsable d'augmenter le nombre d'organismes de lutte au VIH/sida et communautaires offrant des services aux détenus et ex-détenus. Cela se fait principalement par le biais de partenariats et de programmes de formation. La formation pour les organismes communautaires inclut de l'information sur les différences entre les systèmes de prisons fédérales et provinciales; le racisme; les détenus autochtones; les femmes en prison; les personnes transgenre/transsexuelles en prison; le VIH et le VHC en prison; la réduction des méfaits en prison; le traitement à la méthadone; l'usage de drogue; le tatouage et le perçage corporel; l'activité sexuelle; la promotion de la santé; le plaidoyer; l'établissement de liens de confiance avec des détenus; la communication; les obstacles; les alliés; et d'autres aspects de l'éducation en prison ou du démarrage de programmes pour des détenus.

Les pairs constituent un élément important du programme de formation. Le coordonnateur est accompagné d'un pair (détenu ou ex-détenu) à chacune de ses séances d'éducation, afin que les participants puissent entendre une perspective de première main sur les besoins des détenus. Cette composante du projet aide à mettre l'information en contexte.

Le coordonnateur fournit aussi de la formation en prison et sert de ressource à des organismes communautaires et de lutte au VIH/sida, sur des enjeux liés au travail en prison.

Leçons à retenir

Il est important que les organismes communautaires comprennent le mode de fonctionnement du système carcéral. Plusieurs organismes connaissent peu ce milieu et pourraient tenter d'y démarrer des programmes sans vraiment en comprendre la dynamique.

Avant qu'un organisme puisse réaliser des programmes pour des détenus, il doit se doter de certaines politiques particulières et prendre des décisions à l'interne.

La participation de pairs, dans l'éducation, est essentielle au succès d'un programme. Le coordonnateur a observé que le fait d'impliquer des pairs dans son travail a aidé des organismes communautaires à comprendre l'impact d'un séjour en prison sur la vie d'une personne.

Limites

Le rendement du programme est limité par le manque de financement. Le coordonnateur est financé pour livrer une formation initiale, mais aucun financement n'est destiné au suivi auprès des organismes. Il n'est pas capable, par ailleurs, de fournir les programmes à des organismes de régions éloignées, en Ontario, ni de fournir de formation et de soutien sur une base continue.

Afin de satisfaire des besoins des détenus, les organismes communautaires ont besoin de financement. Le coordonnateur observe que plusieurs organismes seraient disposés à travailler en prison mais ne reçoivent pas de fonds pour le démarrage de programmes. Par exemple, la plupart des organismes n'ont pas les moyens d'accepter les coûts d'appels à frais virés, ou de payer le déplacement pour visiter les prisons.

Financement

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Bureau de lutte contre le VIH/sida

Documents de référence

R. Lines, *Des pros pour les détenus – Un guide pour créer et réussir des actions communautaires contre le VIH/sida, pour les détenus*, PASAN, 2002.

Anne Marie DiCenso, Giselle Dias et Jacqueline Gahagan, *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, PASAN, 2003.

Formation, éducation et développement professionnel pour le personnel carcéral

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Les Lignes directrices de l'OMS recommandent que le personnel pénitentiaire reçoive de l'information sur le VIH/sida et les moyens d'en prévenir la propagation, avec des considérations particulières des risques de transmission dans le milieu carcéral. Il y est recommandé que le personnel reçoive cette information au cours de la formation initiale, puis sur une base régulière; et qu'il soit consulté, incité à participer à l'élaboration de matériel d'éducation, et impliqué dans la dissémination d'information aux collègues. En outre, ces lignes directrices précisent que l'éducation sur le contrôle des infections devrait mettre l'emphase sur les précautions universelles [Lignes directrices de l'OMS, 14, 15, 17, 18, 19].

Le Cadre de l'UNODC recommande dix actions, de grande portée, au sujet de la formation et du soutien au personnel en matière de VIH/sida. L'Action 81 [p. 27], la première de ces recommandations est la suivante :

Fournir de l'éducation sur le VIH/sida et d'autres maladies transmissibles, leurs voies de transmission en milieu de travail, la confidentialité, l'usage de drogue, les mesures de prévention du VIH, le test du VIH et les occasions de traitement, le traitement de la dépendance à la drogue, les précautions universelles et l'usage de matériel de protection ainsi que le raisonnement et le contenu des règles et politiques des prisons en ce qui touche le VIH/sida, à tous les employés de prison dans le cadre de leur formation initiale; et mettre à jour cette formation de manière régulière au cours de l'emploi. Veiller à ce que le personnel complet reçoive une formation régulièrement. [trad.]

Le Cadre recommande aussi que le personnel soit consulté au sujet du développement du matériel et des programmes d'éducation, et des moyens pour les réaliser [Action 82; p. 27]. Sous un angle concret, il est recommandé que les autorités carcérales veillent à ce que tous les employés de prison se voient fournir gratuitement les vaccinations contre l'hépatite B [Action 88; p. 28].

Le CESP a recommandé que l'on donne au personnel du SCC de l'information écrite et des séances d'éducation impliquant la participation d'experts et organismes de l'extérieur, au sujet du VIH/sida et des précautions universelles [recommandation 7; p. 107–108].

Observations

L'éducation du personnel de prison — employés à la santé, à la sécurité et aux programmes — au sujet des infections transmissibles par le sang, de l'usage de drogue et de la réduction des méfaits, est un élément important pour développer une base propice aux programmes de réduction des méfaits pour les détenus. C'est aussi une composante vitale de la formation du personnel en matière de santé et sécurité au travail. Nous avons observé qu'à l'heure actuelle, tant dans les politiques que les programmes, la vaste majorité de l'éducation du personnel en ce qui touche la santé et la sécurité au travail se concentre sur le VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang. Bien que cette éducation soit vitale pour protéger les employés des risques du milieu, on devrait aussi leur fournir de l'éducation sur la réduction des méfaits pour les détenus, afin de promouvoir la compréhension et l'acceptation des programmes de réduction des méfaits.

Une éducation informelle des employés quant à la réduction des méfaits, souvent sur une base individuelle, est donnée dans plusieurs prisons par des détenus, des organismes communautaires et des employés de santé de la prison. Cependant, dans l'ensemble des politiques et des ressorts que nous avons examinés, on pourrait faire davantage pour fournir des programmes qui abordent globalement les infections transmissibles par le sang, l'usage de drogue, la réduction des méfaits, la santé et la sécurité au travail ainsi que les liens entre tous ces enjeux. Cas d'exception, l'organisme HIV Edmonton a entrepris un rôle actif dans la tentative d'éduquer des employés de prisons provinciales sur les enjeux du VIH/sida, du VHC et de la réduction des méfaits. L'organisme a réalisé deux congrès pour le personnel de prison. Ces occasions étaient soutenues par le bureau du Solliciteur général de l'Alberta, qui a souligné aux employés de prison l'importance des programmes et

l'appui dont ils bénéficiaient aux échelons supérieurs. Dans le cadre de nos entrevues, nous avons constaté que plus le personnel de prison est éduqué sur les infections à transmission par le sang, et sur l'usage de drogue, la réduction des méfaits et la santé et la sécurité au travail, moins il est susceptible de laisser les préoccupations de sécurité éclipses les questions de santé. Le personnel des prisons est devenu beaucoup plus disposé à participer au dialogue et entretenait en général moins de craintes.

Le SCC a également développé un matériel approfondi pour la formation du personnel et a donné des séances de formation aux quatre coins du pays pour soutenir la mise en œuvre de sa politique sur l'entretien à la méthadone (Directive du commissaire n° 800-1, *Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002)). Ce matériel a été mis à jour en 2005, pour former le plus grand nombre possible d'employés régionaux et de prisons, en ce qui a trait à la méthadone, à l'échelle nationale. Les thèmes abordés incluent des renseignements généraux sur les détenus et l'abus de drogue, la réduction des méfaits, un aperçu complet entourant la méthadone, le traitement à la méthadone en prison, un examen des rôles et responsabilités du personnel de prison, la résolution de problème, la gestion des détenus qui ont des troubles mentaux, et un modèle d'intervention réussie par le traitement à la méthadone. Pour compléter les séances de formation en personne, des enregistrements VHS et DVD de ces séances ont été mis à la disposition du personnel. (Pour plus de détails sur ce matériel de formation, consulter les tableaux « Aperçu des politiques » et « Aperçu de programmes sélectionnés »).

À l'heure actuelle, les employés de prisons ont une gamme d'occasions de formation sur les infections transmissibles par le sang ainsi que sur l'usage de drogue, la réduction des méfaits et la santé et la sécurité au travail. Le SCC offre un module informatisé d'apprentissage sur les maladies infectieuses, à l'intention des employés de services autres que les soins de santé, et ce module est obligatoire pour toutes les recrues aux fonctions d'agent correctionnel.⁷⁸ Les employés des soins de santé ont la plus vaste gamme d'occasions de formation — tant en lien direct avec le milieu carcéral que dans une optique plus générale, par des programmes de développement professionnel et des congrès nationaux et internationaux sur des thèmes pertinents. Les occasions de formation professionnelle semblent varier d'un ressort à l'autre; il n'existe pas de congrès annuel canadien sur la santé des détenus, les maladies infectieuses et la réduction des méfaits en prison. Cependant, il s'agit de points importants de coopération et de coordination entre ressorts. Plusieurs ressorts sont disposés à accueillir du personnel carcéral d'autres ressorts dans le cadre de leurs activités de formation, et de telles occasions semblent être diffusées, en partie, par le biais du mécanisme fédéral-provincial-territorial (FPT) sur les prisons.

Par exemple, la formation nationale 2005 du SCC en matière de méthadone était ouverte aux membres du Groupe de travail FPT des responsables correctionnels sur la santé ainsi qu'à des employés de prisons provinciales.⁷⁹ Un autre exemple de coordination est la British Columbia Corrections' Annual Corrections Health Care Conference [congrès annuel du service correctionnel de la Colombie-Britannique sur les soins de santé en prison] : les employés de prison et d'administration carcérale de tous les ressorts canadiens y sont invités. Ce congrès de quelques jours est le seul colloque régulier au Canada en matière de soins de santé en prison. Il attire une gamme de professionnels des soins de santé en prison et d'autres professionnels (notamment des infirmières et infirmiers, médecins, psychologues, conseillers en matière d'alcoolisme et de drogue, dentistes, pompiers, techniciens paramédicaux, gestionnaires de prisons, fonctionnaires chargés des prisons et de la santé, et intervenants d'organismes communautaires). Annuellement, ce congrès offre des séances de formation sur diverses facettes de la prévention, des soins, des traitements et du soutien relatifs aux pathogènes transmissibles par le sang, notamment le VIH, les hépatites et autres ITS. En 2007, des détenues de l'Alouette Correctional Center for Women de la Colombie-Britannique y participeront et présenteront des exposés au sujet de leur propre recherche participative en matière de santé (décrite plus bas).

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Correspondance personnelle avec la D^{re} Diane A. Rothon, directrice médicale, British Columbia Corrections.

Politiques habilitantes

Les politiques suivantes sont propices à la prévention du VIH et du VHC en prison.

- Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Disease — AIDS and HIV 20.15.03* (26 janvier 2004). Cette politique fait en sorte que chaque directeur de prison est « responsable d'assurer que tous les employés sont orientés vers les procédures de contrôle d'infections transmissibles ainsi que de prévention du VIH et d'autres maladies infectieuses; et que cette formation soit mise à jour au besoin ... » [trad.]

Programmes exemplaires et prometteurs

Un organisme de lutte au sida forme des gardiens de prison pour la prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits

Contact :

Debra Jakubec
HIV Edmonton
#300–11456 Jasper Avenue
Edmonton, AB T5K 0M1
Tél. : +1 780 488-5742
Télééc. : +1 780 488-3735
director@hivedmonton.com
www.hivedmonton.com

Aperçu

En 2005–2006, HIV Edmonton, de concert avec le Public Health Awareness Task Group of Non-Prescription Needle Use (NPNU) Consortium [Groupe de travail sur la sensibilisation à la santé publique du Consortium sur l'utilisation non prescrite de seringues], a organisé un congrès intitulé : *Corrections Conference: Taking Care of Ourselves: A Seminar About HIV, AIDS, and Hepatitis Prevention in Prison* [Congrès correctionnel — Prendre soin de nous : un séminaire sur la prévention du VIH, du sida et des hépatites en prison].

Le congrès avait pour but de promouvoir la sensibilisation à la prévention des maladies infectieuses et à la réduction des méfaits, ainsi que d'autres programmes connexes, en prison, en partenariat avec le service correctionnel de l'Alberta. Des gardiens de prisons étaient préoccupés par leur risque d'être exposés à des pathogènes hématogènes. Les gardiens et autres employés de prison ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre de stratégies de réduction des méfaits dans leur milieu de travail. Les objectifs de l'atelier, à court et à moyen terme, étaient de rehausser la sensibilisation, la compréhension et l'acceptation, parmi les employés de prison, à l'égard des réalités liées aux pathogènes et aux programmes de réduction des méfaits — et de déboulonner les mythes sur ces enjeux. L'événement consistait en un atelier de formation d'une journée complète, auquel ont participé 24 agents de l'Alberta Correctional Services. Plusieurs conférenciers d'expérience en lien avec ces pathogènes, la réduction des méfaits, les populations autochtones, et dans le travail de terrain auprès de populations à risque élevé, ont présenté des exposés. Les thèmes

étaient notamment des pathogènes hématogènes (VIH, VHB et VHC), les pratiques de routine, la prophylaxie post-exposition, les populations autochtones, l'entretien à la méthadone et la réduction des méfaits.

Leçons à retenir

L'appui des plus hauts échelons de l'administration est essentiel à celui du personnel de prison et à son implication dans un programme. La *Corrections Conference* a réussi à réunir des employés de plusieurs prisons de l'Alberta parce qu'elle était appuyée par le bureau du solliciteur général. Cela signifie que les agents étaient rémunérés pour y participer, que la location du lieu était payée et qu'un représentant du bureau du solliciteur général a prononcé le discours d'ouverture. HIV Edmonton considérait que cette implication du plus haut échelon d'Alberta Correctional Services était essentielle à la réussite du projet.

Limites

Les contraintes financières peuvent limiter les occasions de formation. Avec d'autres fonds, HIV Edmonton aurait pu arriver à former un plus grand nombre d'employés par la même formule.

Financement

Santé Canada, financement de projets régionaux sur l'hépatite C

Documents de référence

N/D

Évaluation

Un formulaire d'évaluation a été remis à chaque participant, à la fin de l'atelier. La majorité des participants considéraient que l'atelier avait comblé leurs besoins, que les objectifs de l'atelier étaient clairs, que le matériel avait été présenté de manière claire et logique, et que les formateurs avaient une connaissance évidente de leur domaine et étaient ouverts aux questions. La majorité des participants étaient satisfaits de l'information qu'ils avaient reçue et considéraient avoir rehaussé leur compréhension du VIH et de l'hépatite. Ils ont signalé avoir une meilleure compréhension des manières de se protéger, de même que de la réduction des méfaits. Plus de la moitié des participants ont dit qu'ils souhaiteraient appliquer des stratégies de réduction des méfaits dans leur milieu de travail et qu'il était important de le faire.

Besoins particuliers à des populations : femmes incarcérées

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Les Lignes directrices de l'OMS affirment qu'« [u]ne attention particulière devrait être donnée aux besoins des femmes incarcérées » et que le personnel devrait être formé pour « faire face aux problèmes psychosociaux et médicaux associés à l'infection à VIH chez les femmes » [Ligne directrice 44]. Certains des services particuliers qui devraient être mis à la disposition des détenus incluent des consultations gynécologiques avec une attention particulière aux ITS, un counselling en planification des naissances, les soins appropriés pendant la grossesse, les soins aux enfants, et la fourniture de condoms et autres contraceptifs [Directives 44–46]. Comme principe général, le Cadre de l'UNODC souligne qu'il est essentiel que les programmes et services soient adaptés aux besoins particuliers des populations vulnérables ou minoritaires, au sein du système carcéral; ceci inclut les femmes incarcérées, qui devraient par conséquent être l'objet d'une attention et d'une priorité particulières dans le développement de services liés au VIH/sida.⁸⁰ En ce qui concerne particulièrement ces femmes, le Cadre de l'UNODC recommande des initiatives qui « reflètent le fait que, dans plusieurs pays, les femmes sont aux prises avec une plus grande vulnérabilité [que les hommes] devant l'infection par le VIH, ont des taux plus élevés d'infection à VIH que les détenus de sexe masculin, s'engagent dans des comportements à risque de manière différente de ces derniers, et purgent en général des peines plus brèves qu'eux » [trad.] [Action 56; p. 24].

Le CESP a recommandé que le SCC fournisse aux détenues, dans les établissements fédéraux, des programmes d'éducation et de prévention conçus spécialement pour elles; qu'il assure la mise en œuvre de programmes pour aider à habiliter les femmes en prison et à réduire leur vulnérabilité aux abus, à l'infection par le VIH et à l'usage de drogue; et qu'il assure que ces programmes soient développés avec la participation de la communauté et de pairs. Le CESP a également recommandé qu'une information adéquate ainsi que du counselling et du soutien appropriés soient fournis aux détenues enceintes [recommandation 13; p. 135].

En 2003, le PASAN a publié *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*.⁸¹ Le rapport présente des constats et recommandations, à l'issue d'une étude quantitative évaluative auprès de 156 femmes incarcérées dans neuf prisons fédérales (soit environ 40 % du total de la population féminine des prisons fédérales à ce moment), à travers le pays. La recherche a examiné les perceptions et expériences de vie des participantes en ce qui touche la prévention du VIH et du VHC ainsi que les soins, les traitements et le soutien connexes. Entre autres thèmes, le rapport contient des recommandations sur l'éducation à la prévention, les programmes de réduction des méfaits ainsi que le test du VIH et du VHC. On y signale qu'une détenue sur quatre avait des rapports sexuels sans protection, qu'une sur quatre pratiquait le tatouage et qu'une sur cinq s'injectait des drogues.⁸² Certaines des recommandations d'*Ouvrir notre avenir* sont axées sur les besoins particuliers des détenues en ce qui touche la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits :

- L'accès à des programmes spécifiques d'éducation des femmes sur la prévention du VIH et du VHC doit être élargi et rendu uniforme dans tout le système. Des programmes en la matière, par le Service correctionnel et par des organismes de la communauté, doivent être offerts sur une base continue.
- Des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant doivent être accessibles de manière uniforme et soutenue, dans tout le système. En particulier, digues dentaires et lubrifiant

⁸⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13.

⁸¹ A. Dicenso, J. Gahagan et G. Dias, *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, PASAN, 2003, p. 4-5. Voir aussi L. Rehman et coll., « Harm reduction and women in the Canadian national prison system: policy or practice? », *Women Health* 40(4) (2004) : 57-73.

⁸² *Ouvrir notre avenir, ibid.*, p. 4

doivent être fournis et faciles d'accès. L'accès aux mesures requises pour la pratique du sécurisexe doit être conforme aux normes prescrites dans la Directive 821 du commissaire, et ne pas nécessiter la demande à un employé.

- Le SCC devrait surveiller la mise en œuvre de la phase II de sa politique sur le traitement à la méthadone, afin d'assurer aux femmes, dans tout le système, un accès équitable au programme. Des efforts devraient être faits pour éduquer les femmes au sujet des critères de sélection du programme et au sujet de la démarche pour y accéder.
- On devrait élaborer et disséminer de l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre, ainsi que sur des alternatives sécuritaires à ces comportements. (« Taillade/balafre » est l'expression utilisée pour traduire l'activité nommée en anglais *slashing*, une forme d'automutilation au moyen de lames ou objets tranchants pour faire des coupures sur la peau.⁸³) On doit réellement mettre en œuvre des réactions non punitives à l'égard des femmes qui pratiquent l'automutilation, plutôt que de se limiter à élaborer des politiques.

Observations

Les prisons pour femmes sont généralement plus petites que celles pour hommes, et elles sont habituellement à niveaux multiples de sécurité (i.e. maximum, moyenne et minimum, dans un même établissement). Plusieurs prisons fédérales pour femmes sont situées hors des grandes villes, ce qui réduit le nombre d'organismes communautaires pouvant aller y fournir des programmes. Les organismes communautaires qui s'occupent des besoins de femmes en prison peuvent devoir parcourir de grandes distances pour faire leur travail, et ne sont généralement pas remboursés pour les coûts de transport. Lorsqu'il y a plus d'un niveau de sécurité dans une prison, il peut être difficile de joindre les détenus dans les secteurs vie à sécurité maximale. Les détenues dans les unités à sécurité maximale sont ségréguées des autres femmes et vivent pratiquement isolées; elles ne sont pas autorisées à être avec les femmes des niveaux de sécurité moindre. En conséquence, les organismes communautaires doivent organiser plusieurs séances de groupe; s'ils ne le font pas la même journée, cela occasionne pour eux des visites plus fréquentes. Une population moindre dans la prison peut aussi entraîner un bassin moindre de participantes aux programmes. Si les organismes de la communauté ont l'impression qu'ils n'arrivent pas à attirer les détenus aux ateliers, ils peuvent venir à considérer que ces séances de groupes ne valent pas l'effort. Les bailleurs de fonds désirent souvent que le groupe de participantes soit plus grand, avant d'approuver un octroi de fonds supplémentaires; les programmes en prison ne permettent pas toujours d'atteindre un tel nombre de participantes. Ces facteurs entravent l'accès des femmes aux programmes dont elles ont besoin.

Le Programme de counselling et d'éducation par les pairs (PCEP), du SCC, a un volet pour femmes qui aborde des besoins particuliers de celles-ci. Cependant, plusieurs des prisons fédérales pour femmes que nous avons examinées n'avaient pas de PCEP en fonction. De plus, l'accès à des digues dentaires et à de l'eau de Javel était inconsistant, dans les prisons fédérales pour femmes. Dans l'une d'entre elles, deux machines sur trois qui sont destinées à dispenser de l'eau de Javel ne fonctionnaient pas et il n'y avait pas de condoms disponibles. Dans certaines prisons fédérales pour femmes, certaines détenues étaient hautement qualifiées pour fournir des programmes aux codétenues, mais il manquait de soutien du personnel à cet effet et l'on ne donnait pas de formation en vue de replacer les éducatrices des pairs qui étaient remises en liberté.

Dans les prisons provinciales que nous avons visitées, en général les femmes avaient peu de programmes éducatifs à leur disposition en raison du nombre peu élevé de détenues dans certaines prisons. Pour ne donner qu'un exemple, dans un établissement de détention on ne fournit qu'une séance d'éducation par année, et l'accès aux condoms et à de l'eau de Javel est sporadique.

⁸³ Pour plus d'information sur l'automutilation parmi les détenues de ressort fédéral, voir C. Wichmann, R. Serin et J. Abracen, *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction : Une enquête comparative*, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, février 2002.

Un certain nombre de femmes interviewées ont parlé du fait qu'elles fabriquent et utilisent des jouets sexuels (i.e. des godemichés). Les infections transmissibles par contact sexuel direct entre deux personnes peuvent aussi être transmises par le partage de tels accessoires sexuels. Les prisons devraient répondre à ce risque par l'éducation, par la fourniture aux femmes des moyens nécessaires à la désinfection de ces accessoires, et par la fourniture de condoms pour recouvrir ces accessoires. Elles devraient aussi considérer la possibilité de vente de tels accessoires.

Politiques habilitantes

L'article 10 de la Directive 821 du commissaire du Service correctionnel du Canada stipule : « Toutes les activités visant à traiter [lire : *aborder*; la version anglaise emploie l'expression *addressing*] les maladies infectieuses dans la population carcérale doivent être menées en tenant compte du sexe des individus et des besoins culturels des groupes. » De plus, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* exige du SCC qu'il fournisse des programmes conçus expressément pour répondre aux besoins des femmes et des personnes autochtones, dans ses prisons (art. 77 et 80).

Programmes exemplaires et prometteurs

Des détenues fédérales créent un groupe de soutien et d'éducation sur le VIH/sida

Contact :

Service correctionnel du Canada
Administration centrale, Services de santé
340, ave. Laurier Ouest
Ottawa, ON K1A 0P9
Tél. : +1 613 943-9574
Télééc. : +1 613 995-6277

Aperçu

Le groupe de soutien a été démarré en février 2006, dans l'Établissement d'Edmonton pour femmes (EEF), par Carla Durocher, qui a constaté le besoin de soutien en lien avec le VIH/sida, l'hépatite C et la réduction des méfaits, pour les femmes de la prison. Le financement pour démarrer le programme a été reçu du Programme d'initiatives spéciales du SCC — Stratégies de prévention du VIH par les détenus pour les détenus. Mme Durocher a demandé l'appui d'une autre femme (Siofean Coderre) pour co-animer le groupe.

Le groupe se réunissait une heure, tous les samedis. Mme Coderre s'occupait de réserver la salle et d'afficher l'horaire sur un calendrier mensuel pour affichage dans un secteur visible pour toutes les détenues à sécurité minimale et moyenne. Elle arrivait au lieu avant la réunion, pour ouvrir la porte, préparer la salle et du café. Le personnel de la prison annonçait l'événement dans la prison à l'approche du début de la séance, pour informer la population de la prison. Aucun employé n'assistait aux séances.

En moyenne, quinze femmes participaient au groupe de soutien; elles y parlaient de ce qui se passait dans leur vie. Elles avaient une discussion générale, jouaient à des jeux éducatifs (sur le VIH/sida, l'hépatite C et la réduction des méfaits), et à l'occasion des

femmes séropositives partageaient leur expérience de vie. Malheureusement, l'activité du groupe a pris fin lorsque l'instigatrice a quitté l'EEF à la fin de sa peine.

Leçons à retenir

Les groupes de soutien initiés par des pairs fournissent un milieu sûr et acceptant, aux détenues qui sont ou ont été marginalisées, afin qu'elles puissent échanger, apprendre et se soutenir mutuellement. Les instigatrices de ce programme avaient identifié une lacune dans les services et avaient trouvé un moyen de la combler. La forte participation des détenues, à chaque séance, indique que les détenues étaient intéressées à mieux s'éduquer sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que sur la réduction des méfaits.

Limites

Le manque de financement continu et stable était un obstacle à la régularité et à la viabilité du programme. La première année, l'animatrice a reçu un octroi de 300 \$ du Programme d'initiatives spéciales du SCC, pour un concours d'histoires courtes, poèmes et affiches.

Il est important, dans des réunions sociales, de fournir aux femmes des choses comme du café ou d'autres breuvages et une menue collation. Malheureusement, le Programme d'initiatives spéciales demande à ce que les éléments comme la nourriture, les breuvages et les prix/cadeaux soient limités à un minimum. Aucune demande d'autre octroi pour le programme n'a été présentée.

Financement

Programme d'initiatives spéciales du SCC — Stratégies de prévention du VIH par les détenus pour les détenus

Documents de référence

N/D

Évaluation

N/D

Une université en partenariat avec une prison provinciale pour femmes — une recherche-action participative habilite les détenues

Contact :

Ruth Elwood Martin, MD, FCFP
Clinical Professor, UBC Department of Family Practice
Suite 300, 5950 University Boulevard
Vancouver, BC V6T 1Z3
Tél. : +1 604 822-1891
Télec. : +1 604 822-6950
ruth.martin@familymed.ubc.ca
www.accwwomenresearch.org

Aperçu

En juin 2005, la D^{re} Ruth Elwood Martin a invité les détenues et le personnel de l'Alouette Correctional Center for Women (ACCW), à Maple Ridge (C.-B.), à participer à une étude visant à examiner comment une recherche-action participative pourrait être réalisée dans la prison afin d'améliorer la santé. La D^{re} Martin souhaitait préparer une demande de financement aux Instituts de recherche en santé du Canada, dans le cadre du fonds pour les populations vulnérables. En octobre 2005, le premier forum de l'ACCW pour une recherche sur la santé a eu lieu; la D^{re} Martin ainsi que des chercheuses communautaires, des employés de la prison et des détenues ont fait un remue-méninges d'idées pour cette proposition, qui a été ultérieurement rédigée et déposée. La demande de financement a été refusée par les Instituts, mais les détenues qui ont aidé à la rédaction du document ont demandé l'autorisation de poursuivre leur travail sur l'équipe de recherche sur la santé des détenues de l'ACCW, parce qu'elles avaient trouvé que ce travail était significatif. Elles ne voulaient pas devoir attendre l'obtention de fonds pour la recherche.

Depuis, les femmes de l'équipe de recherche sur la santé des détenues de l'ACCW se réunissent à chaque jour, pour identifier leurs besoins non comblés en matière de santé physique et mentale; pour faire du remue-méninges d'éventuelles questions de recherche; pour développer des exposés éducatifs à l'aide du logiciel PowerPoint; pour décrire des idées d'interventions possibles; et pour organiser des forums mensuels sur la recherche en matière de santé, auxquels elles invitent toutes les détenues de l'ACCW et le personnel, des organismes communautaires, des chercheurs universitaires et des responsables des politiques. Ce projet est unique; les femmes n'ont repéré aucun rapport publié faisant état d'initiative semblable de promotion de la santé ou de recherche-action participative en milieu carcéral.

Les femmes de l'équipe de recherche sur la santé des détenues de l'ACCW ont identifié des enjeux pressants de santé, dans le système carcéral, notamment l'accès aux soins de santé en prison ainsi que des enjeux qui affectent la transition vers la vie dans la communauté à l'issue de la remise en liberté. Certaines de ces problématiques incluent : la toxicomanie; la santé spirituelle et culturelle; la santé émotionnelle et psychologique; l'exercice, le sommeil et la nutrition; la vie familiale et les relations; le logement et la sécurité; les maladies infectieuses comme l'infection à VIH et les hépatites; la santé physique; l'acquisition de compétences de travail et l'emploi. Les détenues dirigent tous les aspects de la recherche — questions, collection et analyse des données, présentation des nouvelles connaissances et élaboration de politiques nouvelles pour le changement.

En mars 2006, la D^{re} Martin a signé, au nom de l'équipe, une entente de recherche d'une durée de cinq ans avec le ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général de la C.-B., pour réaliser une recherche-action communautaire visant à améliorer la santé des détenues de l'ACCW. Le plan de recherche a reçu l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche de l'UBC.

En mai 2006, le projet a reçu du financement du Bureau du développement de l'University of British Columbia. Ces fonds ont servi à l'embauche d'une étudiante de troisième cycle universitaire pour un contrat de quatre mois à titre de coordonnatrice de la recherche. Par ailleurs, en janvier 2007, la Vancouver Foundation a accordé au projet une bourse de douze mois qui permettra aux femmes d'élaborer et de faire fonctionner une page Internet, d'embaucher une adjointe de recherche et d'évaluer

les résultats à court et à long terme du projet. Les femmes de l'équipe de recherche de l'ACCW ont conçu la page Internet afin qu'elle soit une ressource communautaire pour toutes les femmes qui sortent de prison, et en tant que source d'information à jour sur les activités de recherche participative.

Leçons à retenir

Les projets relevant de l'initiative de pairs peuvent rehausser le bien-être et contribuer à l'habilitation d'individus. Entre autres leçons à retenir, notons que les femmes de l'équipe de recherche ont signalé une amélioration de leur estime de soi, de leurs habiletés interpersonnelles, de leurs compétences en informatique et de leurs connaissances sur leur santé. Les participantes aux forums mensuels ont signalé une meilleure compréhension des besoins sociaux et de santé des femmes incarcérées.

L'implication de pairs dans de nouveaux projets crée un sentiment d'appartenance et suscite un désir d'accroître ses connaissances et compétences. Les femmes de l'ACCW ont déclaré qu'elles étaient emballées par le projet. Elles ont indiqué combien elles avaient appris au sujet de la santé des femmes et à propos du VIH, du VHC, de l'usage de drogue et de la réduction des méfaits.

La collaboration de groupes de l'extérieur avec des intervenants de prison et des personnes incarcérées peut conduire à un programme d'avant-garde et empreint de respect. Le fait que des détenues, des employés de prison et un partenaire universitaire externe travaillent ensemble à un tel projet novateur a aidé à éduquer toutes les parties impliquées, en ce qui a trait à des enjeux importants pour une meilleure compréhension des femmes en prison.

Puisque le projet initial avait peu de financement direct, les femmes ont adapté elles-mêmes le projet de recherche et lui ont imprimé leurs propres priorités. Ceci n'aurait peut-être pas été possible si le projet avait reçu d'importantes subventions initiales, puisque d'importantes contraintes auraient probablement été rattachées à la bourse.

La composition de l'équipe de recherche de l'ACCW change fréquemment, puisque les femmes purgent des sentences brèves, ce qui confère des forces particulières : (1) une source continuelle de nouvelles idées et d'enthousiasme nouveau, à mesure que d'autres femmes se joignent à l'équipe; (2) un élan naturel à l'égard des priorités de recherche, puisque les femmes qui sont sur le point de sortir de prison ressentent un besoin d'amélioration immédiate à leur santé et à leur éducation; et (3) des liens naturels avec la communauté extérieure à la prison, puisque les femmes souhaitent demeurer impliquées dans le projet de recherche après leur remise en liberté.

Limites

Le roulement continu parmi les détenues qui sont membres de l'équipe de recherche entraîne certaines difficultés en termes de continuité du projet.

De plus, le manque de financement a sérieusement limité la recherche concrète que le projet a la capacité de réaliser. Le projet a tenté deux fois, sans succès, d'obtenir des fonds des Instituts de recherche en santé du Canada.

Financement

Ministry of Public Safety and Solicitor General, Corrections Branch

University of British Columbia, Development Office
Vancouver Foundation

Documents de référence

Pour d'autres renseignements [en anglais] sur ce projet, consultez le site Internet de l'ACCW Health and Education Participatory Research Project, à www.accwwomenresearch.org

A Summary of the Alouette Correctional Centre for Women (ACCW) Participatory Health Research Project, 13 octobre 2006.

Un organisme de travailleuses sexuelles et de prévention du VIH implique des détenues par des ateliers d'écriture et d'art

Contact :

Stella
2065, rue Parthenais, bur. 404
Montréal, QC H2K 3T1
Tél. : +1 514 285-8889
Télec. : +1 514 285-2465
info@chezstella.org
www.chezstella.org

Aperçu

D'août 2005 à mars 2006, l'organisme Stella, qui est un regroupement de travailleuses sexuelles, a intéressé des femmes de l'Établissement de Joliette (prison fédérale du SCC au Québec) et de la Maison Tanguay (prison provinciale pour femmes) à des ateliers d'écriture. Le but de l'initiative était la production d'un numéro spécial du magazine *ConStellation* consacré aux femmes incarcérées. Les femmes des prisons Joliette et Tanguay ont participé à trois ateliers d'écriture et à un cours d'illustration, présentés par des employées de Stella, ainsi qu'à un atelier additionnel sur l'hépatite C présenté par des employés de santé de la prison. Les participantes aux ateliers s'entraidaient dans l'écriture. Le lancement du magazine a eu lieu en mars 2006 dans l'Établissement de Joliette.

Leçons à retenir

Le développement de relations avec les détenues a été un élément important de la réussite du programme. Les ateliers ont permis aux intervenantes de Stella de créer des liens continus avec les femmes de l'Établissement de Joliette, afin de pouvoir discuter d'enjeux personnels délicats. Après l'atelier, les participantes ont appelé régulièrement l'équipe de Stella, ce qui lui a permis de continuer de leur fournir du soutien.

Il est important que les animatrices aient diverses expériences de vie. Les ateliers ont été particulièrement réussis parce que l'un d'entre elles était une ex-détenue et travailleuse sexuelle.

Le soutien du personnel de la prison est nécessaire à la réussite des programmes. Stella a reçu un solide appui de l'administration des deux prisons, dans le cadre de ce projet d'ateliers. Ceci a aidé à avoir accès aux prisons, à avoir une salle pour les ateliers et à préserver la confidentialité des participantes puisqu'il n'y a pas eu de présence d'employés de la prison pendant les ateliers.

Limites

Le manque de ressources et de temps a limité le succès du programme. Stella a trouvé qu'il n'y avait pas suffisamment de financement pour couvrir toutes les dépenses du projet. Les procédures de sécurité des prisons peuvent affecter le temps nécessaire à la réalisation des programmes, sur place. Les échéanciers étaient généralement trop courts.

Des questions linguistiques ont créé des obstacles. Il était particulièrement difficile de faire les ateliers dans deux langues à la fois (français et anglais); et la transmission d'information aux participantes est plus compliquée.

Il faut du temps pour établir la crédibilité d'un organisme communautaire; ceci affecte le programme. Stella a trouvé à l'occasion que le personnel de sécurité de la prison n'était pas commode. Puisque Stella n'était pas bien connue des détenues et du personnel de la prison, il a fallu du temps pour bâtir la crédibilité.

Financement

Financement de projet pour la prévention de l'hépatite C, Bureau régional du Québec, Agence de santé publique du Canada

Documents

Magazine *ConStellation*, volume 9, n° 1 (hiver 2005).

Accessible via <http://www.chezstella.org/stella/?q=constellation>.

Évaluation

N/D

Besoins particuliers à des populations : détenus autochtones

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Le Cadre de l'UNODC souligne qu'il est essentiel que les programmes et services soient adaptés selon les besoins particuliers des populations vulnérables ou minoritaires au sein du système carcéral; ceci inclut les personnes autochtones incarcérées, qui devraient par conséquent être l'objet d'une attention et d'une priorité particulières dans le développement de services liés au VIH/sida (p. 13). Le CESP a recommandé que le SCC s'assure que les détenus autochtones aient accès à des programmes d'éducation et de prévention qui correspondent à leurs besoins spécifiques, et que ces programmes soient développés et réalisés en collaboration avec des pairs, des groupes autochtones et des Aînés ou guérisseurs [recommandation 14; p. 140–141].

Observations

Le taux d'incarcération parmi les peuples autochtones est beaucoup plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne. D'après une comparaison ajustée selon l'âge, avec la totalité de la population canadienne, l'on s'attendrait à un taux de 2,5 % de détenus autochtones, parmi la population carcérale de ressort fédéral, au Canada; or, dans les faits, 17 % des hommes et 26 % des femmes, en prison, sont autochtones.⁸⁴ La surreprésentation des personnes autochtones en prison, varie considérablement entre divers endroits du pays. (La surreprésentation des personnes autochtones en prison est un grave problème systémique dont la portée dépasse celle du présent rapport.)

Les programmes s'adressant aux détenus autochtones doivent tenir compte des besoins spécifiques de ces personnes, d'une manière sensible à leur culture. Les procédures du système pénal (police, tribunaux et prisons) sont la plupart du temps en conflit avec les valeurs traditionnelles et les coutumes des peuples autochtones. Dans l'ensemble, les programmes pour les détenus autochtones sont inégaux et mal financés. À l'heure actuelle, peu de programmes offerts dans les prisons du Canada comblent les besoins des détenus autochtones en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Cette situation lacunaire a plusieurs raisons. Un organisme autochtone, l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS), a identifié le racisme comme un facteur qui entre en jeu, d'après sa lutte pour réaliser des programmes de manière efficaces dans des prisons de l'Ontario. L'OAHAS a aussi signalé qu'il manque de financement pour permettre à des groupes autochtones de réaliser des programmes efficaces pour les détenus. La Verne Monette, directrice générale de l'OAGAS, a expliqué que cet organisme n'accepte pas de financement venant du SCC ou du système de détention de la province, puisqu'elle considère qu'il ne serait pas logique d'accepter l'argent de instances qui emprisonnent les clients auxquels on s'adresse : cela compliquerait encore davantage la tâche de développer des relations de confiance avec les détenus, et la situation serait plus propice à l'exercice d'influences indues par le système. Elle a ajouté que certains détenus autochtones considèrent que les agents autochtones de liaison, et même des Aînés, sont des « vendus » s'ils sont rémunérés par le SCC.

Mme Monette a affirmé que pour réaliser un programme d'éducation pour des personnes autochtones en prison, quel qu'il soit, les organismes doivent parler de l'histoire des peuples autochtones ainsi que des répercussions de la colonisation, des pensionnats pour autochtones, de la mobilité, de la toxicomanie, etc. — et ce, *avant* de pouvoir commencer à aborder les thèmes du VIH/sida et de la réduction des méfaits. Une telle approche présente aux détenus autochtones un contexte et une certaine affirmation de leur expérience, avant de commencer à parler de leur santé. Selon Mme Monette, c'est malheureusement quelque chose qui n'est pas reconnu par les bailleurs de fonds, donc qui n'est pas financé.

Un plus grand nombre de programmes pour les détenus autochtones devrait être appuyé, financé et encouragé. Par exemple, pendant la formation de Gardiens du Savoir dans les établissements du SCC en Saskatchewan,

⁸⁴ « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Revue canadienne de santé publique* 95(S1) (2004) : S1–S63, p. s15.

des employés de l'All Nations Hope AIDS Network ont été invités à aider des participants pour des problèmes de violence physique et d'abus sexuel. Il est très difficile d'aborder ces problèmes délicats dans le cadre d'un atelier de formation de formateurs dont la durée est limitée. D'autres programmes pour détenus autochtones permettraient de fournir un soutien et une éducation sur une base continue, au delà de ce que la formation initiale a pu procurer. Des problèmes liés au racisme systémique, à l'histoire des peuples autochtones, aux pensionnats et à la toxicomanie ont fait surface pendant la séance de formation, et l'on ne pouvait les aborder avec la profondeur requise. Malheureusement, plusieurs détenus autochtones n'ont pas d'occasion d'affronter ces problématiques, pendant l'incarcération, car les ressources à leur disposition sont très limitées. Dans certains cas, des Aînés sont disponibles; cependant, il a été mentionné que pour plusieurs prisons il peut s'écouler plusieurs mois avant que l'on embauche un Aîné. Il est rare que des psychologues soient disponibles, pour quelque détenu que ce soit, et plusieurs de ceux qui sont disponibles n'ont pas d'expérience dans le travail sur des enjeux particuliers des détenus autochtones.

Politiques habilitantes

Les politiques suivantes sont propices à la prévention du VIH et du VHC en prison.

- Service correctionnel du Canada, Directive du commissaire, *702 Programmes autochtones* (6 septembre 1995), article 5 — Stipule, comme l'un des cinq objectifs de la politique, que le SCC doit « [d]éterminer les besoins des délinquants autochtones et leur offrir des programmes et des services répondant à ces besoins. »

Programmes exemplaires et prometteurs

Cercle des Gardiens du Savoir : Programme pour les pairs, sur le VIH/sida, pour les détenus autochtones de ressort fédéral

Contact :

Morris Bowen, Gardien du Savoir
Établissement La Macaza
321, Chemin de l'aéroport
La Macaza, QC J0T 1R0

Aperçu

Tel que décrit dans le manuel de formation des Gardiens du Savoir, plusieurs communautés autochtones avaient traditionnellement des conteurs, qui perpétuaient des légendes, des enseignements et des éléments d'histoire. Le but de ce manuel de formation est d'éduquer les pairs-éducateurs autochtones en matière de santé, à travailler dans les prisons d'une manière qui s'inscrit dans la continuité de cet aspect de la culture et de l'histoire des peuples autochtones. D'après le manuel, les buts des Gardiens du Savoir sont d'aider à prévenir et à réduire la propagation du VIH/sida parmi les détenus autochtones dans les prisons fédérales. Les Gardiens du Savoir tentent d'instaurer un climat où les détenus autochtones vivant avec le VIH/sida reçoivent les meilleurs soins, traitements et services de soutien possibles; et d'encourager et habiliter les détenus autochtones à soutenir des changements comportementaux et de mode de vie, dans la communauté.

Les pairs-éducateurs autochtones qui suivent la formation sont appelés « Gardiens du Savoir » et ils remplissent un rôle de conteurs traditionnels. Les Gardiens du Savoir sont mandatés d'importantes informations et connaissances qui doivent être partagées, encore et encore, afin d'enseigner aux détenus autochtones (ainsi qu'aux autres)

comment faire des choix pour demeurer en santé et le devenir encore plus. Le manuel explique que les Gardiens du Savoir n'enseigneront pas tous à des groupes de détenus. Ils peuvent inviter des conférenciers, ou leur rôle principal peut être de veiller à ce que des condoms, du lubrifiant et des trousseaux d'eau de Javel soient accessibles. D'autres tâches pourraient être l'organisation d'activités pour la Journée mondiale du sida, la création de groupes de soutien ou la fourniture de ressources aux détenus.

Le Gardien du Savoir (Morris Bowen) de l'Établissement La Macaza (Québec) a dit que, dans ses fonctions, il répond à plusieurs questions qui ne touchent pas le VIH/sida et l'hépatite C. Il arrive souvent que d'autres détenus viennent parler avec lui d'autres problèmes de santé et de vie, comme les relations interpersonnelles, l'alimentation saine et le diabète.

Il a parlé de la tentative de rompre le cycle du VIH et de l'usage de drogue, par ses interventions. Il essaie de respecter la culture autochtone et ses rituels. Il supervise environ cinq activités par année, pour les détenus autochtones.

Leçons à retenir

Les détenus autochtones devraient être appuyés dans la sélection d'un de leurs pairs qui deviendra Gardien du Savoir. M. Bowen a de solides liens avec les autres détenus autochtones de la prison, et il est engagé à aider à faire cesser la propagation du VIH et du VHC dans la prison ainsi que dans les réserves (où plusieurs détenus autochtones retournent, après leur remise en liberté). Il est bien respecté par les autres détenus autochtones et s'occupe de faire en sorte que des Aînés, des guérisseurs et des organismes autochtones visitent la prison pour aider à éduquer les détenus.

Limites

Une formation appropriée en habiletés de communications est importante pour le programme des Gardiens du Savoir. Dans ce cas, M. Bowen a eu le sentiment que le programme de formation était bon, mais que d'autres aspects devraient être abordés, comme les obstacles à la communication, les techniques de bonne communication et l'accès à une information fondée sur l'expérience.

Un manque d'accès à des organismes de la communauté entraîne des obstacles, pour les détenus. L'une des principales limites mentionnées par Bowen était la difficulté à entrer en contact avec des gens de l'extérieur de la prison. Les Gardiens du Savoir dépendent du personnel des soins de santé de la prison, pour faire des appels téléphoniques; si ces derniers sont occupés, la démarche est difficile. De plus, bon nombre d'organismes communautaires n'acceptent pas les frais d'appels, donc il ne peut leur téléphoner.

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

K. Barlow, J. Serkiz et A. Fulton, *Cercle des gardiens du savoir : Trousse de formation du programme Counseling et éducation par les pairs à l'intention des délinquants inuits, métis et des premières nations*, Service correctionnel du Canada, mars 2001. Le manuel comprend huit chapitres et une trousse de ressources.

Évaluation

N/D

Un organisme autochtone de lutte au sida est embauché pour la formation de Gardiens du Savoir

Contact:

Leona Quewezance
All Nations Hope AIDS Network
2815–5th Street
Regina, SK S4T 0L4
Tél. : +1 877 210-7622
Télec. : +1 306 525-3698
lquewezance@sasktel.net
www.allnationshope.ca

Aperçu

L'All Nations Hope AIDS Network (All Nations Hope) est un réseau de personnes, organismes et agences autochtones qui fournit du soutien et des services aux familles et communautés des Premières Nations ainsi que métisses et inuits qui sont affectées par le VIH/sida et l'hépatite C. À compter de janvier 2000, All Nations Hope s'est vu accorder par le SCC un contrat pour la formation de détenus autochtones à titre de Gardien du Savoir (i.e. pairs-éducateurs) à l'aide du manuel éducatif des Gardiens du Savoir développé par le SCC pour les consultants autochtones. D'après le manuel, les buts des Gardiens du Savoir sont d'aider à prévenir et à réduire la propagation du VIH/sida parmi les détenus autochtones dans les prisons fédérales. Les Gardiens du Savoir tentent d'instaurer un climat où les détenus autochtones vivant avec le VIH/sida reçoivent les meilleurs soins, traitements et services de soutien possibles; et d'encourager et habiliter les détenus autochtones à soutenir des changements comportementaux et de mode de vie, dans la communauté.

All Nations Hope a formé 28 détenus autochtones au rôle de Gardien du Savoir, dans trois prisons ou *healing lodges* [centres de guérison autochtone], soit le Pénitencier de la Saskatchewan Penitentiary, la Okimaw Ohci Healing Lodge et la Willow Cree Healing Lodge. Dans chaque établissement, la formation a duré 10 jours.

L'animatrice (Leona Quewezance) et son coanimateur (Ron Horsefall) ont consciemment adopté une approche ouverte, honnête et réaliste, à l'égard des détenus qu'ils formaient. Reconnaissant que les participants étaient déjà en prison et n'avaient pas besoin d'un surplus de rigidité, ils ont travaillé à les habiliter et à leur donner des choix, et ont ainsi créé un climat où leurs expériences étaient valorisées, et où ils étaient valorisés en tant qu'experts. Les participants étaient encouragés à être créatifs et à s'engager personnellement dans le matériel de formation, par des poèmes, des collages et des récits. Leur compréhension et leur appréciation du contenu du manuel a été vérifiée à l'aide de « devoirs ».

En 2006, le programme a disparu, par manque de financement.

Leçons à retenir

L'histoire des peuples autochtones est unique, ce qui nécessite une attention culturelle dans le cadre des programmes, en prison, et une compréhension des défis fréquents que rencontrent les personnes autochtones. Les animateurs d'All Nations Hope avaient déjà

de l'expérience en lien avec les enjeux particuliers à plusieurs détenus autochtones — p. ex., les répercussions de la colonisation, le VIH et le VHC, la toxicomanie et le rétablissement. Vu l'expérience partagée par les animateurs et les détenus, les participants ont pu communiquer plus pleinement, dans un climat de respect et de compréhension, et discuter et aborder leur relation avec le matériel qu'ils avaient à apprendre. Ce type de situation et de processus d'apprentissage est essentiel pour préparer les Gardiens du Savoir à fournir de l'éducation, à titre de pairs, à d'autres détenus autochtones.

Les programmes autochtones devraient être suffisamment flexibles pour répondre aux besoins de détenus autochtones d'horizons différents. Au Pénitencier de la Saskatchewan, il y avait des gens de diverses langues et aux rites divers. Les Gardiens du Savoir ont joint des personnes des peuples Cree, Dena et Sauteaux.

Limites

La séparation de responsabilité pour le soutien continu aux Gardiens du Savoir, après la formation, échoue à miser sur la connaissance partagée lors des séances de formation, et sur les liens qui y ont été développés. Le SCC ne finançait pas de ressources pour un soutien continu du programme des Gardiens du Savoir. L'infirmière en maladies infectieuses et le coordonnateur régional des services de santé pour autochtones, employés du SCC, sont responsables de fournir du soutien continu aux groupes de Gardiens du Savoir. Mme Quewezance a cependant affirmé que l'infirmière en maladies infectieuses était si occupée qu'elle n'a pu assister à la formation. On ne sait pas clairement quelle somme de temps elle serait capable de consacrer à ce programme.

Le manque de ressources affectant le programme a limité la satisfaction des participants. Chaque prison où il existe un programme de Gardiens du Savoir reçoit un manuel. Les participants, quoique satisfaits du programme, ont cependant exprimé le souhait de recevoir un manuel pour chaque Gardien du Savoir, afin que chacun puisse examiner le matériel lorsque le temps le permettait.

Le processus de sélection des candidats à devenir Gardiens du Savoir n'a pas été aussi ouvert et inclusif qu'il aurait pu l'être. Du point de vue d'All Nations Hope, on aurait dû inclure aussi les détenus, des membres de la communauté autochtone ainsi que les formateurs, dans la sélection. All Nations Hope a signalé qu'un certain nombre de détenus sont venus pour obtenir le certificat mais ne souhaitaient pas être formateurs auprès de leurs pairs. L'organisme était aussi d'avis que le programme devrait cibler les détenus purgeant une peine à vie, puisque cela pourrait favoriser la continuité et la viabilité du Cercle des Gardiens du Savoir, dans chaque prison.

Le personnel d'All Nations Hope a signalé avoir été aux prises continuellement avec des difficultés pour entrer à la prison. Pendant la période de dix jours, le personnel de sécurité leur a demandé, chaque fois, qui ils étaient, ce qu'ils faisaient là, où ils allaient, s'ils avaient un mémorandum, si quelqu'un de l'établissement savait qu'ils venaient, etc. Bien que ce puisse être la procédure de sécurité régulière, c'était aussi une source de tension à chacune de leurs arrivées à la prison.

Pour certains participants, la formation a ramené à la surface des problèmes personnels, qui ont dû être abordés pendant les séances de formation.⁸⁵ All Nations Hope a signalé que les participants ont parlé d'expériences d'abus physiques et sexuels, de racisme systématique, de la colonisation des peuples autochtones, des pensionnats, des besoins des victimes ainsi que de la toxicomanie. D'après All Nations Hope, certains de ces enjeux n'étaient pas abordés adéquatement dans le manuel. Bien que de tels problèmes ne soient pas le point de mire de la formation des Gardiens du Savoir telle qu'elle a été structurée, d'éventuels Gardiens du Savoir pourraient être incapables d'aborder ces sujets s'ils ne sont pas eux-mêmes à l'aise et préparés à devenir des pairs-formateurs, puisque ces enjeux pourraient être des éléments sous-jacents à la vulnérabilité des détenus autochtones devant les infections à VIH et à VHC. All Nations Hope a signalé que c'était la première fois que certains détenus se révélaient et étaient désireux de regarder de front les abus historiques et défis qui en résultent dans leurs vies.⁸⁶

Financement

Service correctionnel du Canada

Documents de référence

K. Barlow, J. Serkiz et A. Fulton, *Cercle des gardiens du savoir : Trousse de formation du programme Counseling et éducation par les pairs à l'intention des délinquants inuits, métis et des premières nations*, Service correctionnel du Canada, mars 2001.

Voir description du contenu du manuel dans « Cercle des Gardiens du Savoir : Programme pour les pairs, sur le VIH/sida, pour les détenus autochtones de ressort fédéral », ci-dessus.

Évaluation

Des formulaires d'évaluation ont été distribués aux participants à la fin de chaque série de formation de 10 jours. Dans l'ensemble, les ateliers ont été à la hauteur des attentes : la plupart des participants les ont qualifiés d'excellents. Tous les participants étaient encouragés d'avoir pris part à l'apprentissage et d'avoir rehaussé leurs connaissances sur le VIH et le VHC. L'information était utile et le matériel distribué correspondait à leurs besoins. Les animateurs de la formation ont été évalués comme « excellents ». Voici quelques commentaires sur le programme, qui ont été formulés : « J'ai trouvé vraiment bien la manière dont ça a été présenté. Merci beaucoup, vous avez fait un travail formidable »; « C'était bien, et les animateurs se sont donnés et ont donné à nous tous de la force, de l'espoir et du courage »; « J'ai appris plus sur la vie que seulement les maladies »; « Cet atelier était direct, donc facile à comprendre. Il

⁸⁵ Examinant ce compte-rendu dans le présent rapport, Leona Quewezance a trouvé que l'information était exacte, mais que la structure du compte-rendu n'était pas propice à expliquer adéquatement la richesse d'expérience des séances de formation avec les Gardiens du Savoir. Dans la formation, des détenus ont parlé de leurs victimes et de la réaction qu'ils auraient s'ils avaient l'occasion de rencontrer ces personnes ou leur famille. Plusieurs ont affirmé qu'ils ne retourneraient jamais en prison s'ils avaient à rencontrer leurs victimes. Les personnes intéressées à de plus amples renseignements sur cet aspect sont invitées à communiquer avec Mme Quewezance.

⁸⁶ Dans son examen de la version provisoire du présent rapport, le SCC a formulé la réponse suivante à cette limite : « All Nations Hope n'avait pas le mandat d'aider les participants en ce qui touche des problèmes d'abus physiques et sexuels, et le SCC n'a pas endossé la fourniture du matériel susmentionné. Le manuel du CGS [Cercle des Gardiens du Savoir] devait être utilisé pour la formation, et si All Nations Hope s'est immiscé dans d'autres domaines ce fut sans la connaissance et l'approbation du SCC. Le but de la formation des Gardiens du Savoir est de fournir une formation spécialisée à un groupe sélectionné de détenus qui peuvent ultérieurement servir de pairs éducateurs en matière d'information sur le VIH/sida, l'hépatite C et les ITS. Des services psychologiques et du soutien d'Aînés sont disponibles dans tous les établissements, à titre de counselling pour les détenus qui ont eu des problèmes d'abus physique et sexuel. » [trad.]

impliquait le cœur et des expériences vraies, donc il était excellent ». Les participants ont signalé qu'au lieu d'un seul manuel par prison, on devrait en fournir à chaque participant.

Un organisme autochtone de lutte au sida éduque les détenus sur la prévention du VIH et la promotion de la santé

Contact :

LaVerne Monette
Directrice générale
Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy
2nd Floor, 43 Elm Street
Toronto, ON M5G 1H1
Tél. : +1 800 743-8851
Télec. : +1 416 944-0541
strategy@2spirits.com

Aperçu

L'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS) travaille à promouvoir la sensibilisation au VIH/sida et à soutenir les personnes, familles et communautés autochtones qui vivent avec le VIH/sida ou en sont affectées. L'OAHAS a reçu du financement du ministère de la Santé afin de fournir en prison des programmes de durée limitée. Le but du projet était de joindre des détenus autochtones, pour fournir des programmes et services à teneur culturelle spécifique, en lien avec le VIH/sida, dans les prisons provinciales et fédérales du sud et du centre de l'Ontario. Ceci était considéré d'importance particulière dans les établissements du SCC où l'on ne trouvait pas d'agent de liaison autochtone ou de fraternité/sororité autochtone. Au moins cinq séances mensuelles d'information et cinq autres cercles mensuels de discussion ont eu lieu pendant le projet.

Les détenus autochtones ont reçu de l'information à jour sur la prévention du VIH et les techniques de promotion de la santé. De plus, il était espéré que les détenus autochtones développeraient de meilleurs systèmes de soutien personnel dans les prisons, et acquerraient un meilleur accès à des Aînés, des guérisseurs traditionnels et enseignants autochtones.

L'OAHAS (son travail et sa capacité) est à présent mieux connu parmi les détenus autochtones et certains employés de prison. Plus de cinq visites mensuelles et cinq discussions de groupe ont été réalisées dans les prisons, en dépit des obstacles rencontrés.

Leçons à retenir

La prestation de programmes spécifiques pour autochtones, dans des prisons, a rehaussé la sensibilisation aux enseignements et aux pratiques, parmi les détenus autochtones. Cela a également contribué à augmenter le nombre de demandes

d'information sur la prévention du VIH, de la part de détenus autochtones. Il y a lieu de croire qu'une fois remises en liberté, les personnes autochtones qui ont été en contact avec le programme auront moins de comportements à risque en matière d'usage de drogue et d'activité sexuelle.

Bien qu'un certain progrès ait été accompli, pour fournir de l'information et du soutien en lien avec le VIH/sida, à la population autochtone de prisons en Ontario, cet effort ne peut être soutenu au moyen de projets de durée limitée qui n'ont pas l'appui des administrations des prisons ou des autorités de santé publique.

Limites

Les personnes impliquées dans le projet considéraient qu'il devrait recevoir du soutien au delà de la période de financement prévue, mais les ressources — financières et humaines — manquaient. Des détenus autochtones continuent de demander les services de l'OAHAS et les employés tentent de répondre autant que possible, mais cette activité nécessite un soutien continu.

Selon l'OAHAS, le travail avec le personnel de sécurité des prisons était l'un des plus grands défis. Par exemple :

- Les intervenants autochtones sont considérés comme des « bénévoles » et ne sont pas traités comme des professionnels par le personnel de sécurité.
- Les pratiques spirituelles des peuples autochtones ne sont pas respectées, parce considérées étrangères aux « religions organisées ».
- Les pratiques de purification par la fumée et les cérémonies de calumet ont souvent été interdites, en raison de la politique « sans fumée » du système carcéral. Dans un cas où une purification par la fumée avait été autorisée, les gardiens de prison ont protesté par un arrêt de travail en affirmant qu'il y avait là un risque pour leur santé.
- Certaines personnes se sont heurtées à de l'homophobie de la part de certains gardiens de prison et de certains aumôniers de prison.
- L'intervenant auprès des prisons était souvent tenu de suivre des séances d'orientation de deux ou trois jours, avant d'entrer en prison, ce qui a détourné du temps.

Une somme importante de temps et d'effort a été investie pour éduquer le système carcéral et à affronter des obstacles bureaucratiques, avant de pouvoir faire quelque travail que ce soit pour la population autochtone.

Les partenariats communautaires sont difficiles à développer. Il était initialement prévu de collaborer avec le PASAN, pour ce projet, mais en raison de sa charge de travail, de même que de celle de l'OAHAS, peu d'activités de partenariat ont eu lieu, hormis le partage de transport vers la prison, occasionnellement. Ceci n'est pas nécessairement considéré comme un obstacle, mais plutôt comme une réalité.

Le financement de projet est limité dans le temps et ne peut satisfaire un besoin continu. Vu l'expérience avec ce projet, l'OAHAS a décidé qu'à l'avenir ses demandes

de financement pour du travail en prison seraient uniquement pour des fonds à long terme.

Financement

Ministère de la Santé de l'Ontario, Bureau de lutte contre le VIH/sida

Documents de référence

N/D

Évaluation

Le projet d'intervention en prison a joint plus de 1 200 détenus autochtones (hommes, femmes et personnes transgenre). Sans exception, dans les évaluations complétées, tous les participants ont indiqué que l'information fournie était utile et pertinente. Ils ont signalé qu'ils ne seraient pas seuls à l'utiliser, qu'ils la transmettraient à d'autres personnes. Dans plusieurs cas, l'intervenant auprès des prisons a été invité à retourner de manière continue.

Pendant la durée du projet, les détenus avaient de meilleurs systèmes de soutien personnel, en particulier dans le cas de ceux qui participaient aux ateliers et aux cercles de discussion. De fait, plusieurs détenus non autochtones se sont dit envieux de ce qu'ils percevaient comme des liens spirituels spéciaux entre les détenus autochtones. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ce soutien personnel s'est maintenu après la fin de ce projet.

Une clinique de méthadone et un organisme autochtone de lutte au sida s'unissent pour éduquer des détenus autochtones de ressort fédéral

Contact :

Cindy MacIsaac
Direction 180 et Mi'kmaq Native Friendship Centre
2158 Gottingen Street
Halifax, NS B3K 3B4
Tél. : +1 902 420-0566
Télec. : +1 902 423-6130
cynthmacisaac@aol.com

Aperçu

Le projet intitulé Traditional Education for Aboriginal Communities on HIV/AIDS [Éducation traditionnelle sur le VIH/sida, pour les communautés autochtones] (Programme TEACH) est une réponse à des recommandations d'initiatives d'éducation formulées par les directions générales des questions autochtones ainsi que des services de santé du SCC. En avril 1998, ce bureau a organisé une Table ronde nationale sur la stratégie touchant les Autochtones et le VIH/sida. Des représentants d'organismes autochtones de lutte au sida, de Santé Canada et du SCC ont participé à ce forum et produit un document provisoire présentant la stratégie et les mesures prévues pour les

Autochtones et le VIH/sida dans le système correctionnel (1998–2003) [*Strategy and Actions for Aboriginal People and HIV/AIDS in Corrections*]. Une seconde table ronde, en 2000, a identifié des mesures propices à maintenir l'élan de l'initiative.

Les principales activités du Programme TEACH ont été des ateliers d'éducation avec animateur, dans cinq prisons fédérales. Le premier objectif était de fournir de l'éducation en lien avec le VIH/sida et les pathogènes hématogènes, par une promotion de la santé adaptée aux particularités culturelles. Ceci a été accompli par le biais d'activités appropriées à la culture et aux traditions des populations autochtones et inuits, notamment en termes d'auto-guérison, de cercles de parole et de guérison, de purification par la fumée, et de création artisanale traditionnelle. Le deuxième objectif était d'améliorer la sensibilisation du personnel infirmier aux approches culturellement appropriées pour la fourniture de soins, de traitement et de soutien à des populations autochtones et inuits vivant avec le VIH/sida ou d'autres pathogènes hématogènes, ou affectées autrement par ces enjeux.

Un employé du Centre d'amitié autochtone Mic Mac (organisme voué à améliorer la vie des personnes autochtones en milieu urbain) et un employé de Direction 180 (clinique communautaire de traitement à la méthadone) ont animé des ateliers de deux jours dans plusieurs prisons (Établissement Nova pour femmes, Springhill, Westmorland, Dorchester et Atlantique). Un atelier d'une journée consacré à la formation interculturelle a également réuni 15 infirmiers (trois de chacune des prisons du Nouveau-Brunswick).

Leçons à retenir

Il aurait fallu plus de temps pour compléter le projet, en particulier pour explorer les émotions à l'égard de la présence du VIH/sida parmi les peuples autochtones.

Maintenir le contact avec des organismes de la communauté est essentiel au soutien des détenus autochtones.

Les ateliers ont été réussis, parce que l'information présentée était claire et concise, et que les traditions autochtones y ont été respectées et enseignées. On n'a pas pris pour acquis que les participants aux ateliers avaient des connaissances culturelles particulières. Les ateliers ont établi une atmosphère où les participants étaient à même d'apprécier l'importance associée aux traditions autochtones.

L'atelier était co-animé par un Aîné autochtone et une femme non autochtone employée d'un programme de méthadone dans la communauté. Les deux ont été bien acceptés par les détenus, ce qui a favorisé une expérience positive d'apprentissage. La co-animation utilisée pour le projet a instauré une situation unique pour l'apprentissage — en présentant des croyances traditionnelles en même temps qu'une perspective communautaire, le spectre complet des manières de réduire des méfaits était présenté. Les participants ont eu un sain débat au sujet des besoins de services pour joindre des détenus qui ont des perspectives ou des points de vue différents, et au sujet des bienfaits d'en tenir compte.

Limites

Les systèmes de croyances des chefs et Aînés, en ce qui a trait à la réduction des méfaits et aux personnes de deux esprits, étaient solidement enracinées, ce qui a

rendu difficile de promouvoir des informations et des activités parmi les personnes autochtones.

Dans les unités à sécurité maximale, où les risques pour la santé paraissent plus grands, l'accès aux détenus peut être plus restreint. Les décomptes de détenus et l'exigence d'être escorté lors de mouvements dans la prison entravent souvent les horaires et la ponctualité ainsi que l'enchaînement et, en bout de ligne, l'efficacité de l'éducation.

Le manque de financement empêche de réaliser des programmes continus. Les employés du projet ont signalé que les participants se sentent souvent abandonnés lorsqu'il n'y a plus de ressources pour leur fournir un soutien continu. Des programmes et du soutien fournis sur une base continue aideraient les détenus à créer des liens avec la communauté, ce qui les aiderait à une meilleure transition vers leurs communautés par la suite.

Besoins particuliers à des populations : jeunes en détention

Orientations, recommandations et perspectives internationales

Le Cadre de l'UNODC souligne qu'il est essentiel que les programmes et services soient adaptés aux besoins particuliers des populations vulnérables ou minoritaires au sein du système carcéral; ceci inclut les jeunes contrevenants en détention, qui devraient par conséquent être l'objet d'une attention et d'une priorité particulières dans le développement de services liés au VIH/sida.⁸⁷ Le Cadre mentionne plusieurs fois les jeunes, dans l'optique de tenir compte des besoins spécifiques des populations vulnérables en prison lorsque l'on conçoit des politiques et programmes; et il indique la nécessité de collaboration et de mécanismes de financement pour inclure des services pour jeunes.⁸⁸ L'UNODC recommande que les détenus soient placés dans des conditions d'hébergement qui tiennent compte de leur âge (jeunes vs adultes) [Action 8; p. 17]. Il incite les autorités carcérales à « intégrer, dans les stratégies nationales et internationales abordant le VIH/sida, l'usage de drogue et l'accès aux services de santé, des actions et des ressources pour promouvoir la santé en prison avec une emphase particulière sur les populations vulnérables, notamment les jeunes et les femmes » [trad.] [Action 43; p. 22].

Des lignes directrices et des recommandations détaillées, au sujet des jeunes incarcérés en Ontario, et du VIH/sida, y compris les besoins des jeunes pour la prévention du VIH et du VHC et la réduction des méfaits, ont été publiées en 1996 par le PASAN.⁸⁹ Les principes orienteurs applicables à la réduction des méfaits vont comme suit : les jeunes en détention qui vivent avec le VIH/sida ont un droit fondamental au regard du maintien de leur santé, vu en particulier que le principe de la réhabilitation est d'importance suprême dans la structure de la justice pénale à l'égard des jeunes.⁹⁰ De plus, les jeunes en détention ont le droit de pouvoir se protéger contre l'infection par le VIH, et à l'éducation et l'accès au matériel de protection approprié (comme les condoms, l'eau de Javel et les seringues stériles).⁹¹ Les lignes directrices sont assorties de 14 recommandations pour la prévention :

1. L'éducation sur le VIH/sida devrait être un programme obligatoire pour tous les jeunes en détention (hommes et femmes) et tous les employés qui leur fournissent des services (tous les intervenants du ministère des Services communautaires et sociaux, du Service correctionnel, personnel de soutien clinique, membres du syndicat, des établissements de détention ouverte, etc.)
2. L'éducation doit être complète, tant pour les jeunes en détention que pour le personnel.
3. Tous les exposés et documents éducatifs doivent reconnaître les besoins des jeunes incarcérés et qui ont un handicap, des différences ethnoculturelles ou linguistiques, diverses habiletés langagières, divers degrés de scolarité, ou d'autres particularités sur le plan de la race, du sexe ou de l'orientation sexuelle.
4. En plus de séances d'éducation de groupe sur le VIH/sida, de l'information devrait être mise à la disposition des jeunes en détention, de manière individuelle à l'admission dans l'établissement et à la remise en liberté.

⁸⁷ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13.

⁸⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13, 35, 36.

⁸⁹ L. Batelaan, *HIV/AIDS in Youth Custody Settings: A Comprehensive Strategy*, PASAN, 18 juin 1996. Accessible via www.pasan.org.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 10.

⁹¹ *Ibid.*, p. 10.

5. Des organismes communautaires du domaine de la santé et de la lutte au VIH/sida, de l'extérieur de la prison, devraient diriger des séances d'éducation. L'éducation entre pairs devrait être promue également.
6. Des condoms, des digues dentaires, des gants de latex, des lubrifiants appropriés et d'autres instruments destinés au sécurisexe doivent être disponibles pour les jeunes en détention.
7. Les rapports sexuels consensuels entre jeunes en détention ne devraient pas constituer une infraction institutionnelle.
8. Une campagne de relations publiques devrait être initiée, afin de combattre la résistance prévisible de parents, employés ou membres du public, à l'égard de la distribution de condoms, de l'éducation sur le sécurisexe et de l'activité sexuelle.
9. Un programme confidentiel d'échange de seringues devrait être mis en œuvre.
10. Des troussees d'eau de Javel devraient être distribuées, d'une manière non identifiante.
11. Une campagne de relations publiques devrait être initiée, afin de combattre la résistance prévisible de parents, d'employés ou de membres du public, à l'égard d'un programme d'échange de seringues.
12. Des travailleurs communautaires, en conjonction avec du personnel de détention, devraient éduquer les jeunes en détention au sujet de l'usage de drogue en tant qu'enjeu de santé.
13. Des programmes de traitement pour les jeunes en détention qui sont aux prises avec des problèmes d'usage de drogue devraient être accessibles; et des programmes pour les jeunes de moins de 16 ans devraient être créés.
14. Le matériel et les fournitures pour le tatouage et le perçage corporel devraient être considérés dans la catégorie de l'artisanat et des loisirs; des précautions de sûreté additionnelle devraient être établies.⁹²

Des recommandations additionnelles sont suggérées par l'intervenant-jeunesse de PASAN, Rai Reece; notamment :

1. Une démarche évaluative quant aux séances d'éducation devrait être développée afin que les jeunes en détention puissent donner leur feed-back sur la fourniture de programmes à propos du VIH et du VHC.
2. Les jeunes en détention devraient aussi recevoir de l'éducation abordant la violence à l'égard des femmes, l'agression sexuelle, l'inceste et l'auto-habilitation.
3. Des programmes pour les jeunes femmes sont nécessaires et devraient être fournis en formule de groupe ou individuelle.

Le CESP a recommandé que la stratégie proposée par le PASAN soit appliquée [recommandation 13, p. 135].

Observations

Aucun ressort n'est doté de politiques complètes sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits pour les jeunes en détention. La majorité des provinces et territoires semble n'avoir *aucune* politique spécifique à cette population. Des politiques couvrant l'éducation et l'information pour ces jeunes

⁹² *Ibid.*, p. 6, 7.

ont été repérées dans une minorité de ressorts (quatre ressorts sur treize en sont dotés); et en ce qui concerne la fourniture de condoms, de digues dentaires et de lubrifiants pour ces jeunes (trois ressorts sur treize). À l'instar des politiques applicables à la détention d'adultes, la portée des politiques existantes qui concernent les jeunes varie grandement. Cependant, à l'opposé des politiques des prisons pour adultes, celles qui concernent les éléments susmentionnés sont particulières à un établissement donné (i.e. sous formes d'ordonnances applicables à un centre), plutôt que d'avoir une application à l'ensemble de la province. Quelques exemples de politiques habilitantes sont énumérés dans le Tableau 1 (p. 26). (Voir Annexe C pour les références.)

Nous n'avons pas réussi à documenter des programmes exemplaires et prometteurs destinées aux jeunes en détention dans la même mesure que pour les détenus adultes. Les ressources pour le projet ne nous ont pas permis de visiter des établissements pour jeunes, ni d'interviewer des jeunes, des employés de ces établissements ou des organismes communautaires fournissant des programmes pour jeunes. Notre « examen de documents » basé sur des demandes d'accès à l'information a révélé qu'un petit nombre des ressorts qui ne sont pas dotés de politiques ont néanmoins des programmes en place. Comme les politiques pour les jeunes, la majorité de ces programmes concernait l'éducation et l'information ou la fourniture de condoms, digues dentaires et lubrifiants. Quelques exemples sont énumérés dans le Tableau 2 (p. 27). (Voir Annexe D pour références.)



La majorité des provinces et territoires semble n'avoir aucune politique spécifique [aux jeunes en détention].

En toile de fond à ces importantes lacunes dans le domaine des politiques et programmes, nous observons la rareté d'études publiées au sujet de la prévalence du VIH, du VHC et des comportements à risque parmi les jeunes en détention, non seulement au Canada mais à l'échelle mondiale. Deux études ont été réalisées en Ontario. Une étude publiée en 1994 a fait état de la prévalence du VIH parmi 1 582 jeunes à l'admission en détention.⁹³ Aucun jeune n'avait reçu un test positif pour le VIH. Environ 3 % des jeunes hommes et 2 % des jeunes femmes avaient des antécédents d'injection de drogue. Une étude publiée en 2006 a fait état de la prévalence du VIH et du VHC ainsi que de facteurs de risque parmi 299 jeunes.⁹⁴ Aucun des jeunes auxquels le test du VIH a été administré n'était séropositif; un jeune a été trouvé séropositif au VHC. Environ 5 % des jeunes ont signalé des antécédents d'injection de drogue; d'entre eux, environ 30 % avaient déjà utilisé une seringue partagée. Environ 78 % ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels sans protection. Parmi les 114 jeunes qui portaient un tatouage, environ 40 % ont déclaré avoir été tatoués pendant leur détention.

En 2006, le ministère de l'Enfance et du Développement familial de la Colombie-Britannique ainsi que le Center for Disease Control de cette province ont réalisé une étude auprès des jeunes en détention, à titre de suivi à une recherche similaire datant de 1994. L'étude (2006) visait à déterminer la prévalence du VIH et du VHC ainsi que des facteurs de risques associés à ces infections, parmi la population de jeunes entrant ou résidant dans des établissements pour jeunes en C.-B., afin de développer et de cibler des stratégies appropriées

⁹³ L. Calzavara et coll., *The Study of HIV Prevalence in Ontario Jails, Detention & Youth Centres: Final Report*, Université de Toronto, 1994.

⁹⁴ L. Calzavara et coll., *Prevalence and Risk Factors for HIV and Hepatitis C in Ontario's Jails and Detention Centres (2003-2004)*, Université de Toronto, 2006.

d'éducation, de prévention et de réduction des méfaits.⁹⁵ Des 417 jeunes qui ont participé à l'étude, 22 % étaient de sexe féminin, 48 % étaient autochtones et 72 % avaient déjà été en détention. L'état sérologique au VIH et au VHC a été déterminé par test anonyme sur des échantillons de salive et les comportements à risque ont été examinés à l'aide d'un sondage structuré et transversal. L'étude a révélé que les jeunes en détention admettaient avoir eu une panoplie de comportements à risque, avant leur détention, et dans une moindre mesure certains comportements à risque en détention, ce qui les rend vulnérables à contracter des ITS et des virus à transmission hématogènes.⁹⁶ Par exemple :

- 7,7 % ont déclaré s'être injecté des drogues
- 68,8 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels sans condom
- 32 % ont déclaré s'être fait tatouer, dans la communauté, par un non-professionnel
- 40,5 % ont déclaré s'être fait faire un perçage, dans la communauté, par un non-professionnel
- et 13 % ont déclaré s'être fait tatouer en prison.

Deux jeunes ont été trouvés séropositifs au VIH (0,5 %); et cinq ont été trouvés séropositifs au VHC (1,2 %).

La prévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque parmi les jeunes en détention, et leurs besoins en matière de réduction des méfaits et de prévention du VIH et du VHC, devraient être l'objet d'autres études. Des études semblables devraient être réalisées afin d'éclairer les programmes actuels et éventuels, pour les jeunes en détention.

Politiques habilitantes

Les politiques suivantes sont propices à la prévention du VIH et du VHC en prison.

- **Condoms** : Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *12.07 AIDS* (16 janvier 2001). L'article 4.20 de ce document stipule que les jeunes en détention en milieu fermé auront accès à des condoms par l'entremise des unités de soins de santé des établissements, et qu'à leur admission ils se verront informer de leur disponibilité et sur leur utilisation adéquate. Voir aussi, pour les jeunes en encadrement en milieu ouvert, Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003) art. 4.13, 5.2; Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1004.00, Acquired Immune Deficiency Disease* (30 avril 2002), art. 4.12. 5.2. Au sujet des jeunes femmes, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006), art 4.21.
- **Éducation** : Saskatchewan Corrections and Public Safety, Young Offender Programs, Custody, Policy Statement, *Prevention of Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (2005). Cette politique stipule que « [I]es jeunes en détention, fermée ou en milieu ouvert, recevront une instruction approuvée et guidée, au sujet du risque et de la prévention de

⁹⁵ D. Rothan et coll, « HIV/Hépatite C Prévalence and Associated Risk Factors in At Risk Youth at Three BC Correctional Facilities », proposition de projet, octobre 2005; et D. Rothan, « HIV/HCV Prévalence and Risk Factor Study of Youth in Custody », diaporama, 5 avril 2007. Voir aussi D. Rothan et coll, « BC's Youth in Custody: A Profile of Demographics and Risk Behaviours: An Opportunity for Harm Reduction Interventions ». Voir aussi J. Buxton et coll, « Identifying prevalence of and risk factors for HIV/hepatitis C in B.C. Youth Custody », abrégé Mo 094P, présenté à la Conférence internationale sur la réduction des méfaits, 1^{er} mai 2006, concluant que près de la moitié des jeunes de la rue ont déjà été en détention. Les documents inédits sont en filière auprès des auteurs.

⁹⁶ D. Rothan, « HIV/HCV Prévalence and Risk Factor Study of Youth in Custody », diaporama, 5 avril 2007.

la grossesse et des maladies transmis[sibl]es sexuellement. » [trad.] La politique inclut expressément le VIH/sida et elle met en relief l'importance de la confidentialité et d'une information appropriée et adaptée à la culture. Lorsque possible, le personnel infirmier de l'établissement sera responsable de fournir l'éducation; en d'autres cas, le personnel de l'établissement est mandaté de collaborer avec des infirmiers/intervenants en santé communautaire.

- **Éducation** : Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *12.07 AIDS* (16 janvier 2001) art. 4.19. La politique détermine clairement le responsable et les normes : « Le gestionnaire veillera à ce qu'un programme d'éducation sur le VIH/sida, dans l'établissement, soit conforme aux lignes directrices présentées dans le manuel du ministère de la Santé et des Services sociaux » (art. 4.5) [trad.]. Les jeunes devraient se voir remettre des dépliants à leur admission, et les séances d'éducation devraient inclure du matériel sur le VIH et le sida, les manières dont le VIH se transmet et ne se transmet pas, les manières de s'en protéger, et comment se comporter à l'égard d'une personne vivant avec le VIH. Voir aussi Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003) art. 4.11; Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1004.00, Acquired Immune Deficiency Disease* (30 avril 2002), art. 4.11. Au sujet des jeunes femmes en détention, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006) art.4.19.

Autres populations carcérales et besoins en émergence

Détenus de minorités ethnoculturelles

Le Cadre de l'UNODC souligne qu'il est essentiel que des programmes et services répondent aux besoins particuliers de populations vulnérables ou minoritaires, dans le système carcéral, y compris les minorités raciales et ethniques, qui devraient par conséquent se voir accorder priorité et un point de mire particulier, dans le développement de services en matière de VIH/sida.⁹⁷

Les détenus de ressort fédéral sont en grande majorité caucasiens (72,6 %), mais extrêmement diversifiés.⁹⁸ D'après les données du SCC, après le segment des détenus autochtones (17,2 %), les détenus noirs (6,2 %) constituent le plus grand groupe de personnes de minorités ethniques dans les établissements du SCC, suivi de dix autres groupes représentant chacun moins de 1 % des détenus. Comme pour les détenus autochtones de ressort fédéral, la proportion de détenus d'ascendance africaine varie considérablement d'une région à l'autre, et l'on observe une grande diversité dans leurs cultures et traditions.⁹⁹ Des statistiques révèlent une prévalence croissante du VIH parmi certaines minorités ethnoculturelles. Les plus récentes statistiques épidémiologiques canadiennes indiquent une augmentation de la proportion du nombre total de cas de VIH et de sida, au Canada, en lien avec des personnes venues de pays où le VIH est endémique.¹⁰⁰ Dans ce groupe, les femmes représentent plus de la moitié des cas de VIH. La plupart des personnes de pays où le VIH est endémique s'identifient comme étant d'ascendance africaine.

Outre les programmes pour détenus autochtones, nous n'avons identifié dans le cadre du présent projet aucun programme de prévention du VIH et du VHC ou de réduction des méfaits destiné spécifiquement à des minorités ethnoculturelles en prison. Nous n'avons pas repéré, non plus, de littérature sur des modèles de tels programmes. En conséquence, nous sommes d'avis que les politiques et programmes actuels ne satisfont possiblement pas les besoins des détenus de minorités ethnoculturelles en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Il s'agit d'un domaine qui mérite une attention plus poussée, compte tenu de la diversité croissante de la population canadienne et des détenus, par extension, et vu le racisme systémique et l'histoire récente de sur-incarcération parmi les personnes d'ascendance africaine.

Des programmes culturellement adéquats nécessitent que l'on tienne compte des valeurs, des croyances et des comportements divers des gens, et que l'on adapte la prestation de programmes selon leurs besoins sociaux, culturels et linguistiques. La connaissance de la communauté à laquelle on s'adresse, et les influences culturelles sur les croyances et comportements individuels en lien avec la santé, sont un important déterminant de l'efficacité des services. Le développement de stratégies pour identifier et aborder les obstacles culturels à l'accès aux services est aussi important.¹⁰¹ Les programmes de prévention du VIH et du VHC, de même que de réduction des méfaits, pour les détenus de minorités ethnoculturelles, devrait aller au delà d'une compréhension « eurocentrique » des déterminants de la santé, sinon ils risquent de ne pas aborder

⁹⁷ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Framework*, p. 13.

⁹⁸ « A health care needs assessment of federal inmates in Canada », *Revue canadienne de santé publique* 95(S1) (2004) : S1–S63, annexe 1, p. s56.

⁹⁹ « Ascendance africaine » fait référence aux Canadiens africains, aux Africains et aux Africains caraïbes, ainsi qu'aux personnes d'héritage africain venues d'Amérique centrale ou du Sud et qui vivent au Canada.

¹⁰⁰ Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, août 2006*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2006, chapitre 12, pages 107–122. Les pays où le VIH est endémique sont les pays où plus de 1 % de la population adulte vit avec l'infection à VIH — par exemple, c'est le cas de plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne et de la Caraïbe.

¹⁰¹ Pour plus d'information, voir Nova Scotia Department of Health, *A Cultural Competence Guide for Primary Healthcare Professionals in Nova Scotia*, 2005. Accessible via www.canadian-health-network.ca.

adéquatement tous les facteurs qui peuvent entraîner qu'un détenu est vulnérable aux infections par le VIH et par le VHC. Le fardeau de la sensibilisation et de la prise en compte de la diversité culturelle et du caractère holistique des programmes ne devrait pas être laissé à la personne d'une communauté minoritaire ou ethnique.

Au palier fédéral, le SCC a adopté une politique pour voir aux besoins des détenus de minorités ethnoculturelles.¹⁰² D'après cette politique du SCC, les prisons où sont gardés des détenus de minorités ethnoculturelles ayant des besoins démontrés en termes de programmes adaptés à leur langue, culture ou spiritualité feront tous les efforts raisonnables pour combler ces besoins en offrant des programmes et services spécialisés, tant dans les établissements que dans la collectivité.¹⁰³ Par ailleurs, dans les régions où des services sociaux et culturels communautaires sont disponibles, les unités opérationnelles doivent faciliter et encourager l'accès à ces services.¹⁰⁴ La politique a également mis sur pied des comités consultatifs ethnoculturels.¹⁰⁵ Nos entretiens avec des détenus de minorités ethnoculturelles nous portent à croire que, de leur point de vue, leurs besoins ne sont pas satisfaits.

Plusieurs organismes communautaires de lutte contre le sida, au Canada, travaillent auprès de minorités ethnoculturelles et ont développé des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, pour aborder les besoins particuliers de ces populations. Ces efforts communautaires offrent un important point focal pour une collaboration entre les prisons et la collectivité, pour satisfaire les besoins des détenus de diverses minorités ethnoculturelles dans les établissements fédéraux et provinciaux/territoriaux. Cependant, d'après nos entretiens avec des organismes communautaires, il est évident qu'ils n'ont pas les ressources pour fournir un grand volume de services aux détenus.

Les recommandations suivantes ont été adaptées à partir de lignes directrices qui sont en usage au Canada :¹⁰⁶

- Du financement doit être disponible aux organismes communautaires qui travaillent auprès de minorités ethnoculturelles et raciales, afin de fournir de l'éducation à la prévention aux détenus. Des fonds devraient aussi être disponibles pour fournir des soins, des traitements et du soutien aux détenus de minorités ethnoculturelles qui vivent avec le VIH/sida.
- Il doit y avoir une reconnaissance et une éducation/formation, concernant les minorités ethnoculturelles et raciales ainsi que leurs croyances et valeurs, pour les personnes qui interviennent en matière d'éducation à la réduction des méfaits en prison.
- Il doit y avoir une représentation accrue des minorités ethnoculturelles et raciales, dans le personnel d'unités de soins de santé des prisons.
- Pour que des programmes soient culturellement adéquats, ils doivent être élaborés en tenant compte des diverses valeurs et croyances ainsi que des divers comportements, et leur fourniture doit tenir compte des besoins sociaux, culturels et linguistiques. Une compréhension de la communauté à desservir et des influences culturelles sur les croyances et comportements individuels en matière de santé est un élément important dans la prestation des services.

¹⁰² Le SCC a quelques initiatives ethnoculturelles en cours, comme indiqué sur son site Internet à www.csc-scc.gc.ca/ethnoculture/index_f.shtml. Il ne semble toutefois pas y avoir de programmes pour ces détenus en lien avec le VIH/sida, l'hépatite C et d'autres thèmes de santé.

¹⁰³ Service correctionnel du Canada, Directive du Commissaire 767, Programmes destinés aux délinquants des minorités culturelles (19 mars 2001), art. 8.

¹⁰⁴ *Ibid.*, art. 9.

¹⁰⁵ *Ibid.*, art. 16–18.

¹⁰⁶ Voir Health Promotion and Population Outreach in the Black and Caribbean Canadian Community, avril 2000, accessible à www.calgaryhealthregion.ca/hecomm/diversity/health_black_communities.htm; et *A Cultural Competence Guide for Primary Healthcare Professionals in Nova Scotia et Vous êtes femme et de race noire? Quel impact cela a-t-il sur votre santé?*, accessible à www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1168525559824&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FCHNResourcePageTemplate&lang=Fr&c=CHNResource.

- Il faut reconnaître que le racisme a un effet néfaste sur des déterminants de la santé (estime de soi, éducation, emploi, revenu, logement et normes de vie).
- Des dépliants, des feuillets et d'autres documents devraient être traduits dans les langues comprises par les détenus, afin d'être accessibles.
- Les programmes de réduction des méfaits pour les détenus devraient être enracinés dans un cadre antiracisme qui aborde les questions de race, de classe, de genre, de sexisme et d'homophobie.
- Les agences devraient élaborer des stratégies pour identifier et aborder les obstacles culturels à l'accès aux services.
- Des recherches sont nécessaires et urgentes, en ce qui touche les pratiques exemplaires en matière de prévention du VIH et du VHC pour les détenus de minorités ethnoculturelles et raciales.

Il doit y avoir une reconnaissance et une éducation/formation, concernant les minorités ethnoculturelles et raciales ainsi que leurs croyances et valeurs, pour les personnes qui interviennent en matière d'éducation à la réduction des méfaits en prison.



Détenus transgenre et transsexuels

Le Cadre de l'UNODC affirme qu'il est essentiel que les programmes et services répondent aux besoins uniques des populations vulnérables ou minoritaires, dans le système carcéral, y compris les détenus transsexuels et transgenre. Le Cadre adresse un certain nombre de recommandations aux autorités carcérales, en ce qui touche la vulnérabilité au VIH/sida et à l'hépatite C parmi les détenus transsexuels et transgenre. Notamment, les autorités carcérales devraient « [r]econnaître que des comportements à risque élevé de transmission du VIH ont cours en prison (en particulier l'injection de drogue, l'activité sexuelle et l'abus et la violence à caractère sexuel) » et « reconnaître que l'activité sexuelle consensuelle a cours en prison, et assurer qu'elle ne soit pas rattachée à des pénalités/châtiments car ceci inciterait à ne pas se munir de condoms » [Actions 1 et 22; p. 15, 19]. Cette reconnaissance est considérée comme un pré-requis pour la mise en œuvre de politiques (1) pour « [a]ssurer que les détenus et le personnel de prison se voient garantir une protection contre la discrimination pour des motifs comme le sexe, l'âge, la race, l'appartenance ethnique, la culture, la religion, la langue, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et la séropositivité au VIH »; (2) pour assurer que les rapports sexuels non consensuels, les rapports sexuels forcés, le tagage et le viol soient interdits et endigués; (3) pour établir des structures et des processus pour punir ou ségréguer les prédateurs sexuels; et (4) et pour fournir des soins et des services de counselling complets et humains, aux victimes de violence sexuelle [Actions 9, 23, 29; p. 17, 19, 20]. En outre, le Cadre incite les autorités carcérales à s'assurer que le contenu et les messages, dans le cadre du matériel d'éducation, sont spécifiques et pertinents aux réalités — et aux ressources disponibles — du milieu carcéral, et que le matériel soit respectueux et pertinent, en lien avec les différences de sexe, d'identité sexuelle et d'orientation sexuelle [Action 55; p. 24].

En 1999, le PASAN a publié *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual and Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*.¹⁰⁷ Quinze détenus et ex-détenus transgenre ou transsexuels d'homme à femme et vivant avec le VIH/sida, en Ontario, ont été interviewés et consultés pour la préparation de ce rapport. La recherche a fait état de discrimination et de stigmatisation à l'égard de ces personnes lorsqu'elles étaient hébergées dans des prisons pour hommes, ce qui les rendait vulnérables à contracter le VIH et le VHC. Les peurs irrationnelles et la haine envers les détenus transsexuels et transgenre peuvent placer ces personnes en situation de risque accru de violence sexuelle. Bien que certains détenus ont des relations sexuelles consensuelles, d'autres peuvent échanger des rapports sexuels contre une certaine protection, pour leur sécurité. Le partage de matériel d'injection, pour s'injecter illicitement des hormones féminines, est un autre facteur spécifique de risque de contracter le VIH et le VHC, pour les détenus transgenre. Dans l'ensemble, les conclusions du rapport indiquent que les politiques et programmes fédéraux et provinciaux ne satisfaisaient pas les besoins de cette population en termes de prévention du VIH, ni de réduction des méfaits, à l'époque (i.e. en 1999).

Le rapport formulait des recommandations sur l'éducation à la prévention du VIH ainsi qu'en rapport avec l'injection de drogue et avec le test de sérodiagnostic du VIH. Plusieurs des recommandations sont générales et semblables aux recommandations formulées dans d'autres rapports du PASAN, de même que du CESP et du Réseau juridique. Certaines des recommandations contenues dans *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual and Transgendered Prison Population* sont toutefois spécifiques à cette population :

- Outre des séances d'éducation sur le VIH/sida, de l'information devrait être mise à la disposition des détenus transsexuels et transgenre, sur une base individuelle, à leur admission en prison et à leur remise en liberté.
- Tous les exposés et documents doivent reconnaître et satisfaire les besoins des détenus transsexuels et transgenre qui ont des handicaps, des antécédents ethnoculturels ou linguistiques différents, divers niveaux langagiers et d'alphabétisation, des particularités de genre ou d'orientation sexuels.
- Les détenus transsexuels et transgenre devraient être protégés des détenus qui ont des antécédents d'agression sexuelle.
- Les détenus transsexuels et transgenre devraient pouvoir choisir dans quel secteur de la prison ils sont placés.
- Ils ne doivent pas être placés en isolement préventif contre leur volonté, au seul motif de leur situation de transsexuel ou transgenre.
- Des programmes de traitement pour les détenus transsexuels et transgenre qui font usage de drogue devraient être élaborés et mis à leur disposition.

De plus, le PASAN est d'avis que les détenus transsexuels et transgenre devraient avoir la possibilité de choisir s'ils souhaitent être placés dans une prison pour hommes ou pour femmes.

Notre recherche ne nous a pas permis de repérer des programmes spécifiques pour les détenus transsexuels et transgenre. Les besoins de ces personnes, en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, requièrent une attention urgente.

¹⁰⁷ A.V. Scott et R. Lines, *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual and Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, PASAN, mai 1999. Accessible via www.pasan.org.

Unités sans drogue et communautés thérapeutiques

Dans ses recommandations au sujet des options de traitement de la toxicomanie pour les détenus, le Cadre de l'UNODC incite les autorités carcérales à veiller à ce que les détenus aient accès aux mêmes programmes de traitement et de counselling pour la toxicomanie qu'hors prison, y compris des options sans drogue et unités sans drogue [Action 77; p. 26]. Le Réseau juridique a recommandé, en lien avec le traitement de la toxicomanie, que les systèmes correctionnels provinciaux et fédéral « offrent une plus grande diversité d'options de traitement aux détenus, incluant dans des unités ou prisons exemptes de drogue [recommandation 6; p. 119–120].

Nous avons demandé aux autorités carcérales canadiennes des renseignements sur les unités exemptes de drogue. De plus, les autorités carcérales ont eu une occasion de nous donner leur feed-back au sujet de tels programmes et politiques dans le cadre de leur examen d'une version provisoire du présent rapport. Nous avons identifié deux ressorts dotés de politiques ou programmes en la matière. En février 2000, le SCC a entrepris la mise en œuvre de cinq « unités de soutien intensif » (USI) — une par région administrative. Des lignes directrices nationales ont été publiées en octobre 2002.¹⁰⁸ D'après ces lignes directrices, les USI « ont pour but de fournir un milieu de vie positif, pour les détenus qui souhaitent demeurer abstinentes d'alcool et de drogue, et de soutenir et renforcer leurs efforts pour modifier leurs comportements quant à l'abus de substances » [trad.]. Les USI sont volontaires, ouvertes aux détenus ayant des problèmes de drogue et à ceux « qui désirent vivre dans un environnement institutionnel qui est exempt de drogue et des problèmes interpersonnels associés à l'usage de drogue par des détenus » [trad.]. Les USI ne fournissent pas de programmes spécifiques; selon les directives nationales du SCC, un soutien informel et formel entre pairs, et l'interaction avec le personnel, en font partie intégrante. D'après les détenus que nous avons interrogés, les USI ont des mesures accrues de sécurité, concentrés sur l'interdiction de drogue, mais pas de soutien correspondant à ce que décrivent les lignes directrices.

En 2003, la Guthrie House a été ouverte, au Nanaimo Correctional Centre, une prison provinciale de la C.-B. Il s'agit d'une unité d'abstinence et de sobriété, dotée de 40 places. En 2006, la Guthrie House a été autorisée à une expansion pour devenir un projet pilote de « communauté thérapeutique », dans la prison — un programme en résidence pour jusqu'à 170 détenus de sexe masculin.¹⁰⁹ Le modèle de la communauté thérapeutique considère la guérison de la dépendance à la drogue comme un processus qui fait intervenir une pression positive des pairs, dans un milieu social fortement structuré et où tous les membres de la communauté (employés et détenus) sont considérés comme dignes d'égal respect et responsables de changements positifs.¹¹⁰ Le programme se concentre sur la guérison de l'abus de drogue de longue date et vise à répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et culturels de chaque individu. Le programme de communauté thérapeutique implique les détenus dans un programme intensif avec une perspective axée sur l'abstinence de drogue illicite ainsi que d'alcool, et la participation à des programmes pour une réinsertion réussie dans la communauté. La Vancouver Island Health Authority [régie de la santé de l'Île de Vancouver] (VIHA) et la direction générale des services correctionnels de la C.-B. ont été impliquées dans la planification initiale de la Guthrie House.

La communauté thérapeutique a cinq buts : (1) favoriser un milieu exempt de drogue; (2) favoriser la responsabilisation des détenus pour leur vie quotidienne; (3) fournir des traitements dans un milieu sûr et soutenant; (4) réduire la pensée criminelle et les comportements antisociaux parmi les détenus; et (5) préparer les détenus à la vie dans la communauté extérieure. La démarche des détenus comporte quatre phases : orientation (trois à quatre semaines); traitement principal (deux à trois mois); réinsertion/transition

¹⁰⁸ Service correctionnel du Canada, *Lignes directrices nationales relatives aux USI*, octobre 2002.

¹⁰⁹ Nanaimo Regional John Howard Society, *The Guthrie House Therapeutic Community Pilot Project at the Nanaimo Correctional Centre*, 8 novembre 2006, et des documents connexes sont en filière auprès des auteurs, et disponibles auprès de la D^{re} Diane A. Rotheron, directrice médicale, British Columbia Corrections.

¹¹⁰ Correspondance personnelle avec la D^{re} Diane A. Rotheron, directrice médicale, British Columbia Corrections.

(un à deux mois); et après-soins (six mois ou plus). Les détenus participent à des programmes intensifs et complets, y compris des travaux, des programmes de formation, des programmes de base pour la modification du comportement et la réduction de la récidive, et d'autres séminaires, ateliers et séances de counselling. Les programmes de base incluent des thèmes comme la prévention de la violence, la gestion de l'abus de substances, le maintien de relations de respect, et l'alphabétisation. L'admission au programme se fait sur une base continue, lorsque des places se libèrent. Les détenus voulant suivre le programme peuvent parfois devoir s'inscrire sur une liste d'attente. Un cadre d'évaluation a été développé.

Un important pourcentage de détenus, au Canada, déclare avoir utilisé des drogues illicites avant l'incarcération ou en utiliser en prison.¹¹¹ Les répercussions de l'usage de drogue incluent souvent l'incarcération, des mesures disciplinaires résultant en une peine d'incarcération plus longue et, potentiellement, l'infection par le VIH et/ou le VHC. Les unités exemptes de drogue et les communautés thérapeutiques sont des options additionnelles de réduction des méfaits, pour les détenus aux prises avec une dépendance importante et de longue date, à une drogue.

¹¹¹ Voir, p. ex., Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995, 1996*, N° SR-02, à la p. 258, où il est rapporté que 38 % des détenus ont déclaré avoir fait usage de drogue illicite dans la prison. Voir aussi « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Revue canadienne de santé publique* 95(S1) (2004) : S1–S63, p. S31, S36–S48.

Remarques de conclusion et orientations stratégiques pour l'action

Remarques de conclusion

Partant des faits décrits dans le présent rapport, nous formulons un certain nombre d'observations en relation avec les programmes en matière de VIH et de VHC ainsi que de réduction des méfaits dans les prisons que nous avons visitées.

Nécessité de politiques et programmes exhaustifs

En général, les programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, dans les prisons du Canada, sont différents de ceux de la communauté, sur un point fondamental. Les lois et politiques carcérales interdisent aux détenus la possession de seringues, pour l'injection, et d'aiguilles pour le tatouage, et aucune politique n'est en place pour autoriser la distribution de seringues et aiguilles stériles (et d'autres instruments) pour l'injection et le tatouage. En conséquence, aucun des ressorts canadiens n'offre de programme complet de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits, pour les détenus, et ils ne pourraient pas le faire dans le cadre juridique et des politiques en vigueur. Hors des prisons, dans toutes les provinces et dans deux des trois territoires, les personnes qui s'injectent des drogues peuvent se procurer des seringues stériles auprès de programmes financés par les gouvernements, afin de réduire les risques de VIH, de VHC et d'autres infections.¹¹² De plus, les pharmacies sont autorisées légalement à vendre des seringues et les instances de réglementation professionnelle encouragent les pharmaciens à les vendre ouvertement.¹¹³ En ce qui concerne le tatouage hors prison, des salons de tatouage qui respectent les précautions universelles pour éviter la transmission d'infections sont accessibles.

Sous certains aspects importants, les programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, dans les systèmes carcéraux au Canada, sont semblables à ceux offerts dans les communautés. Les programmes communautaires diffèrent selon la province et le territoire, voire d'une communauté à une autre au sein d'un même ressort. Pareillement, les programmes des prisons varient d'un système à l'autre ainsi que d'une prison à l'autre dans un même ressort. Les contraintes de ressources qui imposent des restrictions aux programmes de la communauté ont le même effet sur les programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits dans les prisons — par exemple, des listes d'attente pour le TEM dans la communauté ainsi que dans les prisons qui offrent ce traitement.

En fournissant des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits pour les détenus, les autorités des prisons devraient :

- procéder en se basant sur les principes de la santé publique et des droits de la personne, et sur leurs interrelations, en reconnaissant que les détenus ont le même droit humain à la norme de santé la plus élevée, que les gens hors de prison, et que la promotion et la protection de la santé nécessitent des efforts explicites et concrets pour protéger et promouvoir aussi les droits humains et la dignité des détenus;
- reconnaître que les autorités de santé publique, les détenus ainsi que les organismes non gouvernementaux et services de la communauté (p. ex., hôpitaux, universités, regroupements

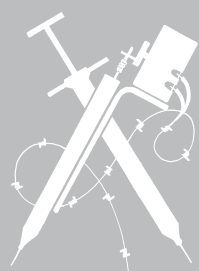
¹¹² Voir A. Klein, *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007 : « En février 2006, l'Île du Prince-Édouard est devenue la dernière province canadienne à fournir du soutien matériel pour les PS, lorsqu'elle a accepté de fournir des seringues et des tampons-ouate à l'organisme AIDS PEI. Cet organisme communautaire de lutte contre le sida offrait déjà le seul PS de la province, jusque-là financé par des dons privés. » Communication personnelle avec A. MacKinnon, coordonnateur de programme, AIDS PEI, 23 juin 2006. Le Nunavut ne fournit pas d'échange de seringues, affirmant que personne ne consomme de drogue par injection dans ce territoire. Communication personnelle avec G. Osborne, Associate Chief Medical Officer of Health for Nunavut, 24 avril 2006.

¹¹³ T. Myers et coll., « Community pharmacist perspectives on HIV/AIDS and interventions for injection drug users in Canada », *AIDS Care* 10(6) (1998) : 689–700, p. 691. (« Au moment de cette étude, trois des dix instances provinciales de réglementation des pharmaciens encourageaient l'étalage des seringues et aiguilles, de sorte que les clients puissent voir et choisir eux-mêmes. » [trad.]), cité dans A. Klein, *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007.

de lutte au sida et d'aide aux détenus) ont un rôle crucial à jouer dans la prestation de services aux détenus; et

- former des partenariats avec les autorités de santé publique, des détenus et des organismes non gouvernementaux et communautaires, pour le développement des politiques, et pour le développement, la fourniture et l'évaluation des programmes.

La non-disponibilité de certains programmes dans la communauté ne devrait pas être, pour les prisons, une excuse pour échouer à leur obligation juridique de fournir aux détenus les moyens nécessaires à protéger leur santé. Les autorités des prisons et les autorités responsables des soins de santé et de la santé publique dans la communauté devraient collaborer à trouver des solutions à des problèmes communs et/ou à satisfaire les besoins négligés. Nous avons décrit plusieurs exemples de collaboration efficace, dans le présent rapport. L'exemple principal de la nécessité d'action accrue des autorités carcérales et des instances responsables de la santé dans la communauté est le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) — tant dans la communauté qu'en prison, la fourniture du TEM est entravée par un manque de médecins autorisés à prescrire la méthadone, notamment hors des grandes villes. Certains systèmes carcéraux provinciaux/territoriaux n'offrent pas du tout le TEM, d'autres permettent sa continuation mais pas son amorce, et l'on observe des problèmes à trouver des médecins dans la communauté afin de fournir des soins aux détenus qui sont remis en liberté. Les autorités carcérales, les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé et les collèges provinciaux des médecins (desquelles relève l'autorisation aux médecins à prescrire la méthadone) doivent travailler ensemble à trouver des moyens pour accroître le nombre de médecins pouvant prescrire ce traitement.



[L]es détenus ont le même droit humain à la norme de santé la plus élevée, que les gens hors de prison, ... la promotion et la protection de la santé nécessitent des efforts explicites et concrets pour protéger et promouvoir aussi les droits humains et la dignité des détenus ...

Difficultés de fournir des programmes en prison

Les prisons sont un milieu qui recèle de défis à la tâche de fournir des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Dans plusieurs cas, lacunes en ressources financières et humaines, ou les décisions sur la priorité dans leur attribution, ont des répercussions néfastes sur la somme de programmes que le personnel de prison et les employés de la santé publique et des organismes de la communauté peuvent fournir aux détenus. Certains organismes communautaires ayant de l'expertise dans la prestation de programmes en prison ne peuvent les fournir qu'à un nombre limité de détenus et de prisons, à cause d'un manque de ressources. Nous avons également observé que le personnel des soins de santé en prison est aux prises avec plusieurs demandes concurrentes, vu l'ampleur des besoins en soins de santé dans la population carcérale. À moins d'un poste d'employé consacré (à temps plein ou à mi-temps), il est extrêmement difficile pour le personnel de santé des prisons de trouver le temps de jouer un rôle dans des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, que ce soit comme dispensateurs primaires de programmes ou pour donner du soutien à des groupes de pairs ou des ONG.

Nous avons observé que les programmes fonctionnent mieux s'ils récoltent l'appui du personnel de la prison, et que les programmes réussis en tiennent compte aux étapes de la conception et de la mise en œuvre. Par ailleurs, il devrait y avoir des occasions où les intervenants de l'extérieur et les employés de prison peuvent dialoguer sur leurs rôles et préoccupations respectifs. Les organismes de l'extérieur, y compris la santé publique et les organismes communautaires, doivent bien comprendre le milieu carcéral, notamment les préoccupations

de sécurité, afin de faire un travail efficace dans les prisons. De plus, les employés de prison — personnel de santé, des programmes et de sécurité — doivent comprendre la nécessité de la prévention du VIH et du VHC ainsi que de la réduction des méfaits, et le rôle des organismes et intervenants de la communauté dans la fourniture de tels programmes dans les prisons. Il est crucial que le personnel de prison, et en particulier le personnel de sécurité, puisse recevoir de l'information et poser des questions sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, et sur les manières dont ces types de programmes appuient les mandats interconnectés des prisons en ce qui a trait à la sécurité publique, à la préparation des détenus à réintégrer la communauté, et à la promotion de la santé des détenus.

Le milieu carcéral présente aussi d'importants obstacles à l'établissement et au maintien de programmes d'intervention entre pairs. La réussite de programmes de pairs dépend en grande partie de l'expérience du pair éducateur ou chercheur et de la relation de confiance et de respect qu'il établit graduellement avec les détenus et le personnel de la prison. Lorsque des pairs éducateurs ou chercheurs sont libérés de prison, d'autres détenus doivent être intéressés à être formés pour prendre la relève. Nous avons également observé que l'amorce d'un programme de pairs réussi implique de trouver un candidat adéquat aux yeux des détenus, et de fournir un espace de bureau adéquat et muni d'un ordinateur, d'une imprimante, de matériel de réduction des méfaits et documents connexes, et d'autres ressources.

Les installations physiques, dans les prisons, peuvent aussi présenter un défi à la prestation de programmes. Des pairs et des employés de certains des programmes de pairs et de santé publique que nous avons visités ont signalé qu'ils pourraient fonctionner avec plus d'efficacité s'ils disposaient d'un plus grand espace de bureau, ou d'un espace qui leur serait réservé (plutôt que partagé avec d'autres services ou groupes dans la prison). Dans plusieurs cas, cela n'était pas possible en raison de contraintes d'espace dans l'édifice proprement dit, ou du manque de ressources pour apporter des changements physiques. Malheureusement, ces contraintes spatiales peuvent parfois limiter la capacité de fournir des services en privé, et cela peut entraver l'accès à certains programmes, pour les détenus.

L'accent sur la sécurité et sur l'interdiction de drogue peut éclipser les considérations de santé

La « culture » institutionnelle en prison place fortement l'emphase sur la sécurité et l'interdiction de drogue. Dans certains systèmes carcéraux, principalement en raison des efforts de personnes dévouées au sein des autorités et du personnel de soins de santé des prisons, et d'intervenants communautaires ainsi que de détenus, ce point de mire a été quelque peu tempéré par une appréciation de l'obligation légale des gouvernements de protéger la santé des détenus ainsi que des motifs et raisonnements sanitaires à cet effet. En conséquence, plusieurs détenus, au Canada, ont accès à de l'information sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, et accès à des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant, de l'eau de Javel et au TEM. Or plusieurs détenus n'ont pas encore accès à ces éléments. Par exemple, dans certaines prisons au Canada les condoms sont encore considérés comme un objet de contrebande et les détenus peuvent être punis s'ils sont trouvés en leur possession, malgré le fait qu'il n'existe aucune contrainte juridique de ce genre dans la communauté. Il est difficile d'imaginer que la prévention de la transmission du VIH arrive à ses fins sans que l'on porte une attention sérieuse et systématique à la nécessité d'accès universel à des condoms.

Un autre exemple d'influence des préoccupations de sécurité et d'interdiction de drogue réside dans le manque d'accès au TEM dans les prisons provinciales et territoriales. Le TEM a fait ses preuves, comme moyen de gérer la dépendance aux opiacés; son efficacité, sa sûreté et son efficacité ont été démontrées. Au Canada, ce traitement est la norme, dans les soins pour traiter la dépendance aux opiacés. Or il y a de la résistance, dans certains quartiers, à assurer que les détenus aux prises avec cette dépendance aient accès à ce substitut qui peut être prescrit légalement. Le fait que plusieurs détenus n'y ont pas accès, et ce pour des raisons complètement étrangères au besoin individuel et aux critères cliniques, est révélateur du degré auquel les soins de santé en prison, dans plusieurs ressorts, ne sont vraiment pas à la hauteur d'équivalence avec les normes dans la communauté.

Nous avons par ailleurs observé, dans le cadre de nos visites à des programmes en prison, que les préoccupations de sécurité, combinées à des attitudes parfois négatives d'employés de prison à l'égard de la

réduction des méfaits, en plus du manque de ressources, peuvent compromettre la confidentialité auxquels les détenus sont en droit de s'attendre dans les services qui leur sont fournis.

Tirer des leçons des examens et évaluations

Notre tour d'horizon des politiques, couplé à des visites en prison et à des entrevues avec des détenus et des employés de prison et d'organismes communautaires, a révélé par ailleurs de fréquents écarts entre les politiques et la pratique. Dans plusieurs cas, nous avons remarqué que les politiques en vigueur n'étaient pas suivies, et que ceci nuit à la capacité des détenus de protéger leur santé. En contrepartie, nous avons observé des cas où, en l'absence d'une politique spécifique, un service était quand même fourni aux détenus. Nous n'avons pas examiné en détail la question des normes de rendement, ou d'évaluation, des programmes. Le SCC nous a affirmé que, dans ses prisons, des mécanismes de reddition de compte et des normes de rendement sont appliqués aux programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits. Cependant, du point de vue de détenus que nous avons interviewés, il n'est pas clair que ces mécanismes et normes sont efficaces.

Nous avons mentionné et résumé, dans le présent rapport, un certain nombre d'examen et évaluations formels de programmes. La plupart ont été réalisés par le SCC. D'autres (au Québec) ont été faits par des chercheurs en santé publique évaluant des programmes fournis dans des prisons provinciales par des intervenants de la communauté; et quelques-uns ont été moins formels, en misant principalement sur des questionnaires complétés par les participants à des programmes. Bien que l'évaluation complète de programmes (y compris par la demande de contribution au personnel de prison et aux détenus) nécessite un certain temps et comporte des coûts financiers, il est crucial d'avoir des résultats d'évaluation afin de déterminer dans quelle mesure un programme correspond aux besoins des détenus, et pour fournir des pistes d'amélioration.

Attention requise aux besoins particuliers de certaines populations carcérales particulières

Nous avons documenté d'importantes lacunes dans la couverture (des politiques ainsi que des programmes), pour des populations spécifiques en prison : femmes, personnes autochtones, jeunes en détention, membres de minorités ethnoculturelles et détenus transgenre et transsexuels. Les besoins de populations spécifiques, en ce qui touche la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits, nécessitent une attention accrue des autorités carcérales.

Il semble que le SCC soit le seul service correctionnel au Canada à s'être doté de programmes spécifiques pour les autochtones et les femmes; le SCC continue de travailler à améliorer ces programmes afin de satisfaire les besoins de ces populations. Nous sommes d'avis qu'il devrait veiller à une plus grande place à l'implication des détenus autochtones et de sexe féminin ainsi que d'organismes communautaires au service des femmes et des Autochtones dans la communauté, dans la conception et la réalisation de programmes pour ces populations, de sorte que ses programmes reflètent mieux la complexité des facteurs qui rendent les personnes de ces populations plus vulnérables au VIH et au VHC.

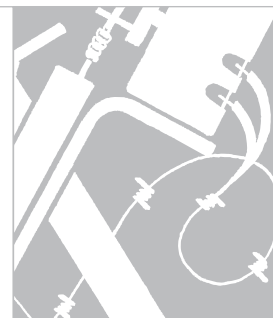
Dans la recherche pour préparer le présent rapport, nous n'avons pas repéré un seul programme de prévention du VIH et du VHC conçu particulièrement pour répondre aux besoins des détenus de minorités ethnoculturelles autres qu'autochtones, ou transsexuels/transgenre. Vu la diversité ethnoculturelle au sein de la population carcérale du Canada, les besoins de ces détenus en matière de prévention du VIH et du VHC requièrent une attention.

La collaboration, gage d'amélioration des politiques et programmes

Nous avons constaté que les politiques et programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits sont renforcés, en présence d'une collaboration entre les autorités de santé publique et les prisons. Dans certains ressorts, cette collaboration est régie par des ententes écrites et officielles (SCC, Saskatchewan et

Nouveau-Brunswick), alors qu'elle n'est pas officialisée dans d'autres ressorts (Québec, Ontario,¹¹⁴ Manitoba et Colombie-Britannique). Par exemple, le SCC a convenu d'un certain nombre de protocoles d'entente avec l'Agence de santé publique du Canada pour la surveillance de maladies infectieuses et en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits.¹¹⁵ Au palier des prisons, on trouve plusieurs exemples d'infirmiers de santé publique, d'unités locales de santé publique, qui fournissent des services aux détenus (p. ex., counselling et test du VIH, éducation à la santé) et au personnel de prison (p. ex., formation en contrôle des infections, consultations d'experts). Ces initiatives sont très efficaces si les infirmiers de santé publique sont autonomes dans l'accomplissement de leur travail et la prise de décisions, dans la prison.

Sans surveillance et évaluation, il est difficile de déterminer si les politiques en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits sont appliquées et si les programmes satisfont les besoins visés. Des détenus doivent être impliqués dans le processus de suivi et d'évaluation.



D'après notre examen, nous sommes d'avis qu'une plus grande collaboration de ce type, en matière de politiques et de programmes, aiderait à l'avènement de programmes plus complets pour les détenus au Canada. Un défi dans la tâche d'accroître cette collaboration est la structure organisationnelle des instances de santé publique, au Canada : dans plusieurs provinces, les décisions d'allocation de ressources et en matière de programmes se prennent au palier local, par les régies ou unités de santé publique, et ce palier n'a pas d'équivalent dans les structures carcérales. Le défi sera que les systèmes carcéraux et les responsables de la santé publique s'engagent au palier provincial (ou fédéral-provincial, en ce qui concerne le SCC) à concevoir les politiques et des ententes afin que les programmes puissent être mis en œuvre de manière uniforme à l'échelle complète d'un ressort. Un exemple où une collaboration provinciale entre en jeu est la Colombie-Britannique, où des infirmiers-éducateurs de la Division du contrôle des ITS et du VIH du B.C. Centre for Disease Control se rendent dans toutes les prisons provinciales de la Colombie-Britannique.¹¹⁶ Plusieurs des programmes exemplaires et les plus prometteurs qui sont décrits dans le présent rapport sont issus d'une collaboration entre deux prisons ou plus, et avec la santé publique, des organismes communautaires et des détenus.

Une plus grande collaboration est également requise entre les divers services de prisons dans différents ressorts, et dans certains cas entre le personnel de prison et l'administration carcérale d'un même ressort. Les politiques relatives à un domaine de programme peuvent varier considérablement d'un ressort à l'autre; de plus, certains ressorts ont des politiques sur certains points, et d'autres n'en ont pas. Vu de l'extérieur, on a

¹¹⁴ En Ontario, les unités de santé publique jouissent de passablement d'autonomie. En conséquence, le Ministère des Services communautaires et correctionnels (MCSCS) travaille avec les priorités établies par elles. Par ailleurs, toutes les unités de santé publique ontariennes contribuent à l'enseignement sur la santé et à la notification de contacts, auprès de tous les sites du MCSCS en matière de maladies transmissibles, et chaque prison est dotée d'un comité sur le contrôle et la prévention des infections, qui inclut une représentation des autorités locales de santé publique, du comité local sur la santé et la sécurité au travail ainsi que de personnel de gestion et de première ligne. Dans le récent document d'*Ébauche pour consultation — Normes de santé publique de l'Ontario*, le partenariat entre la santé publique et les services correctionnels est reconnu dans le domaine des maladies infectieuses. Correspondance reçue de Joanne Shaw, gestionnaire, Corporate Health Care Services, Professional and Shared Services, Strategic and Operational Branch, Ministère des Services communautaires et correctionnels (8 mars 2007; 15 mars 2007).

¹¹⁵ Service correctionnel du Canada, *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens — Feuillet de documentation*, août 2006; Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, 2003. Ces documents font référence à l'infrastructure de surveillance des maladies infectieuses qui a été développée en partenariat entre le SCC et Santé Canada. Voir p. ex., en ce qui concerne le partenariat en matière de mesures de réduction des méfaits, SCC, *Memorandum of Understanding — Needle Exchange Program (NEP) in Canadian Federal Penitentiaries*, 2005, et les travaux antérieurs du Groupe d'étude pour la gestion du risque de maladies infectieuses.

¹¹⁶ Correspondance personnelle avec D^{re} Diane A. Rothon, directrice médicale, British Columbia Corrections (7 mars 2007).

presque l'impression que chaque ressort a pensé devoir « réinventer la roue » à chaque fois qu'une politique sur la prévention du VIH ou du VHC ou de réduction des méfaits a été envisagée.

Orientations stratégiques pour l'action

Des politiques habilitantes devraient être en place dans chacun des systèmes de prisons du Canada, et des programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits devraient être disponibles pour tous les détenus, à l'échelle du pays, quel que soit leur sexe ou genre, leur appartenance ethnique ou culturelle, leur identité sexuelle, la peine qu'ils purgent et le ressort où ils sont incarcérés. D'après nos recherches et constats, nous suggérons six orientations stratégiques pour l'action, afin de promouvoir des pratiques exemplaires en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, dans les prisons :

- 1. Identifier des leaders parmi les personnes auxquelles il incombe une responsabilité légale** à l'égard du bien-être des détenus ou à l'égard de la santé publique (élus, responsables de prisons, employés de santé en prison, personnel de sécurité des prisons, et autorités provinciales et locales de santé publique) et qui sont disposées à collaborer pour promouvoir la prévention du VIH et du VHC ainsi que la réduction des méfaits dans les prisons, à l'échelle du pays. Certaines de ces personnes sont déjà impliquées auprès d'instances fédérales-provinciales-territoriales.
- 2. Impliquer des organismes et individus responsables** (élus, autorités carcérales, personnel de santé en prison, personnel de sécurité des prisons, et autorités provinciales et locales de santé publique), dans un mandat de protéger et promouvoir la santé des détenus et de la collectivité. L'implication nécessite la communication; la communication nécessite un contact. On devrait favoriser la création d'occasions où ces organismes et individus puissent se rencontrer, partager de l'information et développer des partenariats et collaborations.
- 3. Établir un consensus sur les politiques et pratiques exemplaires au Canada**, en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison. Il est essentiel que les personnes responsables de ces éléments à l'intention des détenus, et de la sécurité au travail pour les employés de prison, partagent une vision commune de ce que sont les politiques et pratiques exemplaires canadiennes dans la prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison. Une vision partagée, fondée sur les politiques et pratiques exemplaires, établit les buts ou la norme que tous les ressorts canadiens devraient s'efforcer de satisfaire tout en tenant compte de leurs situations particulières.
- 4. Identifier les obstacles à la prévention du VIH et du VHC ainsi qu'à la réduction des méfaits** en prison, et adopter des stratégies pour les vaincre. Des recommandations pour les politiques et programmes de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits en prison existent depuis de nombreuses années. Certains ressorts canadiens et certaines prisons ont été capables d'adopter des politiques et des programmes, alors que d'autres ne l'ont pas fait. Aucun ressort canadien n'est doté de politiques et programmes complets de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits, pour les détenus. Les facteurs qui y font obstacle doivent être identifiés, en vue de développer des solutions pour les vaincre.
- 5. Procéder à des examens et évaluations des politiques et programmes et, au besoin, concevoir et mettre en œuvre des politiques et programmes améliorés ou nouveaux**, en misant sur la coopération entre autorités carcérales, instances chargées de la santé des détenus, employés de prison, autorités de santé publique, organismes non gouvernementaux et communautaires, et détenus. Ceci aidera à faire en sorte que les diverses perspectives, expériences et compétences sont représentées dans les politiques et les programmes. Le

présent rapport documente plusieurs programmes exemplaires et prometteurs en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits dans des prisons, de même que des politiques habilitantes à l'appui de tels programmes. Un important bassin d'expertise et de ressources humaines existe déjà et devrait être partagé. Il n'est pas nécessaire de tenter de « réinventer la roue ».

- 6. Procéder au suivi et à l'évaluation continus des programmes et politiques, par le biais d'évaluateurs externes**, afin de déterminer si les politiques de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits sont respectées, et si les programmes correspondent aux besoins qu'ils sont supposés satisfaire. Faire connaître les résultats de ces examens afin de rehausser la transparence et la reddition de comptes des gouvernements et des organismes non gouvernementaux. Sans surveillance et évaluation, il est difficile de déterminer si les politiques en matière de prévention du VIH et du VHC ainsi que de réduction des méfaits sont appliquées et si les programmes satisfont les besoins visés. Des détenus doivent être impliqués dans le processus de suivi et d'évaluation. Le partage des résultats du suivi et de l'évaluation est essentiel à la collaboration et à la coopération ainsi qu'à la constance de l'amélioration et du développement des programmes et politiques en vigueur, pour prévenir le VIH et le VHC et réduire les méfaits de l'usage de drogue dans les prisons, au Canada et ailleurs dans le monde.

Bibliographie sélective

Note : Prière de consulter les sections « Politiques habilitantes » et « Programmes exemplaires et prometteurs », au fil du rapport, pour des références à des politiques carcérales et à des évaluations de programmes, respectivement.

« A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », *Revue canadienne de santé publique* 95 (S1) (2004).

Batelaan, Lydia, *HIV/AIDS in Youth Custody Settings: A Comprehensive Strategy*, PASAN, 18 juin 1996.

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, et Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, Ottawa, SCC, 2003.

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

Dicenso, Anne-Marie, Jacqueline Gahagan, et Giselle Dias, *Ouvrir notre avenir : une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, PASAN, 2003.

Jürgens, Ralf, *VIH/sida et prisons : Rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.

L. Batelaan, *HIV/AIDS in Youth Custody Settings: A Comprehensive Strategy*, Réseau d'action des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, 18 juin 1996.

Lines, Rick et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, 2^e édition, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006.

Lines, Rick, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard — Un rapport d'étape*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.

Mulvihill, Mary Ann, *An Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service of Canada and Public Health*, 5 avril 2000.

Mulvihill, Mary Ann, *Enhancing Collaboration Between Correctional Service of Canada and Public Health: A Concept Paper*, juillet 2000.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for and Effective National Response*, 2006.

ONUSIDA et Union interparlementaire, *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*, 1999.

ONUSIDA/Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme — Directives internationales*, édition consolidée 2006.

Organisation mondiale de la santé, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, WHO/GPA/DIR/93.3, 1993.

PASAN, *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, juin 1992.

Scott, Anne V. et Rick Lines, *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual and Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, PASAN, mai 1999.

Service correctionnel du Canada, *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens : feuillet d'information*, août 2006.

Annexe A — Membres du comité avisier

Cavaliere, Walter, Réseau canadien de la réduction des méfaits (Toronto, ON)

Charboneau, Randy, animateur d'atelier, artiste de Sacred Path et ex-détenu (Toronto, ON)

Clarke, Chris, détenu, Maplehurst Correctional Centre

Collins, Peter, détenu, Établissement fédéral de Bath

Grandy, Linda, intervenante en soutien au plaidoyer, Stepping Stone Association (Halifax, NS)

Jardine-Douglas, Aisha, intervenants au soutien, Black CAP (Toronto, ON)

McEwen-Gaulton, Tricia, Regional Outreach and Support Services — South Eastern Ontario, Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (Kingston, ON)

Myers, Kathleen, consultante, soutien pour les détenus (Montréal, Québec)

O'Briain, Warren, directeur général, Communicable Disease and Addiction Prevention, Ministry of Health Services (Vancouver, C.-B.)

Ongoiba, Fanta, directrice générale, Africans In Partnership Against HIV/AIDS (Toronto, ON)

Pate, Kim, directrice générale, Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry

Quewezance, Leona, coordonnatrice du soutien technique, All Nations Hope AID Network

Rattner, Maxxine, consultante en programmes, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Agence de santé publique du Canada (Ottawa, ON) (membre d'office)

Smith, Stephen, gestionnaire, Blood Borne Pathogens, Communicable Disease and Addictions Prevention, B.C. Ministry of Health (Vancouver, C.-B.)

Thomas, Gerald, conseiller principal aux politiques, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (Ottawa, ON)

Veresh, Tim, directeur général, John Howard Society of British Columbia (Vancouver, C.-B.)

Annexe B — Prisons et programmes visités, personnes interviewées et consultées

Organismes communautaires fédéraux et individus

Kevin Barlow, directeur général, Réseau canadien autochtone du sida

Service correctionnel du Canada (Administration centrale)

Mary Beth Pongrac, agente de projet — VIH/sida, Service correctionnel du Canada

Joanne Barton, gestionnaire principale de projet, Services de santé, Service correctionnel du Canada

Samar Sarkesh, chargée de projet — maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada

Colombie-Britannique

Prisons visitées :

Alouette Correctional Center for Women

Fraser Valley Institution

Pacific Institution (Regional Treatment Centre)

Fraser Regional Correctional Center

North Fraser Pre-trial Correctional Center

Personnes interviewées ou consultées :

Terry Howard, intervenant en prison, BC PWA POP

May McQueen, bénévole, programme d'intervention en prison, BCPWA

D^{re} Diane A. Rothon, M.D., directrice médicale, British Columbia Corrections

Joye Morris, présidente, Joye Morris Health Services Inc.

Jane Merndier, directrice adjointe, Alouette Correctional Center for Women

Alyson Granger Brown, coordonnatrice des bénévoles, Alouette Correctional Center for Women

Amy Slater, gestionnaire des soins de santé, Alouette Correctional Center for Women

Gillian Edworthy, chercheuse, University of British Columbia

Renee, Betty, et un groupe de détenues du Alouette Correctional Center

Ruth Elwood Martin, MD, FCFP, professeure clinique, UBC Department of Family Practice

Tim Veresh, directeur général, John Howard Society of Lower Mainland of BC

Ken Clement, directeur général, Healing Our Spirit, BC Aboriginal HIV/AIDS Society

Cole Rheaume, développement communautaire, Healing Our Spirit, BC Aboriginal HIV/AIDS Society

Nicole Giesbrecht, travailleuse sociale, Regional Treatment Center (PAC)

Alberta

Prison visitée :

Edmonton Institution for Women

Personnes interviewées ou consultées :

Siofean Coddere, détenue, Edmonton Institution for Women
Deborah Jakubec, directrice générale, HIV Edmonton
Lynn Sutankayo, développement communautaire, HIV Edmonton
Mike Clark, Solicitor General's Office of Alberta
Sandra Johnson, intervenante de terrain, Streetworks

Saskatchewan

Prisons visitées :

Prince Albert Correctional Center
Saskatchewan Penitentiary

Personnes interviewées ou consultées :

Leona Quewezance, intervenante en soutien, All Nations Hope
Tony de Padua, infirmier de santé publique, Prince Albert, Sexual Health Clinic
Angela Weber, chef des services de santé, Saskatchewan Penitentiary
Lori Herzog, Prince Albert Correctional Center
Heather Sriver, directrice, Pine Grove Correctional Centre

Manitoba

Prisons visitées :

Headingly Correctional Center
Stony Mountain Institution

Personnes interviewées ou consultées :

Marilyn Sloane, directrice, Services de santé, Manitoba Corrections
Jean Orton, RN, PHN, Central Region Health Authority
Darlene McDonald, RN, PHN, Brandon Regional Health Authority
Jodene Dudgeon, RN, PHN, North East Health Authority
Andrea Rees Bergan, infirmière éducatrice, Stony Mountain Institution
Sarah Bettess, travailleuse sociale en promotion de la santé, Stony Mountain Institution
Richard Fortin, détenu, Groupe de sensibilisation à la santé, Stony Mountain Institution

Lars Desoray, détenu, pair-éducateur, Stony Mountain Institution
Doug Brown, Prisoner, Groupe de sensibilisation à la santé, Stony Mountain Institution
Hessler Peltier, détenu, Groupe de sensibilisation à la santé, Stony Mountain Institution

Ontario

Prisons visitées :

Warkworth Institution
Maplehurst Correctional Complex

Personnes interviewées ou consultées :

Mooky Cherian, coordonnateur de programme provincial, PASAN
Eveline Allen, coordonnatrice de l'intervention et de l'éducation en région, PASAN
LaVerne Monette, directrice générale, Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy
John Bellosillo, président, conselling en santé auprès des pairs, Warkworth federal prison
Peter Collins, détenu, conselling en santé auprès des pairs, Bath federal prison
Felix Parum, détenu, conselling en santé auprès des pairs, Fenbrook Institution
Chris Clarke, détenu, Maplehurst Correctional Complex
Joanne Shaw, gestionnaire, Corporate Health Care, ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
Cathy Ball, infirmières en maladies infectieuses, Fenbrook Institution

Québec

Prisons visitées :

La Macaza
Établissement de Joliette
Centre fédéral de formation
Établissement de Cowansville
Établissement Leclerc
Centre de détention de Montréal (aussi appelé Prison de Bordeaux)

Personnes interviewées ou consultées :

Hélène Racicot, administration régionale, Service correctionnel du Canada
Chantal Perron, agent d'information senior, Santé et traitements, Comité des personnes atteintes du VIH du Québec
Thierry Pinet, CLSC Sherbrooke
Sébastien Houle, CLSC Sherbrooke
Vivian Bain, psychologue
Sylvain Turgeon, Centre Option-Prévention TVDS

Alexandre, stagiaire, Centre Option-Prévention TVDS
Claire Thiboutot, directrice générale, Stella
Diane Deslauriers, conseillère, Stella
Jacques Giguère, conseiller en éducation des pairs, Établissement Leclerc
Francine Prévost, sexologue, CLSC Bordeaux-Cartierville
Jean-Guy Tremblay, détenu, conseiller en éducation des pairs, Centre fédéral de formation
Réjean Bérard, chef des services de santé, Centre fédéral de formation
Bruno Gingras, infirmier en maladies infectieuses, Établissement Leclerc
Daniel Benson, intervenant, Option-vie
Gail Levesque, chef des services de santé, Établissement de Joliette
Diane Perreault, infirmière en maladies infectieuses, Établissement de Joliette
Isabel, détenue, Établissement de Joliette
Julie, détenue, Établissement de Joliette
Michel Cloutier, agent des programmes sociaux, Établissement de Cowansville
Louis Mirandette, détenu, artiste-tatoueur, Établissement de Cowansville
Andrée Ménard, chef des services de santé, Établissement de Cowansville
Lyne Giroux, infirmière en maladies infectieuses, Établissement de Cowansville
Alex Calvin Chartier, détenu, conseiller en éducation des pairs, La Macaza
Morris Bowen, détenu, Cercle des Gardiens du Savoir, La Macaza
Solange Cyr, chef des services de santé, La Macaza

Nouveau-Brunswick

Prisons visitées :

Établissement Westmorland

Personnes interviewées ou consultées :

David Lewis, coordonnateur de la région atlantique en maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada
Jeff Chetwynd, détenu, conseiller en éducation des pairs, Établissement Westmorland
Annette Depuis, infirmière en maladies infectieuses, Établissement Westmorland

Nouvelle-Écosse

Prison visitée :

Nova Institution for Women

Personnes interviewées ou consultées :

Michele Steele, directrice de projet, East Coast Forensic Hospital, Offender Health Services
Cindy Macisaac, Direction 180
Monique Fong, directrice générale, Healing Our Nations

Debbie Fury, infirmière en maladies infectieuses, Nova Institution for Women

Tanya Morrison, détenue, Nova Institution for Women

Diane Bailey, directrice générale, Mainline

Kathy Boudreau Jonson, intervenante de terrain, Mainline

Linda Grandy, intervenante en soutien au plaidoyer, Stepping Stone

Jeff Liberatore, coordonnateur de programme, Stepping Stone

Annexe C — Références pour le tableau des politiques

^a Signalons qu'en C.-B., les services correctionnels pour jeunes relevaient jadis de B.C. Corrections. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, mais les centres de détention pour jeunes suivent encore les politiques de B.C. Corrections, en attendant la complétion du manuel des politiques pour la détention des jeunes. Correspondance personnelle avec la D^{re} Diane A. Rothon, directrice médicale, British Columbia Corrections (7 mars 2007).

^b La situation des politiques en Nouvelle-Écosse n'est pas évidente. Le tableau n'inclut pas les politiques du ministère de la Justice. D'après l'art. 25 de la *Correctional Services Act*, S.N.S., 2005, c. 37, le ministre de la Santé est responsable de la provision, de l'administration et du fonctionnement des services de santé pour les détenus. L'art. 26 stipule que le ministre peut, dans le cas d'adultes en détention, déléguer la tâche des services de santé à une régie régionale de la santé ou, dans le cas des jeunes en détention, la déléguer à l'IWK Health Centre (IWK). En conséquence, les soins médicaux aux détenus néo-écossais sont fournis par la Capital District Health Authority (CDHA) et l'IWK, respectivement aux adultes et aux jeunes. Voir lettre de Francine Comeau, coordonnatrice adjointe à la FOIPOP [*Freedom of Information and Protection of Privacy Act*] (16 février 2006) : « La CDHA et l'IWK sont responsables des politiques et des pratiques en matière de santé. La Division des services correctionnels du ministère de la Justice a un manuel des politiques et procédures, qui inclut une section sur des questions de santé. Bien que ces politiques n'ont pas été abrogées, elles ne sont habituellement pas appliquées puisque la CDHA et l'IWK ont maintenant le mandat des soins médicaux aux détenus ainsi que des jeunes contrevenants dans le centre de détention pour jeunes. Comme entendu, je ne considère donc pas ces politiques et procédures, dans le traitement de votre demande, à l'heure actuelle. J'ai cependant inclus quelques politiques car le personnel s'y réfère encore, pour des orientations générales, en attendant la création de politiques par la CDHA et l'IWK. » [trad.] Étant donné que le solliciteur général n'est plus légalement responsable de la provision des services de santé en prison, il est plausible de croire qu'il n'a plus non plus le pouvoir législatif de publier et d'appliquer des politiques relatives aux soins de santé. Ce pouvoir législatif semble appartenir désormais au ministre de la Santé. Par conséquent nous n'avons pas inclus le ministère de la Justice dans ce tableau. Mais nous avons examiné les politiques dans la perspective des programmes, et inclus l'information pertinente dans le tableau des programmes.

^c Comme suite à des demandes d'« accès à l'information » concernant des politiques, lignes directrices et documents de formation, le procureur général adjoint par intérim a répondu, notamment : « Dans les cas où il n'y a pas sous pli de copies des directives, politiques et documents de formation, etc., la raison est que la pratique est simplement une procédure de fonctionnement reconnue, qui n'a pas été officialisée par écrit, ou parce que le matériel (dépliants etc.) sont sous le contrôle d'une autre instance publique, comme la Santé. » [trad.] Lettre de Edison Shea, procureur général adjoint par intérim (9 février 2006).

^d Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821 — Gestion des maladies infectieuses* (4 novembre 2004), art. 19a, 23–26 stipule que du counselling pré-test et post-test est offert aux détenus à l'admission et pendant la détention. Voir aussi SCC, *Directive du Commissaire 800 — Services de santé* (30 septembre 2004), art. 18e, en vertu duquel dans une période de 14 jours suivant son admission, un détenu doit se voir offrir un counselling au sujet du VIH ainsi qu'un test de sérodiagnostic. En vertu d'un protocole d'entente, *Memorandum of Agreement between Health Authority #9 Sexual Health Program of the Province of Saskatchewan and the Department of the Solicitor General of Canada as represented by CSC (October 31, 2002)*, un infirmier de projet relevant de la régie de santé fournit aux détenus le test volontaire anonyme du VIH, accompagné de counselling, et il s'occupe de la recherche de contacts au besoin (voir art. 2.1, 2.2); les coûts sont payés par le SCC.

^e Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Disease — AIDS and HIV 20.15.03* (26 janvier 2004). La procédure 3 prévoit que l'on donne aux détenus, à l'admission, une référence pour le test volontaire s'ils « se disent séropositifs ou sont connus comme l'étant, ou ont des symptômes portant à croire qu'ils peuvent avoir une infection à VIH. » Le counselling pré- et post-test est obligatoire.

^f B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 12 Testing — Communicable Diseases* (août 2002) et B.C. Corrections Branch — Adult Custody Policy, *Chapter 9 Inmate Health Care Services* (avril 2005), art. 9.18, stipule que les détenus se voient offrir de passer des tests pour des maladies transmissibles, à leur admission, et sur demande par la suite. Le test du VIH et le test du VHC sont accompagnés de counselling pré- et post-test.

^g Manitoba, Justice, Corrections Division, Custodial Policy, *Communicable Disease Control* (10 mai 2004); dans l'énoncé du But (art. 2) il est écrit que l'on offre le test volontaire de détection des anticorps anti-VIH et que ce test est accompagné de counselling pré- et post-test. Voir aussi Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003), art. 2.

^h Nouveau-Brunswick, Sécurité publique, Services correctionnels, Adult Institutional Policy, *G-42 Universal Precautions — Blood-Borne Pathogens* (mars 2001) prévoit le test volontaire de sérodiagnostic du VIH accompagné de counselling pré- et post-test, sur demande et pour les personnes « à risque ». En vertu d'un protocole d'entente (30 juin 2003) entre le ministre de la Santé et du Bien-être (Service de gestion de la santé publique) et le ministre de la Sécurité publique, les détenus se voient offrir le test volontaire de sérodiagnostic du VIH, selon le mode anonyme, non anonyme, non nominatif ou nominatif. Le protocole d'entente couvre une vaste gamme de services de santé publique qui sont fournis par des infirmiers de santé publique, pour un mandat de cinq ans en lien avec le VIH, les hépatites B et C et les ITS.

ⁱ Terre-Neuve-et-Labrador, Department of Justice, Corrections and Community Services, Health Care Services, Policy Directive, *Special Health Care Services — 16.40.06 HIV/AIDS* (1^{er} avril 2004), art. 2–4, 12, prévoit le test volontaire assorti de counselling pré- et post-test.

^j Territoires du Nord-Ouest, North Slave Correctional Facility — Standing Orders, *12.08, Infectious and Communicable Diseases* (6 novembre 2001) art. 3.2, 3.3, 3.6, conjointement, prévoient le test volontaire du VIH assorti de counselling pré- et post-test. Voir, pareillement, Territoires du Nord-Ouest, South Mackenzie Correctional Centre — Standing Orders, *1209, AIDS* (5 septembre 1998), art. 4; Territoires du Nord-Ouest, Territorial Women's Correctional Centre — Standing Orders, *12.08 AIDS* (8 février 2006), art. 3; Territoires du Nord-Ouest, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003), art. 4.9.

^k Nunavut, Corrections and Community Justice Division, Operations Manual — Adult, *12.06 Infectious and Communicable Disease* (7 septembre 2001), art. 4.3, 5.1; Baffin Correctional Centre — Standing Orders *1207 Infectious and Communicable Diseases* (31 mai 1996) art. 3.2; Baffin Correctional Centre — Standing Orders, *1209 AIDS* (3 juin 1996) art. 3.5 — en vertu desquels le test volontaire du VIH est offert aux détenus à l'admission et lors d'évaluations ultérieures.

^l Saskatchewan Justice, Corrections Division Policy, *Management of Inmates with Communicable Diseases* (1^{er} janvier 1996) art. 3.0.

^m Lorsque possible, il est fourni par l'infirmier en maladies transmissibles, à la clinique sans rendez-vous. Pas d'inscription au dossier du détenu. Yukon Department of Justice, Community and Correctional Services Branch, Policies and Procedures, Whitehorse Correctional Centre, No. 11-1 (23 juillet 1997) art. 46–48; Whitehorse Correctional Centre, *Inmate Handbook* (2004) section K1; Yukon Health and Social Services, *Pre- and post-test information about testing for HIV infection* (août 2005).

ⁿ Territoires du Nord-Ouest, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *Chapter 12, Services* (January 16, 2001) art. 5.1, stipule : « Les tests de diagnostic de maladies transmissibles comme l'hépatite, le sida [sic], la tuberculose et les ITS seront disponibles en tout temps, suivant l'examen et l'ordonnance du médecin. » [trad.] Voir, pareillement, Territoires du Nord-Ouest, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *12.07 AIDS* (16 janvier 2001), art. 3.0, 4.10–4.12; Territoires du Nord-Ouest, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1006.01, Infectious Disease* (30 avril 2002) art. 5.1; Territoires du Nord-Ouest, Corrections

Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1004.00, Acquired Immune Deficiency Disease* (30 avril 2002), art. 4.9. Au sujet des jeunes femmes, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1206.01 Infectious & Communicable Diseases* (2 janvier 2006) art. 4.3, 5.1; Territoires du Nord-Ouest, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006) art. 4.10, 4.11.

^o Le test d'urine est volontaire, en vertu de Corrections and Public Safety, Young Offender Programs, Custody, Policy Statement, *The Use of Urinalysis Testing in Custody Facilities* (2005). La politique applicable aux Yarrow Youth Farms (*Drug Testing of Youth*; novembre 1, 1987, révisée le 22 juin 2001) stipule que le personnel peut demander un échantillon d'urine à un jeune en détention mais que ce dernier peut refuser de le fournir. D'après une réponse donnée par le Kilburn Hall Youth Centre, même si l'analyse d'urine n'est pas obligatoire, « si un intervenant auprès d'un jeune en détention en fait la demande elle sera accommodée » (sans date).

^p L'art. 21 de la *Directive du Commissaire 821 — Gestion des maladies infectieuses* du Service correctionnel du Canada (4 novembre 2004) prévoit en partie que « des condoms non lubrifiés et sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires ... soient discrètement mis à la portée des détenus à au moins trois endroits et dans toutes les unités de visites familiales privées ».

^q Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Issuing of Condoms / Dental Dams / Lubricant to Offenders 20.15.07* (26 janvier 2004), sous Standard 2, stipule : « Un détenu peut remplir un formulaire de demande d'un rendez-vous confidentiel avec le médecin de la prison, qui peut lui remettre des contraceptifs à la fin de ce rendez-vous » [trad.].

^r B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 14 Blood and Body Fluid Borne Pathogens* (août 2002) art. 14.4, et B.C. Corrections Branch — Adult Custody Policy, *Chapter 9 Inmate Health Care Services* (avril 2005) art. 9.19., stipulent que des condoms, des sachets de lubrifiant à usage unique ainsi que des documents sur l'usage des condoms sont mis gratuitement à la disposition des détenus et sont faciles d'accès.

^s Manitoba, Justice, Corrections Division, Custodial Policy, *Communicable Disease Control* (10 mai 2004) art. 9.2 et Appendix "B" stipulent la distribution de condoms lubrifiés et de lubrifiant pour des trousse de remise en liberté contenant au moins six condoms. Voir aussi Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003) art. 12.2b. Winnipeg Remand Centre, Standing Orders, *Distribution of Condoms 15.8* (août 1993) stipule que des condoms doivent être disponibles par l'entremise des services médicaux et des conseillers.

^t Newfoundland and Labrador, Department of Justice, Corrections and Community Services, Health Care Services, Policy Directive, *Special Health Care Services — 16.40.06 HIV/AIDS* (1^{er} avril 2004), art. 8.

^u Northwest Territories, North Slave Correctional Facility — Standing Orders, *12.08, Infectious and Communicable Diseases* (6 novembre 2001) art. 3.2.

^v Ministère des Services correctionnels de l'Ontario, Health Care Services Policy and Procedures, *Sexually Transmitted Diseases HCS 01 27 01* (octobre 1999) prévoit qu'un condom et un sachet de lubrifiant soient remis aux détenus de sexe masculin, sur demande aux services de santé, et qu'une digue dentaire sera remise aux détenus de la même manière. Ces éléments doivent être accompagnés d'un « feuillet d'information sur le VIH/sida ». Les détenus peuvent accumuler deux items de chaque type (i.e. condoms, sachets de lubrifiant, et digues dentaire). Ils sont informés de la disponibilité de ces instruments au moyen de notices affichées dans divers secteurs des établissements.

^w Agassiz Youth Centre, Institutional Standing Order, *Control of Communicable Diseases #906* (22 octobre 2002) art. 2g; l'Annexe B stipule que des condoms sont disponibles par le biais des services de santé ainsi que dans les unités de détention, et font partie de la trousse de remise en liberté.

^x Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *12.07 AIDS* (16 janvier 2001) art. 4.20, d'après lequel les jeunes en détention « doivent » avoir accès à des condoms auprès des services de santé et se voir informer de leur disponibilité et sur leur usage adéquat, à l'admission. Voir, pareillement, en ce qui concerne les jeunes en détention en milieu ouvert : Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003) art. 4.13, 5.2; Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1004.00, Acquired Immune Deficiency Disease* (30 avril 2002), art. 4.12. 5.2. Concernant les jeunes femmes en détention, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006), art. 4.21.

^y Saskatchewan Corrections and Public Safety, Young Offender Programs, Custody, Policy Statement, *Prevention of Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (2005) art. 4.6 stipule que les jeunes en détention auront accès à des condoms sur demande, et que les jeunes en détention ouverte ou référée auront des condoms disponibles dans un secteur discret de l'établissement. De plus, la politique affirme que « la distribution de condoms doit être faite dans le respect de la confidentialité, de la sensibilité, et en tenant compte de la gêne, etc. » [trad.]. Voir aussi Saskatchewan Social Services, Residential, Therapeutic & Custodial, Family and Youth Services, Procedure, *Prevention of Sexually Transmitted Diseases by Young Offender*, chapitre 5, art. 5, p. 5 (29 mai 1996). Cette dernière prévoit que les jeunes qui quittent l'établissement, soit temporairement (i.e. pour le travail, les études ou la formation) soit à la remise en liberté, sont admissibles à l'accès à des condoms. Au Kilburn Hall Youth Centre et au Drumming Hill Youth Centre, nous avons été informés, à la suite d'une requête d'accès à l'information, que les jeunes n'ont pas accès à des condoms pendant leur détention (Kilburn, sans date; Drumming Hill, dans un courriel de Joan Hayes, 24 janvier 2006).

^z Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821-2 — Distribution de l'eau de Javel* (4 novembre 2004); Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821 — Gestion des maladies infectieuses* (4 novembre 2004), art. 21, 22.

^{aa} B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 14 Blood and Body Fluid Borne Pathogens* (août 2002) art. 14.5; B.C. Corrections Branch — Adult Custody Policy, *Chapter 9 Inmate Health Care Services* (avril 2005) art. 9.20.

^{ab} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 800 — Services de santé* (30 septembre 2004), art. 41; Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 800-1 — Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002); Service correctionnel du Canada, *Service correctionnel du Canada : Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone* (novembre 2003).

^{ac} Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Methadone Maintenance 20.00.12* (30 avril 2004).

^{ad} B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 10 Methadone* (août 2002; révisé en mars 2007) art. 10.1(1).

^{ae} Manitoba, Justice, Corrections Division, Custodial Policy, *Communicable Disease Control* (10 mai 2004) Appendix “B”; Manitoba Justice, Corrections Division, (Adult Only) Custodial Policy, *Methadone Maintenance Program* (5 juillet 2005).

^{af} Nouveau-Brunswick, Sécurité publique, Services correctionnels, Adult Institutional Policy, *G-43, Methadone Control* (juillet 2001).

^{ag} Ministère des Services correctionnels de l'Ontario, Health Care Services Policy and Procedures, *Methadone HCS 01 21 01* (octobre 1999).

^{ah} Québec, Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des services correctionnels, *Soins de santé aux personnes incarcérées 4 D 3* (18 janvier 2000), art. 3.4, 5.8.

^{ai} Saskatchewan Corrections and Public Safety, Corrections Division Policy, *Methadone Maintenance Treatment for Offenders* (5 octobre 1998; révisé en juin 2003).

^{aj} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 800 — Services de santé* (30 septembre 2004), art. 41; Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 800-1 — Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002); Service correctionnel du Canada, *Service correctionnel du Canada : Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone* (novembre 2003).

^{ak} B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 10 Methadone* (août 2002; révisé en mars 2007) art. 10.1(4), 10.4.

^{al} Ministère des Services correctionnels de l'Ontario, Health Care Services Policy and Procedures, *Methadone HCS 01 21 01* (octobre 1999) prévoit la possibilité d'amorce du TEM pour les détenues enceintes : « Partant d'une décision clinique, une détenue enceinte et dépendante des opiacés peut être prise en considération pour l'amorce d'un traitement à la méthadone même si elle n'en suit pas déjà un. » [trad.]

^{am} Saskatchewan Corrections and Public Safety, Corrections Division Policy, *Methadone Maintenance Treatment for Offenders* (5 octobre 1998; révisé en juin 2003).

^{an} Aucune politique pour l'ensemble de la province n'a été présentée. Cependant, en vertu d'une ordonnance, un établissement pour jeunes contrevenants fournit la continuation du TEM : Saskatchewan Corrections and Public Safety, Standing Order, Kilburn Hall Youth Centre, *Methadone Administration* (non daté).

^{ao} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 566-10 — Prise et analyse d'échantillons d'urine dans les établissements* (28 avril 2005) établit la pratique des tests d'urine au hasard, et l'administration de tests pour des programmes.

^{ap} Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Security Procedures, Drug Control, *Urinalysis 10.35.06* (26 janvier 2004) prévoit l'analyse d'urine en présence de « motifs raisonnables et probables » de croire qu'un détenu a utilisé des drogues illicites, lorsqu'un détenu est en possession de drogue illicite et qu'il n'est pas possible d'obtenir un échantillon, dans le cadre d'un programme d'analyse d'urine à sélection au hasard, et comme préalable à la participation à certains programmes ou activités. Voir aussi Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Security Procedures, Drug Control, *Alert Breath Test Program 10.35.07* (26 janvier 2004), qui prévoit l'alcootest [analyse d'haleine] en présence de « motifs raisonnables et probables » de croire qu'un détenu a consommé de l'alcool, et comme préalable à la participation à certains programmes ou activités.

^{aq} B.C. Corrections Branch — Adult Custody Policy, *Chapter 1 Security and Control* (avril 2005) art. 1.18 et 1.16.8 prévoient l'analyse d'urine « pour des motifs raisonnables lorsqu'il s'agit d'un élément pertinent à la sécurité et à des services/programmes » [trad.].

^{ar} Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Offender Urine Testing 35-13* (24 juin 2003) prévoit l'analyse d'urine en présence de motifs raisonnables de croire qu'un détenu a utilisé ou utilise une substance intoxicante.

^{as} Nouveau-Brunswick, Sécurité publique, Services correctionnels, Adult Institutional Policy, *G-1, Health Assessment* (mars 2001). L'analyse d'urine fait partie de l'examen de santé administré à l'admission.

^{at} Northwest Territories, Corrections Service — Directives — Adult, chapitre 6, *Security Management* (24 août 2005); Northwest Territories, North Slave Correctional Facility — Standing Orders, *6.12 Drug Testing* (14 mars 2005) prévoit l'analyse d'urine en présence de motifs raisonnables de soupçonner un usage de drogue illicite (« avec motifs »); le test au hasard n'est pas permis. Voir, pareillement, Northwest Territories, South Mackenzie Correctional Centre — Standing Orders, *612 Drug Testing* (1^{er} juin 2001); et, en ce qui concerne

les femmes, Northwest Territories, Territorial Women's Correctional Centre — Standing Orders, *6.12 Drug Testing* (8 février 2006).

^{au} Agassiz Youth Centre, Institutional Standing Order, *Drug Screening #790* (14 septembre 2005) prévoit l'analyse d'urine en présence de motifs raisonnables et dans le cadre de remises en liberté pour la réinsertion; la politique prévoit aussi le test de détection d'ions de drogue, pour vérifier la possession.

^{av} Nouveau-Brunswick, Sécurité publique, Services correctionnels, Adult Institutional Policy, *G-1, Health Assessment* (mars 2001). L'analyse d'urine fait partie de l'examen de santé administré à l'admission.

^{aw} Northwest Territories, Corrections Service, River Ridge Young Offenders Facility — Standing Order, *612.01, Urinalysis* (9 mai 1995) prévoit l'analyse d'urine en présence de motifs raisonnables de soupçonner un usage de drogue illicite; le test au hasard n'est pas permis. Voir, pareillement, Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *614.01 Urinalysis* (30 novembre 2001).

^{ax} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821 — Gestion des maladies infectieuses* (4 novembre 2004), art. 15, 18 prévoient, entre autres, que le « Programme de counseling et d'éducation par les pairs doit être mis en place dans tous les pénitenciers » et que « [l]orsque cela est possible et approprié, il faut permettre aux organismes communautaires et aux pairs de participer aux activités de sensibilisation et d'entraide qui sont destinées aux détenues et portent sur les maladies infectieuses ». L'art. 20 réfère au Programme de sensibilisation à l'admission. Voir aussi Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 800 — Services de santé* (30 septembre 2004), art. 18e et f, stipulant respectivement que, dans les 14 jours suivant son admission, un détenu doit recevoir l'offre de counselling et test du VIH, ainsi qu'en matière d'éducation et de promotion de la santé.

^{ay} Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Disease — AIDS and HIV 20.15.03* (26 janvier 2004) Standard 6.

^{az} B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 13 Infection Control and Prevention* (août 2002) art. 13.1.

^{ba} Manitoba, Justice, Corrections Division, Custodial Policy, *Communicable Disease Control* (10 mai 2004) Purpose (art. 4), art. 9, Appendix "B," Appendix "E" (Health Issues Booklet). Voir aussi Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003) art. 4; Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003) art. 12.2a; Winnipeg Remand Centre, Standing Orders, *Infectious Disease Control 50-2* (révisé en novembre 1993) art. IIIh.

^{bb} Nouveau-Brunswick, Sécurité publique, Services correctionnels, Adult Institutional Policy, *G-42 Universal Precautions — Blood-Borne Pathogens* (mars 2001).

^{bc} Newfoundland and Labrador, Department of Justice, Corrections and Community Services, Health Care Services, Policy Directive, *Special Health Care Services — 16.40.06 HIV/AIDS* (1^{er} avril 2004), art. 13, 14, 15; Newfoundland and Labrador, Department of Justice, Corrections and Community Services, Health Care Services, Policy Directive, *Special Health Care Services — 16.40.11 Health Promotion* (1^{er} avril 2004), art. 13, 14, 15.

^{bd} Northwest Territories, North Slave Correctional Facility — Standing Orders, *12.08, Infectious and Communicable Diseases* (6 novembre 2001) art. 3.2; Northwest Territories, South Mackenzie Correctional Centre — Standing Orders, *1207.01, Infectious Diseases* (5 septembre 1998) art. 3; Northwest Territories, South Mackenzie Correctional Centre — Standing Orders, *1209, AIDS* (5 septembre 1998) .

^{be} Baffin Correctional Centre — Standing Orders, *1209 AIDS* (3 juin 1996) art. 3.4.

^{bf} Saskatchewan Corrections and Public Safety, Adult Corrections Branch Policy, *Healthcare Standards in Provincial Correctional Centres* (janvier 1996, révisé en novembre 2004). La partie décrivant le but de cette politique affirme que les services élémentaires de santé couvrent notamment : 1) des soins de santé qui incluent des services préventifs, curatifs, de soutien, de réadaptation et de nature palliative, dotés de pendents culturellement appropriés; et (2) des services de santé conçus et fournis par une gamme d'intervenants, conformément à l'approche pluridisciplinaire. L'art. 1.3 stipule : « Pour appuyer la prestation de services de santé élémentaires, l'emphase sera placée sur la promotion de la santé et la prévention de maladie. » [trad.]

^{bg} Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Young Offender Centre Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Diseases — AIDS and HIV 4.10.03* (non daté) art. 3.

^{bh} Agassiz Youth Centre, Institutional Standing Order, *Control of Communicable Diseases #906* (22 octobre 2002) À l'Annexe B, on prévoit « de la documentation écrite pour l'éducation sur la drogue, dans une perspective de réduction des méfaits à l'intention des populations à risque élevé, [qui sera] disponible dans les Services de santé ».

^{bi} Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *12.07 AIDS* (16 janvier 2001) art. 4.19; Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} novembre 2003) art. 4.11; Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1004.00, Acquired Immune Deficiency Disease* (30 avril 2002), art. 4.11. Pour les jeunes femmes, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006) art. 4.19.

^{bj} Ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario, Youth Justice Services Manual, *Communicable Diseases 0403-04* (septembre 2003) stipule que les politiques et procédures pour les soins de santé doivent décrire un plan d'éducation pour les jeunes, ainsi que la prévention des maladies transmissibles sexuellement, le diagnostic de ces dernières, et des considérations spécifiques au VIH/sida. De plus, « le plan d'éducation pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles peut être réalisé par des employés médicaux, des professionnels de l'extérieur, ou des employés adéquatement formés ».

^{bk} Saskatchewan Corrections and Public Safety, Young Offender Programs, Custody, Policy Statement, *Prevention of Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (2005), art. 4.0; Saskatchewan Social Services, Residential, Therapeutic & Custodial, Family and Youth Services, Policy Statement, *Prevention of Sexually Transmitted Diseases by Young Offender*, ch. Y-1, art. 3,37 (31 mai 1996). Voir aussi North Battleford Youth Centre, Local Procedure Manual, *Prevention of Sexually Transmitted Diseases in NBYC* (14 mars 2001; révisé le 26 février 2003; révisé le 11 mars 2005).

^{bl} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821 — Gestion des maladies infectieuses* (4 novembre 2004). art. 18.

^{bm} Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Disease — AIDS and HIV 20.15.03* (26 janvier 2004) Standard 3, Procedures 11 — 12, 13a, 14a, c and d, 15a. Au sujet de la formation du personnel pour les jeunes, voir Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Young Offender Centre Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Diseases — AIDS and HIV 4.10.03* (non daté) art. 3, 10b.

^{bn} B.C. Corrections Branch — Adult Custody Division, Health Care Service Manual, *Chapter 13 Infection Control and Prevention* (août 2002) art. 13.1.

^{bo} Manitoba, Justice, Corrections Division, Custodial Policy, *Communicable Disease Control* (10 mai 2004) Purpose (art. 3), art. 8, Appendix "B." Voir aussi Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003) art. 3; Headingly Correctional Centre, Standing Orders, *Communicable Disease Control 50-10* (25 août 2003) art. 12.1a; Winnipeg Remand Centre, Standing Orders,

Infectious Disease Control 50-2 (révisé en novembre 1993) art. IIIg. Voir aussi Agassiz Youth Centre, Institutional Standing Order, *Control of Communicable Diseases #906* (22 octobre 2002) art. 2f.

^{bp} Nouveau-Brunswick, Standards and Application of Health hand Safety, *AD-2705 HIV/AIDS in the Workplace* (août 1998).

^{bq} Newfoundland and Labrador, Department of Justice, Corrections and Community Services, Health Care Services, Policy Directive, *Special Health Care Services – 16.40.06 HIV/AIDS* (1^{er} avril 2004), art. 13, 14, 15.

^{br} Northwest Territories, North Slave Correctional Facility — Standing Orders, *Infectious and Communicable Diseases 12.06.01* (25 mai 2005) art. 3.2. stipule que : « Le personnel infirmier initiera et formera le personnel à appliquer les précautions universelles ». Voir, pareillement, Northwest Territories, South Mackenzie Correctional Centre — Standing Orders, *1207.01, Infectious Diseases* (5 septembre 1998) art. 6.1; Northwest Territories, Territorial Women’s Correctional Centre — Standing Orders, *12.06.01 Infectious Disease* (8 février 2006); en ce qui touche la détention fermée des jeunes contrevenants, voir Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Secure Custody, *Chapter 12, Services* (16 janvier 2001) art. 4.8, 4.10; en ce qui touche la détention en milieu ouvert des jeunes contrevenants, voir Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003) art. 4.1, qui stipule qu’une éducation et de l’information soit donnée au sujet du sida, avec des rappels annuels ou plus fréquents; Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1006.01, Infectious Disease* (April 30, 2002) art. 4.9. Au sujet des jeunes femmes, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1206.01 Infectious & Communicable Diseases* (2 janvier 2006) art. 4.8; Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006) art. 4.2.

^{bs} Baffin Correctional Centre — Standing Orders, *1209 AIDS* (3 juin 1996) art. 3.1.

^{bt} Ministère des Services communautaires et sociaux de l’Ontario, Youth Justice Services Manual, *Communicable Diseases 0403-04* (septembre 2003), stipule que les politiques et procédures de soins de santé doivent décrire la formation du personnel.

^{bu} Saskatchewan Justice, Corrections Division Policy, *Management of Inmates with Communicable Diseases* (1^{er} janvier 1996) art. 10.0, 12.0; Saskatchewan Corrections and Public Safety, Young Offender Programs, Custody, Policy Statement, *Prevention of Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases* (2005) art. 4.7; Saskatchewan Social Services, Residential, Therapeutic & Custodial, Family and Youth Services, Procedure, *Prevention of Sexually Transmitted Diseases by Young Offender*, Chapter 5, art. 5, p. 5 (29 mai 1996). La réponse du Drumming Hill Youth Centre à une requête d’accès à l’information a indiqué que son personnel à temps plein est formé par la Battleford’s Sexual Health Clinic.

^{bv} Alberta, Solicitor General, Correctional Services, Adult Centre Operations Branch Policy Manual, Health Services, *Infectious / Communicable Diseases – AIDS and HIV 20.15.03* (26 janvier 2004) Procedure 9a.

^{bw} NWT Clinical Practice Guidelines for Primary Community Care Nursing, chapitre 11, *Communicable Disease* (septembre 2004). Au sujet de l’éducation des professionnels de la médecine qui sont chargés des soins aux jeunes, voir Northwest Territories, Corrections Service — Operations Manual, Young Offender Open Custody Resources, *10.04, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (1^{er} septembre 2003) art. 4.13; Northwest Territories, Corrections Service — Standing Order, North Slave Young Offenders Facility Open Custody, *1004.00, Acquired Immune Deficiency Disease* (30 avril 2002), art. 4.13. Au sujet des jeunes femmes, voir Northwest Territories, The Arctic Fern Facility — Standing Orders, *1207.01 AIDS* (2 janvier 2006) art. 4.2.

^{bx} Baffin Correctional Centre — Standing Orders, *1209 AIDS* (3 juin 1996) art. 3.1, 3.11.

^{by} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 821*, art. 10 : « Toutes les activités visant à traiter les maladies infectieuses dans la population carcérale doivent être menées en tenant compte du sexe des individus et des besoins culturels des groupes. »

^{bz} Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire 702 — Programmes autochtones* (6 septembre 1995) art. 5 provides as one of five policy objectives: « Déterminer les besoins des délinquants autochtones et leur offrir des programmes et des services répondant à ces besoins. »

Annexe D — Références pour le tableau des programmes

^a Voir, en général, la lettre d'Edison Shea, procureur général adjoint par intérim (9 février 2006).

^b Test nominatif et non nominatif pour le VIH, offert sur demande, avec counselling pré- et post-test Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens* 12.56.00 CL (1^{er} septembre 1998); Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Blood Collection for Blood-Borne Pathogens HBV, HCV, HIV* 12.57.00 CL (1^{er} septembre 1998); Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens Pretest Counselling — Hepatitis B & C, HIV* 12.58.00 CL (1^{er} septembre 1998); Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Post-test Counselling for Blood-Borne Pathogens Serologic Testing* 12.59.00 CL (1^{er} septembre 1998); et Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Distribution of Condoms and Dental Dams* 12.73.00 (1^{er} septembre 1998) Voir aussi Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens* 12.74.00 (1^{er} septembre 1998).

^c Ontario, ministère des Services communautaires et correctionnels, *Health Care Record — Part A (Health Assessment)*. D'après un courriel reçu de Joanne Shaw, gestionnaire, Corporate Health Care Services, Professional and Shared Services, Strategic and Operational Branch, Ministère des Services communautaires et correctionnels : « Tests pour le VIH/VHC/VHB. Ceci a toujours été offert à l'admission, par l'infirmier et le médecin. Je joins la version à jour et la plus récente du Nursing History & Assessment tool (Part A) que nous utilisons. Dans le document intitulé Health Care Record, on pose au détenu la question sur son état sérologique au VIH, aux hépatites et à la chlamydia, et ces tests lui sont offerts. Si le détenu souhaite les passer, le médecin les prescrira. C'est l'un des tests diagnostics qui peuvent être prescrits par le médecin, et qui sont qualifiés comme tels dans le manuel : dès que possible après l'admission du détenu, le médecin examinera l'historique et évaluation de soins, et prescrira des investigations cliniques lorsque indiqué » [trad.] (15 mars 2007).

^d Courriel de Charisse Giarraputo, consultante en justice pour les jeunes — Youth Custody Services (20 mars 2006) : « À l'admission, tous les jeunes se voient offrir les tests; chaque jeune qui souhaite le passer choisit le mode de test (souvent anonyme). Des professionnels de la santé offrent du counselling pré- et post-test ». [trad.]

^e Lettre de Michelle Skanes-Culleton, R.N., Newfoundland and Labrador Youth Centre, adressée à Rick Langer, Manager of Resident Programs, Newfoundland and Labrador Youth Centre (17 avril 2006).

^f Le test du VIH est généralement disponible sur demande; offert aux personnes lorsque des éléments cliniques ou de laboratoire incitent à le faire; aux femmes enceintes; aux personnes ayant des comportements à risque ou dont la mère en a eu; aux personnes ayant reçu des produits sanguins qui n'avaient pas été soumis à un dépistage; aux personnes qui ont subi une agression sexuelle d'un type comportant un risque de transmission; et aux clients potentiellement exposés pendant la détention. Formulaire de réquisition du test, codé. Counselling pré-test, offert. Une politique similaire est en vigueur à l'IWK forensic institution. IWK Health Centre, Mental Health Program and Clinical Policy Manual, *IWK Clinical and Forensic Services, Blood Borne Viral Testing*, Draft #3 (20 avril 2005). Voir aussi Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens* 12.56.00 CL (1^{er} septembre 1998); Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Blood Collection for Blood-Borne Pathogens HBV, HCV, HIV* 12.57.00 CL (1^{er} septembre 1998); Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens Pretest Counselling — Hepatitis B & C, HIV* 12.58.00 CL (1^{er} septembre 1998); Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services Policy & Procedures, *Post-test Counselling for Blood-Borne Pathogens Serologic Testing* 12.59.00 CL (1^{er} septembre 1998); et Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Distribution of Condoms and Dental Dams* 12.73.00 (1^{er} septembre 1998). Voir aussi, Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens* 12.74.00 (1^{er} septembre 1998).

^g Condoms et digues dentaires fournis sur demande au personnel de soins de santé, en vertu de Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedures, *Distribution of Condoms and Dental Dams 12.73.00* (1^{er} septembre 1998). Les détenus sont autorisés à posséder quatre condoms (hommes) ou deux digues dentaires (femmes), à la fois.

^h Direction de la détention, Services à la clientèle, Politique relative aux maladies infectieuses en milieu carcéral (avril 1992).

ⁱ Courriel de Charisse Giarraputo, consultante en justice pour les jeunes — Youth Custody Services (20 mars 2006). « Tous les centres de détention pour jeunes veillent à ce que des condoms soient disponibles pour les jeunes des sachets de lubrifiant à usage unique ... sont fournis avec les condoms, au point de distribution afin d'assurer une protection maximale aux utilisateurs. » [trad.]

^j Lettre de Michelle Skanes-Culleton, R.N., Newfoundland and Labrador Youth Centre, adressée à Rick Langer, Manager of Resident Programs, Newfoundland and Labrador Youth Centre (17 avril 2006), affirmant que des condoms sont fournis sur demande aux jeunes contrevenants remis en liberté.

^k Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Distribution of Condoms and Dental Dams 12.73.00* (1^{er} septembre 1998).

^l Courriel de Penny Winter à Marvin McNutt, Director of Corrections and Community Services (15 mars 2006).

^m Courriel de Penny Winter à Marvin McNutt, Director of Corrections and Community Services (15 mars 2006).

ⁿ Courriel de Charisse Giarraputo, consultante en justice pour les jeunes — Youth Custody Services (20 mars 2006).

^o Correspondance de Joanne Shaw, gestionnaire, Corporate Health Care Services, Professional and Shared Services, Strategic and Operational Branch, Ministère des Services communautaires et correctionnels (8 mars 2007) : « Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, en Ontario, ne recommande pas le traitement d'entretien à la méthadone pour les moins de 18 ans. En conséquence, nous n'avons pas de programme officiel; mais si un jeune suivait déjà ce traitement avant la détention, il pourrait le continuer. »

^p Apparemment, au Kilburn Hall Youth Centre, on autorise l'initiation du TEM, selon une réponse (non datée) reçue comme suite à une requête d'accès à l'information.

^q Courriel de Penny Winter à Marvin McNutt, Director of Corrections and Community Services (15 mars 2006). Analyse d'urine en présence de motifs raisonnables et probables; pas de tests au hasard.

^r IWK Health Centre, Mental Health Program and Clinical Policy Manual, *Mental Health Program — Forensic — Intoxicant Use* (1^{er} décembre 2005). Les patients dans les unités de santé mentale judiciaire qui sont soupçonnés d'usage de substances intoxicantes peuvent se voir imposer des tests sans leur consentement.

^s À l'admission en détention, test d'urine.

^t Depuis 2002-2003, le programme national du SCC sur les maladies infectieuses gère le Programme d'initiatives spéciales « Stratégies de prévention du VIH par les détenus pour les détenus », dans le cadre duquel des détenus et des groupes peuvent demander du financement pour des activités de sensibilisation au VIH/sida et au VHC. Voir « SIDA 2006 — XVI^e Congrès international sur le sida », 2006, abrégé n^o WEPE0458. Comme suite à une requête d'accès à l'information, quelques dépliants d'information/éducation sur le VIH/sida et le VHC nous ont été envoyés.

^u Dans le cadre d'un partenariat entre les Alberta Correctional Services, le Non Prescription Needle Use Initiative Corrections Task Group et l'organisme HIV Edmonton, du matériel de formation a été développé

et HIV Edmonton a réalisé plusieurs séances de formation d'employés correctionnels de l'Alberta. Cette formation inclut les connaissances de base sur le VIH, le VHC, la réduction des risques et méfaits ainsi que l'accès aux services. D'autres ressources publiées par des gouvernements et des ONG sont également distribuées. Correspondance de J. Mah, Access and Privacy Advisor, Alberta Solicitor General and Public Security (8 février 2006) et diverses correspondance avec L. Sutankyo et D. Jakubec, de HIV Edmonton.

^v Selon le rapport du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *Priorities for Action in Managing the Epidemics: HIV/AIDS in B.C. (2003–2007) 2004 Annual Progress Report*, page 24, « la plupart des centres correctionnels de la C.-B. sont aussi en lien avec des organismes de la communauté qui fournissent de l'information additionnelle pour l'éducation des détenus ». De plus, B.C. Corrections a fourni aux auteurs du présent rapport plusieurs exemples de dépliants mis à la disposition des détenus.

^w Il semble que de l'éducation soit fournie sur une base individuelle, aux détenus, en vertu d'un protocole d'entente (30 juin 2003) entre le ministère de la Santé et du Bien-être (Service de gestion de la santé publique) et le ministère de la Sécurité publique, et que cette éducation soit fournie par des infirmiers de santé publique, pour une période de cinq ans. La réponse à notre requête d'accès à l'information incluait plusieurs dépliants gouvernementaux et non gouvernementaux au sujet des maladies transmissibles et infectieuses.

^x Comme suite à la requête d'accès à l'information, Northwest Territories Justice a fourni des exemplaires de 21 dépliants et feuillets d'information sur des thèmes comme les maladies infectieuses et l'usage de drogue, dont certains s'adressaient spécifiquement à des publics des Premières Nations et de femmes.

^y « Des dépliants éducatifs fournissant de l'information élémentaire sur le VIH/sida, des dépliants informatifs sur les maladies transmissibles sexuellement — herpès génital, gonorrhée, syphilis, chlamydia, trichomoniose, hépatite B — et des instructions sur l'utilisation et la mise au rebut des condoms seront disponibles. » [trad.] Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Distribution of Condoms and Dental Dams 12.73.00* (1^{er} septembre 1998). Voir aussi Nova Scotia Department of Justice, Correctional Services, Policy & Procedure, *Infection Control — Blood-Borne Pathogens 12.74.00* (1^{er} septembre 1998).

^z *Programme de formation, Stratégies de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : enjeux et défis en milieu correctionnel* (20 février 2003); Direction de la détention, Services à la clientèle, Politique relative aux maladies infectieuses en milieu carcéral (avril 1992). Voir aussi le jeu de cartes *Joue tes atouts* et le programme d'éducation sur la réduction des méfaits développés par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec Inc. (AITQ).

^{aa} Saskatchewan Corrections and Public Safety, Adult Corrections, *Health Issues Booklet*. Ce livret est destiné à être remis à tous les détenus, à l'admission.

^{ab} D'après la réponse à une requête d'accès à l'information : « Les conférenciers invités incluent la Yukon AIDS Alliance, Blood Ties Four Directions et les Alcohol and Drug Services. Du counselling est disponible sur demande auprès du médecin à contrat au Young Offenders Facility. » [trad.]

^{ac} Courriel de Charisse Giarraputo, consultante en justice pour les jeunes — Youth Custody Services (20 mars 2006). « De l'information est régulièrement fournie aux jeunes par nos médecins et nos conseillers en compétences de vie et en matière l'alcool et de drogue. » [trad.]

^{ad} Lettre de Michelle Skanes-Culleton, RN, Newfoundland and Labrador Youth Centre à Rick Langer, Manager of Resident Programs, Newfoundland and Labrador Youth Centre (17 avril 2006). L'éducation est fournie sur une base individuelle par un infirmier ou un médecin.

^{ae} Des séances hebdomadaires sur la saine sexualité incluent de l'information sur le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement ou par le sang, ainsi que sur l'usage de drogue, l'injection, et la réduction des méfaits. L'infirmière licenciée est responsable de fournir cette information. Lettre de Ruth Carter, Director of Forensic Services, IWK Child and Adolescent Mental Health Program (24 janvier 2006).

^{af} Service correctionnel du Canada, *Infectious Disease Module 1: Session 18* (17 juillet 1998); Service correctionnel du Canada, *Substance Abuse: Self Directed Learning Manual* (septembre 1999). Le SCC a développé un bref manuel de formation en 10 parties, lorsque les trousseaux d'eau de Javel ont été introduites à titre de mesure de réduction des méfaits : SCC, Groupe de travail national, Programme national de distribution de trousseaux d'eau de Javel, *Education Package: National Bleach Kit Distribution Program*, avril 1996. Le SCC a développé une gamme complète de matériel de formation et a présenté des séances de formation à l'échelle du pays, à l'appui de la mise en œuvre de la politique sur l'entretien à la méthadone (*Directive du Commissaire 800-1 – Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002)), y compris en cassette VHS et sur DVD (*National Methadone Training*, 27 juin 2002); SCC, *National Methadone Training* (2005); CSC, *National Methadone Maintenance Treatment Program, Riverbend Institution, Saskatchewan Penitentiary Staff Awareness Presentation* (sans date); R. Hajela, *Addiction 101: Awareness of Self and Others in Health and Disease* (sans date); *Welcome to the Many Hats of CSC* (sans date); L. Wall, B. Rath, *Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP) "Phase II" 2002 Induction while incarcerated*; Drug Policy Alliance, *About Methadone*, 2nd ed.(2003).

^{ag} En réponse à la requête d'accès à l'information, on nous a écrit qu'« en termes de formation du personnel, la division est en train de développer le cadre de travail pour un cadre triennal de développement professionnel. Ce cadre inclura la formation pour tout le personnel de la division au sujet du VIH, des hépatites B et C ainsi que des maladies transmissibles sexuellement. De plus, les infirmiers des établissements (et parfois des infirmiers de santé publique) sont impliqués dans l'orientation du personnel au palier local. Cette orientation inclut des discussions sur le VIH, les précautions universelles, des vidéos sur le sida, des politiques et procédures pertinentes sur la communauté et les services correctionnels » [trad.] (aucun nom d'auteur, ni de date).

^{ah} Northwest Territories, Justice, *Module 1: Session 17, Infectious Diseases* (4 juin 2002); Northwest Territories, Justice, *Self Directed Learning Manual, Substance Abuse* (décembre 2005).

^{ai} I. Clarke, Ontario Ministry of Correctional Services, *Communicable Diseases: C.O. Start Program* (sans date).

^{aj} Direction de la détention, Services à la clientèle, Politique relative aux maladies infectieuses en milieu carcéral (avril 1992).

^{ak} Le SCC a développé un bref manuel de formation en 10 parties, lorsque les trousseaux d'eau de Javel ont été introduites à titre de mesure de réduction des méfaits : SCC, Groupe de travail national, Programme national de distribution de trousseaux d'eau de Javel, *Education Package: National Bleach Kit Distribution Program*, avril 1996. Le SCC a développé une gamme complète de matériel de formation et a présenté des séances de formation à l'échelle du pays, à l'appui de la mise en œuvre de la politique sur l'entretien à la méthadone (*Directive du Commissaire 800-1 – Lignes directrices sur le traitement à la méthadone* (2 mai 2002)), y compris en cassette VHS et sur DVD (*National Methadone Training*, 27 juin 2002); SCC, *National Methadone Training* (2005); SCC, *National Methadone Maintenance Treatment Program, Riverbend Institution, Saskatchewan Penitentiary Staff Awareness Presentation* (sans date); R. Hajela, *Addiction 101: Awareness of Self and Others in Health and Disease* (sans date); *Welcome to the Many Hats of CSC* (sans date); L. Wall, B. Rath, *Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP) "Phase II" 2002 Induction while incarcerated*; Drug Policy Alliance, *About Methadone*, 2nd ed. (2003).

^{al} Quelques ressources, présumément utilisées par le personnel de soins de santé, pour sa propre éducation et information, nous ont été fournies en réponse à la requête d'accès à l'information.

^{am} Northwest Territories, Health and Social Services, *NWT HIV Infection and AIDS: Information for Health Professionals Manual* (août 1999); Communicable Disease Manual, *Hepatitis* (février 2000); Communicable Disease Manual, *AIDS* (février 2000); Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Hépatite C : Guide des soins infirmiers* (septembre 2002).

^{an} D'après la réponse à notre requête d'accès à l'information, le personnel infirmier venant de la communauté reçoit des directives du Yukon Communicable Disease Control et participe avec lui à la formation ainsi qu'à la création de politiques. Yukon Communicable Disease Control utilise et distribue du matériel pour rehausser la connaissance et la compréhension du VIH, de l'hépatite C et des infections transmissibles par le sang.

^{ao} Le Programme national d'éducation et de counselling des pairs sur le VIH/sida, du SCC, a un volet pour femmes qui vise à répondre à leurs besoins spécifiques.

^{ap} Certains éléments d'éducation à la disposition des détenus s'adressent spécifiquement aux femmes.

^{aq} K. Barlow, J. Serkiz et A. Fulton, *Cercle des gardiens du savoir : Trousse de formation du programme Counseling et éducation par les pairs à l'intention des délinquants inuit, métis et des Premières nations* (SCC, mars 2001). Huit chapitres et une trousse d'outils en neuf volets.

^{ar} Certains éléments d'éducation à la disposition des détenus s'adressent spécifiquement aux personnes des Premières Nations.

^{as} D'après un courriel de Joan Hayes, 24 janvier 2006, le Drumming Hill Youth Centre travaille en partenariat avec le Battleford's Sexual Health Centre pour développer des stratégies de réduction des méfaits à l'intention des jeunes métis et des Premières Nations.

^{at} En vertu du Yukon Substance Abuse Action Plan, Existing Substance Abuse Programs and Services (octobre 2005) : « Le ministère de la Justice travaille à un programme qui fournira aux détenus des Premières Nations une occasion de reprendre contact avec leur culture afin de répondre à leurs besoins mentaux, physiques, spirituels et émotionnels. » [trad.]



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



PASAN