



SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



RAPPORT DE RECHERCHE

Surdoses liées à la consommation de substances chez les personnes exposées à l'incarcération : compilation et revue de la littérature récente (travaux de recherche portant principalement sur l'Amérique du Nord)

2025 N° R-486

No. de Cat.: PS83-3/486F-PDF

ISBN: 978-0-660-78775-6

This report is also available in English. Should additional copies be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour en obtenir un exemplaire, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada

**Surdoses liées à la consommation de substances chez les personnes exposées à
l’incarcération : compilation et revue de la littérature récente (travaux de recherche portant
principalement sur l’Amérique du Nord)**

Benedikt Fischer, Ph. D. ¹⁻⁴

Elnaz Moghimi, Ph. D. ^{2,5}

Tessa Robinson, M. Sc. ⁶

Sara Johnson, M.A. ⁷

¹ Recherche et études supérieures, Université Fraser Valley, Abbotsford (C.-B.)

² Waypoint Research Institute, Centre de soins de santé mentale Waypoint, Penetanguishene (Ont.)

³ Faculté des sciences de la santé, Université Simon-Fraser, Vancouver (C.-B.)

⁴ Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ont.)

⁵ Département de psychiatrie, Université de Queen’s, Kingston (Ont.)

⁶ Département des méthodes, des données probantes et de l’impact de la recherche en santé,
Université McMaster, Hamilton (Ont.)

⁷ Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada (SCC), Ottawa (Ont.)

Service correctionnel du Canada

2025



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada

Remerciements

Ce travail a été appuyé par un protocole d'entente entre le Service correctionnel du Canada (SCC) et l'Université Fraser Valley.



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada

Résumé

Mots clés : *troubles liés à l'usage de substances, surdose, opioïdes, fentanyl, facteurs de risque*

Cet examen exploratoire de la littérature récente (publications ultérieures à 2016) a été réalisé sur la base de paramètres plus larges, notamment le fait que les populations correctionnelles présentent des niveaux disproportionnellement élevés de problèmes de santé graves (p. ex. maladies chroniques), y compris les troubles liés à l'usage de substances qui touchent au moins 50 % des détenus et qui sont fréquemment accompagnés d'autres problèmes de santé mentale ou de problèmes de santé mentale graves. La consommation de substances lors de l'incarcération est un phénomène répandu, et des études récentes ont montré qu'elle était associée à des facteurs de risque multiples (p. ex. facteurs sociodémographiques, antécédents de problèmes de santé mentale et de consommation de substances, besoins liés aux facteurs criminogènes et facteurs liés à la détermination de la peine), bien que ceux-ci n'aient pas été établis de façon cohérente. Les surdoses liées à la drogue constituent un risque majeur pour les résultats en matière de santé des personnes exposées à l'incarcération. Bien que les informations sur les surdoses subies par des détenus lors de leur incarcération soient limitées, les données récentes concernant l'Amérique du Nord révèlent une tendance à la hausse des surdoses (non mortelles et mortelles), dont un pourcentage élevé est associé aux opioïdes et à d'autres substances médicales et non médicales. Des données plus précises montrent qu'au cours de la dernière décennie, le nombre et le taux de surdoses liées aux opioïdes synthétiques (p. ex. fentanyl et analogues du fentanyl) ont fortement augmenté au sein des populations carcérales, ce qui reflète la situation qui prévaut de façon générale dans les collectivités d'Amérique du Nord. Diverses études indiquent que la prolifération du fentanyl a eu de profondes répercussions sur la consommation de drogues à des fins non médicales dans les établissements correctionnels du Canada, où la majorité des récentes surdoses mortelles étaient liées aux opioïdes (p. ex. fentanyl), tendance également observée dans les établissements des États-Unis.

D'autres preuves épidémiologiques solides montrent que les personnes mises en liberté dans la collectivité à la suite d'une incarcération sont exposées à un risque considérablement élevé de mortalité toutes causes confondues, en particulier pendant la période qui suit immédiatement la mise en liberté. Dans de tels cas, les facteurs liés à la consommation de substances – et plus particulièrement les décès par surdose mettant de plus en plus en cause les opioïdes synthétiques – sont désignés comme constituant le principal facteur de risque de décès parmi les personnes récemment exposées à l'incarcération et mise en liberté dans la collectivité.

Les facteurs de risque de mortalité liée à la consommation de substances après la mise en liberté varient également et ne peuvent être déterminés de façon cohérente, certains indiquant comme covariables possibles l'âge, la race/l'origine ethnique, les antécédents ou schémas de consommation de substances, les problèmes de santé mentale/traumatismes, la participation aux soins et/ou les facteurs liés à la justice pénale. Des travaux conceptuels/intégratifs menés récemment sur les risques de surdose et les dynamiques qui sous-tendent les résultats en la matière au sein des populations incarcérées ont fourni des renseignements utiles et suggèrent qu'une compréhension adéquate de ces éléments nécessite davantage qu'une analyse de facteurs individuels isolés et doit plutôt se fonder sur les interactions complexes entre les facteurs

systemiques, structurels, individuels et autres au sein des environnements correctionnels. Certains de ces facteurs de risque sont amplifiés de façon distincte par la dynamique pharmacocomportementale particulière du fentanyl (forte puissance, fréquence des cas d'exposition inconnue/involontaire, surdoses survenant rapidement, difficulté d'inverser les effets d'une surdose).

Divers éléments de preuve existent concernant les interventions destinées à réduire les surdoses et leurs conséquences au sein des populations carcérales. De nombreuses études suggèrent que les niveaux de participation à des traitements du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes à l'aide de médicaments (en ayant recours à différentes options de formulation) ont récemment augmenté au sein des populations carcérales et que ces traitements protègent, dans une certaine mesure, les détenus contre les surdoses. Toutefois, l'accès aux médicaments contre le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, leur offre et surtout leur continuité après la mise en liberté ainsi que les soins offerts dans la collectivité constituent un défi. La naloxone fait partie des mesures d'urgence types en cas de surdose dans les établissements, et sa distribution aux détenus au moment de leur mise en liberté semble réduire les surdoses liées aux opioïdes, mais les données nord-américaines sur les résultats sont limitées. Si quelques services de prévention des surdoses (SPS) ont été mis en place dans des établissements du SCC et des évaluations provisoires ont indiqué une réduction du risque de surdose chez les détenus qui y avaient eu recours, le potentiel d'élargissement de cette mesure à l'échelle du système correctionnel ou ses répercussions ne sont pas clairs. D'autres interventions visant à réduire les risques de surdoses et les résultats en la matière et qui ont été mises en œuvre dans la collectivité (p. ex. programmes de « vérification de drogues » et d'« approvisionnement plus sûr en opioïdes ») ne sont actuellement pas offertes dans les établissements correctionnels, mais il pourrait être utile d'envisager leur adaptation et leur évaluation expérimentale en vue d'améliorer les interventions.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Table des matières.....	vi
Introduction.....	1
Résultats.....	2
II. État de santé et résultats en matière de santé défavorables au sein des populations carcérales.	2
III. Consommation de drogues et facteurs connexes pendant l’incarcération	4
IV. Surdoses liées à la drogue pendant l’incarcération.....	6
IV.1. Surdoses liées à la drogue pendant l’incarcération (données canadiennes)	6
IV.2. Surdoses liées à la drogue (fentanyl) pendant l’incarcération (données des États-Unis)	8
V. Surdoses de drogues lors de l’incarcération et facteurs connexes	9
V.1. Surdoses de drogues lors de l’incarcération et facteurs connexes (données probantes recueillies lors d’études)	9
V.2. Études récentes (réalisées aux États-Unis) sur les liens entre l’incarcération et les surdoses.....	13
V.3. Études récentes (réalisées en Australie) sur les liens entre l’incarcération et les surdoses.....	16
V.4. Études récentes (réalisées au Canada) sur les liens entre l’incarcération et les surdoses	17
V.5. Cadres intégratifs/conceptuels des risques de surdose liés à l’incarcération.....	19
VI. Dynamiques et effets liés au fentanyl relativement aux risques et aux incidents de surdose.	22
VI.1. Dynamiques et effets liés au fentanyl relativement aux risques et aux incidents de surdose (général).....	22
VI.2. Dynamiques et effets du fentanyl sur la consommation de drogues et les surdoses dans les établissements correctionnels	25
VII. Interventions liées à la prévention de la toxicomanie/des surdoses dans les établissements correctionnels.....	27
VII.1. Interventions liées à la prévention de la toxicomanie/des surdoses dans les	

établissements correctionnels (données probantes issues d'analyses).....	27
VII.2. Interventions visant à réduire les surdoses dans les établissements correctionnels (interventions/études individuelles réalisées en Amérique du Nord)	31
Analyse	45
Conclusions.....	45
Bibliographie	47

.

Introduction

La consommation de substances constitue un important facteur de risque en ce qui a trait au fardeau de la maladie et aux méfaits connexes sur le plan sanitaire et social (Chen et al., 2022; étude de 2021 sur les facteurs de risque contribuant au fardeau global de la maladie, facteurs de risque, 2024). Au cours de la dernière décennie, l'augmentation considérable du nombre de décès par surdose liés aux drogues (principalement attribuables à la consommation d'opioïdes synthétiques tels que le fentanyl) a entraîné une crise de santé publique de grande ampleur; ces surdoses sont devenues la principale cause de décès non naturels et ont eu des répercussions négatives sur l'espérance de vie des populations nord-américaines de façon générale (Ciccarone, 2021; Fischer, 2023; Fischer et al., 2019; Manchikanti et al., 2022). Un large éventail de maladies, dont certaines à des niveaux élevés (chroniques) touchent les populations carcérales, qui souffrent également de problèmes de toxicomanie et de santé mentale, et sont particulièrement victimes de surdoses liées aux drogues (Kinner et Young, 2018; Kouyoumdjian et al., 2016). La compréhension de cette dynamique et l'offre d'interventions efficaces pour lutter contre le phénomène des surdoses de drogues au sein des populations carcérales constituent un défi particulièrement complexe pour de multiples raisons, notamment en raison des facteurs systémiques/environnementaux, comportementaux et individuels (qui s'étendent à la fois aux établissements correctionnels et aux contextes postlibératoires). Cette revue exploratoire de la littérature avait pour but de recenser, de structurer et de résumer les principales publications récentes portant sur la consommation de substances et plus précisément sur les surdoses liées aux drogues (y compris les facteurs de risque et covariables à différents niveaux, l'accent étant mis sur les opioïdes synthétiques) et les interventions connexes au sein des populations et environnements correctionnels, et ce, principalement au Canada (Amérique du Nord). L'examen a porté essentiellement sur la littérature récente (études publiées de 2016 à 2024) traitant de sujets connexes, recensée à l'aide de recherches ciblées dans les principales bases de données. L'accent a été mis sur les examens (systématiques), lorsque ceux-ci étaient disponibles, et/ou les études individuelles (de bonne qualité) et d'autres données complémentaires (p. ex. issues de la littérature grise), le cas échéant. Sur la base de ces principaux paramètres, la littérature et les données recensées ont été organisées par thèmes, puis intégrées et résumées de manière narrative.

Résultats

II. État de santé et résultats en matière de santé défavorables au sein des populations carcérales

Les populations exposées à l’incarcération connaissent des niveaux disproportionnés de problèmes de santé et/ou de maladies (morbidité) et de mortalité par rapport à la population générale (Kinner et Young, 2018; Kouyoumdjian et al., 2016). Des taux élevés de morbidité parmi les détenus sont observés pour une variété de maladies chroniques, y compris les troubles de la santé mentale et/ou les troubles liés à l’usage d’une substance (TUS), les maladies transmissibles telles que la tuberculose, les infections transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement (p. ex. VIH/hépatite C, chlamydia et gonorrhée) et d’autres maladies chroniques (p. ex. maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires) ou blessures (p. ex. lésions cérébrales traumatiques) (Wanamaker, Filoso, Mahboob, Gendron, et Johnson, 2024; Kinner et Young, 2018; Kouyoumdjian et al., 2016). Une récente revue des revues (17 méta-analyses; de 2002 à 2023) portant sur les problèmes de santé mentale et physique au sein des populations carcérales a révélé une prévalence sur six mois de 11,4 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 9,9 %-12,8 %) pour les cas de dépression majeure, de 9,8 % (IC à 95 % : 6,8 %-13,2 %) pour le trouble de stress post-traumatique et de 3,7 % (IC de 95 % : 3,2 %-4,1 %) pour les maladies psychotiques (hommes et femmes combinés). Lors de leur admission, 23,8 % des délinquants (IC de 95 % : 21,0 %-26,7 %) répondaient aux critères du trouble lié à l’usage de l’alcool et 38,9 % (IC de 95 % : 31,5 %-46,2 %) à ceux du trouble lié à l’usage d’une substance. La moitié des personnes souffrant d’une dépression majeure ou d’une maladie psychotique ont également indiqué une comorbidité de TUS (Favril et al., 2024). Une étude systématique sur la prévalence globale de comorbidité de troubles de santé mentale graves et de TUS chez les détenus (50 ensembles de données/24 915 personnes; de 1980 à 2021) a révélé que 3,5 % (IC de 95 % : 2,2 %-5,0 %) des personnes détenues souffraient d’une psychose non affective et d’un TUS concomitant, ce qui représente 49,2 % des personnes atteintes de psychose non affective, et que 9,1 % (IC de 95 % : 5,6 %-13,3 %) souffraient d’une dépression majeure et d’un TUS concomitant, soit 51,6 % des personnes souffrant de dépression majeure (Baranyi et al., 2022). Tant les personnes souffrant de psychose non affective (rapport de cotes : 1,7; IC de 95 % : 1,4 %-2,2 %) que les personnes souffrant de dépression majeure (rapport de cotes : 1,6; IC de 95 % : 1,3 %-2,0 %) étaient considérablement plus susceptibles de souffrir d’un TUS.

Une revue systématique/méta-analyse antérieure portant sur 24 études/18 388 détenus (de 1966 à 2015) a estimé une prévalence de 24 % (sur douze mois) des troubles liés à la consommation d'alcool (IC à 95 % : 21 %-27 %). L'estimation groupée de la prévalence de TUS chez les détenus de sexe masculin était de 30 % (IC de 95 % : 22 %-38 %) et de 51 % chez les détenues (IC de 95 % : 43 %-58 %); les résultats de cette revue faisaient état d'une hétérogénéité selon le sexe ainsi que d'une augmentation des taux de personnes présentant un TUS au cours des dernières années (Fazel et al., 2017).

Une étude récente menée auprès de délinquants de dix établissements correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique ($n = 47\ 117$; de 2009 à 2017) et basée sur le dépistage de troubles mentaux et/ou de TUS lors de l'évaluation initiale a révélé que la prévalence annuelle des troubles de santé mentale et/ou des TUS a augmenté de 61 % (en 2009) à 75 % (en 2017), ainsi qu'une multiplication par cinq des troubles liés à la consommation de méthamphétamine (de 6 % à 29 %) et une augmentation des troubles liés à la consommation d'héroïne (de 11 % à 26 %) (Butler et al., 2022). Par ailleurs, les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ont nettement augmenté, passant de 15 % à 32 %. Parmi les personnes détenues dans des établissements correctionnels fédéraux (SCC), les données antérieures sur les diagnostics avaient révélé que plus de 70 % des délinquants répondaient aux critères d'au moins un trouble mental, avec une prévalence plus élevée pour les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances (49,6 %), le trouble de la personnalité antisociale (44,1 %) et le trouble anxieux (29,5 %). Parmi les détenues, quatre sur cinq (79,2 %) répondaient aux critères d'un trouble mental actuel, y compris un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (76 %), un trouble anxieux (54,2 %) et un trouble de la personnalité antisociale (49,4 %) (Beaudette et Stewart, 2016; Brown, Barker, McMillan, Norman, Derkzen, et Stewart, 2018). Deux tiers ou plus des détenus, hommes et femmes, chez qui un trouble mental avait été diagnostiqué, souffraient également d'un trouble mental concomitant (généralement un TUS).

En outre, une étude concernant 1 471 526 personnes détenues (10 534 441 années-personnes) mises en liberté à la suite d'une incarcération dans huit pays (de 1980 à 2018) a révélé un total de 75 427 décès et a examiné le taux brut de mortalité toutes causes confondues au cours de la première semaine suivant la mise en liberté (1 612 décès [IC

à 95 % : 1 048–2 287). Le taux brut de mortalité était plus élevé au cours de la première semaine suivant la mise en liberté que pendant toutes les autres périodes (taux d'incidence au cours de la semaine 2 : 1,5 % [IC de 95 % : 1,2 %-1,8 %], des semaines 3 et 4 : 2,0 % [IC de 95 % : 1,2 %-1,8 %] et des semaines 9 à 12 : 2,2 % [IC de 95 % : 1,6 %-3,0 %]). Le taux le plus élevé de mortalité au cours de la première semaine était attribuable à l'empoisonnement à l'alcool et à d'autres drogues (taux brut de mortalité : 657 [IC de 95 % : 332 à 1 076]) (Borschmann et al., 2024).

III. Consommation de drogues et facteurs connexes pendant l'incarcération

Bien que de nombreux systèmes correctionnels aspirent généralement à être des environnements « exempts de drogues », la consommation de drogue ne cesse pas spontanément lors de l'admission des détenus et se poursuit souvent même pendant l'incarcération. D'après des données récentes, on estime que de 20 % à 45 % des détenus dans le monde consomment des drogues pendant leur incarcération (Kinner et Rich, 2018; Mundt et al., 2018; Norman, 2023). De plus, en Europe, de 3 % à 10 % des détenus déclarent avoir commencé à consommer de la drogue pendant leur incarcération (Bukten et al., 2020; Kinner et Rich, 2018). Une étude récente a révélé une prévalence de la consommation de drogues de 35 % parmi 1 499 détenus norvégiens (Bukten et al., 2020). Parmi les répondants à l'Enquête nationale sur la santé de 2022 réalisée auprès des détenus du système correctionnel fédéral canadien, 29 % ($n = 413$) ont déclaré avoir consommé des drogues dans un établissement correctionnel fédéral au cours des six derniers mois; parmi ceux-ci, 78 % ont déclaré avoir fumé des drogues, 63 % ont déclaré avoir reniflé des drogues et 12 % ont déclaré s'être injecté des drogues au cours des six derniers mois (Wanamaker et al., 2024).

Un nombre limité de données empiriques récentes ont porté sur les caractéristiques des personnes qui ont consommé des substances pendant leur incarcération. Bien que quelques variables d'association aient été cernées de manière cohérente dans le cadre de certaines études, d'autres constats se sont révélés incohérents et ont donné lieu à des résultats hétérogènes. Parmi les facteurs d'association documentés figurent des facteurs sociodémographiques tels que l'âge. Par exemple, dans le cadre de leur évaluation de la consommation de drogues dans les établissements correctionnels américains, Rowell-Cunsolo et al. (2016) ont constaté que les

détenus plus jeunes étaient nettement plus susceptibles de consommer des substances que les détenus plus âgés (Rowell-Cunsolo et al., 2016). Cette association a été confirmée par un certain nombre d'autres études internationales (Baltieri, 2014; Rowell-Cunsolo et al., 2016; Sánchez et al., 2018). D'autres recherches ont mis en évidence d'autres indicateurs sociodémographiques, notamment la situation de famille et la situation professionnelle, l'identité raciale et le niveau de scolarité, comme covariables de la consommation de drogues pendant l'incarcération (Connor et Tewksbury, 2016; McKendy et al., 2021). D'autres données indiquent que l'état de santé et/ou les variables relatives aux antécédents sont associés à la consommation de substances pendant l'incarcération, par exemple le fait d'avoir vécu de la violence ou d'en avoir été témoin, les symptômes psychotiques, la séparation d'avec les parents pendant l'enfance (Baltieri, 2014; Borrill et al., 2003; Rowell-Cunsolo et al., 2016; Sánchez et al., 2018). Des preuves substantielles indiquent que les antécédents de consommation de drogues ou d'alcool avant l'incarcération constituent un facteur prédictif important de la consommation continue de drogues en prison (Bukten et al., 2020; Nevárez-Sida et al., 2012; Rowell-Cunsolo et al., 2016; Sánchez et al., 2018). En outre, les résultats indiquent certaines associations entre les caractéristiques criminogènes des délinquants, notamment les antécédents criminels, la durée de la peine et/ou de l'incarcération ou l'inconduite/l'affiliation à un gang lors de l'incarcération et la consommation de substances pendant l'incarcération (Baltieri, 2014; Connor et Tewksbury, 2016; Rowell-Cunsolo et al., 2016).

Au-delà des études transversales portant sur les associations, peu d'études ont examiné les facteurs liés à la consommation continue de drogues pendant l'incarcération, à l'exception d'une étude réalisée auprès d'une cohorte du Royaume-Uni lors de son admission (Plugge et al., 2009). Cette étude s'est penchée sur un groupe de 111 femmes qui avaient consommé de la drogue sur une base quotidienne au cours des six mois précédant leur incarcération et a comparé ce groupe à un groupe de participantes qui avaient consommé de la drogue de façon continue en prison ($n = 24$) ainsi qu'à un groupe qui n'en avait pas consommé ($n = 87$). Les variables sociodémographiques et cliniques n'ont pas indiqué de différences entre les groupes. Une autre étude de cohorte prospective ($n = 354$) portant sur des détenus qui avaient fait usage de drogues injectables (UDI) a mis en évidence une corrélation positive entre d'une part le plus jeune âge et les antécédents d'incarcération des délinquants et d'autre part la poursuite de la consommation de drogues pendant l'incarcération (Cunningham et al., 2018). Une étude menée récemment en

Belgique auprès d'un échantillon aléatoire de 1 326 personnes détenues adultes dans différents établissements correctionnels a révélé que 719 (54 %) avaient consommé des drogues au cours de l'année précédant leur incarcération, tandis que 462 (35 %) avaient consommé des drogues de façon continue pendant leur incarcération. De fortes associations ont été démontrées (rapport de cotes : = 6,77, IC à 95 % : 5,16-8,89) entre la consommation de drogues avant et pendant l'emprisonnement (Favril, 2023). Une analyse de régression logistique à plusieurs variables a par la suite été effectuée afin de déterminer les facteurs indépendamment associés à la consommation continue de substances (par rapport à un arrêt de la consommation), notamment le jeune âge, les antécédents de traitement, la consommation de plusieurs drogues et une mauvaise santé mentale. Une sous-analyse a permis de déterminer que le début de la consommation de drogues pendant l'incarcération était liée aux antécédents d'incarcération et à un faible niveau de scolarité.

IV. Surdoses liées à la drogue pendant l'incarcération

IV.1. Surdoses liées à la drogue pendant l'incarcération (données canadiennes)

Il existe peu de données sur les cas de surdoses de drogue survenus au sein du système correctionnel fédéral au Canada. À partir des données des établissements correctionnels, McKendy et al. (2021) ont examiné l'ensemble des incidents de surdoses liées à la drogue (mortels et non mortels; $n = 530$) survenus entre les exercices 2012-2013 et 2018-2019 au sein du système correctionnel fédéral. Parmi ces surdoses, 28 ont été mortelles (McKendy et al., 2021). Le nombre annuel d'incidents de surdoses a régulièrement augmenté au cours de la période visée par cet examen, passant de 40 incidents (2012-2013) à 110 (2018-2019; à noter que les incidents de surdose mortelle lors de cette dernière année ont été exclus de l'analyse). Au cours de cette période de sept ans, la majorité des surdoses (56 %) étaient liées aux opioïdes (89 % des incidents mortels). Les types d'opioïdes les plus fréquemment en cause étaient le fentanyl (23 %), l'héroïne (14 %) et la méthadone/suboxone (10 %), tandis qu'une proportion nettement croissante (de 3 % en 2012-2013 à 47 % en 2017-2018) de surdoses étaient imputables au fentanyl au fil du temps. Les médicaments sur ordonnance autres que les opioïdes figuraient au deuxième rang parmi les types de substances à l'origine des surdoses (p. ex. anticonvulsivants ou antidépresseurs dans 34 % des cas), suivis par les psychostimulants (p. ex. cocaïne, amphétamines dans 12 % des cas). Alors que la quasi-totalité (95 %) des surdoses liées aux

opiacés étaient considérées comme étant « involontaires », ce n'était le cas que pour une proportion plus faible (63 %) des autres types de substances. Par ailleurs, les analyses ont mis en évidence certaines caractéristiques déterminantes des délinquants concernés par les surdoses. Ceux-ci étaient pour la plupart des hommes plus jeunes (âgés en moyenne de 35,7 ans), les Blancs (59 %) et les Autochtones (35 %) étant légèrement surreprésentés au sein de ce groupe. Les délinquants qui avaient fait une surdose purgeaient une peine moyenne de 2,1 ans, et 1,1 an (médiane) s'était écoulé entre l'admission la plus récente et l'incident; ils étaient plus susceptibles de purger une peine pour vol qualifié, d'être associés à un groupe menaçant la sécurité et d'avoir une cote de sécurité « moyenne/maximale » comparativement à l'ensemble de la population carcérale. De plus, dans la majorité des cas, les délinquants avaient au moins un problème de santé mentale (70 %) et des antécédents de toxicomanie (97 %), et il y avait un lien entre la toxicomanie du délinquant et ses infractions criminelles (81 %) (McKendy et al., 2021).

Filoso et al. (2023) ont poursuivi l'examen des incidents de surdose (non mortelle uniquement) au sein du système correctionnel fédéral au cours des exercices 2018-2019 à 2021-2022. Pendant cette période, le nombre d'incidents annuels de surdose est passé de 110 (2018-2019) à 174 (2019-2020), puis a diminué au cours des exercices suivants pour atteindre 131 en 2020-2021 et 123 en 2021-2022 (Filoso, Boon, et Chen, 2024). Plus précisément, en 2021-2022, 64,2 % des surdoses étaient liées à la consommation de substances non opioïdes et non stimulantes, 25,2 % à la consommation d'opioïdes et 14,6 % à la consommation de psychostimulants. Parmi les surdoses liées aux opioïdes, la méthadone/suboxone était la substance la plus fréquemment identifiée (51,6 %), suivie du fentanyl (45,2 %). Les principales caractéristiques des victimes de surdose non mortelle (p. ex. majoritairement blanches ou autochtones, de sexe masculin, dans la trentaine, ayant des antécédents suicidaires, détenant une cote de sécurité moyenne et purgeant une peine pour homicide ou vol qualifié) étaient similaires à celles recensées par McKendy et al. (2021) (SCC, 2024a; McKendy et al., 2021).

Il existe peu d'informations de base sur les récentes surdoses mortelles survenues pendant l'incarcération de délinquants dans les établissements du SCC. Les rapports annuels sur les décès ainsi que d'autres sources indiquent qu'au cours de la décennie de 2011-2012 à 2021-2022, un total de 46 surdoses mortelles se sont produites pendant l'incarcération, allant d'un minimum

d'un décès par surdose survenu en 2020-2021 et en 2021-2022 à un maximum de huit décès par surdose en 2015-2016 (SCC, 2024a; *The Globe and Mail*, 2023). Dans l'ensemble, le taux moyen de décès par surdose chez les détenus sous responsabilité fédérale au cours de cette période est grossièrement estimé comme étant plus élevé que celui observé au sein de la population générale du Canada pour des périodes comparables (Gouvernement du Canada, sans date). La grande majorité (89 %) des incidents mortels liés à une surdose et recensés par McKendy et al. (2021) étaient liées aux opioïdes et étaient involontaires (McKendy et al., 2021).

IV.2. Surdoses liées à la drogue (fentanyl) pendant l'incarcération (données des États-Unis)

Bien que des niveaux élevés de consommation de substances soient également documentés au sein des systèmes correctionnels américains, et que des estimations antérieures aient suggéré que jusqu'à un tiers des consommateurs d'héroïne étaient incarcérés chaque année, Kaplowitz et al. (2021) ont constaté qu'aucune surdose liée au fentanyl au sein des établissements correctionnels américains n'avait été documentée pour la période de 2013 à 2021 dans la littérature médicale (Kaplowitz et al., 2021). Leur enquête sur les cas de surdose liée au fentanyl pendant l'incarcération de détenus aux États-Unis, principalement basée sur les données recueillies auprès des médias et de la presse écrite, a cependant recensé un total de 90 incidents signalés totalisant 179 cas de surdose (76 mortelles et 103 non mortelles) liée au fentanyl pendant cette même période. Pour 77 % des incidents, le rôle du fentanyl dans la surdose a été signalé par la source, mais seule une minorité d'entre eux ont été confirmés par des examens toxicologiques. Un tiers (37 %) des rapports contenaient des informations sur les voies d'entrée du fentanyl dans l'établissement correctionnel, notamment grâce à des détails fournis par le personnel correctionnel, les visiteurs et les détenus. L'administration de naloxone a été signalée dans 22 % des cas. Les enquêteurs soupçonnaient que le nombre de surdoses liées au fentanyl était globalement beaucoup plus élevé au sein du système correctionnel des États-Unis, mais ont attribué ces divergences à l'absence de suivi systématique et à la volonté de maintenir l'image d'un système correctionnel « sûr » et « exempt de drogues ». Les auteurs ont étayé leurs hypothèses par le fait qu'un seul incident de surdose de fentanyl avait été signalé dans un comté américain en 2019, tandis que les responsables locaux de la justice pénale avaient déclaré

l'administration de 129 doses de naloxone à 70 personnes (Kaplowitz et al., 2021). Une étude de cohorte rétrospective réalisée à l'aide d'un seul protocole et portant sur 130 détenus d'établissements correctionnels de l'Ohio qui avaient fait une surdose liée à un médicament et ont été traités dans un établissement médical (d'octobre 2011 à octobre 2014) a recensé 100 surdoses volontaires et 7 surdoses involontaires, 3 surdoses liées aux effets indésirables de certains médicaments et 20 surdoses pour lesquelles l'intention de la victime n'était pas connue (Fuh et al., 2016). Le médicament le plus fréquemment mis en cause était la phénytoïne (anticonvulsivant; n = 29; 22 %) et, bien que les anticonvulsivants constituaient la catégorie de médicaments la plus fréquemment recensée, les anticonvulsivants, les antidépresseurs et les médicaments destinés à traiter des troubles cardiovasculaires étaient à l'origine d'un nombre égal de visites aux soins intensifs. La plupart des patients (61 %) nécessitant des soins à la suite d'une surdose étaient des détenus qui détenaient une cote de sécurité minimale ou moyenne.

V. Surdoses de drogues lors de l'incarcération et facteurs connexes

V.1. Surdoses de drogues lors de l'incarcération et facteurs connexes (données probantes recueillies lors d'études)

Deux études phares se sont penchées sur les liens entre l'exposition à l'incarcération et les surdoses. Mita et al. (2020) ont procédé à un examen approfondi de 18 études originales (postérieures à 2001) réalisées en Amérique du Nord (Mital et al., 2020). En résumé, 1) six études ont évalué les antécédents d'incarcération en tant que facteur de risque de surdose et quatre d'entre elles ont trouvé un risque de surdose considérablement plus élevé chez les personnes qui avaient des antécédents d'incarcération que chez celles n'en avaient pas; 2) neuf études ont examiné le taux de surdose au sein de la population carcérale par rapport à la population générale, et huit ont trouvé un risque sensiblement plus élevé de surdose mortelle chez les personnes ayant des antécédents d'incarcération, tandis que trois ont déterminé que le risque le plus élevé de décès survenait dans la période suivant immédiatement la mise en liberté; 3) six études ont recensé des facteurs démographiques, des facteurs liés à la consommation de substances et à la santé mentale et des facteurs de risque liés à l'incarcération pour ce qui est des surdoses parmi les personnes incarcérées par le passé; et 4) quatre études ont évalué la proportion de décès par surdose et ont déterminé que de 5 % à 57 % concernaient des personnes ayant fait l'objet d'une incarcération par le passé (Mital et al., 2020). Une étude de la portée

visant 45 études de couplage d'enregistrements (de 2011 à 2021) et réalisée par Cooper et al. (2023) a examiné le risque de décès par surdose parmi les détenus adultes mis en liberté après avoir été incarcérés dans différents pays (Cooper et al., 2023). L'étude a mis en évidence un rapport standardisé de mortalité (RSM) liée à la drogue de 27,07 (IC à 95 % : 13,32-55,02) pour les décès par surdose au cours des deux premières semaines suivant la mise en liberté, de 10,17 (IC à 95 % : 3,74-27,66) pendant les trois à quatre premières semaines et de 15,58 (IC à 95 % : 7,05-34,40) pendant la première année suivant la mise en liberté. Elle a également trouvé un RSM global regroupé de 6,99 pour les décès par surdose (IC à 95 % : 4,13-11,83) quelle que soit la période suivant la mise en liberté, ce qui indique qu'un risque nettement élevé est présent lors de la période qui suit immédiatement la mise en liberté, mais qu'il demeure élevé pendant des périodes prolongées (Cooper et al., 2023).

L'étude exhaustive de Mital et al. (2020), qui se concentrait sur l'Amérique du Nord, a fourni des détails sur quatre types de relations de risque et de facteurs connexes entre l'incarcération et les surdoses (Mital et al., 2020) : 1) l'incarcération antérieure en tant que facteur de risque de surdose, 2) le risque de surdose chez les personnes incarcérées par le passé, 3) les facteurs associés à un risque accru de surdose chez les personnes incarcérées par le passé, et 4) les surdoses en tant que cause de mortalité chez les personnes incarcérées par le passé. Plusieurs études portant sur les antécédents d'incarcération en tant que facteur de risque de surdose ont comparé le risque de surdose non mortelle parmi des échantillons d'utilisateurs de drogues injectables composés de personnes incarcérées et non incarcérées par le passé, et la plupart ont trouvé un lien important concernant les surdoses non mortelles. Par exemple, une étude transversale (2012) réalisée auprès de 543 utilisateurs de drogues injectables qui utilisaient des services d'échange de seringues dans le Wisconsin a démontré que ceux qui avaient subi une surdose étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents d'incarcération (rapport de cotes révisé : 2,40 [IC à 95 % : 1,70-3,50]) (Barocas et al., 2015). Une autre étude, réalisée auprès de 2 515 consommateurs primaires d'héroïne recrutés dans la collectivité à Vancouver (de 1996 à 2010), a révélé que les personnes qui avaient des antécédents d'incarcération avaient été exposées à un risque accru de surdose non mortelle au cours des six derniers mois (rapport de cote : 2,13 % [IC de 95 % : 1,89-2,40]) (S. A. Kinner et al., 2012). Parmi les 443 clients du service d'échange de seringues de Seattle, l'incarcération (cinq jours et plus) au cours de la

dernière année était associée de manière indépendante à la surdose d'opioïdes (rapport de cotes révisé : 1,88 [IC de 95 % : 1,04-3,40]) après correction tenant compte des données démographiques, de la consommation de substances et d'autres risques comportementaux (Jenkins et al., 2011). Une étude ultérieure, qui a examiné rétrospectivement toutes les surdoses mortelles d'opioïdes ($n = 1\,399$) dans le comté d'Allegheny, en Pennsylvanie (de 2008 à 2014), a révélé que 55 % des victimes avaient des antécédents d'incarcération (Hacker et al., 2018).

2) Risque de surdose chez les personnes incarcérées par le passé : Plusieurs études (9) ont comparé rétrospectivement le risque de surdose chez les personnes incarcérées par le passé comparativement à la population générale (personnes non incarcérées); huit études ont trouvé un risque considérablement plus élevé de surdose mortelle chez les personnes qui avaient été incarcérées, et trois ont eu recours à des analyses stratifiées pour évaluer le risque de décès par surdose au fil du temps. Par exemple, à Rhode Island (2014-2015), aucune différence notable n'a été constatée quant aux taux de décès par surdose de fentanyl entre les personnes qui avaient des antécédents d'incarcération et celles qui n'en avaient pas (Brinkley-Rubinstein, Macmadu, et al., 2018). Parmi les 82 780 personnes mises en liberté à la suite d'une incarcération à Philadelphie (de 2010 à 2016), les personnes récemment exposées à l'incarcération présentaient un risque de décès par surdose 5,29 fois plus élevé que les personnes qui n'avaient pas récemment été exposées à l'incarcération. Les personnes ont été appariées selon l'âge, le sexe et la race/l'ethnie, et le risque le plus élevé de surdose a été observé immédiatement après la mise en liberté (moins de deux semaines; RSM : 36,91 [IC de 95 % : 29,92-43,90] (Pizzicato et al., 2018). Parmi les 229 274 personnes incarcérées et mises en liberté en Caroline du Nord (de 2000 à 2015), le rapport de cotes pour le décès par surdose était de 40,5 (IC à 95 % : 29,7-51,3) moins de deux semaines après la mise en liberté par rapport à la population générale (RSM global : 8,3 % [IC de 95 % : 7,8-8,7] (Ranapurwala et al., 2018). Sur un total de 6 978 décès par intoxication aux drogues (de 2006 à 2013) en Ontario (Canada), les personnes incarcérées par le passé, comparativement à la population générale, présentaient un RSM de 11,59 (IC à 95 % : 6,38-16,79) moins d'un an après leur mise en liberté (Groot et al., 2016). Un RSM de 10,33 (IC à 95 % : 6,61-11,10) pour les décès par surdose a été observé parmi 76 280 personnes libérées des établissements correctionnels de l'État de Washington (de 1999 à 2009), comparativement à la population générale de l'État (Binswanger et al., 2013). Au total, les personnes exposées à

l'incarcération ($n = 155\,272$) de la ville de New York, comparativement à la population générale (de 2001 à 2005), présentaient un RSM total de 2,2 (IC à 95 % : 1,9-2,5) pour ce qui est des décès par surdose; le risque de surdose le plus élevé était présent dans la semaine ou les deux semaines suivant la mise en liberté (RSM de 8,0; IC à 95 % : 5,2-11,8) (Lim et al., 2012). Parmi toutes les personnes ($n = 23\,510$) qui étaient incarcérées en Géorgie le 30 juin 1991, celles qui étaient décédées dans les 15 ans suivant leur mise en liberté étaient exposées à des risques élevés et multiples de décès par surdose (RSM de 3,48; IC à 95 % : 2,76-4,33) par rapport à la population générale (Spaulding et al., 2015).

3) Facteurs associés à un risque accru de surdose chez les personnes incarcérées par le passé : Plusieurs (6) études ont examiné les facteurs de risque de surdose chez les personnes incarcérées par le passé et ont obtenu des résultats mitigés en ce qui a trait à diverses caractéristiques démographiques, à la consommation de substances, aux problèmes de santé mentale et aux caractéristiques liées à l'incarcération. Par exemple, un risque accru de surdose a été constaté chez les femmes (par rapport aux hommes) dans le cadre d'une étude, mais deux autres études n'ont relevé aucune différence (Binswanger et al., 2013; Lim et al., 2012; Pizzicato et al., 2018). Les personnes de race/d'ethnie blanche et non hispaniques étaient associées à un risque accru par rapport aux personnes de race/d'ethnie hispanique, amérindienne et autre, mais les résultats étaient mitigés pour la population afro-américaine (Binswanger et al., 2013, 2016; Pizzicato et al., 2018; Ranapurwala et al., 2018). Les conclusions de diverses études sur le sujet révèlent une certaine incohérence, certaines faisant état de liens entre l'âge avancé et le risque de surdose mortelle chez les personnes incarcérées par le passé, tandis qu'une étude a montré qu'un plus jeune âge était associé au risque de surdose (Binswanger et al., 2013; Kinner et al., 2012; Pizzicato et al., 2018; Ranapurwala et al., 2018). En ce qui concerne les autres facteurs sociodémographiques, le fait d'avoir des enfants a été désigné comme étant un facteur de protection dans le cadre d'une étude, tandis que l'itinérance a été cernée en tant que facteur de risque dans une autre étude (Binswanger et al., 2016; Lim et al., 2012). Les caractéristiques liées à la consommation de substances qui étaient associées à un risque accru de surdose comprenaient le dépistage positif de tout TUS, l'injection de drogues, la consommation de plusieurs drogues et la consommation quotidienne de drogues (Binswanger et al., 2016; Kinner et al., 2012). On a constaté que la participation à un traitement contre le TUS à l'aide de médicaments au cours de

la vie d'une personne constituait un facteur de protection contre le risque de surdose, tandis qu'aucun lien n'a été observé entre la réception d'un traitement non pharmacologique d'un TUS et le risque de surdose (Binswanger et al., 2016; Kinner et al., 2012; Pizzicato et al., 2018). Les antécédents de maladie mentale grave et du trouble panique figuraient parmi les caractéristiques de santé mentale associées à un risque accru de surdose. Par ailleurs, deux études ont montré que le fait de recevoir un traitement médical en prison, par rapport à l'absence de traitement, était associé à un risque accru de surdose mortelle (Binswanger et al., 2016; Pizzicato et al., 2018). Les résultats décrivant la relation entre les surdoses et la durée et/ou la fréquence de l'incarcération étaient mitigés (Binswanger et al., 2013, 2016; Lim et al., 2012; Pizzicato et al., 2018; Ranapurwala et al., 2018).

4) Surdoses en tant que causes de décès chez les personnes incarcérées par le passé : Quatre études de cohortes ont évalué les surdoses en tant que causes de décès chez les personnes incarcérées par le passé, et ont trouvé que les surdoses étaient à l'origine de 5 % à 57 % des décès au sein de ce groupe. Une récente étude s'est penchée sur les personnes ($n = 1\,350$) qui avaient été mises en liberté à la suite d'une incarcération dans l'État du Connecticut (de 2007 à 2014) et vivaient avec le VIH. Parmi celles-ci, les surdoses représentaient la deuxième cause de décès (15 %) après le VIH/sida (46 %), et parmi les personnes décédées d'une surdose ou ayant subi une blessure accidentelle, le délai avant le décès était plus court que pour les causes liées au VIH/sida (Loeliger et al., 2018). Parmi les personnes décédées dans les six semaines suivant leur mise en liberté d'un établissement correctionnel de la ville de New York (2011-2012), les surdoses d'opioïdes constituaient la principale cause de décès (37 %), suivies par les maladies chroniques (25 %) et les traumatismes liés à des agressions (20 %) (Alex et al., 2017).

V.2. Études récentes (réalisées aux États-Unis) sur les liens entre l'incarcération et les surdoses

Une étude portant sur 4 246 personnes mises en liberté à la suite d'une incarcération dans le Massachusetts de 2015 à 2020 a révélé que 2 237 (5,1 %) ont fait une surdose liée aux opioïdes au cours des 90 premiers jours suivant leur mise en liberté (Yamkovoy et al., 2024). Dans la modélisation prédictive de l'arbre de décision, les variables contribuant le plus aux décès par surdose comprenaient : la durée de l'incarcération avant la mise en liberté, l'admission

involontaire (incarcération pour traitement), le nombre d'incarcérations antérieures, l'âge, le sexe ainsi que la race/l'ethnie. L'analyse stratifiée en fonction de la race/l'ethnie a révélé des variables prédictives supplémentaires, y compris des marqueurs de pauvreté (parmi les Blancs non hispaniques) et un faible niveau de scolarité (parmi les Noirs non hispaniques). Parmi les 229 274 détenus mis en liberté en Caroline du Nord de 2000 à 2015, 1 329 sont décédés d'une surdose liée aux opioïdes. Le risque de surdose liée aux opioïdes était de 40 (IC à 95 % : 30-51) dans les deux semaines suivant la mise en liberté et de 11 (IC à 95 % : 9,5-12) dans l'année suivant la mise en liberté, et 8,3 (IC à 95 % : 7,8-8,7) fois plus élevé que celui de l'ensemble des résidents de la Caroline du Nord. Les détenus les plus exposés au risque de surdose d'opioïdes avaient été mis en liberté dans les deux semaines précédentes, étaient âgés de 26 à 50 ans, de sexe masculin, de race blanche, avaient déjà été incarcérés deux fois ou plus et recevaient lors de leur détention un traitement pour un problème de santé mentale ou un TUS (Ranapurwala et al., 2018). Une prolongation de l'étude (de 2016 à 2018) a constaté que les taux de surdoses liées aux opioïdes ont diminué de 10,1 % au sein de la population générale de la Caroline du Nord, mais ont augmenté de 32 % parmi les détenus mis en liberté à la suite d'une incarcération; le taux de surdose liée aux opioïdes le plus élevé était attribuable aux drogues de synthèse (p. ex. fentanyl/analogues), comparativement à la moitié ou moins pour les autres opioïdes. Le risque de surdose liée aux opioïdes synthétiques chez les anciens détenus était respectivement 50,3 (IC à 95 % : 30,9-69,6), 20,2 (IC à 95 % : 17,3-23,2) et 18,2 (IC à 95 % : 15,9-20,5) fois plus élevé que celui de la population générale de la Caroline du Nord dans les deux semaines, l'année et la période de suivi complet suivant la mise en liberté (Ranapurwala et al., 2022). Une sous-analyse des données a révélé que les personnes mises en liberté qui avaient fait l'objet d'un isolement prolongé (ou « isolement cellulaire », soit 130 551/387 913 ou 33,7 %) de 2000 à 2015 pendant leur incarcération, par rapport à celles qui n'avaient pas subi un tel isolement, étaient plus susceptibles de décéder au cours de la première année suivant leur mise en liberté (rapport de risque : 1,24 [IC à 95 % : 1,12-1,38]), y compris de surdoses liées aux opioïdes au cours des deux premières semaines suivant la mise en liberté (rapport de risque : 2,27 [IC à 95 % : 1,16-4,43]) (Brinkley-Rubinstein et al., 2019). Parmi les 89 591 personnes qui avaient eu des démêlées avec le système de justice pénale pour des infractions liées à la drogue ou aux biens (de 2013 à 2016) dans le Maryland, 4 108 (4,59 %) ont été hospitalisées pour une surdose d'opioïde non mortelle et 519 (0,58 %) sont décédées d'une surdose d'opioïde (Krawczyk et al.,

2020). Parmi les principaux facteurs de risque de décès par surdose qui ont été observés figuraient l'âge plus élevé, la race blanche, les antécédents d'hospitalisation ou de visites aux urgences, le nombre plus élevé d'arrestations, les inculpations ou arrestations liées à la drogue, la mise en liberté à la suite d'une incarcération (alors que tous les types d'incarcération étaient considérés comme étant un facteur de protection contre les surdoses). En 2016 précisément, le fentanyl (par rapport aux autres opioïdes) a été en cause dans un nombre proportionnellement le plus élevé de surdoses (Krawczyk et al., 2020). Parmi les 82 780 personnes mises en liberté à la suite d'une incarcération dans les établissements correctionnels de Philadelphie (de 2010 à 2016), 2 522 (3 %) sont décédées de diverses causes, dont 837 (33 %) d'une surdose (Pizzicato et al., 2018). Les personnes mises en liberté présentaient un risque de décès par surdose plus élevé que les personnes non incarcérées (RSM : 5,29 [IC à 95 % : 4,93-5,65]), le risque le plus élevé survenant au cours des deux premières semaines suivant la mise en liberté (RSM : 36,91 [IC à 95 % : 29,92-43,90]). Les personnes noires, les personnes non hispaniques (rapport de risque : 0,17 [IC à 95 % : 0,14-0,19]) et les Hispaniques (rapport de risque : 0,41 [IC à 95 % : 0,34-0,50]) étaient moins exposées au risque de surdose que les personnes blanches non hispaniques, tandis que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave (MMG) étaient plus exposées au risque de surdose (rapport de risque : 1,54 [IC à 95 % : 1,27-1,87]) que les personnes ne souffrant pas d'une telle maladie (Pizzicato et al., 2018). Parmi les personnes qui sont décédées à Rhode Island et qui avaient été incarcérées au cours de l'année précédente, le risque de décès par surdose liée au fentanyl a doublé de 2014 à 2015 (risque relatif : 1,99 [IC à 95 % : 1,11–3,57]) (Brinkley-Rubinstein, Macmadu, et al., 2018). Sur les 1 399 personnes décédées par surdose dans le comté d'Allegheny, en Pennsylvanie, de 2008 à 2014, 957 (68,4 %) avaient déjà été exposées aux services de santé ou de justice; parmi elles, 531 (55,5 %) avaient déjà été incarcérées, 616 (64,4 %) avaient eu recours à des services de santé mentale et 702 (73,4 %) avaient reçu des services liés au traitement du TUS. Sur les 211 décès par surdose dont ont été victimes les personnes incarcérées l'année précédente, 54 (25,6 %) sont survenus dans les 30 jours suivant la mise en liberté (Hacker et al., 2018). Parmi les 699 décès toutes causes confondues de personnes mises en liberté à la suite d'une incarcération dans l'État de Washington de 1999 à 2009, les facteurs de risque indépendants de mortalité par surdose incluaient le TUS (rapport de cotes : 2,33 [IC à 95 % : 1,32-4,11]), l'utilisation de drogues injectables (rapport de cotes : 2,43 [IC à 95 % : 1,53-3,86]), le trouble panique (rapport de cotes :

3,87 [IC à 95 % : 1,62-9,21]), la prescription de médicaments pour traiter des troubles psychiatriques (rapport de cotes : 2,44 [IC à 95 % : 1,55-3,85]) et des problèmes liés aux opiacés/sédatifs (rapport de cotes : 2,81 [IC à 95 % : 1,40-5,63]). Le traitement du TUS pendant l’incarcération constituait un facteur de protection pour les décès toutes causes confondues (rapport de cotes : 0,67 [IC à 95 % : 0,49-0,91]) ainsi que pour les décès liés aux surdoses (rapport de cotes : 0,57 [IC à 95 % : 0,36-0,90]) (Binswanger et al., 2016).

V.3. Études récentes (réalisées en Australie) sur les liens entre l’incarcération et les surdoses

Au sein d’un échantillon représentatif de 1 307 personnes incarcérées (de 2008 à 2010) dans le Queensland (Australie), le taux d’incidence brut de surdoses non mortelles après la mise en liberté était de 47,6 (IC à 95 % : 41,1-55,0) pour 1 000 années-personnes (Keen et al., 2020); il était le plus élevé dans les 14 premiers jours suivant la mise en liberté (taux d’incidence : 296/1 000 années-personnes [IC à 95 % : 206–426]). Une corrélation positive a été établie entre les surdoses non mortelles à la suite de la mise en liberté et les antécédents récents de TUS, les diagnostics mixtes de maladie mentale et de TUS, les antécédents d’injection de drogues et de surdoses non mortelles, la prescription de benzodiazépine après la mise en liberté, les durées d’incarcération plus courtes et un faible soutien social. Le risque de surdose non mortelle était plus faible chez les personnes qui affichaient une consommation d’alcool à haut risque et lorsqu’elles étaient incarcérées. Lors d’une analyse antérieure effectuée dans le cadre de la même étude (1 051 détenus adultes), l’incidence de surdose non mortelle était la plus élevée entre le premier et le troisième mois suivant la mise en liberté (37,8/100 années-personnes [PA] parmi les personnes qui consommaient des drogues injectables; 24,5/100 années-personnes chez tous les ex-détenus). L’incidence de surdose non mortelle à la suite de la mise en liberté était plus élevée chez les personnes qui consommaient des drogues injectables qui déclaraient avoir été au chômage pendant moins de six mois avant leur incarcération, avoir été retirées de leur famille pendant leur enfance, avoir consommé de la benzodiazépine et/ou des opiacés pharmaceutiques de façon hebdomadaire ou plus fréquente avant leur incarcération, avoir suivi un traitement contre le TUS à l’aide de médicaments, avoir souffert de détresse psychologique avant leur incarcération et avoir eu des antécédents de maladie mentale au cours de leur vie (Winter et al., 2015).

V.4. Études récentes (réalisées au Canada) sur les liens entre l’incarcération et les surdoses

Plusieurs études récentes menées au Canada ont évalué les liens entre les surdoses et les antécédents d’incarcération; la plupart concernait les populations carcérales de la Colombie-Britannique et de l’Ontario. Au sein d’un échantillon aléatoire de 20 % de résidents de la Colombie-Britannique ($n = 765\,690$; âge moyen : 50 ans; 49 % d’hommes), 5 743 avaient été exposés à l’incarcération (de 2010 à 2014) et 634 étaient décédés d’une surdose pendant la période de suivi (de 2015 à 2017), soit un taux de mortalité de 897/100 000 années-personnes parmi les personnes exposées à l’incarcération et 22/100 000 années-personnes parmi les personnes non exposées à l’incarcération, respectivement. Les personnes qui avaient fait l’objet d’une incarcération étaient 4,04 fois (IC à 95 % : 3,23-5,06) plus susceptibles de mourir de causes liées à une surdose (Gan et al., 2021). Les liens entre l’incarcération et les surdoses étaient plus marqués chez les femmes et chez les personnes qui n’avaient pas reçu de diagnostic de TUS et n’avaient pas reçu de prescription d’opioïdes ou de benzodiazépines ($p < 0,001$ pour chaque catégorie); toutefois, le nombre d’incarcérations antérieures ou la durée de celles-ci n’avaient pas d’incidence sur le risque de surdose. Au sein d’une cohorte similaire observée dans le cadre d’une étude rétrospective en Colombie-Britannique et composée de 6 106 adultes mis en liberté à la suite d’une incarcération (de 2015 à 2017), 154 (2,5 %) sont décédés, dont 108 (1,8 %) à la suite d’une surdose (S. A. Kinner et al., 2021). Le taux d’incidence des décès toutes causes confondues était de 16,1 (IC à 95 % : 13,7-18,8) pour 1 000 années-personnes et de 11,2 (IC à 95 % : 9,2-13,5) pour 1 000 années-personnes pour les décès par surdose, mais il s’élevait à 38,8 (IC à 95 % : 3,2-22,6) au cours des deux premières semaines suivant la mise en liberté. Il importe de souligner que le risque de décès par surdose était quatre fois plus élevé chez les personnes qui avaient reçu des opioïdes pour soulager une douleur. Une étude de cohorte similaire portant sur 6 721 personnes de la Colombie-Britannique qui avaient fait l’objet de 16 809 mises en liberté à la suite d’une incarcération (de 2015 à 2018) a révélé que 2,8 % d’entre elles avaient connu au moins un incident de surdose dans les 30 jours suivant leur mise en liberté. Les personnes qui avaient eu recours à des services de santé dans la collectivité présentaient un risque plus élevé de surdose non mortelle ayant fait l’objet d’un suivi par un professionnel de la santé (rapport de risque rajusté : 2,83 [IC à 95 % : 2,13-3,78]) et un risque plus faible de surdose mortelle (rapport de risque rajusté : 0,58 [IC à 95 % : 0,28-1,19]), ce qui suggère que le recours aux services de santé à la suite de la mise en liberté constitue un facteur

de protection contre le risque de décès par surdose (McLeod et al., 2021). Dans une cohorte similaire composée de 6 816 personnes de la Colombie-Britannique ayant des antécédents d’incarcération (de 2010 à 2014) et faisant l’objet d’un suivi de cinq ans (de 2015 à 2019), 293 (4,3 %) présentaient un trouble lié à l’utilisation d’opioïdes (TUO) uniquement, 395 (6,8 %) un trouble lié à l’utilisation de stimulants uniquement, et 281 (4,1 %) présentaient les deux (Palis et al., 2022). Au cours de la période de suivi, 1 655 personnes ont subi 4 026 surdoses, dont 3 781 (93,9 %) surdoses non mortelles et 245 (6,1 %) surdoses mortelles; le risque de surdose mortelle (rapport de risque : 2,39 [IC à 95 % : 1,48-3,86]) et de surdose non mortelle (rapport de risque : 2,45 [IC à 95 % : 1.94-3.11]) était le plus élevé chez les personnes souffrant de troubles concomitants liés à l’utilisation d’opioïdes et de stimulants.

Une étude rétrospective menée en Ontario s’est penchée sur un total de 8 460 décès par surdose d’opioïdes (de 2015 à 2020), dont 2 207 victimes (26,1 %) avaient déjà été exposées à l’incarcération (Butler et al., 2023). Sur le total des personnes exposées à l’incarcération ($n = 129\,152$), 1,7 % sont décédées des suites d’une surdose d’opioïdes, ce qui correspond à un taux brut de mortalité par surdose d’opioïdes de 43,6/10 000 années-personnes (IC à 95 % : 41,8-45,5) comparativement à 0,95/10 000 années-personnes (IC à 95 % : 0,93-0,97) parmi les personnes qui n’avaient pas été exposées à l’incarcération. Le RSM parmi les personnes exposées à l’incarcération était de 31,2 (IC à 95 % : 29,8-32,6), soit de 28,1 (IC à 95 % : 26,7-29,5) chez les hommes et de 77,7 (IC à 95 % : 69,6-85,9) chez les femmes. Parmi les victimes de décès par surdose qui avaient été exposées à l’incarcération, 10,6 % sont décédés dans les 14 jours suivant leur mise en liberté, le risque le plus élevé se situant dans les quatre à sept jours suivant la mise en liberté (RSM : 288,1/10 000 années-personnes (IC à 95 % : 227,8-348,1) (Butler et al., 2023). Une sous-analyse portant sur 16 177 personnes noires exposées à l’incarcération a révélé que 0,9 % ($n = 137$) sont décédées d’une surdose d’opioïdes au cours de la période d’observation, ce qui correspond à un taux de mortalité par surdose d’opioïdes de 0,207/100 années-personnes (RSM : 17,8 [IC à 95 % : 16,4-23,1]), mais de 1,34/100 années-personnes dans les deux premières semaines suivant la mise en liberté parmi les personnes noires qui avaient été incarcérées par rapport à celles qui ne l’avaient pas été. Ces résultats suggèrent que les surdoses constituent un fardeau de mortalité inéquitable (Owusu-Bempah et al., 2023). Une étude précédente réalisée en Ontario et portant sur les décès

par surdose chez les adultes ($n = 6,978$; de 2006 à 2013) a recensé 702 décès, soit environ 10 % du total des décès survenus dans l'année suivant la mise en liberté; parmi ces décès, 20 % ($n = 137$) étaient survenus dans la semaine suivant la mise en liberté, et la plupart (77 %, $n = 538$) étaient liés à un ou à plusieurs opioïdes (Groot et al., 2016).

V.5. Cadres intégratifs/conceptuels des risques de surdose liés à l'incarcération

Bien que de nombreuses études épidémiologiques aient recensé des facteurs de risque individuels ayant une incidence sur les surdoses chez les personnes exposées à l'incarcération, il a été suggéré que ces perspectives pouvaient être indûment étroites et limitatives. Il conviendrait plutôt de procéder à des examens connexes – et, par conséquent, à des interventions intégrées et coordonnées – qui visent à comprendre l'incarcération comme étant un « environnement de risque » distinct et comportant de multiples facteurs à différents niveaux qui influencent la dynamique des risques liés aux surdoses (Brinkley-Rubinstein, Zaller, et al., 2018). Un travail intégratif/conceptuel connexe a été présenté par Joudrey et al. (Joudrey et al., 2019), qui ont élaboré un modèle de risque de surdose liée aux opioïdes après la mise en liberté. Ce modèle, basé sur un processus itératif combinant des analyses documentaires et des avis d'experts, comporte plusieurs catégories de déterminants et/ou de mécanismes qui ont une incidence sur les résultats en matière de surdose chez les personnes ayant été incarcérées. Ceux-ci incluaient notamment les éléments suivants : 1) facteurs ou contexte sous-jacents : les personnes incarcérées sont touchées de façon disproportionnée par des maladies chroniques graves (p. ex. douleur, maladies infectieuses) et/ou des traumatismes/la suicidabilité, qui sont des facteurs de risque connus pour la consommation de drogues à des fins médicales ou non médicales; 2) déterminants intermédiaires : les personnes incarcérées connaissent des niveaux plus élevés de perturbation des réseaux personnels/sociaux, de pauvreté et de stigmatisation, qui sont tous des déterminants sociaux (défavorables) de la santé. De plus, l'incarcération entraîne généralement l'interruption ou la compromission des soins de santé essentiels (y compris le traitement ou les interventions liés aux TUS); cependant, l'influence de la race n'est pas claire, car certains types de surdoses (p. ex. les surdoses par opioïdes) sont associés aux Blancs plutôt qu'à d'autres marqueurs raciaux; 3) déterminants immédiats : les personnes incarcérées présentent des niveaux beaucoup plus élevés de problèmes de TUS et de santé mentale (dépression, anxiété, troubles de la personnalité, TSPT) que les membres de la population générale; la cooccurrence de problèmes

de TUS et de santé mentale constitue un risque supplémentaire de consommation de drogues à des fins non médicales. Outre les comportements à risque courants (p. ex. injection et/ou consommation solitaire de drogues), l'usage d'opioïdes et/ou les troubles liés à l'usage d'opioïdes dans les cas de surdoses sont fréquents. De plus, la consommation médicale ou non médicale de plusieurs drogues ou la polypharmacie combinée à d'autres substances psychotropes (p. ex. sédatifs/benzodiazépines ou psychostimulants) augmente les risques de surdose; 4) facteurs biologiques/pharmacologiques : la psychopathologie liée précisément aux surdoses causées par les opioïdes cause une dépression respiratoire rapide après l'exposition; ces effets sont influencés par des niveaux de tolérance variables liés aux schémas d'exposition. Dans les établissements correctionnels, les habitudes de consommation d'opioïdes sont souvent interrompues ou irrégulières, ce qui entraîne des variations de tolérance à la dépression respiratoire qui rendent les surdoses (décès) plus probables en cas d'exposition aux opioïdes; de même, la disponibilité croissante d'opioïdes synthétiques puissants (p. ex. fentanyl) a amplifié les risques de surdose (Joudrey et al., 2019).

Un cadre conceptuel et intégratif similaire des facteurs de risque de surdose liée aux opioïdes chez les personnes ayant une expérience d'incarcération a combiné des analyses de la littérature/des éléments de preuve et des opinions d'experts (professionnels et personnes ayant une expérience de l'incarcération) (Flam-Ross et al., 2022). L'examen des données a permis de recenser un total de 22 facteurs importants (16 facteurs de risque et 6 facteurs de protection), qui ont ensuite été divisés en sous-catégories (correspondant au cadre des déterminants sociaux de la santé de l'OMS), en particulier pour les facteurs de risque : i) facteurs structurels : âge avancé, race autre que blanche et sexe; ii) facteurs intermédiaires : traitement (pharmacologique ou non pharmacologique) du TUS et des maladies mentales, placement en isolement cellulaire, antécédents d'incarcération, incarcération pour un délit lié à la drogue; temps (p. ex. moins de deux semaines) écoulé depuis la mise en liberté, dépistage de TUS, diagnostic de problème de santé mentale (p. ex. trouble panique ou maladie mentale grave), consommation de substances (opioïdes, sédatifs et injection de drogues), itinérance, autres maladies ou hospitalisations. Les facteurs de protection correspondants étaient les suivants : i) facteurs structurels : réseau familial et race; ii) facteurs intermédiaires : durée d'incarcération plus longue, prescription de médicaments pour traiter le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, consommation de substances

(alcool, cocaïne, autres stimulants et substances inhalées) et incarcérations antérieures. Les évaluations réalisées par le groupe d'experts ont permis de recenser 21 facteurs (14 facteurs de risque et 8 facteurs de protection) liés aux surdoses chez les personnes incarcérées, y compris en ce qui a trait aux risques : i) facteurs structurels : manque de services dans la collectivité, délai plus long entre la mise en liberté et la mise en relation avec les services, absence de documents d'identité, participation au commerce du sexe, expérience du racisme, connaissance de l'imminence d'une réincarcération; ii) facteurs intermédiaires : relations malsaines, manque de confiance en soi, annonce de mauvaises nouvelles, pression familiale ou sociale liée à l'argent, peur de demander une aide médicale, retour dans la même collectivité après la mise en liberté, première expérience négative avec le système de santé, avoir des enfants. Les facteurs de protection recensés étaient les suivants : i) facteurs structurels : réincarcération, présence d'un agent chargé du cas lors de l'accès aux services, relations positives avec un agent de probation, accès à de la nourriture; ii) facteurs intermédiaires : environnement stable et lieu de vie sûr, visites de la famille pendant l'incarcération (Flam-Ross et al., 2022).

Une initiative récente de schématisation conceptuelle, réalisée avec l'aide de membres d'un groupe restreint, a été mise en œuvre dans le but de cerner les facteurs qui influencent les expériences de surdose à la suite d'une incarcération. À l'issue d'une séance de remue-méninges réunissant des personnes ayant une expérience vécue de l'incarcération et de TUS, les données probantes ont été triées et évaluées, et cartographiées sous forme de grappes (Nall et al., 2024). Le processus a permis de relever 83 facteurs uniques et cinq catégories, soit 1) la prévention communautaire, 2) la consommation de drogues et l'incarcération, 3) les ressources pour le traitement de la toxicomanie, 4) les facteurs carcéraux et 5) la stigmatisation et les obstacles structurels, ceux-ci correspondant aux facteurs de risque recensés par le groupe et associés aux surdoses à la suite de l'incarcération dont il convient de tenir compte dans la planification des ressources et l'élaboration des interventions. Une étude qualitative connexe a examiné les perceptions des facteurs contributifs et des facteurs de protection relativement au risque de surdose à la suite de la mise en liberté, du point de vue de personnes ayant reçu des médicaments pour des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes lors de leur incarcération dans des établissements correctionnels du Massachusetts ($n = 38$; 2021-2022), en utilisant le cadre de l'environnement de risque pour guider les analyses (Michener et al., 2024). Les résultats suggèrent que

l'environnement physique contribuant au risque incluait la perte de tolérance aux opioïdes pendant l'incarcération, l'utilisation de plusieurs substances et l'approvisionnement en drogues toxiques comme principaux facteurs d'augmentation du risque de surdose après la mise en liberté. Les facteurs sociaux contribuant aux risques comprenaient les normes de risque adoptées par le groupe de pairs – y compris les pratiques de réduction des méfaits et les relations interpersonnelles entre les vendeurs et les acheteurs de drogue – ainsi que les déterminants sociaux de la santé au niveau macro, notamment la précarité du logement et la disponibilité des services de santé mentale. Les facteurs économiques qui contribuent au risque de surdose après la mise en liberté comprennent l'absence de génération de revenus pendant l'incarcération et les difficultés liées à l'emploi. Les participants ont également discuté de plusieurs aspects des politiques qui ont une incidence sur le risque de surdose après la mise en liberté, notamment la disponibilité de mécanismes de réduction des méfaits, les services de santé publique et les politiques plus larges liées au traitement du TUO à l'aide de médicaments au sein de cette population à haut risque.

VI. Dynamiques et effets liés au fentanyl relativement aux risques et aux incidents de surdose

VI.1. Dynamiques et effets liés au fentanyl relativement aux risques et aux incidents de surdose (général)

Alors que les établissements correctionnels sont connus pour être des environnements distincts en ce qui a trait à la consommation de substances et aux risques connexes, la nature générale de la consommation de drogues à des fins non médicales et de ses effets néfastes en Amérique du Nord a considérablement changé ces dernières années, principalement en raison de l'arrivée récente et de l'expansion des opioïdes synthétiques illicites/toxiques (p. ex. fentanyl et analogues du fentanyl) (Ciccarone, 2017; Fischer et al., 2019). En raison de leurs caractéristiques et propriétés particulières, les opioïdes synthétiques ont profondément modifié l'« environnement de risque » lié aux incidents de surdose et aux produits en cause, particulièrement au sein d'établissements correctionnels et/ou des populations carcérales.

Alors que le fentanyl de qualité pharmaceutique est un puissant analgésique opioïde délivré sur ordonnance qui était utilisé à des fins médicales (analgésiques) et occasionnellement

à des fins non médicales, les opioïdes synthétiques fabriqués et distribués de façon illicite (p. ex. fentanyl et analogues du fentanyl) ont commencé à proliférer rapidement sur les marchés nord-américains de la drogue depuis une dizaine d'années (notamment à partir de 2013-2015) (Baldwin et al., 2018; Fischer et al., 2019; Gomes et al., 2018). Cette prolifération a déclenché une accélération rapide des décès par surdose au sein de la population générale, notamment en Colombie-Britannique et en Ontario. Par ailleurs, une plus grande majorité de surdoses ont été déterminées comme étant liées au fentanyl et aux analogues du fentanyl, et certains ont interprété cette expansion de la disponibilité des opioïdes synthétiques comme un « choc d'offre » à la suite d'une réduction importante (p. ex. après 2012) des niveaux de distribution d'opioïdes pharmaceutiques en Amérique du Nord (Ciccarone, 2021; Fischer et al., 2020; Fischer et Robinson, 2024). Au cours de la dernière décennie, l'Amérique du Nord a été le théâtre d'une crise de « santé publique » sans précédent marquée par les opioïdes synthétiques qui ont causé la mort par surdose de 50 000 personnes au Canada depuis 2016 (8 049 [taux : 20,8/100 000] décès en 2023), dont plus de 85 % étaient attribuables au fentanyl et aux analogues du fentanyl. Aux États-Unis, où le nombre total/les taux de décès étaient encore plus élevés, un peu moins de 109 000 personnes sont décédées de surdose (taux de 32,4/100 000) en 2022, et plus des deux tiers de ces décès étaient liés au fentanyl et aux analogues du fentanyl (Ciccarone, 2021; Fischer, 2023; Manchikanti et al., 2022; gouvernement du Canada, s.d.; CDC, s.d.). Cette prolifération rapide du fentanyl et des analogues du fentanyl comme cause de décès par surdose au sein de la population générale s'est ensuite étendue aux établissements correctionnels. Par exemple, au sein du système correctionnel fédéral canadien (SCC), sur les 17 décès par surdose confirmés de 2017-2018 à 2019-2020 (période de trois ans), tous sauf un étaient liés au fentanyl et aux analogues du fentanyl (Canada, 2024a). Aux États-Unis, une enquête récente a documenté un total d'au moins 179 surdoses, dont 76 mortelles et 103 non mortelles, liées au fentanyl dans des établissements correctionnels de 2013 à 2021 (Kaplowitz et al., 2021). Plus précisément, dans l'État américain du Rhode Island, le risque de décès par surdose liée au fentanyl et aux analogues du fentanyl parmi les personnes incarcérées depuis un an a doublé de 2014 à 2015; chez les personnes exposées au système de justice pénale dans le Maryland (de 2013 à 2016), le nombre annuel de décès liés au fentanyl et aux analogues du fentanyl a quadruplé de 2015 à 2016, tandis qu'en Caroline du Nord, le taux de surdoses liées aux opioïdes chez les personnes incarcérées par le passé a augmenté de 32 %, principalement en raison des décès par surdose liée

au fentanyl et aux analogues du fentanyl, de 2017 à 2018 (Brinkley-Rubinstein, Macmadu, et al., 2018; Krawczyk et al., 2020; Ranapurwala et al., 2022).

Le fentanyl et les analogues du fentanyl présentent plusieurs caractéristiques distinctes qui créent une dynamique de risque particulièrement puissante en ce qui a trait aux surdoses, tout en posant des défis tout aussi importants en matière d'intervention. Parmi ces caractéristiques figure en premier lieu leur puissance psychoactive excessive, le fentanyl et les analogues du fentanyl étant de 50 à 100 fois plus puissants que la morphine (ou 30 à 50 fois plus puissants que l'héroïne), ce qui signifie que les moindres expositions suffisent à induire une dépression respiratoire (c'est-à-dire une surdose), y compris d'éventuels problèmes aigus entraînant un décès (Cheema et al., 2020; Han et al., 2019; Rauf et al., 2021). En ce qui concerne les mécanismes physiologiques appropriés, en raison de leurs propriétés lipophiles, le fentanyl et les analogues du fentanyl traversent rapidement la barrière hématoencéphalique et se lient aux récepteurs opioïdes, après qu'une personne y ait été exposée, pour produire des effets pharmacobiologiques aigus, y compris la surdose (Cheema et al., 2020; Han et al., 2019; Rauf et al., 2021). Par conséquent, les surdoses (non mortelles et mortelles) liées au fentanyl et aux analogues du fentanyl ne se produisent pas uniquement par injection, mais aussi fréquemment par d'autres moyens d'utilisation (p. ex. inhalation/ingestion) associés à une biodisponibilité moindre. En fait, la majorité des récents décès par surdose d'opioïdes au Canada ont été causés par des modes d'utilisation autres que l'injection (p. ex. inhalation), ce qui infirme des hypothèses de longue date selon lesquelles les modes d'utilisation autres que l'injection protègent les utilisateurs contre les décès par surdose [(Fischer et al., n.d.; Palamar et al., 2022)]. Les profils pharmacologiques uniques du fentanyl et des analogues du fentanyl ont également réduit l'efficacité de la naloxone, l'antagoniste/antidote des opioïdes utilisé pour renverser les effets d'une surdose. En effet, dans les cas d'exposition au fentanyl et aux analogues du fentanyl, une seule dose de naloxone s'est souvent révélée insuffisante, et de multiples doses ont dû être administrées pour réanimer la personne (Cheema et al., 2020; Pergolizzi Jr et al., 2021; Rauf et al., 2021). Les opioïdes synthétiques sont également comprimés de façon à diminuer considérablement leur taille (semblable à celle d'un grain), ce qui les rend non seulement difficiles à détecter dans les contextes d'utilisation, mais aussi – ce qui est particulièrement pertinent dans les établissements correctionnels – « faciles » à expédier/transporter, à passer en

contrebande ou à stocker de façon clandestine (Caulkins, 2021; Norman, 2023; Pardo et al., 2021). En outre, le fentanyl et les analogues du fentanyl sont couramment distribués aux consommateurs finaux après avoir été mélangés à d'autres drogues, comme l'héroïne ou la cocaïne, ou sous la forme de faux comprimés délivrés sur ordonnance (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, xylazine) (2021). Cela en fait le principal risque lié à une surdose et signifie que les utilisateurs consomment souvent du fentanyl et des analogues du fentanyl sans le savoir ou de façon involontaire, et s'exposent à un risque inattendu mais élevé de surdose (Hayashi et al., 2021; Kennedy et al., 2024; Latkin et al., 2019).

Une revue systématique récente (41 études) résumant les principales caractéristiques de la consommation de fentanyl et d'analogues du fentanyl, par rapport à la consommation d'autres substances ou par rapport à la consommation volontaire ou non involontaire, a révélé que la consommation de fentanyl et d'analogues du fentanyl concernait plus souvent des hommes, des jeunes et des personnes de race blanche, et que ceux-ci avaient comme marqueurs communs le chômage, un faible niveau de scolarité et l'itinérance. Les consommateurs de fentanyl et d'analogues du fentanyl avaient davantage d'antécédents d'utilisation de plusieurs substances psychoactives et de surdose, et les motifs de consommation de fentanyl et d'analogues du fentanyl comprenaient une tolérance élevée aux opioïdes et/ou la recherche d'effets psychoactifs et la possibilité de traiter des symptômes néfastes pour la santé (p. ex. sevrage, douleur, problèmes de santé mentale). La consommation de fentanyl et d'analogues du fentanyl était également associée à des comportements de consommation à risque (p. ex. injection, consommation quotidienne de drogues et injection en public) (Tsang et al., 2024).

VI.2. Dynamiques et effets du fentanyl sur la consommation de drogues et les surdoses dans les établissements correctionnels

Dans le cadre d'une étude unique effectuée sur le terrain et basée sur des entrevues, à laquelle ont participé 587 détenus adultes et 131 agents correctionnels du système correctionnel provincial de l'Alberta, Bucerius et Haggerty (2019) ont exploré les effets précis du fentanyl sur la dynamique de la consommation de drogues, les relations entre détenus et la sécurité au sein des établissements correctionnels provinciaux du Canada, et ce, relativement tôt (2016-2017) lors de la crise de surdoses liées au fentanyl et aux analogues du fentanyl (Bucerius et Haggerty,

2019). Les auteurs de cette étude ont mis en évidence quatre effets principaux : 1) un nombre accru de surdoses; 2) le fait que l'environnement correctionnel est néanmoins demeuré un endroit relativement « sûr » pour consommer des drogues; 3) la combinaison courante du fentanyl/des analogues du fentanyl et des autres drogues disponibles dans les établissements correctionnels; 4) la perspective d'une utilisation du fentanyl et des analogues du fentanyl en tant qu'armes. En ce qui concerne les détails plus précis liés aux principaux résultats, l'étude a révélé que les drogues étaient largement et facilement accessibles dans les établissements correctionnels, ce qui était lié à la rotation fréquente des détenus en raison des courts séjours dans les établissements, en particulier dans le système correctionnel provincial. Bien que de nombreux répondants n'avaient pas l'intention de consommer du fentanyl ou des analogues du fentanyl (p. ex. en raison des risques imprévisibles de surdose), ces substances étaient perçues comme étant omniprésentes dans les établissements correctionnels. Par conséquent, leur consommation et les surdoses connexes étaient fréquentes, notamment parce que le fentanyl était habituellement (mais de manière irrégulière) mélangé à d'autres drogues illégales introduites de façon illicite dans les établissements. Parallèlement, de nombreux détenus utilisateurs considéraient que la consommation de fentanyl à l'intérieur de l'établissement était relativement sûre, compte tenu des systèmes de surveillance de l'établissement, mais aussi du fait que cette consommation se faisait généralement en présence d'autres personnes (p. ex. des détenus) qui pouvaient leur venir en aide en cas de surdose. Au-delà des risques liés à la consommation de fentanyl et d'analogues du fentanyl, une importante crainte régnait quant à la possibilité que le fentanyl puisse être « utilisé en tant qu'arme » par et parmi les détenus, par exemple pour blesser ou tuer intentionnellement d'autres détenus (notamment dans le cadre de conflits entre gangs) ou en l'introduisant dans de la nourriture ou d'autres produits de consommation courante. Par conséquent, la présence de fentanyl a eu des effets négatifs sur la dynamique des relations sociales en milieu correctionnel. On a observé que cette dynamique du risque rendait certains détenus (p. ex. les détenus des établissements à sécurité maximale) généralement moins tolérants à l'égard des drogues en milieu correctionnel. De même, les effets de la présence croissante du fentanyl et des analogues du fentanyl sur les agents correctionnels se sont traduits par une crainte accrue d'une éventuelle exposition ou contamination et des problèmes de santé qui en découlent, en plus des craintes d'empoisonnements liés au fentanyl et des éventuels stress/traumatismes, troubles ou perturbations des opérations correctionnelles qui en découlent. Il semble également

que les perceptions et les expériences liées au fentanyl aient ouvert les yeux de certains membres du personnel correctionnel sur l'utilité ou l'opportunité d'interventions novatrices (p. ex. interventions ayant pour but de réduire les méfaits) (Bucerius et Haggerty, 2019).

Notamment, dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé menée en 2022 auprès des détenus du système correctionnel fédéral, 64,9 % des personnes interrogées sur la base de leur expérience ont déclaré être d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que les médicaments disponibles dans les établissements correctionnels pouvaient être contaminés ou coupés avec des médicaments qu'ils ne connaissaient pas, et environ la moitié d'entre elles se sont dites préoccupées par les risques de surdoses liées à la consommation de médicaments (Wanamaker et al., 2024). Une étude empirique qualitative connexe, basée sur des entrevues, a examiné comment le fentanyl est interprété et vécu par les agents correctionnels ($n = 99$) dans les établissements correctionnels du Canada, y compris dans les établissements où la présence de fentanyl est élevée (Ricciardelli et al., 2024c). Les résultats suggèrent que, bien que de nombreux agents correctionnels aient eu à intervenir dans le cadre d'un incident de surdose au cours de leur période initiale de travail, la plupart des agents correctionnels qui ont réalisé de telles interventions n'ont pas perçu ces expériences comme ayant été traumatisantes sur le plan psychologique, ne se sont pas inquiétés de la présence de fentanyl dans leur environnement de travail ou ont fait preuve d'indifférence à cet égard. Toutefois, ce point de vue contraste avec celui exprimé par quelque 40 % d'agents correctionnels qui ont soulevé des inquiétudes liées à la présence de fentanyl – ce qui suggère une « normalisation » de la disponibilité et de l'utilisation du fentanyl en milieu correctionnel en tant que risque professionnel ainsi qu'une perception voulant que cette situation constitue un problème général de santé et de société.

VII. Interventions liées à la prévention de la toxicomanie/des surdoses dans les établissements correctionnels

VII.1. Interventions liées à la prévention de la toxicomanie/des surdoses dans les établissements correctionnels (données probantes issues d'analyses)

Compte tenu des niveaux élevés de consommation de substances et des risques de surdoses et de dommages connexes (y compris des décès) au sein des populations carcérales, diverses interventions ont été mises en œuvre dans les établissements correctionnels en vue de

réduire les risques liés à ces résultats négatifs. Si certaines de ces interventions sont de nature pharmacologique/médicamenteuse (p. ex. traitement du TUO à l'aide de médicaments/traitement par agonistes des opioïdes [TAO]), d'autres sont basées sur des mesures psychosociales, la « réduction des méfaits » ou l'utilisation de la naloxone, dans le but de prévenir les surdoses. Plusieurs études récentes et exhaustives (systématiques) ont évalué l'effet de diverses interventions. La portée et la nature des résultats sont quelque peu hétérogènes, de nombreuses études se concentrant principalement sur les effets de l'intervention sur les résultats en matière de justice pénale (p. ex. récidive/réincarcération), plutôt que sur les résultats liés à la consommation de drogues et aux surdoses au sein des populations carcérales, ceux-ci nous intéressant particulièrement. McKendy et al. (2024) ont procédé à un examen systématique et à une méta-analyse de 126 études internationales (réalisées de 1980 à 2023) portant sur des interventions contrôlées auprès de personnes exposées à l'incarcération afin de réduire les méfaits liés à la drogue pendant et peu après leur incarcération (Macdonald et al., 2024). Bien que seulement 12 études aient porté sur des interventions mises en œuvre pendant l'incarcération, la participation à un programme de TAO pendant l'incarcération a été associée à une réduction de la consommation d'opioïdes (rapport de cotes : 0,27 [IC à 95 % : 0,07-0,98]), de la consommation d'héroïne (rapport de cotes : 0,29 [IC à 95 % : 0,19-0,46]), de l'utilisation de drogues injectables (rapport de cotes : 0,17 [IC à 95 % : 0,10-0,30]) et des risques connexes (p. ex. partage d'accessoires de consommation de drogue), ainsi qu'à une baisse de la mortalité toutes causes confondues (rapport de risque : 0,25 [IC à 95 % : 0,13-0,48]) et des tentatives de suicide réussies (rapport de risque : 0,15 [IC à 95 % : 0,04-0,52]). Les données sélectionnées suggèrent que la fourniture d'aiguilles et de seringues en prison a réduit le partage de tels accessoires parmi les participants au programme (rapport de cotes : 0,05 [IC à 95 % : 0,10-0,26]). Au total, 43 études se sont penchées sur les conséquences de la consommation de drogues après la mise en liberté; huit d'entre elles n'ont pas constaté d'effets importants liés aux TAO reçus pendant l'incarcération sur la consommation de drogues (p. ex. opioïdes, héroïne ou injection), ou peu de preuves, voir aucune preuve, d'avantages engendrés par les communautés thérapeutiques, les interventions psychosociales ou la gestion de cas sur la consommation de drogues après la mise en liberté à la suite d'une incarcération. La participation à un TAO pendant l'incarcération n'a pas eu d'effet sur les incidents de surdose non mortelle dans le mois suivant la mise en liberté (rapport de cotes : 0,72 [IC à 95 % : 0,12-4,31]), tout

comme l'administration de naloxone (rapport de cotes : 3,50 [IC à 95 % : 0,72-16,90]). Les personnes qui avaient reçu un TAO dans un établissement correctionnel affichaient un taux plus faible de mortalité toutes causes confondues (risque relatif : 0,24 [IC à 95 % : 0,17-0,35]) et de décès liés à la drogue (risque relatif : 0,20 [IC à 95 % : 0,12-0,34]) au cours des quatre premières semaines suivant leur mise en liberté. Deux études ont montré que le fait de recevoir un TAO dans la collectivité, comparativement à aucun traitement, a été associé à une réduction de la mortalité toutes causes confondues (risque relatif : 0,09 [IC à 95 % : 0,02-0,56]) après la mise en liberté (Macdonald et al., 2024).

Une autre étude systématique récente et une méta-analyse partielle de 20 études quasi-expérimentales (30 119 participants) visant à évaluer les effets des médicaments contre le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes sur les résultats primaires des personnes ayant actuellement ou ayant eu par le passé des démêlées avec la justice ont révélé une grande hétérogénéité dans la conception et la qualité des études (p. ex. risque de biais) incluses (Strange et al., 2022). Les effets moyens n'étaient pas significatifs en ce qui a trait au résultat principal lié à la justice pénale (p. ex. réincarcération/nouvelle arrestation) ainsi que pour les surdoses mortelles (rapport de cotes : 0,82 [IC à 95 % : 0,56-1,21]), tandis qu'un effet protecteur important a été constaté pour les surdoses non mortelles (rapport de cotes : 0,41 [IC à 95 % : 0,18-0,91]), ce qui tend à indiquer que ceux qui ont reçu des médicaments contre le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes avaient près de 60 % de chances en moins de subir une surdose non mortelle. Une autre revue systématique a recensé des études récentes sur les interventions de réintégration, c'est-à-dire des interventions ayant commencé pendant l'incarcération et s'étant poursuivies après la mise en liberté, ou dans les trois mois suivant la mise en liberté, et ayant pour but de remédier aux problèmes de consommation de substances (Moore et al., 2020). Sur les 34 interventions uniques cernées, 21 proposaient un traitement de la consommation de substances et 13 facilitaient l'accès à un traitement. Sur les 13 études contrôlées qui évaluaient les résultats en matière de consommation de substances, cinq ont constaté une réduction de la consommation de substances chez les participants aux interventions par rapport aux témoins, cinq n'ont pas constaté de différences entre les groupes en matière de consommation de substances, et trois ont constaté des résultats mitigés ou plus élevés en matière de consommation de substances (Moore et al., 2020).

Une revue systématique/méta-analyse d'essais cliniques randomisés (ECR)/études quasi-expérimentales (807 détenus, jusqu'en 2017) portant sur les effets des médicaments contre le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (p. ex. méthadone, buprénorphine, naltrexone) sur la consommation d'opioïdes et les risques connexes au sein des populations correctionnelles après la mise en liberté a montré que la fourniture de méthadone pendant l'incarcération augmentait la participation à un traitement une fois la personne mise en liberté dans la collectivité (rapport de cotes : 8,69 [IC à 95 % : 2,46-30,75]) et diminuait l'utilisation illicite d'opioïdes (rapport de cotes : 0,22 [IC à 95 % : 0,15-0,32]) ainsi que l'utilisation de drogues injectables (rapport de cotes : 0,26 [IC à 95 % : 0,12-0,56]) (Moore et al., 2019). Si les résultats des études d'observation portant sur les médicaments à base de méthadone pour traiter le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes n'étaient pas cohérents, des études individuelles sur la buprénorphine et le naltrexone ont montré que ces produits étaient soit aussi efficaces que la méthadone, soit plus efficaces pour réduire la consommation d'opioïdes illicites après la mise en liberté. Une revue systématique des interventions pharmacothérapeutiques, psychologiques et combinées en milieu correctionnel (49 études/de 2000 à 2017) a été menée concernant la consommation de substances (de Andrade et al., 2018). Environ la moitié (12) des interventions psychologiques (p. ex. entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale) ont eu des effets positifs sur la consommation de substances, tandis que neuf n'ont pas donné de résultats ou ont eu des résultats négatifs. En ce qui concerne les interventions pharmacologiques, deux des trois études de haute qualité ont signalé que les médicaments contre le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes ont permis de réduire la consommation d'opioïdes après la mise en liberté, huit études sur onze ont fait état d'une réduction de la consommation d'héroïne après la mise en liberté, tandis que deux études sur quatre ont révélé des réductions similaires pour la consommation de cocaïne. Concernant le naltrexone à libération prolongée (injections effectuées avant/après mise en liberté), des réductions de la consommation d'opioïdes et de surdoses ont été constatées dans le cadre de deux essais contrôlés randomisés. Par ailleurs, l'administration de médicaments et de méthadone contre le TUO en milieu correctionnel combiné à l'administration de médicaments contre le TUO dans la collectivité à la suite de la mise en liberté diminuait le risque de consommation d'héroïne et de surdose mortelle davantage que l'administration de médicaments contre le TUO uniquement en milieu carcéral ou à des groupes témoins dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé (de Andrade et al., 2018). Une autre revue systématique de 46 études (22 ECR)

portant sur des adultes qui souffraient de TUO et qui étaient incarcérés ou avaient récemment été mis en liberté a révélé que les participants qui recevaient des médicaments contre le TUO en milieu correctionnel (p. ex. avec de la méthadone ou de la buprénorphine/naloxone) présentaient généralement des taux plus faibles de consommation d'opioïdes illicites, respectaient davantage les modalités de leur traitement contre le TUO, faisaient moins de surdoses non mortelles et affichaient des taux de mortalité plus faibles (Malta et al., 2019). Cette revue incluait également des études sélectionnées (p. ex. au Royaume-Uni) portant sur la fourniture de trousse de naloxone aux détenus au moment de leur mise en liberté dans la collectivité; celles-ci ont révélé une diminution des décès par surdose liés aux opioïdes parmi ces groupes de détenus. Une autre revue systématique d'études (8 ECR, 6 études autres que des ECR/observationnelles) examinant les effets des interventions pharmacothérapeutiques sur les résultats liés à la consommation de substances chez les détenus dépendants aux opiacés a révélé que le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes au moyen de médicaments (p. ex. avec la méthadone ou la buprénorphine) entrepris avant la mise en liberté était associé à une importante participation au traitement après la mise en liberté et à d'importantes réductions de la consommation d'opiacés (héroïne) (Crowley et Van Hout, 2017). Les détenus qui recevaient des médicaments pour le TUO au moment de leur libération présentaient des risques de mortalité réduits à court terme (p. ex. quatre semaines après la mise en liberté), mais il n'y avait aucune preuve d'une réduction des surdoses non mortelles ou de la poursuite de l'utilisation d'autres drogues illicites.

VII.2. Interventions visant à réduire les surdoses dans les établissements correctionnels (interventions/études individuelles réalisées en Amérique du Nord)

VII.2.1. Traitement du TUO à l'aide de médicaments dans les établissements correctionnels

Pour les personnes incarcérées qui souffrent de TUO, le traitement assisté par médicaments (p. ex. méthadone, buprénorphine/naloxone [médicaments contre le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes/TAO]) constitue la principale intervention visant à réduire la consommation de drogues opiacées illicites et les effets néfastes qui en découlent (p. ex. surdoses) (Macdonald et al., 2024; Malta et al., 2019; Moore et al., 2019). Des éléments de preuve montrent que la participation des personnes incarcérées à des TAO a considérablement augmenté au sein des systèmes correctionnels du Canada au cours de la dernière décennie. Par

exemple, les pourcentages de détenus d'établissement correctionnels de l'Ontario qui recevaient un TAO ont augmenté de 2015 à 2018, passant de 6,9 % à 8,4 % pour les personnes ayant reçu une prescription de méthadone, de 0,8 % à 4,8 % pour les personnes ayant reçu une prescription de buprénorphine/naloxone, et de 8,2 % à 13,2 % pour les personnes ayant reçu l'un ou l'autre de ces TAO. Alors que la participation à des traitements à base de méthadone n'a pas changé de manière substantielle, la prescription de buprénorphine/naloxone a augmenté de 1,70 fois par année (IC à 95 % : 1,47-1,96), ce qui est nettement plus élevé que les augmentations observées au sein de la collectivité, celles-ci étant de l'ordre de 1,20 (IC à 95 % : 1,19-1,21) (Bodkin et al., 2021). Parmi les vingt-sept médecins qui fournissaient des soins médicaux dans les établissements correctionnels provinciaux de l'Ontario en 2017, 52 % ont déclaré prescrire de la méthadone et 48 % de la buprénorphine/naloxone aux détenus, tandis que 19 % ont déclaré avoir entrepris un traitement à la méthadone et 11 % un traitement à la buprénorphine/naloxone, tout en signalant toutefois de multiples obstacles systémiques et/ou opérationnels à l'instauration d'un TAO lors de l'incarcération des détenus (Kouyoumdjian et al., 2018).

Des données probantes font état d'une participation accrue aux traitements du TUO à l'aide de médicaments et d'une plus grande prise en charge des effets liés aux surdoses parmi les personnes exposées aux services correctionnels (provinciaux). Parmi les 597 toxicomanes de la cohorte de Vancouver qui souffraient de TUO et avaient déclaré avoir été incarcérés au cours des six derniers mois (pendant la période de 2005 à 2016), 207 (34,7 %) ont signalé 325 épisodes de TAO (continuation de traitement dans 90,8 % des cas et nouveaux traitements dans 9,2 % de cas) pendant leur incarcération (Bozinoff et al., 2018). Parmi les personnes qui suivaient un TAO au moment de l'étude, une association négative a été établie entre la participation à un tel traitement et les surdoses non mortelles (rapport de cotes rajusté : 0,49 [IC à 95 % : 0,9-0,82]) et l'utilisation quotidienne d'opioïdes sur ordonnance (rapport de cotes rajusté : 0,42 [IC à 95 % : 0,20-0,85]). Parmi les personnes qui ne recevaient pas un TAO, aucune association n'a été trouvée, ce qui souligne l'importance de la poursuite des TAO en ce qui a trait aux résultats protecteurs. Dans le cadre d'une étude portant sur 9 220 personnes incarcérées (75 649 mois d'incarcération) dans douze établissements correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique (de 2013 à 2017), l'élargissement de la couverture de l'assurance-maladie provinciale (2015) pour inclure la TAO à base de buprénorphine/naloxone [rapport de cotes

rajusté : 1,16 [IC à 95 % : 1,13-1,19]) et la déclaration d'urgence de santé publique concernant la crise des opioïdes (2016) (rapport de cotes rajusté : 1,34 [IC à 95 % : 1,22-1,47]) ont été associés à une multiplication globale par dix du recours aux TAO pendant l'incarcération (rapport de cotes rajusté : 10,10 [IC à 95 % : 8,98-11,37]), principalement en raison de l'amorce de nouveaux TAO à base de buprénorphine/naloxone (Kurz et al., 2022). Une étude basée sur un échantillon aléatoire de 20 % de la population générale de la Colombie-Britannique a révélé que, parmi les adultes souffrant de TUO mis en liberté à la suite d'une incarcération dans un établissement correctionnel provincial (1 535 personnes/4 738 épisodes de mise en liberté, de 2015 à 2018), la participation à un TAO pendant l'incarcération a été associée à une réduction du risque de surdose non mortelle (rapport de risque rajusté de 0,55 [IC à 95 % : 0,41-0,74]). Cet effet a été observé pour les TAO amorcés dans la collectivité et poursuivis lors de l'incarcération (rapport de risque rajusté : 0,49 [IC à 95 % : 0,36-0,67]) ainsi que pour les TAO amorcés en milieu correctionnel (rapport de risque rajusté : 0,58 [IC à 95 % : 0,41-0,82]), tandis que les effets protecteurs étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes (McLeod et al., 2021).

Les données récentes sur l'utilisation des médicaments contre le TUO et les indicateurs relatifs aux surdoses chez les détenus des établissements correctionnels fédéraux sont limitées. Au sein du système correctionnel fédéral du Canada (SCC), la fourniture de TAO en établissement (méthadone) a initialement été mise en place en 1998 et a par la suite été élargie pour inclure les TAO à base de suboxone (buprénorphine/naloxone) (Canada, 2019c). Les personnes qui suivaient un TAO au moment de leur admission dans un établissement correctionnel fédéral ont pu poursuivre leur traitement pendant leur incarcération, et les personnes qui répondent aux critères de TUO et satisfont aux exigences du programme peuvent désormais demander à entreprendre un TAO pendant leur peine fédérale. Depuis 2016, les TAO à base de suboxone (y compris les films administrés par voie buccale et la buprénorphine injectable [Sublocade]) sont de plus en plus utilisées comme TAO de première intention pour les détenus sous responsabilité fédérale. Au milieu de l'année 2019, près de 1 600 détenus du SCC recevaient des TAO (augmentation d'un peu moins de 50 % par rapport à 2016), ce qui représentait plus de 10 % des détenus fédéraux en 2017-2018. En septembre 2024, 3 378 détenus du SCC, soit environ 25 % de la population carcérale totale du SCC, signalaient

recevoir un TAO; 724 d'entre eux recevaient de la méthadone, 1 996 de la suboxone et 658 des TAO à base de Sublocade (SCC, 2019c; Farrell MacDonald et al., 2022). Une analyse rétrospective des détenus masculins du SCC qui recevaient un TAO (de 2016 à 2018), dont 1 211 à base de méthadone et 729 à base de suboxone, a montré que les détenus qui suivaient un TAO à base de méthadone étaient plus susceptibles d'être admis dans un établissement correctionnel fédéral pendant leur TAO (73,9 %/57,4 %) et d'afficher des taux plus élevés de résultats positifs à l'issue d'analyses d'urine pendant leur incarcération (10,3 %/4,9 %) et après leur mise en liberté (29,6 %/7,7 %). La majorité des membres des deux groupes ont signalé des problèmes de santé mentale (55,7 %/64,1 %) et de toxicomanie « grave » (60,8 %/56,7 %), tandis que très peu (1,2 %/1,0 %) ont signalé des cas de surdose en établissement (Farrell MacDonald et al., 2022). Une analyse de 530 cas de surdoses (survenus de 2012-2013 à 2018-2019) dans des établissements correctionnels fédéraux (55 % liés à des opioïdes) ne comportait pas d'indicateurs de participation à un TAO (McKendy et al., 2021). Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé menée en 2022 auprès des détenus du système correctionnel fédéral, la majorité (62,4 %) des personnes interrogées (149) qui avaient récemment consommé de la drogue (mais qui ne souffraient pas nécessairement d'un TUO) et ne suivaient pas de traitement ont indiqué ne pas avoir d'intérêt par les TAO, tandis qu'une petite proportion (18,8 %) a déclaré qu'elle aimerait suivre un TAO (CSC, n.d.).

Une recherche par méthodes mixtes a évalué les expériences liées aux TAO au sein d'un échantillon ($n = 46$) de délinquants incarcérés dans sept établissements correctionnels du SCC (de janvier à mars 2019) avant et après leur mise en liberté dans la collectivité (Russell, Nafeh, et al., 2022; Russell, Pang, et al., 2022). Les participants avaient des antécédents complexes de consommation d'opioïdes, y compris lors de leur détention, et souffraient de problèmes de santé connexes. Les expériences en matière de TAO en établissement étaient divergentes; les personnes qui suivaient un TAO avant leur incarcération n'avaient pas rencontré un grand nombre de difficultés, tandis que celles qui avaient entrepris un TAO pendant leur incarcération avaient fait état d'obstacles systémiques, notamment des listes d'attente pour l'obtention de traitements et des problèmes liés aux procédures. La plupart des participants préféraient la buprénorphine/naloxone à la méthadone, mais certains ont signalé des difficultés d'accès à ces traitements. Les participants dont la mise en liberté était imminente souhaitaient suivre un TAO

dans la collectivité à la suite de leur mise en liberté, mais envisageaient d'éventuels obstacles liés à l'efficacité des transitions et de la poursuite des TAO. Le suivi effectué auprès des participants à l'étude dans l'année qui a suivi leur mise en liberté dans la collectivité a révélé que les trois quarts (77 %) ont poursuivi leur TAO, 69 % ont vu leur mise en liberté suspendue et 49 % ont été réincarcérés. La souplesse, les relations positives avec le personnel de l'établissement ainsi que la structure des traitements figuraient parmi les principaux éléments facilitant une participation continue aux TAO, tandis que les transitions fragmentées, les problèmes financiers liés à la couverture des TAO, les défis logistiques et liés à la réinsertion, et l'inaccessibilité des médicaments de TAO à emporter à domicile constituaient des obstacles courants à une transition réussie du milieu correctionnel à la collectivité (Russell, Nafeh, et al., 2022; Russell, Pang, et al., 2022).

Les États-Unis constituent un environnement notoirement restrictif et difficile en ce qui concerne l'offre de traitements à base de médicaments et les efforts de prévention des surdoses liées au TUO. Alors que l'on estime qu'environ 25 % des personnes incarcérées aux États-Unis répondent aux critères de TUO, moins de 10 % des établissements correctionnels américains permettent aux détenus de poursuivre leur traitement du TUO à l'aide de médicaments pendant l'incarcération ou prescrivent de tels traitements (dans de nombreux cas, uniquement en raison de circonstances exceptionnelles telles que la grossesse) ou mettent les délinquants en contact avec des programmes de traitement du TUO à l'aide de médicaments offerts dans la collectivité (Bandara et al., 2021; Martin et al., 2022). Depuis 2016, le Département de l'administration pénitentiaire de l'État de Rhode Island a mis en place à l'échelle de l'État un programme complet de prescription de médicaments contre le TUO incluant le dépistage du TUO, le traitement de celui-ci à l'aide de médicaments (y compris tous les médicaments contre le TUO approuvés par la FDA, soit la buprénorphine, la méthadone et le naltrexone), la planification de la continuité des soins/le soutien et la mise en relation avec les soins après la mise en liberté (y compris la couverture par l'assurance maladie des médicaments pour traiter le TUO) pour toutes les personnes incarcérées et répondant aux critères du TUO (Green et al., 2018). Au cours de la première année de mise en œuvre du programme (2016-2017), une diminution de 12 % du nombre total de décès par surdose a été constatée à l'échelle de l'État, de même qu'une diminution de 61 % des décès par surdose dans les douze mois suivant la mise en liberté des

personnes incarcérées (Green et al., 2018). À titre d'illustration, au sein d'une cohorte rétrospective de 1 600 personnes incarcérées dans un établissement du Département de l'administration pénitentiaire de l'État de Rhode Island qui recevaient des médicaments contre le TUO et qui ont été mises en liberté de 2016 à 2018, 56 % se sont vu prescrire de la méthadone, 43 % de la buprénorphine et 1 % du naltrexone; 61 % ont poursuivi leur traitement à la suite de leur mise en liberté dans la collectivité, tandis que 30 % ont amorcé un traitement du TUO lors de leur incarcération et 9 % avant leur mise en liberté (Martin et al., 2022). Trente jours après leur mise en liberté et douze mois après leur mise en liberté, respectivement 73 % et 86 % des personnes interrogées avaient poursuivi leur traitement du TUO à l'aide de médicaments. Les personnes qui avaient nouvellement entrepris un traitement du TUO à l'aide de médicaments affichaient une moins bonne participation à leur traitement que celles qui avaient poursuivi pendant leur incarcération un traitement amorcé dans la collectivité. Douze décès par surdose sont survenus parmi les participants qui prenaient des médicaments contre le TUO au cours des douze mois de suivi, dont un seul lors des deux premières semaines suivant la mise en liberté, ce qui souligne les effets protecteurs que confère une couverture complète des médicaments pour le TUO aux personnes exposées à l'incarcération en ce qui a trait aux surdoses (Martin et al., 2022). De même, dans une cohorte rétrospective de 15 797 adultes souffrant de TUO (31 382 épisodes d'incarcération) et mis en liberté dans la collectivité à la suite d'une incarcération dans des établissements correctionnels de la ville de New York (de 2011 à 2017), 17 119 événements d'incarcération étaient liés à des personnes qui recevaient un traitement pour le TUO, comparativement à 14 263 événements liés à des personnes qui ne recevaient pas de traitement pour le TUO, juste avant la réintégration dans la collectivité (Lim et al., 2023). La participation à un traitement à base de médicaments contre le TUO était associée à des accusations de délits mineurs, au fait d'être une femme, à l'utilisation de drogues injectables et à l'itinérance. Plus de cent (111) décès par surdose sont survenus dans la période d'un an suivant la mise en liberté (taux brut de mortalité : 0,49/100 années-personnes parmi les personnes qui prenaient des médicaments contre le TUO et 0,83/100 années-personnes parmi les personnes qui n'en prenaient pas. La prise de médicaments pour traiter le TUO lors de l'incarcération était associée à un plus faible taux de mortalité toutes causes confondues (rapport de risque rajusté : 0,22 [IC à 95 % : 0,11-0,42]) et à un risque plus faible de décès par surdose (rapport de risque rajusté : 0,20 [IC à 95 % : 0,08-0,46]) lors du premier mois suivant la mise en

liberté (Lim et al., 2023). Les interruptions de la prise de médicaments contre le TUO sont généralement considérées comme constituant un facteur de risque primaire pour les rechutes et les comportements à risque liés au TUO, y compris les surdoses, pour lesquelles l’incarcération est une cause fréquente, notamment lorsque les personnes qui prennent des médicaments contre le TUO dans la collectivité sont incarcérées et/ou lorsque les personnes qui prennent des médicaments contre le TUO sont libérées dans la collectivité (Haney, 2024). Une étude comprenant 40 entretiens qualitatifs avec des personnes incarcérées par le Département de l’administration pénitentiaire du Rhode Island et prenant des médicaments contre le TUO a fait état de multiples obstacles, y compris des facteurs et des défis structurels et sociaux (p. ex. logement, assurance maladie, transport, paramètres du programme de traitement, soutiens sociaux) dont il serait pertinent de tenir compte pour assurer une transition efficace des personnes suivant un traitement du TUO à l’aide de médicaments afin qu’elles puissent poursuivre celui-ci après leur mise en liberté dans la collectivité. Ces constatations sont semblables à celles provenant d’études menées au Canada (Kaplowitz et al., 2023; Russell, Pang, et al., 2022).

VII.2.2. Autres interventions correctionnelles visant à réduire les risques de surdose

Certaines autres interventions visant à prévenir ou à réduire les méfaits liés aux surdoses dans la collectivité ont, dans une certaine mesure, été intégrées dans les établissements correctionnels. Par exemple, la naloxone est un médicament utilisé dans le cadre d’un traitement par agonistes opioïdes pour renverser les effets d’une surdose d’opioïde et prévenir le décès de la personne. La naloxone se lie aux récepteurs opioïdes et bloque les effets d’autres opioïdes (p. ex. héroïne, oxycodone ou fentanyl). Elle permet ainsi à la personne de reprendre une respiration normale et prévient les décès liés aux surdoses aiguës (Moustaqim-Barrette et al., 2021; Pergolizzi Jr et al., 2021; Rigg, 2023). Bien que la naloxone soit généralement sûre, facile à administrer sous différentes formes (p. ex. injectable ou intranasale) et que l’on estime que les effets d’un grand nombre de surdoses d’opioïdes ont été inversés grâce à son administration au sein de la collectivité, elle présente également des problèmes d’efficacité, en particulier dans les contextes d’utilisation d’opioïdes synthétiques (p. ex. fentanyl et analogues du fentanyl) en raison de la puissance exceptionnellement élevée de ces substances (Moustaqim-Barrette et al., 2020; Pergolizzi Jr et al., 2021; Rigg, 2023). La naloxone est devenue largement accessible

puisqu'elle est désormais offerte par les prestataires de services communautaires et les premiers intervenants, et grâce à des programmes de distribution en masse aux pairs/consommateurs, généralement sous forme de trousses portables contenant le flacon de naloxone qui peut être administré par tout intervenant pour réanimer une personne souffrant d'une surdose aiguë à la suite d'une exposition aux opioïdes (Moustaqim-Barrette et al., 2021; Rigg, 2023). Certaines recherches internationales (p. ex. au Royaume-Uni) ont montré que la distribution de trousses de naloxone aux détenus lors de leur mise en liberté a permis de réduire les décès liés aux surdoses d'opioïdes dans la période suivant immédiatement la mise en liberté (Malta et al., 2019; Rigg, 2023). Alors que la naloxone est désormais un outil d'urgence médicale type pour les interventions en cas de surdose dans tous les établissements correctionnels, sa distribution systématique aux délinquants souffrant de TUO (et leur formation à son utilisation) dans le cadre des dispositions relatives à la mise en liberté dans la collectivité est de plus en plus considérée comme une intervention peu coûteuse, standard et fondée sur des données probantes, recommandée pour les systèmes correctionnels, mais qui nécessite un élargissement et une mise en œuvre systématiques dans de nombreux contextes (Brinkley-Rubinstein, Zaller, et al., 2018; Grella et al., 2021; Rigg, 2023). Il n'existe cependant que peu de recherches sur la disponibilité ou l'utilisation de la naloxone et sur ses effets lors d'événements de surdose au sein des établissements correctionnels ou les populations carcérales.

Dans le cadre d'une analyse précédente de 19 études sur les programmes de trousses de naloxone à emporter destinées aux populations carcérales, les enjeux recensés comprenaient les attitudes à l'égard de la distribution de naloxone parmi les personnes détenues ou mises en liberté ainsi que parmi le personnel correctionnel, les processus liés aux programmes de distribution de naloxone et la formation à son utilisation, y compris les contacts avec les détenus, tandis que d'importants défis et lacunes ont été cernés quant à l'évaluation des résultats en matière de santé associés à la fourniture de naloxone dans les contextes correctionnels (Horton et al., 2017). Une étude de portée restreinte basée sur des entrevues réalisées auprès du personnel de santé de deux établissements correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique où était mis en œuvre un programme de trousses de naloxone à emporter offertes aux détenus a permis de cerner certains enjeux émergents connexes, notamment les défis liés à la mobilisation et à la formation du personnel correctionnel, l'amélioration de la participation et de la sensibilisation

des détenus au programme et l'adaptation des programmes aux besoins uniques des populations carcérales (Pearce et al., 2019). Parmi les 530 incidents de surdose survenus au sein du SCC (de 2012-2013 à 2018-2019), dont 55 % étaient liés aux opioïdes, la naloxone a été administrée dans environ la moitié (53 %) des cas (McKendy et al., 2021). Dans le cadre d'une initiative mise en œuvre dans le Michigan, aux États-Unis, des distributeurs automatiques fournissant gratuitement de la naloxone ont été installés dans six prisons de comté à l'intention des détenus réincarcérés et des visiteurs. Cette initiative a donné lieu à une augmentation de 64 % du nombre de commandes de boîtes de naloxone, et des entretiens qualitatifs avec des agents correctionnels ont révélé que les efforts antérieurs liés à la naloxone et les connaissances sur les opioïdes/les surdoses et la naloxone ont facilité la mise en œuvre du projet (Victor et al., 2024). Pourtant, une étude récente menée auprès de 257 agents correctionnels du Manitoba et portant sur les connaissances et les attitudes à l'égard de l'administration de naloxone dans le cadre de leur travail auprès des populations incarcérées a révélé que, bien que les répondants étaient conscients que ces initiatives répondaient à un important besoin, la plupart d'entre eux ne se sentaient pas suffisamment formés pour administrer de la naloxone, ce qui pourrait amplifier le risque chez les détenus victimes de surdose (Ricciardelli et al., 2024a).

Les sites de consommation supervisée et/ou les services de prévention des surdoses (SCS/SPS) constituent un autre type d'intervention largement répandue dans les milieux communautaires pour réduire les risques liés à la consommation de drogues (p. ex. transmission de maladies) et les surdoses. Ils offrent des environnements de consommation plus sûrs pour la consommation de drogues ainsi que les services de protection de la santé (p. ex. prévention des surdoses et inversion de leurs effets, réduction des risques, soins de santé de base et aiguillage vers d'autres services) (Kennedy et al., 2022; Magwood et al., 2020; Zhu et al., 2024). Désormais, des dizaines de SCS/SPS légalement approuvés et « non sanctionnés » existent au Canada, et des données probantes montrant une réduction substantielle des comportements à risque liés à la consommation de drogues ainsi qu'une meilleure prévention des surdoses chez les personnes qui y ont accès sont constamment recueillies. Bien que le système correctionnel fédéral du Canada ait commencé à mettre en œuvre des « programmes d'échange de seringues » dans certains établissements du SCC à partir de 2018, ces programmes se sont heurtés à différentes difficultés, notamment la résistance du personnel correctionnel (p. ex. pour des raisons de sécurité) et la

sous-utilisation du programme par les détenus. Il a en outre été signalé que seuls quelques-uns des 12 endroits où est offert le Programme d'échange de seringues dans les prisons (PESP) étaient activement utilisés (SCC, 2019b; CBC News, 2023; *The Globe and Mail*, 2023). En 2019, le SCC a lancé un Service de prévention des surdoses (SPS) à l'Établissement de Drumheller (de sécurité moyenne), en Alberta, qui affichait alors l'un des taux de surdoses les plus élevés parmi les établissements correctionnels fédéraux. Ce service était offert dans un espace désigné de l'établissement par du personnel médical, plutôt que par du personnel correctionnel (SCC, 2019a; *The Globe and Mail*, 2023). Les données intermédiaires recueillies dans le cadre de l'évaluation du programme ont montré que 49 détenus ont reçu l'autorisation d'utiliser le SPS, et que 30 détenus l'ont utilisé à 798 reprises de juillet 2019 à février 2020, sans qu'aucune surdose ne survienne au sein de l'établissement ou à l'emplacement où était mis en œuvre de SPS (Leonard, n.d.; *The Globe and Mail*, 2023; *The Globe and Mail*, 2022). Alors qu'initialement, les services de santé et les agents correctionnels avaient des opinions plutôt négatives à l'égard du programme, ces perspectives organisationnelles ont progressivement évolué vers une acceptation et un soutien accrus; les détenus utilisant le SPS ont déclaré qu'ils se sentaient plus en sécurité et mieux soutenus/moins stigmatisés relativement à leurs problèmes de dépendance, et qu'ils adoptaient moins de comportements à risque (p. ex. partage de seringues) (Leonard, n.d.; *The Globe and Mail*, 2023; *The Globe and Mail*, 2022). Bien que l'on ne dispose pas de données d'évaluation systématique ou à long terme des effets de cette initiative, la mise en œuvre d'au moins un autre SPS dans un établissement correctionnel fédéral (Springhill, en Nouvelle-Écosse) a été documentée, et quelques autres auraient été mis en place ou seraient planifiés (SCC, 2019a).

Une étude récente visant à examiner les perspectives et les défis liés au SPS dans les établissements correctionnels a recueilli les commentaires d'agents correctionnels fédéraux ($n = 134$) du Canada sur le SPS dans les établissements correctionnels et les mesures de réduction des méfaits qui y sont associées, dans le cadre d'un entretien longitudinal semi-structuré (Ricciardelli et al., 2024b). Les participants ont décrit de nombreux défis et complications engendrés par la politique du SPS et concernant sa mise en œuvre et les préoccupations en matière de sécurité qui s'y rattachent, à savoir que le SPS entrave la réadaptation correctionnelle, la guérison de la toxicomanie et la réinsertion efficace à la suite de

la mise en liberté. Bien que certains agents correctionnels aient affirmé comprendre et soutenir les initiatives de réduction des méfaits telles que le SPS, ils estimaient que des directives et des politiques claires étaient nécessaires pour aider les membres du personnel qui hésitaient à prendre part à cette mesure de santé publique en milieu carcéral.

VII.2.3. Autres interventions visant à prévenir les surdoses et n'étant pas actuellement mises en œuvre dans les établissements correctionnels

D'autres interventions visant à prévenir les surdoses sont actuellement réalisées dans des environnements communautaires en Amérique du Nord, mais ne sont pas offertes dans les établissements correctionnels pour diverses raisons, dont certaines sont brièvement mentionnées ici. Les services/programmes de « vérification de drogues » (p. ex. composition, propriétés, toxicité/contaminants) font partie de ces initiatives et ont été conçus pour être offerts à l'endroit où les soins sont prodigués ou sous forme de « bandelettes de test » que les utilisateurs peuvent emporter (Crepeault et al., 2023; Green et al., 2020; Ti et al., 2020). Dans le cadre d'un examen exhaustif de 90 études portant sur la « vérification de drogues », la plupart se sont concentrées sur les données de surveillance des marchés de la drogue/la composition des échantillons testés (70 %) en tant que domaine principal, suivies par les comportements liés aux services de vérification des drogues (34 %), y compris l'intention de consommer, la consommation réelle et l'élimination des drogues, et seulement quelques-unes ont porté sur les résultats liés aux modèles de services de vérification des drogues (19 %), y compris la détection – inattendue et/ou attendue – de substances ou de médicaments préoccupants (Maghsoudi et al., 2022). Bien que les capacités d'analyse des drogues offertes par les dispositifs de « vérification des drogues » aient été améliorées et que ceux-ci aient produit des données de surveillance utiles sur les marchés, l'offre et la composition des drogues, d'autres données tendent à indiquer qu'ils ne sont généralement utilisés que par une minorité de personnes et/ou rarement par des personnes qui consomment des drogues. En outre, ces appareils ont été associés à des résultats positifs et négatifs en matière de comportements à risque, en particulier en ce qui concerne les surdoses, ce qui fait que leur faisabilité et leur potentiel d'effet lié au changement de comportement pour la prévention de la toxicomanie ne sont pas clairs ou sont limités (Bailey et al., 2023; Ti et al., 2020; Tilhou et al., 2023). Les enjeux liés à la mise en œuvre de services de « vérification des drogues » dans les établissements correctionnels pour prévenir les surdoses pourraient exiger des

détenus non seulement qu'ils révèlent disposer de produits stupéfiants (généralement clandestins/illicites, mais limités), mais également qu'ils remettent ceux-ci au personnel à des fins de vérification.

Une autre intervention distincte visant précisément à réduire les risques primaires de surdose, y compris les décès (en particulier ceux liés aux opioïdes synthétiques), a été mise en œuvre au cours de la dernière décennie pour assurer un « approvisionnement plus sûr en drogues » et plus particulièrement un « approvisionnement plus sûr en opioïdes » (Fischer et Robinson, 2023; Ledlie et al., 2024; McNeil et al., 2022). Les initiatives visant un approvisionnement plus sûr en opioïdes fournissent habituellement aux personnes présentant un risque élevé de surdose non médicale d'opioïdes divers opioïdes de qualité pharmaceutique (p. ex. morphine, hydromorphone, fentanyl), généralement prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne, dans le but principal de réduire l'exposition des consommateurs à risque aux drogues illicites/synthétiques et aux risques de surdose qui en découlent. La mise en place d'un approvisionnement plus sûr en opioïdes a été facilitée par différents canaux et mécanismes de distribution, y compris les soins de santé/de toxicomanie, les SCS/SPS ou la distribution communautaire, et même à l'aide d'appareils distributeurs sécurisés fonctionnant à l'aide d'un lecteur biométrique (Bardwell et al., 2021, 2023; Fischer et Robinson, 2023). Les efforts initiaux des premiers programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes (notamment à compter de 2015) étaient « chaotiques », à petite échelle et essentiellement improvisés (p. ex. basés sur la prescription de médicaments « non officiellement approuvés »). Plus récemment, des orientations réglementaires et des sanctions gouvernementales ont été mises en place afin d'officialiser les programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes (p. ex. les politiques d'orientation en vue d'atténuer les méfaits en Colombie-Britannique à partir de 2020) (Fischer et Robinson, 2023; Nguyen et al., 2024; Slaunwhite et al., 2024). Bien que la mise en œuvre à grande échelle des programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes ait été limitée et ne concerne à ce jour que des minorités d'utilisateurs à risque lorsqu'ils sont proposés, et que les preuves d'évaluation systématique des interventions d'approvisionnement plus sûr en opioïdes soient émergentes ou limitées, les constatations générales d'une récente analyse exploratoire (24 études/sources) ont fait état de taux inférieurs/réduits de toxicité des opioïdes, d'amélioration de la santé physique et mentale, et d'amélioration de la qualité de vie des clients participant à ces

programmes (Ledlie et al., 2024). Une étude écologique récente sur la politique d'approvisionnement plus sûr en opioïdes en Colombie-Britannique (du 1^{er} janvier 2016 au 31 mars 2022) a montré que celle-ci était associée à une augmentation des taux de prescription d'opioïdes au sein de la population (2 619,6/100 000 [IC à 95 % : 1 322,1-3 917,0/100 000]) et des taux d'hospitalisation pour empoisonnement aux opioïdes (3,2/100 000 [IC à 95 % : 0,9-5,6/100 000]), mais aucun changement n'a été constaté relativement aux taux de décès liés à la toxicité des opioïdes au sein de la population (1,6/100 000 [IC à 95 % : -1,3 à 4,5/100 000]) (Nguyen et al., 2024). À l'inverse, une analyse de cohorte appariée à laquelle ont participé des bénéficiaires de programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes en Colombie-Britannique ($n = 5\,882$, du 27 mars 2020 au 31 août 2021), a révélé que l'offre d'approvisionnement plus sûr en opioïdes pendant une ou plusieurs journées a été associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues (rapport de cotes rajusté : 0,39 [IC à 95 % : 0,25-0,60]) et des décès liés aux surdoses (0,45 [IC à 95 % : 0,27-0,75]) au cours de la semaine suivante, les effets protecteurs augmentant davantage avec l'augmentation du nombre de jours ou de semaines au cours desquels était offert le programme d'approvisionnement plus sûr en opioïdes. Cependant, l'offre de programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes n'a pas modifié les probabilités en ce qui a trait aux visites aux urgences toutes causes confondues ou en raison de surdoses (Slaunwhite et al., 2024). Parallèlement, les programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes ont suscité certaines controverses et inquiétudes, notamment en ce qui concerne le détournement possible des substances fournies dans le cadre de ces programmes (p. ex. échange ou vente de produits et/ou initiation d'autres personnes à la consommation de drogues), certains estimant que ces programmes pourraient empêcher les participants de rechercher un traitement plus axé sur la « réhabilitation » ou entraver une telle démarche (Fischer et Robinson, 2023; Kahan, 2024; Nguyen et al., 2024). Il pourrait être possible et utile pour les services de santé des établissements correctionnels d'envisager la mise en œuvre adaptative des programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes comme mesure de prévention des surdoses pour les détenus dont le TUO est connu, ou encore de mettre les détenus en lien avec des programmes d'approvisionnement plus sûr en opioïdes au moment de leur mise en liberté dans la collectivité, dans le but principal de prévenir les rechutes et la consommation de substances toxiques à haut risque d'entraîner des surdoses pendant cette période de grande vulnérabilité. La mise en œuvre connexe pourrait être facilitée par les récents cadres réglementaires sanctionnant les programmes

d'approvisionnement plus sûr en opioïdes en tant qu'intervention médicale/de santé. Il convient également de mentionner que le fait de mettre à la disposition de certains détenus des opioïdes très puissants pendant leur incarcération pourrait entraîner des problèmes liés aux pratiques organisationnelles et à la sécurité et/ou d'autres dynamiques négatives connexes.

Analyse

Conclusions

Comme le montre cette revue de la littérature, les personnes exposées à l’incarcération constituent un sous-groupe vulnérable caractérisé par une prévalence de maladies chroniques, y compris les troubles liés à l’utilisation de substances et/ou les troubles de santé mentale. Bien que les établissements correctionnels soient officiellement des environnements « exempts de drogues », la consommation continue de drogues pendant l’incarcération est fréquente et les surdoses sont relativement courantes, bien que l’on ne dispose que de peu d’informations à ce sujet. Il est prouvé que la disponibilité croissante des opioïdes synthétiques toxiques (p. ex. fentanyl) et la dynamique des risques qui s’y rattache se sont également transposées dans les environnements correctionnels et ont contribué à un nombre de plus en plus élevé de surdoses. Notamment, l’Enquête nationale sur la santé menée en 2022 auprès des détenus du système correctionnel fédéral a révélé que les deux tiers (64,9 %) des personnes ayant fourni des réponses fondées sur l’expérience ont dit craindre que les drogues disponibles en prison soient contaminées ou mélangées à d’autres drogues inconnues, et près de la moitié (46,7 %) ont dit craindre de faire une surdose s’ils consommaient les drogues disponibles en prison (Wanamaker et al., 2024). Beaucoup plus de données sont disponibles sur les surdoses liées à la drogue chez les personnes exposées à l’incarcération après leur mise en liberté dans la communauté; ces surdoses sont disproportionnellement fréquentes – et constituent une cause principale de décès non naturels – dans la période qui suit immédiatement la mise en liberté. En ce qui concerne les interventions, la plupart des systèmes correctionnels proposent désormais des médicaments contre le TUO, et des données probantes montrent que ceux-ci fournissent des effets protecteurs contre les surdoses pendant et après l’incarcération. Cependant, d’autres mesures de prévention des surdoses offertes dans la collectivité ne sont pas mises à la disposition des détenus en milieu correctionnel ou y sont sous-développées. Il pourrait donc être utile d’examiner la pertinence de leur mise en œuvre dans différents environnements. La transition de l’incarcération vers la collectivité représente une période de grande vulnérabilité au cours de laquelle les soins liés à la consommation de substances – et les protections relatives aux surdoses – sont souvent interrompus. Il semblerait que le taux de mortalité par surdose soit encore plus élevé dans les établissements correctionnels qu’au sein de la population générale, ce qui souligne la nécessité de mieux comprendre les risques et la dynamique associés aux surdoses et d’améliorer les

interventions fondées sur des données probantes afin de réduire les risques et les taux de surdose au sein de cette population vulnérable et de l'environnement à risque particulier des établissements correctionnels.

Bibliographie

- Alex, B., Weiss, D. B., Kaba, F., Rosner, Z., Lee, D., Lim, S., ... MacDonald, R. (2017). Death after jail release. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 23(1), 83-87. doi:10.1177/1078345816685311
- Bailey, K., Abramovitz, D., Artamonova, I., Davidson, P., Stamos-Buesig, T., Vera, C. F., ... Borquez, A. (2023). Drug checking in the fentanyl era: Utilization and interest among people who inject drugs in San Diego, California. *International Journal of Drug Policy*, 118, 1-22. doi:10.1016/j.drugpo.2023.104086
- Baldwin, N., Gray, R., Goel, A., Wood, E., Buxton, J. A. et Rieb, L. M. (2018). Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: An observational analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 322-327. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.12.032
- Baltieri, D. A. (2014). Predictors of drug use in prison among women convicted of violent crimes. *CBMH: Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(2), 113-128. doi:10.1002/cbm.1883
- Bandara, S., Kennedy-Hendricks, A., Merritt, S., Barry, C. L. et Saloner, B. (2021). Methadone and buprenorphine treatment in United States jails and prisons: Lessons from early adopters. *Addiction*, 116(12), 3473-3481. doi:10.1111/add.15565
- Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. D. et Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(6), e557-e568. doi:10.1016/S2468-2667(22)00093-7
- Bardwell, G., Ivsins, A., Mansoor, M., Nolan, S. et Kerr, T. (2023). Safer opioid supply via a biometric dispensing machine: A qualitative study of barriers, facilitators and associated outcomes. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 195(19), E668-E676. doi:10.1503/cmaj.221550
- Bardwell, G., Ivsins, A., Socías, M. E. et Kerr, T. (2021). Examining factors that shape use and access to diverted prescription opioids during an overdose crisis: A qualitative study in Vancouver, Canada. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, 1-8. doi:10.1016/j.jsat.2021.108418
- Barocas, J. A., Baker, L., Hull, S. J., Stokes, S. et Westergaard, R. P. (2015). High uptake of naloxone-based overdose prevention training among previously incarcerated syringe-exchange program participants. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 283-286.

doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.06.023

- Beaudette, J. N. et Stewart, L. A. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 624-632. doi:10.1177/0706743716639929
- Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R. et Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 592-600. doi:10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Yamashita, T. E., Mueller, S. R., Baggett, T. P. et Blatchford, P. J. (2016). Clinical risk factors for death after release from prison in Washington State: A nested case control study. *Addiction*, 111(3), 499-510. doi:10.1111/add.13200
- Bodkin, C., Bondy, S., Regenstreif, L., Kiefer, L. et Kouyoumdjian, F. (2021). Rates of opioid agonist treatment prescribing in provincial prisons in Ontario, Canada, 2015–2018: A repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 11(11), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2021-048944
- Borrill, J., Burnett, R., Atkins, R., Miller, S., Briggs, D., Weaver, T. et Maden, A. (2003). Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners. *CBMH: Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(4), 229-240. doi:10.1002/cbm.549
- Borschmann, R., Mortality After Release from Incarceration Consortium (MARIC) collaborators et Kinner, S. A. (2024). Rates and causes of death after release from incarceration among 1 471 526 people in eight high-income and middle-income countries: An individual participant data meta-analysis. *The Lancet*, 403(10438), 1779-1788. doi:10.1016/S0140-6736(24)00344-1
- Bozinoff, N., DeBeck, K., Milloy, M.-J., Nosova, E., Fairbairn, N., Wood, E. et Hayashi, K. (2018). Utilization of opioid agonist therapy among incarcerated persons with opioid use disorder in Vancouver, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 42-47. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.09.003
- Brinkley-Rubinstein, L., Macmadu, A., Marshall, B. D. L., Heise, A., Ranapurwala, S. I., Rich, J. D. et Green, T. C. (2018). Risk of fentanyl-involved overdose among those with past year incarceration: Findings from a recent outbreak in 2014 and 2015. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 189-191. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.12.014
- Brinkley-Rubinstein, L., Sivaraman, J., Rosen, D. L., Cloud, D. H., Junker, G., Proescholdbell,

- S., ... Ranapurwala, S. I. (2019). Association of restrictive housing during incarceration with mortality after release. *JAMA Network Open*, 2(10), 1-11. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12516
- Brinkley-Rubinstein, L., Zaller, N., Martino, S., Cloud, D. H., McCauley, E., Heise, A. et Seal, D. (2018). Criminal justice continuum for opioid users at risk of overdose. *Addictive Behaviors*, 86, 104-110. doi:10.1016/j.addbeh.2018.02.024
- Brown, G., Barker, J., McMillan, K., Norman, R., Derkzen, D. et Stewart, L. (2018). *Prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale* (Rapport de recherche R-406). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Bucierius, S. M. et Haggerty, K. D. (2019). Fentanyl behind bars: The implications of synthetic opiates for prisoners and correctional officers. *International Journal of Drug Policy*, 71, 133-138. doi:10.1016/j.drugpo.2019.05.018
- Bukten, A., Lund, I. O., Kinner, S. A., Rognli, E. B., Havnes, I. A., Muller, A. E. et Stavseth, M. R. (2020). Factors associated with drug use in prison – Results from the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) study. *Health & Justice*, 8, 1-10. doi:10.1186/s40352-020-00112-8
- Butler, A., Croxford, R., Bodkin, C., Akbari, H., Bayoumi, A. M., Bondy, S. J., ... Kouyoumdjian, F. (2023). Burden of opioid toxicity death in the fentanyl-dominant era for people who experience incarceration in Ontario, Canada, 2015-2020: A whole population retrospective cohort study. *BMJ Open*, 13(5), 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2023-071867
- Butler, A., Nicholls, T., Samji, H., Fabian, S. et Laverigne, M. R. (2022). Prevalence of mental health needs, substance use, and co-occurring disorders among people admitted to prison. *Psychiatric Services*, 73(7), 737-744. doi:10.1176/appi.ps.202000927
- Caulkins, J. P. (2021). Radical technological breakthroughs in drugs and drug markets: The cases of cannabis and fentanyl. *International Journal of Drug Policy*, 94, 1-6. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103162
- CBC News. (2023, 30 octobre). *Prison needle exchange program expanding to new prisons despite calls for overhaul*. Extrait de <https://www.cbc.ca/news/canada/prison-needle-exchange-program-canada-expansion-1.7010633>
- Centers for Disease Control and Prevention. (s.d.). *Provisional drug overdose death counts*. Extrait le 14 février 2024 de <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>

- Cheema, E., McGuinness, K., Hadi, M. A., Paudyal, V., Elnaem, M. H., Alhifany, A. A., ... Al Hamid, A. (2020). Causes, nature and toxicology of fentanyl-associated deaths: A systematic review of deaths reported in peer-reviewed literature. *Journal of Pain Research*, 13, 3281-3294. doi:10.2147/JPR.S280462
- Chen, A., Zou, M., Fan, M., Young, C. A., Chiu, H.-C., Jin, G. et Tian, L. (2022). Time trends and associated factors of global burden due to drug use disorders in 204 countries and territories, 1990-2019. *Drug and Alcohol Dependence*, 238. doi:10.1016/j.drugalcdep.2022.109542
- Ciccarone, D. (2017). Fentanyl in the US heroin supply: A rapidly changing risk environment. *International Journal of Drug Policy*, 46, 107-111. doi:10.1016/j.drugpo.2017.06.010
- Ciccarone, D. (2021). The rise of illicit fentanyls, stimulants and the fourth wave of the opioid overdose crisis. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 344-350. doi:10.1097/YCO.0000000000000717
- Connor, D. P. et Tewksbury, R. (2016). Inmates and prison involvement with drugs: Examining drug-related misconduct during incarceration. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 32(4), 426-445. doi:10.1177/1043986216672770
- Cooper, J. A., Onyeka, I., Cardwell, C., Paterson, E., Kirk, R., O'Reilly, D. et Donnelly, M. (2023). Record linkage studies of drug-related deaths among adults who were released from prison to the community: A scoping review. *BMC Public Health*, 23(1), 1-28. doi:10.1186/s12889-023-15673-0
- Crepeault, H., Socias, M. E., Tobias, S., Lysyshyn, M., Custance, A., Shapiro, A. et Ti, L. (2023). Examining fentanyl and its analogues in the unregulated drug supply of British Columbia, Canada using drug checking technologies. *Drug and Alcohol Review*, 42(3), 538-543. doi:10.1111/dar.13580
- Crowley, D. et Van Hout, M. C. (2017). Effectiveness of pharmacotherapies in increasing treatment retention and reducing opioid overdose death in individuals recently released from prison: A systematic review. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 19(2), 25-42. Extrait de <http://www.heroinaddictionrelatedclinicalproblems.org/index.php>
- Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Amin, J., Bretana, N., Dore, G. J., Degenhardt, L., ... Grebely, J. (2018). Longitudinal injecting risk behaviours among people with a history of injecting drug use in an Australian prison setting: The HITS-p study. *International Journal of Drug Policy*, 54, 18-25. doi:10.1016/j.drugpo.2017.12.013

- de Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E. et Hides, L. (2018). Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 121-133. doi:10.1093/epirev/mxy004
- Farrell MacDonald, S., Russell, C., Beauchamp, T., Derkzen, D. et Fischer, B. (2022). Comparing characteristics and outcomes of different opioid agonist treatment modalities among opioid-dependent federal men correctional populations in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 100. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103480
- Favril, L. (2023). Drug use before and during imprisonment: Drivers of continuation. *International Journal of Drug Policy*, 115, 1-7. doi:10.1016/j.drugpo.2023.104027
- Favril, L., Rich, J. D., Hard, J. et Fazel, S. (2024). Mental and physical health morbidity among people in prisons: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 9(4), e250-e260. doi:10.1016/S2468-2667(24)00023-9
- Fazel, S., Yoon, I. A. et Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. doi:10.1111/add.13877
- Filoso, D., Boon, D. et Chen, A. (2024). *Incidents de surdose non mortelle dans les établissements fédéraux en 2021-2022* (Recherche en bref RIB 23-39). Ottawa, ON : Service correctionnel Canada.
- Fischer, B. (2023). The continuous opioid death crisis in Canada: Changing characteristics and implications for path options forward. *The Lancet Regional Health – Americas*, 19. doi:10.1016/j.lana.2023.100437
- Fischer, B., Pang, M. et Jones, W. (2020). The opioid mortality epidemic in North America: Do we understand the supply side dynamics of this unprecedented crisis? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15, 1-8. doi:10.1186/s13011-020-0256-8
- Fischer, B., Pang, M. et Tyndall, M. (2019). The opioid death crisis in Canada: Crucial lessons for public health. *The Lancet Public Health*, 4(2), e81-e82. doi:10.1016/S2468-2667(18)30232-9
- Fischer, B. et Robinson, T. (2023). “Safer drug supply” measures in Canada to reduce the drug overdose fatality toll: Clarifying concepts, practices and evidence within a public health intervention framework. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 84(6), 801-807. doi:10.15288/jsad.23-00195

- Fischer, B. et Robinson, T. (2024). The marked oscillatory pattern in prescription opioid utilization in Canada since 2000: Selected observations and questions for outcomes and policy. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 33(1), 1-6. doi:10.1002/pds.5748
- Fischer, B., Robinson, T. et Jutras-Aswad, D. (s.d.). Three noteworthy idiosyncrasies related to Canada's opioid-death crisis, and implications for public health-oriented interventions. *Drug and Alcohol Review*. doi:10.1111/dar.13796
- Flam-Ross, J. M., Lown, J., Patil, P., White, L. F., Wang, J., Perry, A., ... Barocas, J. A. (2022). Factors associated with opioid-involved overdose among previously incarcerated people in the U.S.: A community engaged narrative review. *International Journal of Drug Policy*, 100. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103534
- Fuh, L., Hays, H., Brown, N. et Shirk, M. B. (2016). Characterization of drug overdoses in an Ohio incarcerated population. *Clinical Toxicology*, 54(3), 266-270. doi:10.3109/15563650.2015.1135338
- Gan, W. Q., Kinner, S. A., Nicholls, T. L., Xavier, C. G., Urbanoski, K., Greiner, L., ... Slaunwhite, A. K. (2021). Risk of overdose-related death for people with a history of incarceration. *Addiction*, 116(6), 1460-1471. doi:10.1111/add.15293
- GBD 2021 Risk Factors Collaborators. (2024). Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*, 403(10440), 2162-2203. doi:10.1016/S0140-6736(24)00933-4
- Gomes, T., Khuu, W., Martins, D., Tadrous, M., Mamdani, M. M., Paterson, J. M. et Juurlink, D. N. (2018). Contributions of prescribed and non-prescribed opioids to opioid related deaths: Population based cohort study in Ontario, Canada. *BMJ*, 362, 1-8. doi:10.1136/bmj.k3207
- Gomes, T., Murray, R., Kolla, G., Leece, P., Bansal, S., Besharah, J., ... Watford, J. (2021). *Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*. Extrait du site Web de Santé publique Ontario : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?la=en>
- Gouvernement du Canada. (s.d.). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants*. Extrait le 13 août 2023 de <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>
- Green, T. C., Clarke, J., Brinkley-Rubinstein, L., Marshall, B. D. L., Alexander-Scott, N., Boss, R. et Rich, J. D. (2018). Postincarceration fatal overdoses after implementing medications

- for addiction treatment in a statewide correctional system. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 405-407. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4614
- Green, T. C., Park, J. N., Gilbert, M., McKenzie, M., Struth, E., Lucas, R., ... Sherman, S. G. (2020). An assessment of the limits of detection, sensitivity and specificity of three devices for public health-based drug checking of fentanyl in street-acquired samples. *International Journal of Drug Policy*, 77, 1-7. doi:10.1016/j.drugpo.2020.102661
- Grella, C. E., Ostlie, E., Scott, C. K., Dennis, M. L., Carnevale, J. et Watson, D. P. (2021). A scoping review of factors that influence opioid overdose prevention for justice-involved populations. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 1-39. doi:10.1186/s13011-021-00346-1
- Groot, E., Kouyoumdjian, F. G., Kiefer, L., Madadi, P., Gross, J., Prevost, B., ... Persaud, N. (2016). Drug toxicity deaths after release from incarceration in Ontario, 2006-2013: Review of coroner's cases. *PLOS One*, 11(7), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0157512
- Hacker, K., Jones, L. D., Brink, L., Wilson, A., Cherna, M., Dalton, E. et Hulsey, E. G. (2018). Linking opioid-overdose data to human services and criminal justice data: Opportunities for intervention. *Public Health Reports*, 133(6), 658-666. doi:10.1177/0033354918803938
- Han, Y., Yan, W., Zheng, Y., Khan, M. Z., Yuan, K. et Lu, L. (2019). The rising crisis of illicit fentanyl use, overdose, and potential therapeutic strategies. *Translational Psychiatry*, 9(1), 1-9. doi:10.1038/s41398-019-0625-0
- Haney, J. L. (2024). Treatment interrupted: Factors associated with incarceration during opioid use disorder treatment in the United States. *Journal of Substance Use*. doi:10.1080/14659891.2022.2120431
- Hayashi, K., Wood, E., Dong, H., Buxton, J. A., Fairbairn, N., DeBeck, K., ... Kerr, T. (2021). Awareness of fentanyl exposure and the associated overdose risks among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 40(6), 964-973. doi:10.1111/dar.13261
- Horton, M., McDonald, R., Green, T. C., Nielsen, S., Strang, J., Degenhardt, L. et Larney, S. (2017). A mapping review of take-home naloxone for people released from correctional settings. *International Journal of Drug Policy*, 46, 7-16. doi:10.1016/j.drugpo.2017.05.015
- Jenkins, L. M., Banta-Green, C. J., Maynard, C., Kingston, S., Hanrahan, M., Merrill, J. O. et Coffin, P. O. (2011). Risk factors for nonfatal overdose at Seattle-area syringe exchanges. *Journal of Urban Health*, 88(1), 118-128. doi:10.1007/s11524-010-9525-6

- Joudrey, P. J., Khan, M. R., Wang, E. A., Scheidell, J. D., Edelman, E. J., McInnes, D. K. et Fox, A. D. (2019). A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14, 1-14. doi:10.1186/s13722-019-0145-5
- Kahan, M. (2024). Effectiveness and public health impact of safer supply and opioid agonist treatment: A narrative review with recommendations. *The Canadian Journal of Addiction*, 15(2), 6-16. doi:10.1097/CXA.0000000000000209
- Kaplowitz, E., Truong, A., Macmadu, A., Berk, J., Martin, H., Burke, C., ... Brinkley-Rubinstein, L. (2023). Anticipated barriers to sustained engagement in treatment with medications for opioid use disorder after release from incarceration. *Journal of Addiction Medicine*, 17(1), 54-59. doi:10.1097/ADM.0000000000001029
- Kaplowitz, E., Truong, A. Q., Macmadu, A., Peterson, M., Brinkley-Rubinstein, L., Potter, N., ... Rich, J. D. (2021). Fentanyl-related overdose during incarceration: A comprehensive review. *Health & Justice*, 9, 1-11. doi:10.1186/s40352-021-00138-6
- Keen, C., Young, J. T., Borschmann, R. et Kinner, S. A. (2020). Non-fatal drug overdose after release from prison: A prospective data linkage study. *Drug and Alcohol Dependence*, 206. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107707
- Kennedy, M. C., Dong, H., Tobias, S., Buxton, J. A., Lysyshyn, M., Tupper, K. W. et Ti, L. (2024). Fentanyl concentration in drug checking samples and risk of overdose death in Vancouver, Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 66(1), 10-17. doi:10.1016/j.amepre.2023.08.016
- Kennedy, M. C., Hayashi, K., Milloy, M.-J., Compton, M. et Kerr, T. (2022). Health impacts of a scale-up of supervised injection services in a Canadian setting: An interrupted time series analysis. *Addiction*, 117(4), 986-997. doi:10.1111/add.15717
- Kinner, S. et Rich, D. (2018). *Drug use in prisoners: Epidemiology, implications, and policy responses*. Oxford University Press.
- Kinner, S. A., Gan, W. et Slaunwhite, A. (2021). Fatal overdoses after release from prison in British Columbia: A retrospective data linkage study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(3), E907-E914. doi:10.9778/cmajo.20200243
- Kinner, S. A., Milloy, M.-J., Wood, E., Qi, J., Zhang, R. et Kerr, T. (2012). Incidence and risk factors for non-fatal overdose among a cohort of recently incarcerated illicit drug users. *Addictive Behaviors*, 37(6), 691-696. doi:10.1016/j.addbeh.2012.01.019

- Kinner, S. A. et Young, J. T. (2018). Understanding and improving the health of people who experience incarceration: An overview and synthesis. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 4-11. doi:10.1093/epirev/mxx018
- Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I. et Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada. *Canadian Family Physician*, 62(3), 215-222.
- Kouyoumdjian, F. G., Patel, A., To, M. J., Kiefer, L. et Regenstreif, L. (2018). Physician prescribing of opioid agonist treatments in provincial correctional facilities in Ontario, Canada: A survey. *PLOS One*, 13(2), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0192431
- Krawczyk, N., Schneider, K. E., Eisenberg, M. D., Richards, T. M., Ferris, L., Mojtabai, R., ... Saloner, B. (2020). Opioid overdose death following criminal justice involvement: Linking statewide corrections and hospital databases to detect individuals at highest risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 213. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.107997
- Kurz, M., Dale, L. M., Min, J. E., Hongdilokkul, N., Greiner, L., Olley, M., ... Nosyk, B. (2022). Opioid agonist treatment uptake within provincial correctional facilities in British Columbia, Canada. *Addiction*, 117(5), 1353-1362. doi:10.1111/add.15737
- Latkin, C. A., Dayton, L., Davey-Rothwell, M. A. et Tobin, K. E. (2019). Fentanyl and drug overdose: Perceptions of fentanyl risk, overdose risk behaviors, and opportunities for intervention among people who use opioids in Baltimore, USA. *Substance Use & Misuse*, 54(6), 998-1006. doi:10.1080/10826084.2018.1555597
- Ledlie, S., Garg, R., Cheng, C., Kolla, G., Antoniou, T., Bouck, Z. et Gomes, T. (2024). Prescribed safer opioid supply: A scoping review of the evidence. *International Journal of Drug Policy*, 125, 1-17. doi:10.1016/j.drugpo.2024.104339
- Leonard, L. (s.d.). #VP19: *Inmates' perspectives on Canada's first prison overdose prevention site* [Sommaire]. Extrait le 21 septembre 2024 du site Web de International Network on Health and Hepatitis in Substance Users : <https://www.inhsu.org/resource/vp19-inmates-perspectives-on-canadas-first-prison-overdose-prevention-site/>
- Lim, S., Cherian, T., Katyal, M., Goldfeld, K. S., McDonald, R., Wiewel, E., ... Lee, J. D. (2023). Association between jail-based methadone or buprenorphine treatment for opioid use disorder and overdose mortality after release from New York City jails 2011–2017. *Addiction*, 118(3), 459-467. doi:10.1111/add.16071
- Lim, S., Seligson, A. L., Parvez, F. M., Luther, C. W., Mavinkurve, M. P., Binswanger, I. A. et Kerker, B. D. (2012). Risks of drug-related death, suicide, and homicide during the immediate post-release period among people released from New York City jails, 2001–

2005. *American Journal of Epidemiology*, 175(6), 519-526. doi:10.1093/aje/kwr327
- Loeliger, K. B., Altice, F. L., Ciarleglio, M. M., Rich, K. M., Chandra, D. K., Gallagher, C., ... Meyer, J. P. (2018). An observational study of all-cause mortality among people with HIV released from an integrated system of jails and prisons, 2007-2014. *The Lancet HIV*, 5(11), e617-e628. doi:10.1016/S2352-3018(18)30175-9
- Macdonald, C., Macpherson, G., Leppan, O., Tran, L. T., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., ... Degenhardt, L. (2024). Interventions to reduce harms related to drug use among people who experience incarceration: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(9), e684-e699. doi:10.1016/S2468-2667(24)00160-9
- Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D. et Scheim, A. I. (2022). Drug checking services for people who use drugs: A systematic review. *Addiction*, 117(3), 532-544. doi:10.1111/add.15734
- Magwood, O., Salvalaggio, G., Beder, M., Kendall, C., Kpade, V., Daghmach, W., ... Pottie, K. (2020). The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLOS One*, 15(1), 1-31. doi:10.1371/journal.pone.0227298
- Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S. et Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLOS Medicine*, 16(12), 1-34. doi:10.1371/journal.pmed.1003002
- Manchikanti, L., Singh, V. M., Staats, P. S., Trescot, A. M., Prunskis, J., Knezevic, N. N., ... Hirsch, J. A. (2022). Fourth wave of opioid (illicit drug) overdose deaths and diminishing access to prescription opioids and interventional techniques: Cause and effect. *Pain Physician*, 25(2), 97-124.
- Martin, R. A., Alexander-Scott, N., Berk, J., Carpenter, R. W., Kang, A., Hoadley, A., ... Clarke, J. G. (2022). Post-incarceration outcomes of a comprehensive statewide correctional MOUD program: A retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 18, 1-10. doi:10.1016/j.lana.2022.100419
- McKendy, L., Biro, S. M., Miron, M. et Keown, L. A. (2021). Understanding overdose incidents in Canadian federal custody. *International Journal of Drug Policy*, 92. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103131
- McLeod, K. E., Karim, M. E., Buxton, J. A., Martin, R. E., Scow, M., Felicella, G. et Slaunwhite, A. K. (2021). Use of community healthcare and overdose in the 30 days

following release from provincial correctional facilities in British Columbia. *Drug and Alcohol Dependence*, 229. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.109113

McNeil, R., Fleming, T., Mayer, S., Barker, A., Mansoor, M., Betsos, A., ... Boyd, J. (2022). Implementation of safe supply alternatives during intersecting COVID-19 and overdose health emergencies in British Columbia, Canada, 2021. *American Journal of Public Health*, 112(S2), S151-S158. doi:10.2105/AJPH.2021.306692

Michener, P. S., Blanchet, E., Fox, S., Evans, E. A. et Friedmann, P. D. (2024). “Expected to happen”: Perspectives on post-release overdose from recently incarcerated people with opioid use disorder. *Harm Reduction Journal*, 21(1), 1-12. doi:10.1186/s12954-024-01055-1

Mital, S., Wolff, J. et Carroll, J. J. (2020). The relationship between incarceration history and overdose in North America: A scoping review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 213. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108088

Moore, K. E., Hacker, R. L., Oberleitner, L. et McKee, S. A. (2020). Reentry interventions that address substance use: A systematic review. *Psychological Services*, 17(1), 93-101. doi:10.1037/ser0000293

Moore, K. E., Roberts, W., Reid, H. H., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S. et McKee, S. A. (2019). Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 32-43. doi:10.1016/j.jsat.2018.12.003

Moustaqim-Barrette, A., Dhillon, D., Ng, J., Sundvick, K., Ali, F., Elton-Marshall, T., ... Buxton, J. A. (2021). Take-home naloxone programs for suspected opioid overdose in community settings: A scoping umbrella review. *BMC Public Health*, 21(1), 1-16. doi:10.1186/s12889-021-10497-2

Moustaqim-Barrette, A., Papamihali, K., Mamdani, Z., Williams, S. et Buxton, J. A. (2020). Accessing take-home naloxone in British Columbia and the role of community pharmacies: Results from the analysis of administrative data. *PLOS One*, 15(9), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0238618

Mundt, A. P., Baranyi, G., Gabrysch, C. et Fazel, S. (2018). Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 70-81. doi:10.1093/epirev/mxx016

Nall, S. K., Jurecka, C., Ammons, A., Rodriguez, A., Craft, B., Waleed, C., ... Barocas, J. A. (2024). Identifying structural risk factors for overdose following incarceration: A concept

- mapping study. *Health & Justice*, 12, 1-14. doi:10.1186/s40352-024-00265-w
- Nevárez-Sida, A., Constantino-Casas, P. et Castro-Ríos, A. (2012). Socioeconomic factors associated with drug consumption in prison population in Mexico. *BMC Public Health*, 12, 1-8. doi:10.1186/1471-2458-12-33
- Nguyen, H. V., Mital, S., Bugden, S. et McGinty, E. E. (2024). British Columbia's Safer Opioid Supply policy and opioid outcomes. *JAMA Internal Medicine*, 184(3), 256-264. doi:10.1001/jamainternmed.2023.7570
- Norman, C. (2023). A global review of prison drug smuggling routes and trends in the usage of drugs in prisons. *WIREs Forensic Science*, 5(2), 1-33. doi:10.1002/wfs2.1473
- Owusu-Bempah, A., Nicholson, H. L., Butler, A., Croxford, R. et Kouyoumdjian, F. G. (2023). Opioid toxicity deaths in Black persons who experienced provincial incarceration in Ontario, Canada 2015–2020: A population-based study. *Preventive Medicine*, 177. doi:10.1016/j.ypmed.2023.107778
- Palamar, J. J., Cottler, L. B., Goldberger, B. A., Severtson, S. G., Grundy, D. J., Iwanicki, J. L. et Ciccarone, D. (2022). Trends in characteristics of fentanyl-related poisonings in the United States, 2015-2021. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 48(4), 471-480. doi:10.1080/00952990.2022.2081923
- Palis, H., Gan, W., Xavier, C., Desai, R., Scow, M., Sedgemore, K.-O., ... Slaunwhite, A. (2022). Association of opioid and stimulant use disorder diagnoses with fatal and nonfatal overdose among people with a history of incarceration. *JAMA Network Open*, 5(11), 1-12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.43653
- Pardo, B., Taylor, J., Caulkins, J., Reuter, P. et Kilmer, B. (2021). The dawn of a new synthetic opioid era: The need for innovative interventions. *Addiction*, 116(6), 1304-1312. doi:10.1111/add.15222
- Pearce, L. A., Mathany, L., Rothon, D., Kuo, M. et Buxton, J. A. (2019). An evaluation of Take Home Naloxone program implementation in British Columbian correctional facilities. *International Journal of Prisoner Health*, 15(1), 46-57. doi:10.1108/IJPH-12-2017-0058
- Pergolizzi, J. V., Jr., Dahan, A., Ann LeQuang, J. et Raffa, R. B. (2021). Overdoses due to fentanyl and its analogues (F/FAs) push naloxone to the limit. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 46(6), 1501-1504. doi:10.1111/jcpt.13462
- Pizzicato, L. N., Drake, R., Domer-Shank, R., Johnson, C. C. et Viner, K. M. (2018). Beyond the

- walls: Risk factors for overdose mortality following release from the Philadelphia Department of Prisons. *Drug and Alcohol Dependence*, 189, 108-115. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.04.034
- Plugge, E., Yudkin, P. et Douglas, N. (2009). Changes in women's use of illicit drugs following imprisonment. *Addiction*, 104(2), 215-222. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02419.x
- Ranapurwala, S. I., Figgatt, M. C., Remch, M., Brown, C., Brinkley-Rubinstein, L., Rosen, D. L., ... Proescholdbell, S. K. (2022). Opioid overdose deaths among formerly incarcerated persons and the general population: North Carolina, 2000–2018. *American Journal of Public Health*, 112(2), 300-303. doi:10.2105/AJPH.2021.306621
- Ranapurwala, S. I., Shanahan, M. E., Alexandridis, A. A., Proescholdbell, S. K., Naumann, R. B., Edwards, D. et Marshall, S. W. (2018). Opioid overdose mortality among former North Carolina inmates: 2000–2015. *American Journal of Public Health*, 108(9), 1207-1213. doi:10.2105/AJPH.2018.304514
- Rauf, U., Ali, M., Dehele, I., Paudyal, V., Elnaem, M. H. et Cheema, E. (2021). Causes, nature and toxicology of fentanyl-analogues associated fatalities: A systematic review of case reports and case series. *Journal of Pain Research*, 14, 2601-2614. doi:10.2147/JPR.S312227
- Ricciardelli, R., Johnston, M. S. et Foley, G. (2024c). Normalizing fentanyl: Interpreting the perceived 'risk' of correctional officer work. *Addiction Science & Clinical Practice*, 19(1), 1-13. doi:10.1186/s13722-024-00504-3
- Ricciardelli, R., Whitten, C. et Johnston, M. (2024b). "How are we gonna get them off the drugs if they're allowed to stay on it?" Correctional officer perspectives on overdose prevention sites in prisons. *Criminal Justice Studies*. doi:10.1080/1478601X.2023.2275795
- Ricciardelli, R. R., Johnston, M. S. et Maier, K. (2024a). "We don't even know where it's kept": Exploring perspectives on naloxone administration by provincial correctional workers in Manitoba, Canada. *International Journal of Prison Health*, 20(1), 30-46. doi:10.1108/IJOPH-01-2023-0008
- Rigg, K. K. (2023). Justice-involved persons with opioid use disorder: reducing overdose and criminal recidivism. In *Routledge handbook of evidence-based criminal justice practices*. Routledge.
- Rowell-Cunsolo, T. L., Sampong, S. A., Befus, M., Mukherjee, D. V. et Larson, E. L. (2016). Predictors of illicit drug use among prisoners. *Substance Use & Misuse*, 51(2), 261-267. doi:10.3109/10826084.2015.1082594

- Russell, C., Nafeh, F., Pang, M., MacDonald, S. F., Derkzen, D., Rehm, J. et Fischer, B. (2022). Opioid agonist treatment (OAT) experiences and release plans among federally incarcerated individuals with opioid use disorder (OUD) in Ontario, Canada: A mixed-methods study. *BMC Public Health*, 22, 1-19. doi:10.1186/s12889-022-12685-0
- Russell, C., Pang, M., Nafeh, F., Farrell Macdonald, S., Derkzen, D., Rehm, J. et Fischer, B. (2022). Barriers and facilitators to opioid agonist treatment (OAT) engagement among individuals released from federal incarceration into the community in Ontario, Canada. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 1-17. doi:10.1080/17482631.2022.2094111
- Sánchez, F. C., Fearn, N. et Vaughn, M. G. (2018). Prevalence and correlates of in-prison substance use among incarcerated women in Spain. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 17(3), 356-374. doi:10.1080/15332640.2016.1255579
- Service correctionnel Canada. (2019a). *Le service de prévention des surdoses*. Extrait le 26 novembre 2024 de <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante/service-prevention-surdoses.html>
- Service correctionnel Canada. (2019b). *Le Programme d'échange de seringues dans les prisons*. Extrait le 26 novembre 2024 de <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante/programme-dechange-seringues-prisons.html>
- Service correctionnel Canada. (2019c). *Traitement par agonistes aux opioïdes*. Extrait le 26 novembre 2024 de <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/programmes/delinquants/services-sante/traitement-agonistes-opioides.html>
- Service correctionnel Canada. (2024a). *Rapport annuel sur les décès en établissement de 2017-2018 à 2019-2020*. Extrait le 26 novembre 2024 de <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/bibliotheque/recherche/rapports-speciaux/23-01.html>
- Slaunwhite, A., Min, J. E., Palis, H., Urbanoski, K., Pauly, B., Barker, B., ... Nosyk, B. (2024). Effect of Risk Mitigation Guidance for opioid and stimulant dispensations on mortality and acute care visits during dual public health emergencies: Retrospective cohort study. *BMJ*, 384, 1-14. doi:10.1136/bmj-2023-076336
- Smith, A. (2022, 29 mai). Supervised drug consumption sites for federal prison inmates to expand after success in Alberta's Drumheller Institution. *The Globe and Mail*. Extrait le 26 novembre 2024 de <https://www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-at-least-two-additional-prisons-marked-for-overdose-prevention-sites/>

- Smith, A. (2023, 13 février). Prison watchdog calls for more harm-reduction services to prevent drug overdoses and deaths. *The Globe and Mail*. Extrait le 26 novembre 2024 de <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-prison-watchdog-harm-reduction-overdose-crisis/>
- Spaulding, A. C., Sharma, A., Messina, L. C., Zlotorzynska, M., Miller, L. et Binswanger, I. A. (2015). A comparison of liver disease mortality with HIV and overdose mortality among Georgia prisoners and releasees: A 2-decade cohort study of prisoners incarcerated in 1991. *American Journal of Public Health*, 105(5), e51-57. doi:10.2105/AJPH.2014.302546
- Strange, C. C., Manchak, S. M., Hyatt, J. M., Petrich, D. M., Desai, A. et Haberman, C. P. (2022). Opioid-specific medication-assisted therapy and its impact on criminal justice and overdose outcomes. *Campbell Systematic Reviews*, 18(1), 1-28. doi:10.1002/cl2.1215
- Ti, L., Tobias, S., Lysyshyn, M., Laing, R., Nosova, E., Choi, J., ... Wood, E. (2020). Detecting fentanyl using point-of-care drug checking technologies: A validation study. *Drug and Alcohol Dependence*, 212. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108006
- Tilhou, A. S., Zaborek, J., Baltes, A., Salisbury-Afshar, E., Malicki, J. et Brown, R. (2023). Differences in drug use behaviors that impact overdose risk among individuals who do and do not use fentanyl test strips for drug checking. *Harm Reduction Journal*, 20(1), 1-8. doi:10.1186/s12954-023-00767-0
- Tsang, V. W. L., Wong, J. S. H., Westenberg, J. N., Ramadhan, N. H., Fadakar, H., Nikoo, M., ... Krausz, R. M. (2024). Systematic review on intentional non-medical fentanyl use among people who use drugs. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 01-19. doi:10.3389/fpsy.2024.1347678
- Victor, G., Hedden-Clayton, B., Lenz, D., Attaway, P. R. et Ray, B. (2024). Naloxone vending machines in county jail. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 167. doi:10.1016/j.josat.2024.209521
- Wanamaker, K., Filoso, D., Mahboob, W., Gendron, M.-P. et Johnson, S. (2024). *Maladies infectieuses, comportements à risque et approches de réduction des méfaits : Résumé des résultats du Sondage 2022 sur la santé* (Rapport de recherche R-477). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Winter, R. J., Stoové, M., Degenhardt, L., Hellard, M. E., Spelman, T., Jenkinson, R., ... Kinner, S. A. (2015). Incidence and predictors of non-fatal drug overdose after release from prison among people who inject drugs in Queensland, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 43-49. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.06.011

Yamkovoy, K., Patil, P., Dunn, D., Erdman, E., Bernson, D., Swathi, P. A., ... Barocas, J. A. (2024). Using decision tree models and comprehensive statewide data to predict opioid overdoses following prison release. *Annals of Epidemiology*, 94, 81-90.
doi:10.1016/j.annepidem.2024.04.011

Zhu, D. T., Bajaj, S. S. et Kerr, T. (2024). Supervised safe consumption sites — Lessons and opportunities for North America. *The Lancet Regional Health – Americas*, 39, 1-2.
doi:10.1016/j.lana.2024.100889