



Public Safety
Canada

Sécurité publique
Canada

ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL

**Rapport final du
Comité d'experts sur
le SIDA et les prisons**

HV
8844
.C2
E9
1994
F
C.3

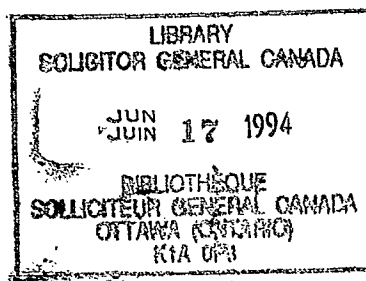
Canada

HV
8844
.C2
E9
1994
F
C.3

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL

Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons



Février 1994

Les déclarations et conclusions formulées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement l'opinion ou la politique du Service correctionnel du Canada.

Produit par le Centre de médecine d'éthique et de droit
de l'Université McGill pour le Service correctionnel du Canada

Publié par le Service correctionnel du Canada
avec l'autorisation du Solliciteur général du Canada

Pour obtenir d'autres exemplaires ou de plus
amples renseignements, veuillez vous adresser aux:

Services de Santé
Le Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario)
K1A 0P9
Téléphone: (613) 995-5058
Télécopieur: (613) 995-6277

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1994
N° de cat. JS82-68/1-1994F
ISBN 0-662-98681-4
Février 1994

This document is also available in English.

On a imprimé le présent document sur du papier
recyclé pour témoigner de notre engagement à
protection de l'environnement.



REMERCIEMENT SPÉCIAL

Le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons désire souligner l'aide inestimable du Dr. Ralf Jürgens, Coordonnateur de projet pour le Comité, et le remercier notamment pour la préparation du *Document de travail* et du *Rapport final* du Comité.

COMITÉ D'EXPERTS SUR LE SIDA ET LES PRISONS

Membres

Professeur Norbert Gilmore
Centre de médecine, d'éthique et de droit
Centre SIDA McGill
Département de médecine, Université McGill
Division d'immunologie clinique, Hôpital Royal Victoria
Montréal (Québec), Canada
(Président)

D^{re} Christiane Richard
Médecin, CLSC d'Ahuntsic, Montréal
Membre, Comité consultatif sur les soins de santé,
Service correctionnel Canada

Professeur Lee Seto Thomas
Consulat à la justice, Conseil national des autochtones Canada
École de service social, Université Carleton, Ottawa

M. Donald Yeomans
Ancien Commissaire, Service correctionnel Canada

Coordonnateur de projet

M. Ralf Jürgens
Centre de médecine, d'éthique et de droit
Université McGill

Observateurs

M. Robert Adlard
Service correctionnel Canada
(jusqu'en mai 1993)

M. Wayne Stryde
Service correctionnel Canada

M^{me} Margaret Gillis
Santé Canada

SECRÉTARIAT

Comité d'experts sur le SIDA et les prisons
Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill
3690, rue Peel
Montréal (Québec) H3A 1W9

Téléphone : 514-398-6980

Télécopieur : 514-398-4668



McGill

Centre for Medicine,
Ethics and Law
3690 Peel Street
Montreal, Quebec, Canada H3A 1W9

Centre de médecine, d'éthique
et de droit de l'Université McGill
3690, rue Peel
Montréal (Québec) Canada H3A 1W9

Tel.: (514) 398-7400
Fax: (514) 398-4668
Telex: 05268510

le 21 janvier 1994

Monsieur John Edwards
Commissaire
Service correctionnel du Canada
340 avenue Laurier ouest
Ottawa, Ontario K1A 0P9

Monsieur le commissaire,

En juin 1992, le Solliciteur général du Canada annonçait qu'un comité d'experts allait assister le gouvernement fédéral à promouvoir et à protéger la santé des détenu(e)s et du personnel, et à prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels fédéraux.

Le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons a examiné et analysé des lois et des politiques, il a sollicité nombre de contributions au Canada et à l'étranger, visité des établissements correctionnels, rencontré des détenu(e)s, des membres du personnel carcéral ainsi que des groupes et des personnes s'intéressant au VIH/SIDA et aux prisons, présenté ses conclusions à l'occasion de nombreuses réunions et conférences, puis préparé et largement diffusé le *Document de travail du Comité d'experts sur le sida et les prisons*. Le Comité a été impressionné par l'intérêt, le dévouement et l'appui des détenus, des employés du Service Correctionnel, des experts, et du public.

L'infection à VIH et l'utilisation de drogues posent pour les établissements correctionnels d'urgents et formidables défis sociaux, économiques et relatifs à la santé. Il faut s'appliquer à ces problèmes. Il faut répondre rapidement, parce qu'en réduisant la prévalence du VIH dans les établissements correctionnels, ce qui réduira la probabilité d'être exposé au virus, on protégera la santé du personnel, des détenus, et du public. La prévention de la propagation du VIH dans les établissements correctionnels est la façon la plus efficace pour y parvenir. De conséquence, le Comité a cherché des façon de rendre possibles les changements qui sont nécessaires dans les établissements correctionnels fédéraux. Ce faisant, le Comité a formulé des recommandations et préparé un rapport final qui contient ces recommandations.

Le Comité a conclu son travail et, avec respect, vous soumet le présent *Rapport Final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Norbert Gilmore, Ph.D., M.D.
Président
Comité d'experts sur le SIDA et les prisons

REMERCIEMENTS

Le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP) est reconnaissant aux nombreuses personnes qui l'ont secondé dans son travail.

Tout d'abord, le Comité remercie l'ancien Solliciteur général du Canada, M. Doug Lewis, pour lui avoir donné la possibilité d'effectuer ce travail et pour son engagement à résoudre les problèmes posés par le VIH/SIDA dans les établissements correctionnels fédéraux. Le Comité remercie M. Ole Ingstrup, ancien Commissaire, et M. John Edwards, Commissaire actuel du Service correctionnel du Canada, de leur aide et de leur soutien.

Le Comité remercie de leur apport les membres du Service correctionnel du Canada et les détenu(e)s qu'il a rencontrés et qui lui ont fourni des renseignements essentiels à son travail. Il remercie aussi les personnes et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont répondu en grand nombre à ses demandes de renseignements. Ils ont joué un rôle inestimable dans la définition des problèmes et la formulation des solutions. La liste de ces personnes et organismes constitue l'annexe 9 du document *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*.

Le Comité remercie les organismes, les comités et les particuliers qui ont étudié des questions liées au VIH/SIDA et à l'usage de la drogue dans les prisons au Canada. Le dévouement qu'ils ont manifesté dans ce domaine lui a été extrêmement précieux. Il s'agit notamment de Gérald Benoît, de Michael Linhart et des nombreux autres détenus qui ont créé des groupes d'entraide dans les établissements fédéraux, de la Société canadienne du SIDA, du Dr Catherine Hankins du Centre d'étude sur le SIDA du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal, du Conseil national sur le SIDA, du Comité consultatif régional sur le VIH/SIDA de l'Ontario, du Comité parlementaire sur le SIDA, du Dr Jacques Roy et du personnel des Services de santé, Programmes et opérations correctionnels, SCC, de la Société royale du Canada, de Xavier Sanchez Horno, de Ron Shore, de Cheryl White et du Projet sur le SIDA de Kingston, d'Andréa Riesch Toepell et de la Société John Howard de la Communauté urbaine de Toronto et du Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network (PASAN).

Trois personnes qui ont collaboré étroitement au travail du Comité méritent des remerciements spéciaux, car leurs efforts ont contribué à son succès. Ce sont les trois observateurs du Comité : M. Robert Adlard, anciennement du Service correctionnel du Canada et maintenant du Département de la justice, M. Wayne Stryde, autrefois de Santé Canada et maintenant du Service correctionnel du Canada, et M^{me} Margaret Gillis, de Santé Canada.

Le Comité remercie enfin les gens suivants pour leur contribution : M. Garry Bowers pour son aide dans la révision des textes du *Document de travail* et du *Rapport final*, Glenn Betteridge pour sa collaboration dans l'étude des politiques carcéral canadiennes et étrangères, Patricia diMeco pour avoir effectué l'entrée des données provenant des questionnaires adressés au personnel du Service correctionnel et aux comités de détenus (annexes 5 et 6), et Maria Hooey pour avoir assisté l'analyse de ces données et la rédaction des annexes 5 et 6; les traducteurs au Service de traduction, Section Santé et Criminologie, Secrétariat d'état, Montréal, pour la traduction française du texte, ainsi que Jean Dussault pour sa contribution à la révision finale de cette traduction.

RAPPORT FINAL

Le Rapport du CESP est composé de trois documents : 1. *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, 2. *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport sommaire et recommandations*, et 3. *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

Le *Rapport final* renferme une analyse approfondie de chacune des 14 grandes questions qui, selon le CESP, devaient être abordées. On y présente, pour chacune des questions, un bref examen de la politique et de la pratique du SCC (Situation actuelle), les commentaires pertinents (Débat), l'évaluation du Comité (Évaluation du CESP) et les recommandations du Comité sur les mesures à prendre (Recommandations).

Le *Rapport sommaire* résume les travaux du CESP et en énonce les recommandations.

La partie *Documentation* présente notamment les résultats des questionnaires que le Comité a envoyés aux comités de détenus et au personnel des établissements correctionnels fédéraux, une liste des personnes et des organismes qui ont remis des mémoires au CESP ou qui ont commenté son *Document de travail* ainsi que des documents que le coordonnateur de projet du CESP a produits pour le Comité. La documentation est la suivante :

- Annexe 1 : Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA
- Annexe 2 : Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA
- Annexe 3 : Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA
- Annexe 4 : Jurisprudence canadienne
- Annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel
- Annexe 6 : Résultats du questionnaire destiné aux détenus
- Annexe 7 : Jürgens, R., Gilmore, N., «Communication de renseignements médicaux sur les détenus : Analyse juridique et éthique»
- Annexe 8 : Le VIH/SIDA en milieu carcéral : texte de certains exposés présentés lors des séances sur le VIH/SIDA en milieu carcéral dans le cadre des 6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA
- Annexe 9 : Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le *Document de travail*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Méthodes	13
Réunions	13
Visites dans les prisons	13
Examen des politiques et de la documentation	14
Mémoires et correspondance	14
Questionnaires	14
Conférences	15
Bulletin	16
Document de travail	16
Analyse des problèmes et des solutions possibles	19
1. Études de séroprévalence	19
Situation actuelle	19
Débat	24
Évaluation du CESP	27
Recommandations	27
2. Tests de détection des anticorps anti-VIH	28
Situation actuelle	28
Débat	29
Évaluation du CESP	32
Accès limité des détenus aux tests	33
Confidentialité des résultats des tests	33
Discrimination	34
Recommandations	34
3. Renseignements médicaux sur les détenus	34
Situation actuelle	34
Protéger la confidentialité et éviter la discrimination	34
Divulgaration de renseignements médicaux	35
Débat	35
Protéger la confidentialité et éviter la discrimination	36
Divulgaration de renseignements médicaux	38
Évaluation du CESP	41
Protéger la confidentialité et éviter la discrimination	41
Divulgaration de renseignements médicaux	42
Recommandations	44
4. Placement et activités	45
Situation actuelle	45
Débat	47
Évaluation du CESP	49
Recommandations	50
5. Programmes éducatifs pour les détenus	50
5.1 Sensibilisation au VIH et au SIDA	50
Situation actuelle	50
Débat	51
Évaluation du CESP	58
Recommandations	60
5.2 Éducation sur la drogue	61
Situation actuelle	61
Débat	63
Évaluation du CESP	64
Recommandations	65

6.	Mesures de prévention à l'intention des détenus	66
6.1.1	Activité sexuelle consensuelle	66
	Situation actuelle	66
	Prévalence de l'activité sexuelle consensuelle	66
	Mesures visant à prévenir la transmission de maladies par voie sexuelle	66
	Débat	66
	Prévalence de l'activité sexuelle consensuelle	66
	Mesures visant à prévenir la transmission de maladies par voie sexuelle	66
	Évaluation du CESP	68
	Recommandations	69
6.1.2	Statut de l'activité sexuelle consensuelle	70
	Situation actuelle	70
	Débat	70
	Évaluation du CESP	71
	Recommandations	72
6.2	Activité sexuelle non consensuelle	72
	Situation actuelle	72
	Prévalence de l'activité sexuelle non consensuelle	72
	Réaction au phénomène de l'activité sexuelle non consensuelle	72
	Débat	73
	Prévalence de l'activité sexuelle non consensuelle	73
	Réaction au phénomène de l'activité sexuelle non consensuelle	73
	Évaluation du CESP	74
	Recommandations	74
6.3	Prévention des dangers liés à l'usage de drogues injectables	75
	Situation actuelle	75
	Fréquence de l'usage de drogues injectables	75
	Réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables	75
	Mesures visant à réduire la consommation de drogues	75
	Disponibilité de l'eau de Javel	75
	Disponibilité de matériel d'injection stérile	76
	Disponibilité de la méthadone	76
	Débat	76
	Fréquence de l'usage de drogues injectables	76
	Réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables	78
	Mesures visant à réduire l'usage de drogues	78
	Disponibilité de l'eau de Javel	79
	Disponibilité de matériel d'injection stérile	83
	Disponibilité de la méthadone	86
	Évaluation du CESP	88
	Fréquence de l'usage de drogues injectables	88
	Réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables	88
	Mesures visant à réduire la consommation de drogues	90
	Disponibilité de l'eau de Javel	91
	Disponibilité de matériel d'injection stérile	92
	Disponibilité de la méthadone	93
	Recommandations	93
6.4	Prévention des dangers liés au tatouage	95
	Situation actuelle	95
	Débat	95
	Évaluation du CESP	96
	Recommandations	96
6.5	Prévention des dangers liés au perçage	96
	Situation actuelle	96
	Débat	97
	Évaluation du CESP	97
	Recommandations	97

7.	Mesures de protection à l'intention du personnel	97
	Situation actuelle	97
	Débat	98
	Évaluation du CESP	104
	Éducation et formation	105
	Lignes directrices sur la lutte contre l'infection	106
	Fourniture de matériel de protection	106
	Suivi de l'exposition	106
	Appui des familles et des partenaires	106
	Recommandations	107
8.	Soins de santé	108
	Situation actuelle	108
	Débat	111
	Évaluation du CESP	114
	La mobilité restreinte des détenus	114
	Le manque de personnel médical sur place lorsque les maladies se déclarent	115
	La capacité limitée des services médicaux de prodiguer des soins et des traitements	115
	Recommandations	116
9.	Tuberculose	117
	Situation actuelle	117
	Débat	118
	Évaluation du CESP	121
	Recommandations	121
10.	Services de santé en milieu carcéral	121
	Situation actuelle	121
	Débat	121
	Évaluation du CESP	124
	Recommandations	124
11.	Libération pour des raisons humanitaires	124
	Situation actuelle	124
	Débat	126
	Évaluation du CESP	127
	Recommandations	128
12.	Assistance postpénale	128
	Situation actuelle	128
	Débat	128
	Évaluation du CESP	129
	Recommandations	129
13.	Détenues	130
	Situation actuelle	130
	Débat	131
	Évaluation du CESP	134
	Recommandations	135
14.	Détenus autochtones	135
	Situation actuelle	135
	Débat	136
	Évaluation du CESP	140
	Recommandations	140
15.	Mise en application des recommandations du CESP	141
	Conclusion	143
	Références	145

Le VIH/SIDA *EN MILIEU CARCÉRAL* : Rapport final

INTRODUCTION

Les questions soulevées par le VIH/SIDA et l'usage de la drogue dans les prisons préoccupent énormément les détenus, les autorités carcérales et la population. Bon nombre de ces questions sont controversées, et elles ont souvent été au cœur de l'activité des médias et des débats sur la place publique et dans l'arène politique. Soucieux de trouver réponse à ces questions, le Solliciteur général du Canada a créé, le 15 juin 1992, le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP). Le Comité avait pour but d'aider le gouvernement fédéral à promouvoir et à protéger la santé des détenus et du personnel, et à prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels fédéraux. Il a examiné et analysé des questions soulevées par l'infection à VIH, le SIDA et l'usage de la drogue dans ces établissements, et a fait des consultations à ce sujet. Au cours de 1992 et 1993, le CESP a visité des établissements correctionnels de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec, il a examiné et analysé des politiques nationales et internationales, des rapports et des documents pertinents et a demandé à des détenus, à des membres du personnel carcéral ainsi qu'à des groupes et des personnes s'intéressant au VIH/SIDA et aux prisons de lui transmettre des renseignements et des rapports.

Le CESP a notamment diffusé *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Document de travail du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*. Il y a abordé

bon nombre des questions que le VIH/SIDA et l'usage de la drogue soulèvent dans les établissements correctionnels fédéraux, il a formulé des conclusions et proposé des mesures, mais n'y a pas présenté de recommandations. Plus de 1 000 exemplaires du Document de travail ont été distribués, au Canada et à l'étranger, afin de stimuler la discussion et de permettre aux personnes intéressées par les questions soulevées par le VIH/SIDA et l'usage de la drogue en milieu carcéral d'examiner les travaux et les propositions du Comité et d'apporter des commentaires.

Le CESP a reçu des commentaires sur le Document de travail de 50 groupes et personnes. Il s'agissait de détenus, de plusieurs directeurs et d'autres employés des établissements correctionnels fédéraux, ainsi que de nombreux groupes et personnes intéressés aux questions soulevées par le VIH/SIDA et l'usage de la drogue en milieu carcéral, notamment le Comité consultatif national sur le SIDA (CCN-SIDA), la Société canadienne du SIDA, le Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network (PASAN), le directeur associé pour le VIH/SIDA aux U.S. Centers for Disease Control, le directeur médical du U.S. Federal Bureau of Prisons et le directeur adjoint du Programme global sur le sida de l'Organisation mondiale de la santé. En général, ils appuyaient largement les conclusions du CESP. Certains ont suggéré d'en améliorer le libellé et le contenu. Dans de nombreux cas, la formulation

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

des recommandations du présent rapport tient compte de ce commentaire. Les conclusions du CESP relatives aux façons de réduire les dangers liés à la consommation de la drogue en milieu carcéral ont soulevé de nombreuses controverses. Un grand nombre ont mentionné que le CESP ne s'était pas attardé suffisamment sur les risques provenant du partage de seringues non-steriles dans les établissements correctionnels. Au contraire, certaines personnes du SCC ont parfois dit que les conclusions du CESP allaient trop loin, insistant sur l'engagement pris par le SCC d'éliminer l'usage de la drogue dans ses établissement.

À quelques exceptions près seulement, les commentaires sur le Document de travail ne justifiaient pas une modification importante de la présentation et du contenu du Document de travail, en particulier des conclusions. Le Comité a donc conservé, pour son rapport final, la plus grande part du texte du Document de travail. Cependant, les renseignements ont été mis à jour, et de nouveaux documents y ont été intégrés. En particulier, des sections pertinentes des *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, de 1993, de l'Organisation mondiale de la santé, ont été ajoutées et sont examinées plus en détail dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, à l'annexe 2, Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA. Comme l'a déclaré le Dr Dorothy Blake, directrice adjointe du Programme global sur le sida de l'OMS, qui «félicite le Comité pour son rapport et ses excellentes conclusions», les conclusions formulées dans le Document de travail «ne sont pas du tout en opposition avec les lignes directrices de l'OMS, et de toute évidence nous sommes heureux d'avoir accès à vos conclusions, que nous considérons comme une ressource précieuse pour notre travail de sensibilisation touchant l'adoption de politiques sur le VIH en milieu carcéral¹.»

Rendre possibles les changements nécessaires

Les membres du CESP connaissaient déjà bon nombre des questions soulevées par les maladies

infectieuses et l'usage de la drogue dans les établissements correctionnels canadiens, mais ils en ont tout de même appris beaucoup sur ce milieu et certains de ses problèmes dans le cadre de leur travail. Le Comité en est venu à saisir l'environnement extrêmement complexe des établissements correctionnels et les problèmes que l'infection à VIH, le SIDA et l'usage de la drogue entraînent dans ce contexte particulier. Il a cherché des moyens qui permettraient au Service correctionnel du Canada (SCC) de promouvoir et de protéger la santé du personnel et des détenus, et d'empêcher la propagation des infections dans les pénitenciers; il a tiré de nombreuses conclusions. Ce ne fut pas une tâche facile, mais il a toujours fait l'unanimité. La réalisation de ce consensus a été l'une des expériences à la fois les plus ardues et les plus gratifiantes du Comité, et elle renforce son engagement à l'égard des mesures à prendre.

Le CESP a constaté à maintes reprises que les solutions à apporter aux nombreux problèmes liés au VIH/SIDA et à l'usage de la drogue en prison se dégageaient d'elles-mêmes et avaient, dans bien des cas, déjà été formulées par d'autres personnes, mais il s'est rendu compte que leur application n'était pas si simple. Il a donc mis l'accent sur les stratégies propres à rendre possibles ces changements. Le Document de travail et le Rapport final témoignent de cette optique, car ils insistent non seulement sur les changements possibles, mais aussi sur la façon de les effectuer dans les établissements correctionnels fédéraux.

Les établissements correctionnels et les collectivités qu'elles abritent ne sont pas statiques, mais dynamiques. Leur fonctionnement est extrêmement complexe et n'est pas toujours évident. Divers facteurs compliquent encore davantage le tableau, dont les suivants : 1. les aspirations, les perceptions, les buts et les besoins parfois divergents des détenus, du personnel des services de santé, des agents de correction, de l'administration, de la société et des politiciens; 2. le milieu particulier des pénitenciers;

3. les ressources restreintes et les exigences conflictuelles au sujet de la façon de les affecter;
4. le manque de connaissances sur la prévalence et les effets possibles de l'infection à VIH dans les pénitenciers. Dans un tel contexte, le changement ou la simple perspective de changement attire souvent des réactions tranchées ou violentes et un retrait vers le statu quo, tant dans les comportements personnels que dans les opérations et les interactions sociales. Le CESP reconnaît que l'instauration de changements dans ce milieu présente des obstacles de taille à la fois pour le personnel du SCC et pour les détenus.

Bon nombre des difficultés que soulève le VIH/SIDA dans les prisons découlent de ce que Harding a défini comme un conflit de valeurs sous-jacent entre le système pénal (fondé sur les principes du «juste dû», du rétributivisme et de la dissuasion) et le modèle des soins médicaux (fondé sur la promotion de la santé et la réduction de la souffrance)². Le secteur correctionnel est axé sur la sécurité du public ou l'application de la loi, et non sur la santé publique³. À l'extérieur du cadre carcéral, on a découvert que les interventions coercitives étaient souvent sans effet et risquaient d'être contre-productives par rapport au contrôle de la transmission du VIH et de ses conséquences⁴, et que les meilleures interventions étaient celles qui reposaient sur le respect des personnes, de leurs droits et de leur dignité, qui favorisaient la responsabilité personnelle et offraient des possibilités réalistes d'adopter un comportement sécuritaire. Toutefois, si on veut prévenir les maladies et assurer des soins médicaux en milieu carcéral, il faut concilier un modèle médical fondé sur la prévention, le diagnostic, les soins et les traitements avec les exigences correctionnelles de la détention et du contrôle⁵. Les préoccupations relatives à la sécurité et l'aspect punitif inhérents au système carcéral peuvent faire sérieusement obstacle à la prévention du VIH/SIDA dans les prisons. Dans ce milieu, les populations qui ont des comportements à risque agissent souvent en cachette, l'accès aux moyens nécessaires pour prévenir la transmission du VIH est très limité, ce qui complique d'autant les interventions en paroles et en actes propres à corriger la situation.

Pour toutes ces raisons, il est plus difficile de réagir à la menace que pose le VIH/SIDA en milieu carcéral qu'ailleurs. Mais en même temps, les prisons offrent d'importantes occasions de prévenir la transmission du VIH parce qu'il y passe une proportion importante de gens ayant des activités à risque, et en particulier l'usage de drogues injectables.⁶

Hypothèses et principes

Voici quelques-uns des principes et des hypothèses qui ont guidé le CESP dans son travail.

Premièrement, nous nous sommes inspirés des «valeurs fondamentales» de la *Mission du Service correctionnel du Canada*⁷, notamment de l'hypothèse selon laquelle l'emprisonnement vise la réadaptation et non la punition, et du principe selon lequel les détenus conservent, à titre de membres de la société, leurs droits et leurs privilèges «sauf ceux qui sont limités ou retranchés du fait de leur peine⁸». Ce principe signifie que les normes qui s'appliquent aux soins et à la protection de la santé des gens de l'extérieur s'appliquent aussi aux détenus (équivalence avec la collectivité).

Deuxièmement, le CESP s'est fondé sur l'hypothèse selon laquelle il faut modifier les comportements si on veut prévenir ou réduire la transmission des maladies infectieuses en prison. Il est donc important de donner aux membres du personnel et aux détenus des possibilités réalistes de modifier leur comportement de façon à éviter ou à diminuer l'exposition aux maladies infectieuses. Il faut poursuivre sans relâche les efforts pour réduire la transmission des infections à l'intérieur des prisons tout comme à l'extérieur puisqu'il est irréaliste de croire que chacun adoptera un comportement susceptible de mettre un terme à la propagation des maladies infectieuses, et en particulier du VIH.

Troisièmement, il est souvent inefficace et parfois contre-productif d'interdire ou de tenter de supprimer les comportements qui peuvent donner lieu à la transmission des maladies infectieuses.

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

Les efforts déployés pour prévenir la transmission de ces maladies en milieu correctionnel doivent mettre l'accent sur l'adoption d'un comportement sécuritaire, la collaboration des gens en vue d'éviter ou de diminuer l'exposition aux maladies et insister sur le respect des droits et de la dignité de chacun.

Quatrièmement, toute mesure visant à prévenir les infections en prison protégera à la fois les détenus et le personnel. En diminuant la prévalence des infections dans les établissements correctionnels, on diminue le risque d'exposition à ces infections. Il ne faut pas considérer les efforts déployés pour prévenir les infections comme des mesures favorisant les détenus ou les membres du personnel, et les efforts de protection des uns ne s'opposent pas aux efforts de protection des autres.

Cinquièmement, le CESP s'est fondé sur un modèle de santé ou modèle de réduction des dangers («harm reduction model») par rapport au VIH/SIDA et à l'usage de la drogue en prison. Plusieurs des conclusions du Comité peuvent sembler contraires à la politique établie dans les pénitenciers. Ainsi, le fait de distribuer des condoms, de fournir de l'eau de javel pour nettoyer les seringues, d'apprendre aux détenus comment s'injecter des drogues de manière sécuritaire ou de distribuer de la documentation explicite pourrait sembler en conflit avec les lois, les politiques ou les normes selon lesquelles l'activité sexuelle est une infraction aux règles de l'établissement et la possession de drogue (et l'usage), une infraction criminelle, sans compter que la distribution de documentation explicite

pourrait choquer le milieu carcéral et la population. Il peut cependant être nécessaire d'adopter de telles mesures pour protéger les détenus, le personnel et la population du danger beaucoup plus grand que représente l'infection à VIH, et cette option peut s'inscrire dans un modèle de santé ou modèle de réduction des dangers par rapport au VIH/SIDA et à l'usage de la drogue^[1].

La décision qu'a prise le Solliciteur général en janvier 1992 de distribuer des condoms dans les pénitenciers fédéraux est un exemple de l'approche du moindre mal vis-à-vis de la menace que pose l'infection à VIH dans ce milieu. Cette décision n'a eu aucun effet négatif ou défavorable; en fait, elle semble avoir donné de bons résultats. Elle a ouvert le débat sur l'activité sexuelle et la prévention de la maladie dans les pénitenciers. Elle a aussi montré que le SCC prenait très au sérieux la menace de la transmission du VIH et s'engageait à promouvoir et à protéger la santé des détenus et à les prémunir contre l'infection.

Intervention par rapport à l'infection à VIH et à la consommation de drogue en milieu carcéral : questions particulières

Au moment de sa première réunion, le CESP a identifié 14 grandes questions qu'il estimait devoir étudier. Le Comité a conclu qu'il fallait trouver réponse à chacune de ces questions si on voulait prévenir la transmission du VIH et ses conséquences négatives dans les établissements correctionnels fédéraux. Il s'agissait des questions suivantes :

[1] Ce modèle a été défini ainsi dans le contexte de l'usage de la drogue (voir Riley, D., *Drug Use in Prisons : A Harm Reduction Approach*, mémoire présenté au CESP, janvier 1993, p. 5) :

Même si la réduction des dangers vise à réduire la consommation de drogue, elle met en priorité la réduction des conséquences négatives du phénomène [...]. Selon cette approche, une stratégie visant exclusivement à diminuer l'usage de la drogue peut avoir pour tout résultat d'augmenter la fréquence de divers dangers liés à la drogue [...]. On tente donc d'atténuer les problèmes et on reconnaît que l'abstinence n'est pas un objectif réaliste ni souhaitable, surtout à court terme. Il ne faut pas en conclure que la réduction des dangers et l'abstinence s'excluent mutuellement, mais plutôt que l'abstinence n'est pas le seul objectif acceptable et important. Selon l'approche de la réduction des dangers, on fixe une hiérarchie d'objectifs, on incite les intéressés à atteindre les plus immédiats et les plus réalistes, et on les amène progressivement à une consommation sans risque ou, si possible, à l'abstinence. C'est donc une approche qui se caractérise par le pragmatisme. [...]. Un certain nombre de pays ont mis au point des stratégies de ce genre après avoir pris conscience que la transmission du SIDA était une plus grande menace pour la santé individuelle et publique que la consommation de drogue.

1. Études de séroprévalence
2. Tests de détection des anticorps anti-VIH
3. Renseignements médicaux sur les détenus
4. Placement et activités
5. Programmes éducatifs pour les détenus
 - 5.1 Sensibilisation au VIH et au SIDA
 - 5.2 Éducation sur la drogue
6. Mesures de prévention à l'intention des détenus
 - 6.1.1 Activité sexuelle consensuelle
 - 6.1.2 Statut de l'activité sexuelle consensuelle
 - 6.2 Activité sexuelle non consensuelle
 - 6.3 Prévention des dangers liés à l'usage de drogues injectables
 - 6.4 Prévention des dangers liés au tatouage
 - 6.5 Prévention des dangers liés au perçage
7. Mesures de protection à l'intention du personnel
8. Soins de santé
9. Tuberculose
10. Services de santé en milieu carcéral
11. Libération pour des raisons humanitaires
12. Assistance postpénale
13. Détenues
14. Détenus autochtones

Le CESP s'est penché sur ces questions et présente ses recommandations dans le Rapport final, examinant brièvement la politique et la pratique du SCC sur chacune des questions (Situation actuelle), passant en revue les commentaires qui ont été faits à son sujet (Débat), l'évaluant (Évaluation du CESP) et formulant ses recommandations sur les interventions possibles (Recommandations).

Intervention par rapport à l'infection à VIH et à la consommation de drogue en milieu carcéral : questions générales

Le CESP a étudié les questions particulières mentionnées plus haut, mais il a dû en laisser de côté plusieurs autres. Il s'agit des questions sociales plus globales qui sous-tendent bon nombre des questions particulières examinées, notamment le point de vue et les interventions du Canada en ce qui concerne la consommation de

drogue, le comportement intime ou privé, la vulnérabilité, l'agression, la violence, le crime et la situation des femmes et des autochtones. Le Comité n'a pas pu aborder ces questions globales plus à fond parce que leur importance et leur complexité dépassaient le temps et les ressources dont il disposait. Il en a tout de même traité brièvement dans le présent document. Même si le Comité a conclu qu'il y avait beaucoup à faire dans l'immédiat pour prévenir la transmission du VIH en milieu carcéral, il faudra tôt ou tard se pencher sur les questions globales sans quoi les efforts déployés pour promouvoir et protéger la santé du personnel et des détenus et pour prévenir les infections dans le milieu demeureront limités.

• Consommation de drogue

Tout au long de l'histoire, les gens ont consommé de la drogue pour le plaisir ou pour vivre des expériences nouvelles⁹. On a dit que la consommation de drogue était une caractéristique fondamentale de l'être humain et que le désir de modifier ses états de conscience était aussi profond que le besoin de nourriture, d'hébergement et d'amour¹⁰.

La consommation de drogue en milieu carcéral n'est pas un problème exclusif au Canada mais un problème universel. Riley a dit récemment que bon nombre des détenus des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux intègrent la consommation de drogue à leur mode de vie et qu'aucun incitatif important ne les en empêche parce que «le retrait des privilèges ne pèse pas lourd dans la balance face aux paradis artificiels¹¹.» Elle a ajouté que «les détenus se livrent parfois à un trafic de drogue actif qui défie tous les obstacles et fait naître des conflits auxquels se mêlent les dettes et les contraintes», que le trafic de la drogue peut être très lucratif et que «le prix de la marchandise excède parfois de 200 à 500 % celui des drogues de la rue¹²». Ce trafic est une source importante de violence dans les établissements fédéraux. Il y a eu, entre 1985 et 1986, six meurtres, 69 incidents de voies de fait graves et trois suicides liés à l'alcoolisme ou à l'usage de la drogue¹³.

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

Riley a conclu ainsi :

On donne souvent l'impression que les prisons sont un monde à part. En fait, c'est tout le contraire : les prisons connaissent à la fois les problèmes de l'extérieur et leurs problèmes propres, et il existe un mouvement constant de gens entre les prisons et la population générale¹⁴.

Parmi les nombreuses questions que le CESP a étudiées, la consommation de drogue est peut-être la plus complexe et la plus problématique. Le SCC a fait des efforts consciencieux pour enrayer le phénomène dans ses établissements, mais l'usage de la drogue, notamment de drogues injectables, se poursuit toujours. Le Comité s'est fait dire à maintes reprises que les détenus partageaient leurs seringues, souvent sans les nettoyer. Tout comme dans la société, les efforts visant à interdire la consommation de drogue sont coûteux et ne sont pas toujours fructueux. Ces efforts comprennent l'interdiction des drogues, la pénalisation de la possession et de l'usage des drogues, l'éducation et les programmes de traitement. Comme il est irréaliste de croire que tous les détenus cesseront de faire usage de drogues injectables, il est probable que le VIH se propagera implacablement chez les utilisateurs de ces drogues jusqu'à ce qu'ils cessent de partager leurs seringues ou qu'ils les nettoient après usage. Les autres solutions à ce problème semblent inacceptables. Il serait irréaliste d'autoriser la consommation de drogue dans les pénitenciers pour qu'elle puisse être faite d'une manière sécuritaire, puisqu'elle est interdite par la loi et réprouvée par la population. Par contre, augmenter les ressources visant à éliminer le phénomène serait probablement inutile et aurait pour seul effet d'inciter les toxicomanes à se cacher davantage et à adopter des pratiques dangereuses.

Étant donné que les efforts déployés pour mettre un terme à la consommation de drogue ont peu de chances d'éliminer le risque de la transmission du VIH et que l'usage de drogues injectables est là pour rester, la seule façon réaliste de prévenir les infections est d'inciter les utilisateurs de drogues injectables à utiliser en tout temps des seringues propres et de leur donner les moyens de le faire. De plus en plus de preuves montrent que les gens qui font usage de drogues injectables peuvent modifier leur comportement face à l'infection à VIH et qu'ils le font¹⁵. Ils nettoient leurs seringues ou ne les partagent pas s'ils en ont en quantité suffisante. Point important à signaler, la fourniture de ce matériel n'a pas fait augmenter l'usage de drogues injectables. Si on veut réduire les dangers liés à la consommation de drogue en milieu carcéral et, en particulier, prévenir ou réduire la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses, il faut donner aux détenus la possibilité d'utiliser en tout temps des seringues propres. Opter pour cette approche de la réduction des dangers n'équivaut absolument pas à approuver la consommation de drogue, mais plutôt à inciter les intéressés à avoir un comportement sécuritaire en ce qui concerne l'usage de drogues injectables. D'autres interventions peuvent être envisagées, notamment le traitement d'entretien à la méthadone et la détention dans ce qu'on appelle des unités sans drogue^[2]. Ce ne sont toutefois que des cataplasmes en attendant une solution aux questions de fond. Dans le contexte carcéral, les deux questions primordiales sont la prévention de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogues non incarcérés et la réduction du nombre d'utilisateurs de drogues incarcérés.

On a découvert que la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons du monde entier était étroitement liée à la proportion de détenus qui faisaient usage de drogues injectables avant leur incarcération et à la prévalence de cette infection

[2] Des unités de détention sans drogue ont vu le jour dans certaines prisons des Pays-Bas depuis 1983. Les détenus qui demandent d'y être incarcérés doivent s'abstenir de drogue et se soumettre régulièrement à des analyses d'urine. Ils n'ont aucun contact avec le reste de la population carcérale et participent à des programmes spéciaux.

parmi les utilisateurs de drogues injectables dans la collectivité¹⁶. C'est donc dire que certains détenus sont déjà infectés au moment de leur incarcération et que ceux qui ne le sont pas le deviendront presque certainement s'ils font usage de drogues injectables de façon persistante sans avoir accès à des seringues propres. De plus, certains détenus commencent à consommer de la drogue en prison, et un nombre important de détenus partagent les seringues pour la première fois, quand ils sont en prison¹⁷.

Lorsque des utilisateurs de drogues sont envoyés en prison, c'est le système correctionnel qui se charge désormais de leur problème de drogues et des dangers qui peuvent en découler, dont le VIH/SIDA. Le problème ne pourra que s'intensifier à mesure qu'augmente le nombre d'utilisateurs de drogues en prison. Comme l'a dit Harding, l'incarcération constitue la seule réponse importante au problème de la drogue dans la plupart des pays européens et on affecte plus de ressources au passage des utilisateurs de drogues dans le système de justice pénale en Europe qu'à toute autre forme d'intervention médicale ou sociale¹⁸. L'un des moyens de freiner la transmission du VIH dans les prisons est de réduire le nombre d'utilisateurs de drogues incarcérés dans les établissements fédéraux. Bon nombre des problèmes causés par l'infection à VIH et la consommation de drogue en milieu carcéral pourraient être réduits si l'on offrait des solutions de rechange à l'incarcération, en particulier dans le cas des crimes liés à la drogue. L'OMS a indiqué que les gouvernements auraient peut-être intérêt à réexaminer leurs politiques d'admission pénale, spécialement dans le cas des utilisateurs de drogues, à la lumière de l'épidémie du SIDA et de ses répercussions sur les prisons¹⁹.

• Services de santé et confidentialité

Le SCC a établi qu'il devait y avoir équivalence entre les services de santé et de soutien offerts aux détenus et ceux offerts à l'ensemble de la société; autrement dit, les services offerts aux détenus devraient être aussi accessibles et de la même qualité que les services fournis aux gens de l'extérieur²⁰. Cependant, l'une des

préoccupations majeures que les détenus ont exprimées à maintes reprises est leur manque de confiance dans les services de santé offerts en prison, et particulièrement dans la confidentialité des renseignements médicaux personnels. Ils hésitent souvent à utiliser ces services, et ils ont dit qu'ils aimeraient avoir accès à certains services de l'extérieur. Ces préoccupations ont parfois été difficiles à évaluer, et la prestation de services de santé pose des problèmes logistiques énormes au SCC : ces questions sont traitées assez longuement dans le Rapport final.

L'infection à VIH présente toutefois des difficultés supplémentaires pour les services de santé des prisons, particulièrement en ce qui a trait à la spécialisation des experts chargés de la diagnostiquer et de la traiter. Les tests de détection de l'infection à VIH dans les pénitenciers constituent aussi un sujet litigieux. Leurs avantages, leurs risques et leurs dangers, la divulgation des résultats à des tiers et la possibilité d'un mauvais usage des données sont autant de questions extrêmement délicates. Le fait que les prisons soient un milieu fermé décuple ces risques et dangers. Le Rapport final se penche aussi sur ces questions.

Le manque de confiance des détenus envers les services de santé des prisons est sous-jacent à toutes ces questions. Un certain nombre de raisons expliquent cette méfiance, et il n'est pas du ressort du CESP de les examiner. Il n'en demeure pas moins que tant qu'elles n'auront pas été étudiées, bon nombre des problèmes causés par les maladies infectieuses et la consommation de drogue dans les pénitenciers resteront sans solution. Le Comité s'est néanmoins efforcé de proposer des solutions provisoires applicables.

L'une des préoccupations principales tient à ce que les détenus se méfient souvent du personnel des services de santé en milieu carcéral. Dans la société, les gens sont libres de choisir un professionnel qui peut répondre à leurs besoins personnels sur le plan de la santé. Lorsqu'ils trouvent cette personne, ils lui font confiance, les obstacles aux soins sont réduits, ils suivent davantage les conseils qui leur sont donnés et ils divulguent plus facilement des renseignements

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

personnels, souvent intimes ou délicats. Ceci ne s'applique pas en prison, pour des raisons de sécurité et parce que les détenus n'ont qu'une liberté restreinte. Une approche nouvelle élaborée dans certains établissements correctionnels du Québec ouvre toutefois une avenue : des cliniques de l'extérieur, indépendantes des prisons, assurent désormais des services aux détenus. Cette optique est à la fois fondée et attrayante. Elle amènerait les détenus à faire davantage confiance aux services offerts et à les utiliser plus souvent (ce qui permettrait d'intervenir plus tôt), elle favoriserait la discussion, le counselling et le dépistage des maladies infectieuses et elle permettrait de séparer les renseignements médicaux personnels des autres renseignements personnels que possède l'établissement. Le CESP estime que le Comité consultatif des services de santé du SCC devrait approfondir la question.

• Santé et sécurité du personnel

La promotion et la protection de la santé du personnel, en particulier du personnel risquant d'être exposé à des détenus violents ou agressifs, constituent un autre secteur fort complexe. Le CESP a constaté que les maladies infectieuses et, en particulier, le VIH étaient perçus comme une menace grave pour la santé et la sécurité du personnel. Des membres du personnel ont donc souvent réclamé devoir connaître l'identité des détenus infectés par le VIH, et exigé de meilleurs vêtements protecteurs. Le CESP a examiné ces demandes. Il reconnaît que le personnel a raison de se préoccuper du matériel de protection, mais il n'a pas pu étudier la question à fond. Il incite donc le comité directeur, chargé par le Comité conjoint de la sécurité et de la santé au travail d'étudier les vêtements et le matériel de protection, à poursuivre ses efforts en vue de proposer au SCC des améliorations dans ce domaine. Le CESP estime parallèlement qu'il est plus important pour le personnel de mieux comprendre l'infection à VIH et le SIDA que de connaître l'état sérologique des détenus ou de recevoir du matériel de protection. Les

établissements de santé ont une vaste expérience de la gestion de l'infection à VIH, et particulièrement de la prévention de l'exposition à des substances potentiellement infectieuses comme le sang. En dépit des efforts d'information déployés par le SCC, cette expérience n'a pas été bien transmise au milieu carcéral ou n'a pas eu l'écho qu'elle méritait sur le plan des connaissances et du comportement.

Dans les établissements de santé, on a accordé la priorité à la prévention des accidents de travail dans le contrôle des infections. En prison, il n'est pas toujours possible d'éviter les blessures. Le personnel du SCC devrait toutefois mettre l'accent sur la réduction du nombre de blessures découlant de la confrontation directe et, partant, du risque d'exposition aux maladies infectieuses. Si on ne prend pas cette orientation, on insistera trop sur les vêtements protecteurs par rapport à la réduction de l'exposition. En poursuivant la logique de cette approche, le personnel se retrouverait en tenue spatiale et les détenus infectés, en isolement. Il vaut mieux s'attacher d'avantage à apprendre à composer avec le comportement agressif ou violent de façon à réduire les accidents. Il faut donc réévaluer la façon de gérer les comportements agressifs ou violents susceptibles de créer des situations à risque en milieu carcéral.

• Femmes détenues et détenus autochtones

Bon nombre des questions liées au VIH/SIDA et à la consommation de drogue en milieu carcéral sont les mêmes pour tous les détenus, mais la prévention de l'infection à VIH et le traitement de cette infection chez les femmes détenues et les détenus autochtones posent parfois des défis différents de ceux qu'il faut relever chez les détenus non autochtones et les détenus de sexe masculin.

En 1991, les femmes ne représentaient que 2,1 % de la population carcérale inscrite au registre²¹. Cependant, une étude de séroprévalence réalisée dans une prison provinciale à sécurité moyenne

de Montréal²² et une étude de prévalence du VIH effectuée parmi les détenus, à leur entrée dans les établissements correctionnels provinciaux pour adultes en Colombie-Britannique²³, de même qu'une série d'études menées auprès de la population carcérale dans d'autres pays ont révélé un taux plus élevé d'infection à VIH chez les détenues, et particulièrement chez celles qui avaient des antécédents d'usage de drogues injectables, que chez les détenus de sexe masculin. En général, les femmes sont touchées différemment des hommes par l'infection à VIH et le SIDA, tant sur le plan social que physique, et les problèmes qu'elles connaissent en milieu correctionnel sont souvent décuplés par leur vulnérabilité et les mauvais traitements qu'elles ont subis auparavant. Bon nombre de femmes détenues souffrent de maladies chroniques d'une vie marquée par la pauvreté, la consommation de drogue, la violence familiale, l'agression sexuelle, la grossesse vécue à l'adolescence, la malnutrition et l'absence de soins préventifs.

Le CESP a tenté d'examiner certains de ces problèmes, mais l'étude des grandes questions sociales qui sous-tendent bon nombre d'entre eux échappait à son pouvoir. Le Comité a conclu notamment qu'il fallait mettre davantage l'accent sur les préoccupations et les besoins particuliers des femmes détenues, sur les campagnes d'éducation et de prévention axées expressément sur cette clientèle et ses besoins, et sur l'importance d'aider les femmes détenues à avoir de l'emprise sur leur vie, ce qui les rendrait moins vulnérables à la violence en général ainsi qu'à l'infection à VIH et à la consommation de drogue en particulier. Mais, ce à quoi le CESP n'a pu trouver de solution, c'est la vulnérabilité et la violence qui, hors des murs de la prison, sont le lot d'une grande partie des détenues et qui représentent un problème d'une urgence criante.

Les autochtones forment une autre catégorie vulnérable de détenus dans les établissements fédéraux. Largement surreprésentés dans l'ensemble du pays, les détenus autochtones composaient, en 1991-1992, 10,8 % de la population masculine et 19,8 % de la population

féminine²⁴. Dans certains pénitenciers, le pourcentage était beaucoup plus élevé; ainsi, dans la région des Prairies, 35,5 % des hommes détenus et 55,3 % des femmes détenues de ressort fédéral étaient autochtones²⁵. Le CESP n'a pu analyser les problèmes responsables de cette surreprésentation. Il s'est cependant penché sur une partie des préoccupations et des besoins particuliers des détenus autochtones et a formulé ses recommandations dans le Rapport final. Il a jugé qu'il y avait beaucoup à faire pour améliorer la santé et le bien-être des autochtones en prison.

La culture prédominante dans les pénitenciers n'est pas une culture autochtone. Les détenus autochtones doivent donc composer avec une culture qui leur est pour ainsi dire «étrangère». Il est impossible de traiter de façon efficace ou efficiente bon nombre des problèmes qui ont mené ces détenus à l'incarcération, à la consommation de drogue et à l'infection à VIH ou qui découlent de ces situations sans comprendre la «signification culturelle» de leur comportement²⁶. Le CESP a constaté que le SCC comprenait le problème et tentait de le résoudre. Le SCC et l'ensemble du milieu carcéral doivent toutefois faire face à de nouvelles exigences en raison de la pandémie et des questions culturelles sous-jacentes. Ils devront intensifier leur action pour surmonter les obstacles culturels qui les séparent des détenus autochtones s'ils veulent que leurs efforts pour prévenir l'infection à VIH au sein de ce groupe, pour prendre soin des personnes infectées et les protéger contre la vulnérabilité et la violence soient fructueux. Ils devront, entre autres, leur donner accès à des médecines, à des cérémonies de guérison et à des guérisseurs traditionnels, établir pour eux des programmes de communication et d'éducation particuliers, adaptés à leur culture, et renforcer le respect des valeurs sociales et religieuses. Cette tâche n'est pas particulière aux prisons, et toute solution qui se limiterait à ce cadre ne serait que partielle. Bon nombre des problèmes qui touchent les autochtones en milieu carcéral puisent leurs racines à l'extérieur et doivent être abordés dans un contexte beaucoup plus large.

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

• Partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces

En application de la Constitution du Canada, la compétence relative au système de justice pénale est partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux²⁷. En vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*, les législatures provinciales ont compétence sur les « prisons » en application du par. 92(6), alors que le Parlement fédéral a compétence sur les « pénitenciers » en application du par. 91(28). La Constitution ne définit pas les termes prison et pénitencier²⁸. La distinction à faire entre les divers types d'établissements carcéraux est indiquée à l'article 731 du *Code criminel du Canada*, en vertu duquel les personnes condamnées à un emprisonnement de deux ans ou plus doivent être condamnées à l'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Le SCC fournit ces services sous les auspices du ministère fédéral du Solliciteur général. Les délinquants recevant des peines de moins de deux ans sont condamnés dans des établissements provinciaux, c'est-à-dire les prisons. Cependant, après avoir été condamnés, les prisonniers de ressort fédéral sont normalement détenus dans des établissements provinciaux pendant une période d'appel de quinze jours avant leur transfert²⁹. En outre, les détenus peuvent être transférés d'un secteur de compétence à l'autre en vertu d'accords d'échange de services conclus entre le gouvernement fédéral et la plupart des provinces³⁰. Ces accords « peuvent porter sur diverses questions, comme par exemple, le transfert de détenus d'un secteur de compétence à un autre, la suspension de la libération conditionnelle et la prestation efficace des services de surveillance pour les libérés conditionnels, les services d'évaluation pour les détenus sous surveillance communautaire, les services médicaux, psychiatriques et éducatifs³¹. » Dans certaines provinces, les administrations municipales assurent également une partie de la

prestation des services de détention. Ces services consistent surtout en l'isolement cellulaire temporaire et l'hébergement des prévenus³².

Les législatures provinciales ont compétence sur les prisons provinciales, mais, en vertu de la *Loi sur les prisons et les maisons de correction*, le gouvernement fédéral est responsable du cadre juridique général régissant les délinquants purgeant une peine imposée pour une infraction aux lois fédérales.

La complexité du système correctionnel du Canada a fait l'objet de nombreuses critiques. On a décrit la prétendue « règle de deux ans » comme arbitraire et constituant la source de dédoublements et de chevauchements des responsabilités fédérales et provinciales, dans la mesure où les deux niveaux de gouvernement exercent de nombreuses fonctions identiques, mais à l'égard de populations carcérales différentes³³. Au fil des ans, de nombreux groupes de travail et comités ont examiné la règle³⁴, mais aucun changement n'a encore été apporté. Le degré de centralisation de la prestation des services correctionnels aux adultes dans chaque province ou territoire, le genre d'établissements, les détenus qui y sont logés, les programmes communautaires et institutionnels offerts ainsi que le degré de surveillance varient partout au Canada. En outre, on répond de diverses façons au problème du VIH/SIDA dans les prisons au Canada, le gouvernement fédéral et chacune des provinces et des territoires ayant adopté ses propres politiques à ce sujet. Même si ces politiques se ressemblent à de nombreux égards, on traite souvent très différemment les problèmes suscités par le VIH/SIDA en milieu carcéral.

L'examen de la « règle de deux ans » ne faisait pas partie du mandat du CESP, qui ne s'en est donc pas occupé. Cependant, le partage des compétences en matière de systèmes carcéraux a des répercussions importantes pour ce qui est du

[3] C'est de 1976 à 1978 que le dernier groupe fédéral-provincial important a étudié cette question : il s'agit du comité directeur fédéral-provincial sur le partage des compétences en matières de services correctionnels.

VIH/SIDA et ses conséquences dans les établissements correctionnels fédéraux. Souvent les détenus sont transférés entre différents types d'établissements. Une approche uniforme au VIH/SIDA permettrait de diminuer la propagation de l'infection à VIH de sorte que tous les détenus, qu'ils soient dans des établissements provinciaux ou fédéraux, auraient accès aux renseignements, aux services et au soutien qui sont nécessaires pour empêcher la propagation de l'infection à VIH.

Certaines personnes ayant formulé des commentaires sur le Document de travail du CESP ont encouragé de façon explicite le Comité à procéder à une analyse de la mesure dans laquelle les conclusions qu'il contenait sont pertinentes pour les systèmes provinciaux. Par exemple, William Hart, président de la Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, a déclaré ce qui suit :

Les auteurs du document visaient à examiner les questions liées au SIDA dans les établissements correctionnels fédéraux, mais ils pourraient en augmenter l'utilité en y ajoutant une section sur les établissements correctionnels provinciaux. S'ils faisaient une analyse de la mesure dans laquelle les recommandations contenues dans le document sont pertinentes pour les systèmes provinciaux, des organismes provinciaux comme le nôtre pourraient mieux se servir de ce document pour exercer du lobbying³⁴.

Le CESP n'a pu analyser la mesure dans laquelle chacune de ses recommandations s'appliqueraient aux établissements correctionnels provinciaux. Toutefois, il est satisfait des commentaires qu'a faits la Direction générale des services correctionnels du Québec et d'après laquelle les conclusions du Document de travail du CESP «deviennent pour nous [la Direction générale des services correctionnels] des pistes pour la résolution des problèmes que nous rencontrons». Le CESP croit que la plupart des efforts nécessaires à la réduction ou à la prévention de l'infection à VIH dans les établissements correctionnels fédéraux doivent également être déployés au niveau provincial et qu'un grand

nombre, si ce n'est la totalité de ses recommandations pourraient être mises en œuvre également dans les prisons provinciales. Le CESP encourage certainement les systèmes provinciaux à envisager cette possibilité.

Selon un autre commentaire sur le Document de travail du CESP, dans la rédaction du Rapport final, le Comité devrait non seulement informer les provinces de ses recommandations, mais également inciter le SCC à s'entretenir avec elles «afin d'établir des normes de services ou de rendement touchant les questions étudiées, ou à tout le moins un modèle à suivre³⁵». Le CESP souscrit à cette suggestion et reconnaît qu'il y a lieu de coordonner l'approche adoptée à l'égard du VIH/SIDA dans les prisons au Canada et d'obtenir la collaboration de tous. Ce point a également été reconnu par d'autres personnes. En particulier, on a fortement incité le SCC à coordonner ses efforts dans le secteur de la prévention du VIH/SIDA avec ceux des directions générales des services correctionnels des provinces³⁶. Au cours de l'été 1993, le Federal/Provincial Corrections Health Education Steering Committee of British Columbia a proposé le financement d'un programme d'éducation sur le VIH/SIDA et les maladies infectieuses. En octobre 1993, le programme a obtenu des fonds et il sera exécuté par des éducateurs sanitaires, retenus à contrat par les services correctionnels provinciaux et fédéraux. Cet effort commun vise à assurer «l'uniformité et la cohérence des renseignements, communiqués de la même façon dans tous les établissements correctionnels³⁷».

Le Comité appuie fermement de telles initiatives communes. Il estime que, particulièrement dans le secteur de l'éducation et de la prévention, il sera important de coordonner les efforts du fédéral et des provinces pour assurer l'uniformité des renseignements, et que les moyens nécessaires à la prévention de l'infection à VIH seront à la disposition de tous les détenus de ressort fédéral et provincial. Le CESP encourage donc le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux à collaborer de près sur les questions soulevées par le VIH/SIDA et la consommation de drogue dans les prisons.

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

MÉTHODES

RÉUNIONS

Le Comité s'est réuni huit fois :

- le 4 septembre 1992 (Ottawa);
- le 31 octobre 1992 (Abbotsford);
- le 4 décembre 1992 (Montréal);
- le 4 février 1993 (Kingston);
- le 26 février 1993 (Ottawa);
- le 11 mai 1993 (Ottawa);
- le 5 octobre 1993 (Ottawa);
- le 24 octobre 1993 (Vancouver).

Le Comité a rencontré en outre :

- Ron Shore, Projet sur le SIDA de Kingston (le 19 novembre 1992);
- Joan Anderson, présidente du conseil d'administration, Société canadienne du SIDA (le 22 janvier 1993);
- des représentants du Syndicat des employés du Solliciteur général (les 11 février et 8 mars 1993);
- des commissaires adjoints du Service correctionnel du Canada (les 23 février et 5 octobre 1993);
- John Edwards, Commissaire du Service correctionnel du Canada (le 26 février 1993);

- Susan Ohrt, adjointe spéciale du Solliciteur général du Canada (les 26 février et 5 octobre 1993).

VISITES DANS LES PRISONS

Le Comité s'est rendu dans plusieurs pénitenciers de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec pour connaître les préoccupations des autorités, du personnel et des détenus au sujet du VIH/SIDA et de la consommation de drogue dans les prisons. Il considère que c'est là un aspect important de son travail.

- Colombie-Britannique : établissement Matsqui et établissement de Mission (le 30 octobre 1992);
- Ontario : Prison des femmes, pénitencier de Kingston et Centre régional de traitement (les 19 et 20 novembre 1992);
- Québec : Centre régional de réception, établissement de Sainte-Anne-des-Plaines et Centre fédéral de formation (les 3 et 4 décembre 1992);
- Consultation des autochtones : consultation de la Sororité autochtone de la Prison des femmes et des représentants des fraternités autochtones de plusieurs établissements fédéraux à la Prison des femmes (les 3 et 4 février 1993).

MÉTHODES

EXAMEN DES POLITIQUES ET DE LA DOCUMENTATION

Le Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill a rassemblé et examiné des politiques, de la documentation et des rapports nationaux et internationaux sur le VIH/SIDA et l'usage de la drogue en milieu carcéral. Un survol des politiques carcérales canadiennes et internationales, touchant le VIH/SIDA figure aux annexes 1 à 3 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

La jurisprudence canadienne qui traitait expressément du VIH/SIDA en milieu carcéral ou qui pouvait s'y appliquer a également été analysée, afin de déceler les caractéristiques des problèmes propres à ce phénomène. Un survol de la jurisprudence canadienne figure à l'annexe 4 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

MÉMOIRES ET CORRESPONDANCE

Le CESP a écrit à des personnes et à divers groupes et organismes nationaux et internationaux, les priant de lui envoyer des renseignements et des mémoires. En voici quelques-uns :

- les ministères de la Santé des provinces et des territoires;
- les ministères des provinces et des territoires responsables de la prestation de services correctionnels aux détenus d'âge adulte et aux jeunes contrevenants;
- la Commission canadienne des droits de la personne et les commissions des droits de la personne des provinces et des territoires;
- les commissions provinciales et territoriales portant sur l'usage de drogues;
- des personnes et des groupes du Canada qui s'intéressent à la question;

- des correspondants du réseau international d'échange d'information sur le VIH/SIDA dans les prisons géré par l'Institut universitaire de médecine légale de Genève.

Le CESP a reçu 91 mémoires d'organismes, de groupes et de personnes qui s'intéressent aux questions soulevées par le VIH/SIDA et par la consommation de drogue en milieu carcéral; il a examiné nombre des points formulés dans ces mémoires, dans le Document de travail et le Rapport final. Une liste des mémoires figure à l'annexe 9 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

QUESTIONNAIRES

Le Comité a envoyé à des comités de détenus des établissements fédéraux un questionnaire dans lequel les détenus devaient exprimer leurs opinions et leurs préoccupations sur l'éducation liée au VIH/SIDA et à la consommation de drogue, sur la possibilité de se procurer des condoms, des aiguilles et des seringues propres ou encore du matériel pour les nettoyer et, enfin, sur les tests et la confidentialité. Le Comité les invitait aussi à lui transmettre leurs propositions, leurs recommandations ou leurs commentaires sur le VIH/SIDA et la consommation de drogue dans les prisons.

Le Comité a envoyé un deuxième questionnaire, aux employés travaillant dans les prisons, pour recueillir des renseignements sur leurs préoccupations à l'égard de la sécurité et sur celles des autorités carcérales à l'égard du maintien de la sécurité et de l'ordre dans les établissements.

Les réponses à ces questionnaires ont été analysées, et les résultats figurent aux annexes 5 et 6 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

CONFÉRENCES

(1) Le coordonnateur de projet du CESP, M. Ralf Jürgens, a organisé une séance spéciale sur le VIH/SIDA en milieu carcéral qui a eu lieu à Vancouver, le 2 novembre 1992, dans le cadre de la 6^e conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA, intitulée *Living with HIV/AIDS*. La séance a permis de discuter des questions soulevées par le VIH/SIDA dans les systèmes carcéraux fédéral et provinciaux, d'identifier les préoccupations des détenus, du personnel des prisons et des autorités, et de chercher des solutions aux problèmes. Voici la liste des conférenciers et le titre de leurs exposés :

- Michael Linhart, détenu, établissement de Mission, *An HIV Positive Prisoner's View*;
- Rodger Brock, directeur, établissement de Mission, *A Warden's Perspective*;
- John Turvey, Downtown Eastside Youth Activities Society, *The Role of Community Groups*;
- Ray Sill, Allied Indian Metis Society, *Aboriginal Prison Populations and HIV/AIDS*;
- Barry Lynden, analyste de programmes, B.C. Ministry of the Solicitor general, et Ron Painter, directeur, Surrey Pretrial Service Centre, *The Action of the B.C. Corrections Branch*;
- Robert Adlard, directeur, Planification des soins de santé, Service correctionnel du Canada, *The Action of the Correctional Services of Canada*;
- Jim Elliot, chef, Services de santé, établissement de Mission, *Health Care in Prisons*;
- Ralf Jürgens, coordonnateur de projet pour le CESP, *HIV/AIDS and Prisons: Analysis of Policies and Relevant Case Law*;
- Diane Riley, analyste principale, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, *Drug Use in Prisons*.

Les textes de deux de ces exposés figurent à l'annexe 8 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

Les organisateurs de la conférence de la Colombie-Britannique sur le SIDA ont demandé au coordonnateur de projet du CESP de préparer une séance sur le VIH/SIDA en milieu carcéral pour la 7^e conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA, intitulée *HIV in Canada Today* s'est tenue le 25 octobre 1993, ce qui témoigne du succès de la rencontre précédente. Voici les noms des conférenciers et le titre de leur exposé :

- Ralf Jürgens, coordonnateur de projet pour le CESP, et Donald Yeomans, membre du CESP, *HIV/AIDS and Prisons: New Developments in Canada and Abroad*;
- Diane Rothon, directrice, Health Services, B.C. Corrections, *Results from the HIV Prevalence Study of Inmates in B.C. Prisons*;
- Liviana Calzavara, professeure adjointe, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Faculté de médecine, Université de Toronto, *Results from an Anonymous Unlinked HIV Seroprevalence Study of Inmates in Ontario*;
- Fred Hitchcock, coordonnateur régional, Disordered Offender Project, B.C. Ministry of Attorney General, Corrections Branch, *Guidelines for Improved Working Relationships between Hospital and Corrections Staff*;
- Jim Cairns, B.C. Ministry of Solicitor General, Corrections Branch, *B.C.'s Experience with Bleach in Prisons*;
- Michael Linhart, détenu, établissement de Mission, *An HIV Positive Prisoner's View: One Year Later* (vidéo);
- Andréa Riesch Toepell, consultant, *Educating Prisoners about HIV/AIDS: Purpose, Politics and Practice*;
- Christiane Richard, médecin et membre du CESP, *Making Clean Needles Available to Prisoners?*;
- Bert Kampuis, *Community Groups, HIV/AIDS and Prisons*.

MÉTHODES

Les textes de certains de ces exposés figurent à l'annexe 8 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

- (2) À la 4^e conférence internationale sur la réduction des dangers liés à la drogue, qui s'est tenue à Rotterdam du 14 au 18 mars 1993, M. Jürgens a présenté un exposé fondé sur le résumé qu'il avait préparé en collaboration avec Dr Gilmore et M^{me} Somerville, intitulé *Reducing the Harms from Drug Use and from HIV/AIDS in Prisons*.
- (3) À la Conférence nationale des Services de santé du Service correctionnel du Canada, intitulée *Un objectif commun*, qui s'est tenue à Ottawa, du 26 au 28 mai 1993, les D^{rs} Gilmore et Richard et M. Yeomans ont présenté un suivi des activités du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons, au personnel des Services de santé du Service correctionnel du Canada.
- (4) À la IX^e conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Berlin, du 7 au 11 juin 1993, M. Jürgens et les D^{rs} Gilmore et Richard ont fait une présentation par affiche intitulée *HIV/AIDS and Prisons: Making Necessary Changes Possible*.
- (5) À une réunion de la gestion supérieure du Service correctionnel du Canada, qui s'est tenue à Ottawa le 9 juin, le Dr Richard et M. Yeomans ont présenté un suivi des activités du CESP ainsi que les conclusions du Comité.
- (6) Au cours d'un forum public intitulé *AIDS Behind Bars*, qui s'est tenu à Toronto, le 6 octobre 1993, M. Jürgens a présenté un exposé sur les travaux et les conclusions du CESP.
- (7) Au Congrès canadien de la justice pénale qui s'est tenu à Québec, du 12 au 15 octobre 1993, le Dr Gilmore et M. Yeomans ont présenté un exposé intitulé *Stopping AIDS in Prison: In Pursuit of the Lesser Harm*.
- (8) À la 5^e conférence annuelle de la Société canadienne de bioéthique, qui s'est tenue à

Montréal, du 18 au 21 novembre 1993, M. Jürgens a présenté un exposé intitulé *Confidentiality of Medical Information Pertaining to Prisoners: A Legal and Ethical Analysis*.

BULLETIN

Quatre numéros du bulletin du Comité, *Nouvelles du CESP*, ont paru :

- 1^{er} numéro (septembre 1992) : Résumé de l'objectif et du mandat du CESP, et présentation de ses membres et des grandes questions qu'il étudiera.
- 2^e numéro (novembre 1992) : Résumé des exposés de la séance sur le VIH/SIDA en milieu carcéral organisée dans le cadre de la 6^e conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA et présentation des questions liées à la consommation de drogue dans les établissements correctionnels.
- 3^e numéro (février 1993) : Défis lancés par les besoins particuliers des femmes détenues et des détenus autochtones en ce qui concerne la prévention de l'infection à VIH.
- 4^e numéro (avril 1993) : Préoccupations du personnel à l'égard de la santé et de la sécurité au travail.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Dans le cadre de ses travaux, le Comité a préparé *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Document de travail du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*. Il y a examiné nombre des questions soulevées par le VIH/SIDA et par la consommation de drogue dans les pénitenciers fédéraux au Canada. Il y a formulé les conclusions de ses délibérations et proposé des mesures à prendre.

Plus de 1 000 exemplaires du Document de travail ont été distribués afin de stimuler la discussion et de permettre aux personnes qui s'intéressent aux

questions suscitées par le VIH/SIDA et l'usage de la drogue dans les prisons, d'examiner les travaux et les conclusions du Comité et de contribuer au Rapport final. Cinquante personnes, groupes et organismes ont fait des commentaires sur le Document de travail, communiquant ainsi au Comité des observations et des critiques précieuses sur ses travaux. Une liste des personnes qui ont commenté le Document de travail figure à l'annexe 9 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

Le VIH/SIDA EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

1. ÉTUDES DE SÉROPRÉVALENCE

SITUATION ACTUELLE

Le nombre de détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA dans les pénitenciers fédéraux n'est pas connu, car il n'y a pas eu jusqu'à maintenant de dépistage généralisé au sein de la population carcérale. Une seule étude a été effectuée dans un établissement correctionnel fédéral afin de déterminer le niveau d'infection chez la population carcérale³⁸. Cette étude a été entreprise à l'établissement Joyceville, établissement à sécurité moyenne pour détenus de sexe masculin, en Ontario, en avril 1993. Le protocole a été élaboré de concert avec le comité des détenus du pénitencier. La participation était volontaire et les tests de détection, anonymes. Afin d'assurer la confidentialité et d'encourager le plus de détenus possible à participer, aucune

donnée démographique ou liée aux comportements à risque individuelle n'a été recueillie. Cinquante pour cent de la population carcérale totale (297 détenus sur 594) y ont participé, et l'on a constaté que trois détenus étaient séropositifs (1 %). Il est difficile d'évaluer l'interprétation et les répercussions de ces résultats. En premier lieu, ainsi que les chercheurs qui ont exécuté l'étude l'ont fait ressortir, ces données ponctuelles sur la séroprévalence peuvent indiquer une sous-estimation de la séroprévalence véritable du VIH au sein de la population totale de l'établissement. En particulier, certains détenus qui considèrent qu'il y a un risque élevé qu'ils aient contracté le VIH ont peut-être choisi de ne pas participer³⁹. En outre, il ne convient pas d'appliquer les résultats de l'étude à d'autres prisons, fédérales ou provinciales, en raison de la composition différente de leur population et des risques de transmission différents dans chaque établissement³⁹. Naturellement, l'application des données à la même prison, mais plus tard, peut induire en

[5] Cependant, dans une étude effectuée au Wisconsin, on a comparé les résultats des tests obligatoires et des tests volontaires chez les détenus nouvellement incarcérés et l'on n'a constaté aucune différence importante de la séroprévalence chez les deux groupes (Ford, P.M., Connop, P.J., Panaro, L., et coll. *Seroprevalence of HIV-1 in an Ontario Male Medium Security Penitentiary*, document non publié, 1993, qui fait mention de Hoxie, N.J., Vergeront, J.M., Frisby H.R., et coll., «HIV seroprevalence and the acceptance of voluntary HIV testing among newly incarcerated male prison inmates in Wisconsin», *AM. J. Pub. Health*, 1990, 80, p. 1129-1131. Une étude semblable effectuée en Oregon a donné les mêmes résultats (Ford et coll., qui fait mention de Andrus, J.K., Fleming, D.W., Knox, C., et coll., «HIV testing in prisoners: Is mandatory testing mandatory?», *AM. J. Pub. Health*, 1989, 79, p. 840-842).

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

erreur en raison du roulement élevé des prisonniers.

À l'exception de la recherche effectuée à l'établissement Joyceville, seulement quatre études ont été exécutées afin de déterminer le niveau d'infection chez les populations carcérales au Canada. Les deux premières ont été menées dans des établissements provinciaux du Québec, sur une longue période, et, afin de déterminer les facteurs de comportement à risque, on a recueilli des données démographiques et des données liées aux comportements à risque.

La première étude a été entreprise dans un établissement à sécurité moyenne pour femmes, à Montréal⁴⁰. Des 321 participantes, 23 (7,2 %) étaient séropositives, 160 (49,8 %) ont déclaré être des utilisatrices de drogues intraveineuses et 78 (24,4 %) ont déclaré que la prostitution était leur principale source de revenus juste avant leur incarcération. Parmi les utilisatrices de drogues intraveineuses ayant déclaré la prostitution comme principale source de revenus, 10 sur 60 (16,7 %) étaient infectées par le VIH, comparativement à 11 des 100 utilisatrices de drogues intraveineuses ne s'étant pas adonnées à la prostitution. La consommation de drogues intraveineuses au moyen d'aiguilles non stériles et les relations sexuelles non protégées avec un utilisateur de drogues intraveineuses se sont révélées les facteurs de risque les plus importants en ce qui concerne l'infection à VIH⁴¹[6].

La deuxième étude, qui porte sur les facteurs de risque reliés à l'infection à VIH chez les hommes incarcérés, a été faite de janvier 1990 à juillet 1992, dans deux établissements correctionnels provinciaux du Québec. Des 588 participants, 21 (3,6 %) étaient séropositifs.

Pour 490 participants, il existe des renseignements combinés sur les pourcentages relatifs à la consommation de drogues intraveineuses antérieure et à l'infection à VIH. Des 237 participants ayant déclaré avoir consommé des drogues intraveineuses, 18 (7,6 %) étaient infectés par le VIH, alors que seulement un (0,4 %) des 253 participants n'ayant pas consommé de drogues intraveineuses était infecté par le VIH⁴²[7].

Plus récemment, une étude de la prévalence du VIH parmi les détenus, à leur entrée dans les établissements correctionnels provinciaux pour adultes en Colombie-Britannique a été effectuée par le Dr Rethon, directrice des services de santé de la B.C. Corrections Branch.^[8] Le projet avait pour but de permettre (1) d'estimer l'ampleur du problème de l'infection à VIH chez les détenus des établissements correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique; (2) d'appuyer la nécessité d'un programme d'éducation global sur les maladies infectieuses pour les détenus; (3) d'appuyer la remise de condoms et d'eau de javel dans les établissements correctionnels de la C.-B.; (4) de prévoir les besoins futurs en ressources liés à l'éducation sanitaire et aux soins de santé; (5) de cibler certains groupes ou types de détenus critiques d'après des données démographiques comme le sexe, l'âge ou le lieu, pour ce qui est de l'établissement des budgets des soins de santé et des programmes de prévention; (6) d'obtenir une base de données pour des recherches ultérieures sur les répercussions des programmes et des initiatives de la B.C. Corrections Branch liées à l'infection à VIH; (7) de comparer la prévalence au sein de la B.C. Corrections Branch avec celle qui existe dans la population générale du Canada et d'autres

[6] Une analyse préliminaire des données a été effectuée sur un groupe initial de 248 femmes (Hankins, C., et coll., «Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, 168, p. 15-33. Des 130 femmes faisant partie de ce groupe initial ayant déclaré être des utilisatrices de drogues intraveineuses, 108 (83,7 %) ont déclaré avoir prêté ou emprunté des seringues et 56 (51,9 %) ont dit l'avoir fait avec des étrangers. Treize (10,2 %) participantes ont déclaré avoir échangé des seringues avec une personne infectée par le VIH. Un pourcentage étonnant (82%) de toutes les prostituées du groupe initial ont déclaré avoir consommé des drogues intraveineuses avant leur incarcération.

D'autres femmes (474) ont été interviewées entre janvier 1990 et mai 1992. Les analyses statistiques étaient en cours au moment de la rédaction. Le rapport sera disponible en février 1994.

[7] Au total, 972 détenus ont participé à l'étude. Un rapport final sera disponible en février 1994.

[8] On trouvera une description plus détaillée de l'étude à l'annexe 8 du document *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

ÉTUDES DE SÉROPRÉVALENCE

juridictions correctionnelles de l'Amérique du Nord et de l'étranger, lorsque c'est possible⁴³.

En préparant l'étude, la B.C. Corrections Branch a mené un projet pilote sur l'analyse d'échantillons de salive au Surrey Pretrial Services Centre, en avril 1992. En octobre, en novembre et en décembre 1992, on a demandé à tous les détenus adultes renvoyés avec détention provisoire à des établissements correctionnels de la C.-B. de participer à l'étude de la prévalence du VIH. Au total, 2 719 détenus ont été interviewés et ont subi l'évaluation habituelle d'admission, concernant notamment les antécédents médicaux et un examen physique. On a également consigné des données personnelles et démographiques, notamment le groupe d'âge, le sexe, le centre à l'admission, les antécédents en matière de consommation de drogues intraveineuses et l'origine ethnique (autochtones ou non-autochtones seulement). Le test était volontaire et les échantillons n'étaient pas reliés : on recueillait la salive sur un essuie-tout.

Parmi les 2 719 détenus interviewés, 8,7 % (237) ont refusé le test et 1 % (28) ont eu un résultat positif^[9], comparativement au pourcentage de séroprévalence de 0,1 % de la population générale de la Colombie-Britannique. Ainsi que l'indique le rapport préliminaire de l'étude, l'une des plus importantes corrélations avec la séropositivité était le sexe : le pourcentage global de séroprévalence chez les hommes, tant autochtones que non-autochtones, était de 0,9 %, alors qu'il était de 3,1 % chez les femmes. Cinq des 109 femmes non autochtones (4,6 %), étaient séropositives^[10], mais aucune des 54 femmes autochtones ne l'était.

De plus, on a constaté que la corrélation entre la consommation de drogues intraveineuses et la

séropositivité était très élevée, surtout chez les femmes; 854 détenus (31,4 % de l'échantillonnage) ont déclaré consommer des drogues intraveineuses. Parmi ceux-ci, 18 (2,1 %) étaient séropositifs, 726, séronégatifs et 110 (12,9 %) ont refusé de subir le test^[11]. Parmi les 1 865 détenus qui ont nié avoir jamais consommé des drogues intraveineuses, 10 (0,5 %) étaient séropositifs, 1 628 étaient séronégatifs et 127 (6,8 %) ont refusé de subir le test. Dans cette étude, le risque relatif de l'utilisateur de drogues intraveineuses d'être séropositif était donc de 4,2 fois plus élevé que celui d'une personne qui déclarait ne pas avoir consommé de drogues intraveineuses. Chez les femmes, la contribution relative de la consommation de drogues intraveineuses à la séropositivité était encore plus élevée, 100 % des femmes séropositives ayant déclaré qu'elles avaient consommé des drogues intraveineuses. Pour les hommes, cette consommation était un facteur de risque dans 57 % des cas.

On a demandé aux détenus s'ils savaient s'ils étaient séropositifs; 19 participants ayant répondu qu'ils l'étaient se sont révélés séronégatifs, et 17 qui avaient dit être séronégatifs ou qui ne le savaient pas, se sont révélés séropositifs. Seulement 11 personnes ont dit qu'ils étaient séropositifs et se sont révélés tels après le test. Dans son analyse, le Dr Rethon voit là une indication claire que nous risquons fortement de faire erreur lorsque nous étiquetons un patient selon ce qu'il croit ou ce qu'il dit être vrai relativement à la séropositivité⁴⁴.

Par suite de son analyse, le Dr Rethon a formulé plusieurs recommandations à la B.C. Corrections Branch, notamment de poursuivre les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et

[9] Au cours de l'étude, les détenus ayant refusé le test ont été traités comme s'ils avaient eu un résultat négatif. S'ils avaient subi le test et s'étaient avérés séropositifs, la prévalence aurait été supérieure.

[10] Cependant, d'après une analyse de cette étude, il faut interpréter ces données avec prudence, en particulier parce qu'on a demandé à seulement 54 femmes autochtones de subir le test et que sept d'entre elles ont refusé. Si l'une de ces dernières avait subi le test et s'était révélée séropositive, le pourcentage concernant les femmes autochtones aurait été très différent.

[11] Cela veut dire que la partie de la population à l'étude à risque très élevé a accepté le test moins souvent. Le taux réel de séroprévalence peut donc être supérieur à celui que l'étude a permis de constater.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

des personnes de moins de 30 ans; de continuer à mettre des condoms et de l'eau de javel à la disposition de tous les détenus des centres correctionnels de la C.-B.; et d'étendre l'étude de séroprévalence aux établissements pour les jeunes.

Dans une quatrième étude, sur la prévalence du VIH dans les prisons et les centres de détention de l'Ontario, on a utilisé une méthode non reliée anonyme afin de déterminer le pourcentage d'infection à VIH-1 chez les détenu(e)s des deux sexes, jeunes et adultes, dans les prisons de l'Ontario. Plus de 12 000 échantillons ont été recueillis dans 42 prisons et centres de détention au cours d'une période de six mois. On a également obtenu des renseignements sur l'âge, le sexe et les antécédents en matière de consommation de drogues intraveineuses. Les échantillons d'urine, recueillis lorsque les détenus sont admis dans l'établissement, ont été examinés. 1.2 % des détenues et 1 % des détenus se sont révélés séropositifs.^[12]

On ignore dans quelle mesure les résultats ces études s'appliquent aux établissements correctionnels fédéraux. On a dit qu'il y a des différences entre les établissements fédéraux et les établissements provinciaux en ce qui concerne la séroprévalence et, en particulier, qu'il serait trompeur d'estimer les taux de séroprévalence au sein de la population de ressort fédéral à partir des données recueillies dans le cadre des études réalisées au Québec⁴⁵. Quant à l'étude effectuée dans un établissement à sécurité moyenne pour femmes à Montréal, on a dit qu'elle portait sur une population composée exclusivement de détenues provenant d'un secteur géographique du Québec où on retrouve une proportion très élevée de prostituées et de toxicomanes⁴⁶. Le Dr Hankins, qui a réalisé les études sur la population carcérale du Québec, a répondu qu'il n'avait pas été établi

que les individus à risque élevé du point de vue de l'infection à VIH avaient tendance à être proportionnellement plus nombreux dans les prisons fédérales ou provinciales, et que, selon de récentes études menées aux États-Unis, les taux de séroprévalence dans les prisons américaines ne diffèrent pas de façon significative, à l'intérieur d'un même État, selon qu'il s'agit d'un établissement fédéral ou d'un établissement d'État⁴⁷.

Qu'il y ait ou non des différences significatives entre les taux de prévalence dans les établissements fédéraux et des établissements provinciaux, les études menées dans les établissements provinciaux indiquent que l'incidence du SIDA et de l'infection à VIH dans les prisons canadiennes, y compris les pénitenciers fédéraux et indépendamment du sexe, est plus élevée qu'on le croyait⁴⁸. L'étude entreprise à l'établissement Joyceville a permis de confirmer ce fait, du moins en partie.

Au cours de décembre 1993, on savait que 102 des 13 084 détenus de ressort fédéral étaient infectés par le VIH, ce qui représente une hausse substantielle par rapport à janvier 1992, où l'on savait que 56 des 12 838 détenus de ressort fédéral étaient infectés. Les cas d'infection à VIH ou de SIDA signalés ont augmenté dans chaque région du SCC⁴⁹.

	Janvier 1992		Décembre 1993	
	Nombre de détenus incarcérés	Cas de VIH/SIDA signalés	Nombre de détenus incarcérés	Cas de VIH/SIDA signalés
Atlantique	1 137	3	1 283	4
Québec	3 792	40	3 668	60
Ontario	3 648	6	3 618	21
Prairie	2 659	5	2 800	8
Pacifique	1 602	2	1 715	9
Totals	12 838	56	13 084	102

[12] Les résultats détaillés de l'étude figurent à l'annexe 8 du document *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*. Contrairement aux études effectuées à l'établissement Joyceville et en Colombie-Britannique, fondées sur la participation volontaire, en Ontario, on a analysé tous les échantillons d'urine recueillis à des fins courantes et l'on n'a donc pas eu besoin du consentement éclairé. Une description des méthodes utilisées pour l'étude ont été présentées à la troisième conférence annuelle sur la recherche sur le VIH/SIDA, à Montréal : voir Calzavara, L., Major, C., Myers T., et coll., *An Anonymous Unlinked HIV Prevalence Study of Inmates in Ontario*, document présenté à la conférence, Montréal, Canada, du 13 au 15 mai 1993. Voir également Calzavara, L., Major, C., Myers T., et coll., *Balancing Science and Demands of Interest Groups : An Anonymous Unlinked Study of HIV-1 Among Prisoners*, présentation par affiche à la IX^e conférence internationale sur le SIDA, Berlin, Allemagne, du 7 au 11 juin 1993.

Dans la région du Québec, on savait que presque un détenu sur 60 (1,6 %) était infecté par le VIH en décembre 1993. Pour les autres régions, les cas d'infection à VIH ou de SIDA signalés, par millier de détenus incarcérés, étaient les suivants⁵⁰ :

	Janvier 1992	Décembre 1993
Atlantique	2,63	3,12
Québec	10,54	16,36
Ontario	1,64	5,00
Prairie	1,88	2,86
Pacifique	1,24	5,25

Selon ces données, dans les établissements fédéraux canadiens, le taux global d'infection est d'un détenu sur 128 (0,78 %). Toutefois, selon l'étude entreprise à l'établissement Joyceville, même si celle-ci ne donne des données sur la prévalence de l'infection à VIH que dans un seul établissement fédéral, la prévalence réelle est plus élevée. Certains croient qu'il est plus probable que cette proportion soit plutôt d'environ un sur 20 que un sur 128⁵¹. Bien que cette observation concorde avec les conclusions du Comité parlementaire sur le SIDA, lequel, dans un rapport publié en 1990, indiquait que «la réalité [le nombre réel de détenus atteints du SIDA ou infectés par le VIH] doit être tellement différente [des statistiques officielles] que ces statistiques ne sont d'aucune utilité⁵²», pareille affirmation n'est pas fondée et semble irréaliste à la lumière des résultats des études susmentionnées.

Ailleurs dans le monde, des taux particulièrement élevés ont été enregistrés dans certains pays du sud de l'Europe, par exemple 26 % en Espagne et 17 % en Italie⁵³. Des taux élevés ont aussi été enregistrés en France (13 % pour 500 admissions consécutives), en Suisse (11 % selon une étude transversale réalisée dans cinq prisons du canton de Berne) et dans les Pays-Bas (11 % au sein d'un échantillon de détenus à Amsterdam)⁵⁴. Aux États-Unis, la répartition géographique des cas de SIDA et d'infection à VIH est très inégale. Un grand nombre d'administrations pénitentiaires font encore état d'un taux inférieur à un pour cent, alors que quelques-unes, comme celles de l'État et de la ville de New York, font état de taux

s'approchant de 20 % ou dépassant ce seuil⁵⁵. Par exemple, dans l'État de New York, 17 à 20 % des 54 000 détenus de l'État, soit environ 9 000, seraient séropositifs⁵⁶. Par contre, certains pays européens, notamment la Belgique, la Finlande, l'Islande et certains *Länder* de l'Allemagne, font état de taux peu élevés⁵⁷. L'Australie fait aussi état de taux peu élevés variant entre 0 % et 2,9 %⁵⁸. En général, il faut être prudent lorsqu'on compare et interprète les données de différents pays, car les méthodes appliquées diffèrent (par exemple, test obligatoire pour tous les détenus, dépistage uniquement dans le cas des détenus ayant eu un «comportement à risque élevé» ou dépistage volontaire). Toutefois, ces études démontrent invariablement que l'incidence de l'infection à VIH est plus élevée au sein des populations carcérales que dans les autres populations⁵⁹. Elles démontrent aussi que la prévalence du VIH au sein de la population carcérale est, en général, étroitement liée à la proportion de détenus qui consommaient des drogues intraveineuses avant leur incarcération ainsi qu'au taux d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogues intraveineuses à l'extérieur⁶⁰. Par exemple, une étude réalisée dans le nord de l'Italie, dans laquelle on comparait des détenus ayant consommé des drogues intraveineuses avec des détenus chez qui aucun des facteurs de risque associés à l'infection à VIH n'avait été observé, a révélé que 36,3 % des utilisateurs de drogues intraveineuses étaient séropositifs, comparativement à 7,9 % chez les autres⁶¹. Une étude faite dans une prison de France a permis de constater que 61 % des détenus qui étaient des utilisateurs de drogues intraveineuses étaient séropositifs⁶². De même, une étude sur les comportements à risque liés au VIH et sur la prévalence du VIH chez des ex-détenus en Angleterre a révélé un taux général de prévalence de 5 %, mais chez les utilisateurs de drogues intraveineuses, ce taux était de 15,5 % chez les femmes et de 7,7 % chez les hommes⁶³. Aux États-Unis, les circonscriptions où la prévalence du VIH est la plus forte dans les prisons sont celles où l'infection à VIH au sein de la collectivité est très répandue parmi les utilisateurs de drogues intraveineuses, lesquels sont, dans une très grande mesure,

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

surreprésentés dans les établissements correctionnels⁶⁴. La *U.S National Commission on AIDS* a déclaré, au sujet de cette situation qu'en choisissant l'incarcération massive en réponse au phénomène de la consommation de drogues, le gouvernement fédéral et les gouvernements des États ont créé une politique *de facto* en vertu de laquelle de plus en plus de personnes infectées par le VIH sont incarcérées⁶⁵.

Au Canada, des programmes de distribution de seringues^[13] ont été implantés dans les grandes villes au moment où les taux d'infection chez les utilisateurs de drogues intraveineuses étaient relativement peu élevés. Il semble que ces programmes aient permis de réduire la propagation de l'infection à VIH au sein de ces populations et qu'ils aient donné l'occasion d'éduquer les utilisateurs de drogues et de faciliter leur accès à de nombreux services de soutien. Comme les utilisateurs de drogues intraveineuses constituent, de loin, le plus important groupe de détenus infectés par le VIH, les taux relativement moins élevés de prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues intraveineuses au Canada, par rapport aux taux de certains pays européens et de certains États américains, laissent supposer que la prévalence de l'infection à VIH chez les détenus serait aussi moins forte. Ces données semblent indiquer, de plus, que l'application d'un programme de distribution de seringues à l'extérieur des prisons a été l'un des principaux facteurs qui ont contribué à réduire la propagation de l'infection à VIH dans les prisons. Santé Canada a financé une étude visant à évaluer les programmes de distribution de seringues au Canada, et les résultats devraient être disponibles vers la fin de 1993.

DÉBAT

La nécessité de réaliser des études de prévalence de l'infection à VIH dans les prisons a fait l'objet d'un vaste débat au Canada. En 1990, le Comité parlementaire sur le SIDA a recommandé «que le

ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec le Service correctionnel du Canada, entreprenne immédiatement une étude pilote en se servant de techniques d'enquête non reliées sur la prévalence de la séropositivité et en prenant toutes les sauvegardes éthiques nécessaires pour évaluer le niveau d'infection à VIH dans les prisons fédérales⁶⁶». À cette occasion, le Commissaire du Service correctionnel du Canada s'est plaint du manque de renseignements sur lesquels pourrait être fondée une politique globale sur le VIH/SIDA dans les prisons. Il a admis «qu'il n'avait pas de données concrètes sur l'étendue de l'infection à VIH dans les prisons⁶⁷». Il a aussi indiqué, cependant, qu'il ne serait pas possible d'obtenir ces renseignements et que toute tentative en ce sens poserait des problèmes d'éthique et de droit. Le Comité parlementaire a répondu que «des tests non reliés, c'est-à-dire qui ne permettraient pas d'identifier un détenu en particulier, effectués à partir de surplus d'échantillons de sang, pourraient nous fournir des données fiables sur la prévalence de l'infection par le VIH» et qu'on «pourrait effectuer le même genre de tests en faisant des prises de sang aux détenus qui arrivent et qui sont relâchés, ce qui nous permettrait de déterminer le nombre de personnes infectées pendant leur détention⁶⁸». Une étude réalisée en 1990, qui avait pour but de déterminer la faisabilité d'une évaluation scientifique de la prévalence du VIH et des comportements à risque qui y sont associés chez les détenus, indique que cette évaluation est non seulement réalisable techniquement mais qu'elle n'est pas contraire à l'éthique⁶⁹.

Le SCC a dit craindre que les études de séroprévalence stigmatisent encore davantage une population qui l'est déjà et soulèvent des questions litigieuses sur le plan de l'éthique⁷⁰.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé que les ministères de la Santé et le ministre du Solliciteur général envisagent des recherches à frais partagés, dans

[13] L'expression «distribution de seringues» est utilisée dans le présent rapport, mais le Comité reconnaît qu'il n'est pas exhaustif et ne caractérise pas adéquatement les divers services d'extension que la plupart des programmes de «distribution de seringues» offrent à leurs clients.

les limites des ressources disponibles, en particulier des études sur les connaissances, les attitudes et les comportements, et des études de prévalence du VIH⁷¹.

Dans le mémoire présenté au CESP, le Dr Hankins souligne elle aussi la nécessité d'entreprendre des études de séroprévalence. Elle soutient que, tant qu'il n'y aura pas d'études indiquant la prévalence réelle de l'infection à VIH-1 chez les individus incarcérés dans les établissements fédéraux au Canada, les affirmations selon lesquelles il y aurait des différences à cet égard entre la population carcérale sous juridiction fédérale et celle relevant des provinces ne peuvent être validées⁷². Elle affirme aussi que, tant que des études de séroprévalence ne sont pas entreprises, on ne peut se faire une idée précise de l'ampleur et de la gravité de l'épidémie de l'infection à VIH dans les prisons fédérales et que, sans cette information, l'élaboration des politiques, l'affectation des ressources et l'évaluation de l'efficacité des interventions, tant dans les prisons que la collectivité, sont extrêmement difficiles. Cependant, le Dr Hankins a fait valoir que si, pour des raisons financières, il faut choisir entre établir les taux d'infection et modifier les politiques qui permettraient de fournir des moyens de prévention aux détenus, il faudrait alors renoncer à la recherche et favoriser les mesures préventives⁷³.

D'autres se sont opposés aux études de séroprévalence. Par exemple, dans son mémoire au ministre de la Santé et au ministre des Services correctionnels de l'Ontario, le PASAN indique qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer des études de séroprévalence pour savoir que le VIH/SIDA menace des vies dans les prisons⁷⁴. Il souligne également que nous savons que l'épidémie a atteint un niveau critique dans les prisons ailleurs dans le monde⁷⁵, et que les autorités canadiennes devraient savoir, par conséquent, qu'il y a à tout le moins risque d'épidémie au sein de la population carcérale canadienne. Il conclut que, même si les motifs qui sous-tendent l'application de tests de détection des anticorps anti-VIH sont légitimes, en cette période de restriction des ressources, les études

de séroprévalence du VIH ne constituent peut-être pas la manière la plus judicieuse d'utiliser des fonds faisant l'objet de restrictions importantes⁷⁶. Il ajoute que l'application généralisée de tests de détection des anticorps anti-VIH dans les prisons serait très longue et onéreuse, et qu'il serait plus sage de consacrer les sommes d'argent que nécessiterait une telle entreprise à l'amélioration des soins et des services offerts aux détenus atteints du SIDA ou infectés par le VIH⁷⁷. Le PASAN a aussi souligné que, compte tenu des problèmes reliés actuellement à l'application des programmes de détection dans les prisons, la plupart des études sur la séroprévalence du VIH seraient inacceptables sur le plan de l'éthique à l'heure actuelle, car les lignes directrices applicables à de telles études⁷⁸ exigent que des mécanismes permettant d'assurer la confidentialité des résultats des tests aient été mis en place avant qu'une étude de séroprévalence ne soit entreprise⁷⁹.

Les Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons, adoptées par l'Organisation mondiale de la santé, contiennent la disposition suivante relativement à l'évaluation et à la recherche dans les prisons :

58. Il est recommandé d'entreprendre des études sur le VIH/SIDA dans les populations carcérales afin d'établir une base d'informations adéquate pour la planification des politiques et les interventions dans ce domaine. On pourrait, par exemple, approfondir la question de la prévalence de l'infection à VIH ou de la fréquence des comportements à risque dans la transmission du VIH⁸⁰.

Parmi ceux qui ont commenté le Document de travail, certains ont également examiné la question de savoir si des études de séroprévalence devraient être entreprises. Un grand nombre ont souscrit à la conclusion du CESP. En particulier, ils ont reconnu que les études ne devraient être exécutées que si elles sont conformes aux lignes directrices en matière d'éthique et si elles sont précédées d'une vaste consultation des

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

prisonniers et des représentants de la collectivité. Certains se sont opposés à toute étude de séroprévalence. Par exemple, une personne a déclaré que les études de séroprévalence «sont inutiles et que leur efficacité par rapport au coût est donc nulle» et que les ressources «sont mieux utilisées si elles sont consacrées à des tests anonymes de détection des anticorps anti-VIH, accompagnés de séances de counselling adéquates avant et après l'application des tests». Elle a conclu ainsi :

En tant que moyen visant à ralentir la transmission de l'infection à VIH dans les prisons canadiennes, le tests anonymes de détection des anticorps anti-VIH permettraient aux détenus de savoir s'ils sont séropositifs et de recevoir du counselling individuel sur la transmission du VIH, ce qui les sensibiliserait à la menace du VIH et à la nécessité de réduire les comportements à risque. Par contre, les études de séroprévalence ne donnent pas aux détenus le contrôle de leur santé ni ne les protègent, pas plus que les autres, contre la transmission du VIH. En théorie, les études de séroprévalence aident à établir les politiques et à affecter les ressources, mais le rapport entre un taux élevé de séroprévalence et un engagement ferme de la part de ceux qui adoptent les politiques et affectent les ressources est fort probablement faible. Trop de variables sont en cause – la majorité ayant trait aux politiques partisans, aux élections et à l'importance accordée à l'heure actuelle, au sein des cercles politiques, à l'opinion publique⁸¹.

D'autres personnes appuyaient les études de séroprévalence dans les établissements correctionnels fédéraux. Le Dr Calzavara a jugé la conclusion du CESP, selon laquelle les études de séroprévalence devaient être mises en veilleuse, quelque peu surprenante. Elle a convenu que la mise en oeuvre des programmes ne devraient pas attendre les résultats des études de séroprévalence, mais elle a fait remarquer que ces dernières «sont un outil fondamental permettant de surveiller la prévalence du VIH dans toutes les populations», qu'elles servent à «identifier les sous-groupes ayant des taux de prévalence supérieurs, à surveiller les modifications des taux de prévalence du VIH qui surviennent et à cibler les programmes de prévention et à en évaluer les répercussions⁸². Ceux qui favorisaient les études de séroprévalence ont souvent prétendu que celles-ci sont nécessaires pour que l'on puisse avoir une idée claire de l'étendue du problème dans les établissements correctionnels fédéraux¹⁴. Cette opinion concorde avec la conclusion du Dr Ford, qui a entrepris l'étude de séroprévalence à l'établissement Joyceville, selon lequel «d'autres études devraient être faites au Canada, au niveau tant provincial que fédéral, afin de déterminer l'étendue du problème⁸³.»

Le Dr Rothon a convenu avec le CESP que d'autres études de séroprévalence du VIH sur les détenus ne sont peut-être pas justifiées en raison des coûts ou de la nécessité, prétendant que, «à l'heure actuelle, il semble y avoir beaucoup de preuves appuyant le fait que le VIH constitue un problème grave dans les prisons». Cependant, elle a ajouté ce qui suit, fondé sur son expérience personnelle :

[14] Voir, par exemple, les commentaires de Rodger Brock, directeur, établissement Matsqui, 27 août 1993, de Michael Linhart, pour le *Prisoners of HIV Group*, établissement de Mission, 7 septembre 1993, et de Kenneth Moritsugu, chirurgien adjoint général, directeur médical, U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Prisons, sans date, sur le Document de travail du CESP. Le Dr Moritsugu a signalé qu'aux États-Unis le Federal Bureau of Prisons a adopté un échantillonnage aléatoire stratifié annuel pour les tests de détection. Cet échantillonnage regroupe environ 10 % de la population carcérale totale et est stratifié selon plusieurs variables, par exemple la race, le groupe ethnique, le sexe, l'âge et le niveau de l'infraction, afin de donner une image représentative. Cette étude de séroprévalence est menée tous les ans, pendant un mois. Les études de suivi effectuées sur une cohorte de nouveaux détenus incarcérés qui étaient à l'origine séronégatifs donnent des renseignements sur la séroconversion. On a jugé que les statistiques obtenues selon cette méthode «sont fiables et valides, mais, point encore plus important, elles constituent un excellent fondement pour les modèles de projection permettant d'établir les budgets et d'affecter les ressources humaines». Cependant, de tels tests semblent contraires aux *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* (1993), de l'Organisation mondiale de la santé, selon lesquelles «les tests de détection anonymes non reliés pour la surveillance épidémiologique ne devraient être envisagés que si cette méthode est utilisée dans la population générale du pays en cause».

[M]ême si, avant l'étude, les administrateurs des services correctionnels et des services de santé reconnaissaient de façon générale que le VIH représentait un problème dans les prisons, ce n'est qu'après la présentation de données concrètes s'appliquant précisément à nos centres que ce problème est devenu le point de mire. L'impact de cette étude et les taux de prévalence alarmants qu'elle indiquait ont beaucoup contribué à accélérer la planification et le financement des ressources concernant l'éducation, les tests de détection et le counselling, à sensibiliser davantage les employés et les détenus ainsi qu'à réaffirmer la nécessité de distribuer des condoms et de l'eau de javel, déjà disponibles dans tous les établissements relevant de la B.C. Corrections⁸⁴.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP reconnaît la validité d'un grand nombre des préoccupations soulevées dans les commentaires sur le Document de travail en ce qui touche l'utilité possible des études de séroprévalence du VIH relatives aux détenus des établissements correctionnels fédéraux. Cependant, il s'inquiète du fait que les études de séroprévalence pourraient coûter cher et détourner les ressources ou retarder les mesures de prévention de la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels, et il les considère comme inutiles à la mise en oeuvre de ces mesures.

Le CESP considère que les mesures les plus importantes face au problème de l'infection à VIH et du SIDA dans les pénitenciers canadiens consisteraient à accroître les efforts en vue de protéger la santé des détenus et des membres du personnel et à empêcher la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels. Ces efforts devraient comprendre, entre autres, des programmes éducatifs plus efficaces et plus nombreux au sujet du VIH/SIDA et de la consommation de drogues, tant pour le personnel que pour les détenus, un accès plus facile des

détenus aux condoms, accès à l'eau de javel, et la mise en oeuvre, à l'intention du personnel, de mesures de protection plus efficaces contre la transmission du VIH. Ces mesures sont décrites de façon détaillée ci-dessous; elles devraient toutes être mises en oeuvre, sans exception, indépendamment de la séroprévalence du VIH dans les établissements correctionnels. Le CESP reconnaît également que l'affectation des ressources et l'évaluation de l'efficacité des interventions peuvent être plus difficiles en l'absence d'études de séroprévalence. Cependant, il semble que les avantages qu'offriraient des programmes de détection répétés, qui pourraient faciliter la prise de décisions au chapitre de l'affectation des ressources et permettre une meilleure évaluation des interventions, ne justifieraient pas le coût relativement élevé de ces programmes. Le Comité s'inquiète aussi des limites de ces études, qui fournissent des données ponctuelles sur la séroprévalence (c'est-à-dire une «image fixe» de la situation), dont l'utilité peut être faible en raison de la participation peu élevée des détenus, comme ce fut le cas dans l'étude sur Joyceville, et où la présence de variables comme le roulement de la population carcérale et les différences entre les établissements engendrent la confusion. Eu égard à ces limites, les résultats des études de séroprévalence entreprises dans l'établissement Joyceville et les prisons provinciales devraient être évalués avec soin afin que l'on détermine l'opportunité de procéder à d'autres études de ce genre. Si d'autres études sont faites, il faudra qu'elles soient rentables, qu'elles soient conformes à tous égards aux lignes directrices établies en matière d'éthique⁸⁵ et qu'elles soient précédées d'une vaste consultation des détenus, des groupes communautaires et d'experts indépendants.

RECOMMANDATIONS

1. **Le CESP recommande qu'on évalue les résultats des études de séroprévalence menées dans l'établissement Joyceville et les prisons provinciales, afin d'établir s'il y a lieu de procéder à d'autres études. Toute autre étude ne devrait être entreprise que**

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

si elle est rentable, conforme à tous égards aux lignes directrices établies en matière d'éthique et précédée d'une vaste consultation des détenus, des groupes communautaires et d'experts indépendants.

2. TESTS DE DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI-VIH

SITUATION ACTUELLE

Les paragraphes 9 à 13 de la Directive du Commissaire n° 821, *Gestion des détenus atteints d'infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, indiquent ce qui suit :

9. Il n'y a pas lieu d'effectuer automatiquement une recherche d'anticorps anti-VIH chez les détenus, que ce soit lors de leur entrée dans le système correctionnel ou pendant leur incarcération.
10. La recherche des anticorps anti-VIH est régie par les critères d'un consentement valide énumérés dans la Directive du Commissaire n° 803, intitulée «Consentement relatif aux traitements médicaux, dentaires ou psychiatriques».
11. Les détenus qui souhaitent subir l'analyse peuvent en faire la demande au médecin de l'établissement. Celui-ci déterminera si cette mesure est indiquée, selon la nécessité de confirmer le résultat d'un examen médical ou d'analyses de laboratoire faisant penser à une infection à VIH. C'est également lui qui décidera d'accepter ou non les demandes d'analyses présentées par des détenus ayant des antécédents d'activités à risque élevé à l'égard de l'infection à VIH.
12. Avant les analyses, le personnel des services de santé discutera avec le détenu des répercussions possibles de cette vérification et des résultats de celle-ci.

13. Une fois les résultats reçus, les détenus séropositifs recevront des services de counseling de la part du personnel médical et auront accès à toute la gamme de services de counseling offerts dans l'établissement et dans la collectivité.

Conformément à cette politique, dans les pénitenciers canadiens, la recherche de l'anticorps anti-VIH est effectuée sur une base volontaire, c'est-à-dire uniquement avec le consentement éclairé du détenu. Au départ, les tests étaient effectués à la discrétion du médecin de l'établissement. Il en est résulté que les détenus avaient un accès plus limité aux tests que les personnes vivant en dehors des prisons. Depuis, le problème a été réglé, du moins en partie, puisque les tests sont maintenant faites à la demande des détenus. Cette nouvelle pratique est exposée dans la version révisée de la Directive du Commissaire n° 821 (qui n'a pas encore été approuvée). Les paragraphes 9 à 12 de cette Directive, selon lesquels il faut offrir aux détenus la possibilité de subir un test de dépistage de l'anticorps anti-VIH, sont libellés ainsi :

9. Il n'y a pas lieu d'effectuer automatiquement une recherche d'anticorps anti-VIH chez les détenus, mais il faut offrir à ces derniers la possibilité de subir un test de dépistage.
10. La recherche des anticorps anti-VIH est régie par les critères d'un consentement valide énumérés dans la Directive du Commissaire n° 803, intitulée «Consentement relatif aux traitements médicaux, dentaires ou psychiatriques».
11. Avant les analyses, le personnel des services de santé discutera avec le détenu des répercussions possibles de cette vérification et des résultats de celle-ci.
12. Une fois les résultats reçus, les détenus, qu'ils soient séropositifs ou non, recevront des services de counseling de la part du personnel médical et auront accès à toute la gamme de services de counseling

TESTS DE DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI-VIH

offerts dans l'établissement et dans la collectivité.

Le test est nominatif et est effectué par le personnel des services de santé de l'établissement. On n'offre pas de test non nominatif ou anonyme^[15].

Afin de faire en sorte que le personnel des services de santé offrent du counselling approprié avant et après les analyses, le SCC évalue actuellement les lignes directrices qui existent en matière de counselling, y compris celles de l'Association médicale canadienne⁸⁶, en vue de les adapter au milieu correctionnel.

DÉBAT

La politique et la pratique du SCC de ne procéder à des tests de détection des anticorps anti-VIH que sur une base volontaire reçoivent un appui presque unanime. Cette politique est conforme au principe général régissant la recherche de l'anticorps anti-VIH au Canada, selon lequel «la recherche de l'anticorps anti-VIH ne doit être pratiquée que sur une base volontaire, c'est-à-dire uniquement si l'intéressé donne son consentement éclairé...»^{87[16]}. Elle concorde aussi avec les politiques et les pratiques en vigueur dans les prisons provinciales ainsi qu'avec les *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* de l'Organisation mondiale de la santé, selon lesquelles:

10. La recherche obligatoire de l'anticorps anti-VIH chez les prisonniers est une

pratique inefficace qui va à l'encontre de l'éthique; elle devrait être interdite.

11. La recherche volontaire devrait être pratiquée dans les prisons lorsqu'elle est pratiquée dans la communauté, pourvu que des services de counselling soient offerts avant et après la recherche. La recherche volontaire ne devrait être pratiquée qu'avec le consentement éclairé du détenu. Une aide devrait être offerte aux détenus au moment où ils sont informés des résultats du test et pendant la période qui suit⁸⁸.

Au Canada, on considère qu'il est «injustifié» d'obliger les détenus à subir le test de détection des anticorps anti-VIH⁸⁹. On s'entend sur le fait que cette pratique ne serait pas conforme aux dispositions de la *Charte canadienne des droits et libertés*. À ce propos, il est dit explicitement dans la politique de Terre-Neuve et du Labrador que :

Personne ne peut être forcé de subir un test de détection des anticorps anti-VIH. Seul un professionnel de la santé peut effectuer ce test après avoir obtenu au préalable le consentement éclairé du sujet. Toute mesure visant à contraindre un détenu à subir ce test en l'absence de son consentement peut constituer non seulement une violation des droits fondamentaux de la personne prévus par la *Charte canadienne des droits et libertés* («chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne» et «à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives»), mais aussi une infraction prévue au *Code criminel*⁹⁰.

[15] Une épreuve nominative (ou un test nominatif) est une épreuve dans le cadre de laquelle «l'identité de la personne qui subit l'épreuve est connue du médecin qui en fait la demande et du laboratoire qui l'effectue». Dans le cas d'une épreuve non nominative, «les résultats peuvent être reliés à la personne qui subit l'épreuve par un code (qui n'inclut aucune identification personnelle) que cette dernière connaît. Le médecin connaît lui aussi l'identité de la personne en question.» Dans le cas d'une épreuve anonyme, «les résultats peuvent être reliés au patient par un code que ce dernier est seul à connaître; le médecin (ou autre) ne peut connaître l'identité de la personne qui subit l'épreuve.» Voir l'article intitulé «Recherche de l'anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada». Recommandations du Comité consultatif national sur le sida. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, vol. 15-8, 37-47, p. 43.

[16] Cependant, ce principe exige aussi que la recherche soit effectuée uniquement lorsqu'il est possible de garantir la confidentialité des résultats ou l'anonymat. Ce principe est formulé ainsi :

La recherche de l'anticorps anti-VIH ne doit être pratiquée que sur une base volontaire, c'est-à-dire uniquement si l'intéressé donne son consentement éclairé, si des services de counselling et d'information sont disponibles et offerts avant et après l'épreuve, et si la confidentialité des résultats ou l'anonymat de l'intéressé peuvent être garantis.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

C'est dans le contexte d'un projet pilote mis en oeuvre en milieu carcéral que la *Charte* a été invoquée pour la première fois pour déclarer invalide l'analyse d'urine obligatoire effectuée en vue de détecter la consommation de drogue. Dans le jugement *Dion c. la Reine*⁹¹, il a été dit que le fait d'exiger des analyses d'urine en vue de détecter la consommation de drogue, dans le cadre d'un contrôle au hasard, constituait une violation du droit des détenus à la vie, à la liberté et à la sécurité en vertu de l'article 7 de la *Charte*. Étant donné que les autorités en cause n'exigeaient pas que les analyses d'urine soient fondées sur des motifs raisonnables et probables, la Cour a jugé que les autorités avaient exercé un pouvoir arbitraire, violant ainsi les principes de justice fondamentale prévus à l'article 7 de la *Charte*⁹². De même, dans le jugement *Jackson c. Établissement de Joyceville*⁹³, la Cour fédérale a établi que les analyses d'urine obligatoires effectuées dans les prisons fédérales dans le but de détecter la consommation de drogues et d'alcool constituaient une violation des articles 7 et 8 de la *Charte*¹⁷. Les principes qui sous-tendent cette décision s'appliqueraient de la même façon à un programme de détection de l'anticorps anti-VIH⁹⁴.

Toutefois, récemment, une recommandation a été formulée par le comité du caucus du Parti progressiste-conservateur sur les questions familiales. Cette recommandation visait à «modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* afin d'obliger tous les détenus des pénitenciers fédéraux, dont le dossier fait état d'infractions sexuelles,

d'infractions avec violence ou d'infractions relatives aux drogues, à consentir à se soumettre à un test de détection des anticorps anti-VIH et à divulguer les résultats du test dans certaines conditions, s'ils veulent être admissibles à une forme quelconque de mise en liberté avant la fin de leur peine⁹⁵». Selon le rapport du comité du caucus, qui a été publié le 9 juin 1993, les mesures législatives proposées «sont conçues pour protéger la population contre les voies de fait de la part de détenus sous responsabilité fédérale qui sont dangereux et qui sont infectés par le VIH et de faire en sorte que l'information nécessaire soit facilement accessible aux victimes en cas de voies de fait de ce genre». Les détenus dont les antécédents comprennent des infractions particulières, qui souhaitent être admissibles à une forme quelconque de mise en liberté sous condition, à une libération d'office, à des permissions de sortir sous surveillance ou à des programmes de placement à l'extérieur seraient «tenus de consentir» à subir une recherche volontaire de l'anticorps anti-VIH. Le Comité indique également dans son rapport ce qui suit :

Donc, ils devraient se soumettre à un test volontaire¹¹⁸, sinon ils seraient détenus en prison jusqu'à l'expiration de leur peine. De plus, le détenu serait tenu de consentir à la divulgation des résultats de son test, à la discrétion du chef de l'établissement, à un médecin qualifié qui serait obligé au secret. Le consentement s'appliquerait à la divulgation des résultats pour des raisons médicales valables, par exemple, pour protéger la santé physique ou émotionnelle de toute personne qui

[17] Selon les articles 54 à 56 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, un agent du SCC peut effectuer une analyse d'urine s'il a des motifs raisonnables de croire que le détenu a consommé de la drogue ou de l'alcool. L'analyse d'urine est une condition de participation à un programme de désintoxication ou une activité impliquant des contacts avec la collectivité. Elle est aussi exigée lorsque la mise en liberté sous condition est assortie de conditions interdisant la consommation de drogues ou d'alcool et peut également être effectuée dans le cadre d'un processus de contrôle au hasard où chaque détenu a des chances égales d'être sélectionné. La validité constitutionnelle de cette disposition n'a pas encore été établie.

[18] L'expression «recherche volontaire» est inappropriée dans ce contexte. Toute recherche qui serait une condition préalable que doit remplir un détenu pour être admissible à une mise en liberté sous condition, à une libération d'office, à des permissions de sortir sous surveillance ou à des programmes de placement à l'extérieur est, en fait, une recherche requise ou même une recherche obligatoire masquée. Afin d'éviter toute confusion entre les expressions «recherche volontaire», «recherche requise» et «recherche obligatoire», nous en donnons les définitions ci-après. Une recherche est volontaire dans le cas où elle «est pratiquée uniquement avec le consentement éclairé de la personne visée... et où elle ne correspond pas à la définition de la recherche requise ou obligatoire». Une recherche est requise dans le cas où elle «est soit une condition préalable que doit remplir une personne pour obtenir un statut, un avantage ou un service précis, ou pour avoir accès à une fonction donnée, soit une conséquence qui découle nécessairement de la réalisation d'au moins une des éventualités susmentionnées. Une recherche est obligatoire dans le cas où elle «est exigée par une loi ou une politique, et que la personne visée ne peut refuser de se soumettre à cette recherche, n'y l'éviter légalement.» Voir «Recherche de l'anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada», Recommandations du Comité consultatif national sur le SIDA, *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, vol. 15-8, p. 37-47.

TESTS DE DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI-VIH

pourrait être exposée au VIH à la suite d'actes commis par le détenu pendant sa mise en liberté⁹⁶.

Les détenus qui croient être infectés par le VIH refusent parfois de subir un test nominatif qui doit être effectué par le personnel des services de santé de l'établissement parce qu'ils craignent d'être isolés ou rejetés⁹⁷. Afin d'encourager les détenus à subir des tests en milieu carcéral et de préserver le caractère confidentiel des résultats de ces tests, il a été souvent recommandé d'offrir aux détenus d'autres possibilités que le test nominatif effectué par le personnel des services de santé d'un établissement.

Certains proposent que le test soit effectué par des services de santé de l'extérieur, tels que les cliniques communautaires⁹⁸. Par exemple, le PASAN a indiqué que les détenus «auraient probablement davantage confiance en des intervenants d'un organisme de la collectivité, avec lesquels ils se sentiraient rassurés sur la question de la confidentialité» et que, «dans un environnement plus «sécurisant», un plus grand nombre de détenus décideraient de subir un test et pourraient ainsi recevoir de l'information, du counselling et un traitement propres à retarder l'apparition de maladies reliées au VIH⁹⁹». De plus, le PASAN soutient que le fait de permettre à des intervenants de l'«extérieur» d'offrir des services de counselling et des tests à l'intérieur des établissements aurait pour effet d'accroître la sécurité des établissements, car «le personnel se sentirait protégé en présence de détenus qui commenceraient à modifier leur comportement de leur propre chef¹⁰⁰». De même, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé que tous les résidents/détenus aient accès, à leur demande, «à des services de counselling et à des tests de détection des anticorps anti-VIH, que la confidentialité des résultats de ces tests soit assurée et qu'un soutien psychosocial leur soit offert en permanence par des personnes formées à cette fin de qui les détenus seraient disposés à recevoir des services¹⁰¹».

Il a aussi été recommandé que les détenus aient accès à des tests anonymes¹⁰².

Certaines personnes à risque hésitent à subir le test de détection des anticorps anti-VIH. Elles craignent que leur nom figure dans les dossiers du système de santé publique, d'être victimes de discrimination et que la confidentialité ne soit pas assurée. Les tests anonymes ont pour but d'éliminer ces obstacles et d'encourager ces personnes à demander à subir des tests et à recevoir les services médicaux et sociaux dont elles ont besoin¹⁰³.

Dans la plupart des provinces, des tests anonymes sont offerts à l'ensemble de la population. Au Québec, une prison provinciale offre aussi ce genre de tests aux détenus. Les avantages perçus des tests non nominatifs effectués par le personnel des services de santé et l'expérience qu'on en a retenue dans les prisons ont été résumés ainsi :

Les services de counselling et le dépistage volontaire peuvent être rentables et avoir pour effet de simplifier la planification des ressources. Comme les tests n'ont pas pour but de dépister les détenus infectés en vue de les isoler, mais plutôt d'informer tous les détenus, qu'ils soient infectés ou non, des résultats de leur test et de les aider à adopter des comportements plus responsables, le meilleur programme est celui qui encourage le plus les détenus à demander à subir un test. Au Québec, on a offert aux détenus de subir un test non nominatif, en se fondant sur le principe que le contrôle des renseignements relatifs aux résultats des tests et la décision d'assurer un suivi médical et psychologique appartiennent au détenu lui-même. La valeur de cette approche a été confirmée par le fait que les détenus et les membres du personnel correctionnel ont demandé à subir le test de détection des anticorps anti-VIH et ont utilisé les services de counselling durant l'étude et même après celle-ci¹⁰⁴.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Dans le milieu carcéral, si l'on veut offrir des tests anonymes, il faudrait faire appel à des organismes de l'extérieur, car le personnel des services de santé d'une prison connaît les détenus et aucun des tests qu'il effectuerait ne pourrait être réellement anonyme. En revanche, les tests non nominatifs pourraient être confiés au personnel des services de santé de l'établissement^[19].

Les conclusions du CESP contenues dans le Document de travail qui portent sur les tests de détection des anticorps anti-VIH ont reçu un vaste appui général, parfois unanime. Tous les répondants sont d'avis que le test devrait toujours être effectué sur une base volontaire (c.-à-d. avec le consentement exprès du détenu) et qu'il faudrait également offrir des services de counselling et d'information avant et après le test. Certains répondants se préoccupent du fait qu'on n'offre pas toujours des services de counselling appropriés en raison des contraintes de temps ou d'un manque de compétences de la part du personnel des services de santé. Par ailleurs, la plupart des répondants appuient l'idée d'offrir aux détenus d'autres possibilités que les tests nominatifs effectués par le personnel des services de santé de l'établissement. De plus, selon 16 des 20 comités de détenus et 11 des 12 détenus qui ont répondu à la question du questionnaire du CESP qui portait sur ce sujet, les détenus devraient avoir accès à des tests qui seraient effectués par des personnes qui n'ont aucun lien avec le système carcéral^[20]. Cependant, parmi les répondants au Document de travail, certains n'étaient pas d'accord pour que l'on offre dans tous les établissements la possibilité de faire faire les tests par du personnel de l'extérieur du SCC. Dans un pénitencier du SCC, le personnel était d'avis que l'on pourrait faire appel à des cliniques communautaires dans le cas des établissements à sécurité minimale et des détenus en semi-liberté, mais non pas dans le cas des établissements à sécurité moyenne ou maximale^[105]. Un groupe de

détenus demandait si le SCC serait prêt à accepter un système qui, à leur point de vue, réduirait la nécessité de recourir à des services de tests offerts par le système de santé des établissements carcéraux^[106].

Par ailleurs, la plupart des répondants et la grande majorité des comités de détenus et des détenus qui ont répondu au questionnaire du CESP étaient aussi d'accord pour que des tests anonymes soient offerts aux détenus. Par exemple, le Commissariat à la protection de la vie privée au Canada a déclaré ce qui suit:

Nous appuyons votre conclusion selon laquelle tous les détenus devraient avoir accès à des tests anonymes^[107].

Selon quinze des 20 comités de détenus et 11 des 12 détenus qui ont répondu au questionnaire, les tests anonymes devraient être accessibles à tous les détenus. De même, dans l'étude sur les connaissances, les attitudes et les comportements, effectuée par Andréa Riesch Toepell dans deux établissements provinciaux de l'Ontario, 86 % des détenus interrogés ont répondu que les tests anonymes devraient être accessibles à quiconque en fait la demande^[108].

Reflétant les préoccupations de l'un des comités, un répondant a fait remarquer que «si les tests sont effectués par le système de santé des établissements carcéraux, ou que des dispositions soient prises par ce dernier pour les faire faire, il devient alors impossible que les tests soient anonymes^[109].»

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP cite en exemple la politique et la pratique du SCC, qui consistent à faire passer aux détenus le test de détection des anticorps anti-VIH

[19] «Le personnel des services de santé correctionnels connaîtrait l'identité du détenu, que le test soit nominatif ou non nominatif. Toutefois, avec un test non nominatif, seul le détenu pourrait établir le lien en présentant son code pour avoir accès à ses résultats. Cela signifie que seul le détenu peut décider de recevoir ou non les résultats du test, puisque le personnel des services de santé ne peut pas établir un tel lien.» Voir les commentaires de la D^{re} Hankins sur le Document de travail du CESP, datés du 30 août 1993.

[20] Pour plus de détails, voir le *VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*, annexe 6: Résultats du questionnaire destiné aux détenus.

TESTS DE DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI-VIH

uniquement sur une base volontaire. En outre, le CESP s'oppose fortement à ce que les tests requis ou obligatoires soient considérés pour les détenus ou certains groupes de détenus des pénitenciers comme une condition préalable à une mise en liberté sous condition ou une autre forme de mise en liberté. Selon le Comité, les avantages de tels tests sont très limités et très discutables, alors que leurs inconvénients englobent un manquement au droit d'une personne à l'inviolabilité, à l'autodétermination et à l'autonomie, au respect de la vie privée et à la protection des renseignements personnels, ainsi que le risque de traitement discriminatoire et autre traitement préjudiciable^[21].

Le CESP cite aussi en exemple les efforts déployés actuellement par le SCC pour évaluer les lignes directrices sur le counselling avant et après le test, dans le but d'offrir à tous les détenus qui décident de subir un test des services de counselling appropriés.

Toutefois, le CESP se préoccupe du fait que bien que les personnes qui vivent à l'extérieur des prisons ont un accès universel aux tests, les détenus n'ont accès qu'à des tests nominatifs, faits par le personnel des services de santé carcéraux. De plus, il arrive souvent que les détenus ne demandent pas à subir le test durant leur incarcération. Leur réticence peut être due aux trois facteurs énumérés ci-après :

Accès limité des détenus aux tests

Le CESP a constaté qu'il arrive parfois que seuls les détenus s'étant adonnés à des activités dites à risque élevé se voient offrir la possibilité de subir le test de détection des anticorps anti-VIH au moment de leur entrée dans le système carcéral. Il peut donc arriver que certains détenus ignorent qu'ils peuvent subir ce test, sur demande, au moment de leur admission et pendant leur incarcération. On peut remédier facilement à cette

situation en discutant de la question avec tous les détenus, à leur admission, et en les informant qu'ils peuvent subir ce test pendant leur incarcération s'ils en font la demande.

Confidentialité des résultats des tests

Un grand nombre de détenus se montrent réticents à subir le test de détection des anticorps anti-VIH parce qu'ils craignent que la confidentialité des résultats ne soit violée. Ces données concordent aussi avec les constatations du Comité parlementaire sur le SIDA, selon lequel «si le nombre de détenus diagnostiqués comme étant séropositifs dans les prisons fédérales est si faible, c'est probablement que la plupart des détenus ne croient pas du tout à la confidentialité des services de santé des prisons» et que «nombre d'entre eux ont sans doute attendu d'être libérés avant de se soumettre à des tests de dépistage^[10]». Les résultats du questionnaire que le CESP a fait parvenir aux comités de détenus dans les établissements fédéraux confirment également ce fait. Quinze des 20 comités de détenus et 12 des 13 détenus qui ont répondu à la question portant sur ce sujet dans le questionnaire du CESP se sont dits inquiets du fait que les détenus ne veulent pas demander à subir de test parce qu'ils craignent que la confidentialité des résultats ne soit pas respectée^[22].

Eu égard à la nature confidentielle des renseignements personnels relatifs à l'infection à VIH, à la peur des détenus que la confidentialité de ces renseignements ne soit pas protégée et à leur hésitation à se soumettre à ce test, le CESP est d'avis que l'existence de tests autres que ceux effectués par le personnel médical des services de santé carcéraux permettraient de rassurer les détenus et de les encourager à subir un test de dépistage. Le CESP croit fermement que le fait de donner aux détenus la possibilité de subir un test de détection des anticorps anti-VIH effectué par

[21] Cette question est examinée de façon plus détaillée dans le document «Communication de renseignements médicaux sur les détenus : analyse juridique et éthique». Voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*, annexe 7.

[22] Pour plus de détails, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*, annexe 6: Résultats du questionnaire destiné aux détenus.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

du personnel médical indépendant du SCC, comme le personnel d'un centre de soins primaires ou d'une clinique communautaire, les encouragerait à subir le test et leur permettrait de demander les soins, le traitement et le soutien dont ils ont besoin.

Le CESP a été particulièrement impressionné par les résultats du programme de dépistage au moyen de tests anonymes mis en oeuvre dans une prison provinciale du Québec et exécuté par des cliniques médicales communautaires. Le CESP croit aussi que, dans les établissements fédéraux, tous les détenus devraient avoir la possibilité de subir des tests anonymes. Plusieurs études ont démontré que les taux d'infection à VIH sont supérieurs chez les personnes qui demandent à subir un test anonyme. En Ontario, après 12 mois d'application, le taux de résultats positifs chez les personnes qui ont participé à un programme de tests anonymes était de 2,8 p. 100, comparativement à 0,7 p. 100 chez les participants à des programmes de tests nominatifs¹¹¹. Cela indique qu'un grand nombre de personnes qui ont un comportement à risque et craignent d'avoir été infectées préfèrent le test anonyme qui garantit la confidentialité des résultats médicaux.

Discrimination

Le CESP est d'avis que la crainte de faire l'objet d'une discrimination de la part des co-détenus et du personnel de l'établissement serait beaucoup moins grande et que les détenus seraient plus encouragés à se soumettre à un test si les tests de dépistage étaient confiés à du personnel médical indépendant du SCC et si on offrait à tous les détenus la possibilité de subir un test anonyme.

RECOMMANDATIONS

2. (1) **Le CESP recommande que, comme c'est le cas à l'extérieur des établissements correctionnels, tous les détenus des établissements correctionnels fédéraux aient la possibilité de subir le test de détection**

des anticorps anti-VIH, à leur propre demande.

- (2) **Ces tests devraient toujours être conformes à la volonté du détenu, c'est-à-dire avec son consentement explicite, et devraient toujours être précédés et suivis de séances de counselling et d'éducation.**
- (3) **Tous les détenus devraient être informés qu'ils ont la possibilité de subir le test de détection des anticorps anti-VIH, en particulier au moment de leur admission en prison, mais aussi pendant leur incarcération, peu importe qu'ils aient été ou non exposés au VIH (c'est-à-dire qu'ils se soient adonnés ou non à des «activités à risque élevé»).**
- (4) **Tous les détenus devraient pouvoir subir le test de détection des anticorps anti-VIH auprès du personnel médical du SCC, ou auprès du personnel d'un centre de soins primaires indépendant du SCC, ou d'une clinique communautaire indépendante.**
- (5) **Tous les détenus devraient avoir la possibilité de subir des tests anonymes.**

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

Une des questions liée de près au dépistage, chez les détenus, d'anticorps anti-VIH est celle de la confidentialité et de la divulgation des renseignements sur l'état de santé des détenus.

SITUATION ACTUELLE

Protéger la confidentialité et éviter la discrimination

Dans le contexte des établissements fédéraux, les Directives du Commissaire confirment

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

expressément le caractère confidentiel des renseignements médicaux sur les détenus. La Directive n° 835 stipule ce qui suit :

12. Les délinquants ont le même droit que le grand public à la confidentialité des renseignements obtenus par un professionnel de la santé.

De plus, la Directive n° 821 prévoit ce qui suit :

19. Tous les diagnostics d'infection à VIH doivent être inscrits dans la partie «Problèmes» des dossiers médicaux. Une fois averti, le personnel des services de santé se conformera à la Directive du Commissaire n° 835 qui régit le caractère confidentiel et la communication de toute information obtenue par un professionnel de la santé.
20. Lorsque le détenu est mis en liberté conditionnelle, le personnel des services de santé doit, avec le consentement du détenu, s'assurer que des dispositions sont prises afin que le patient continue d'être suivi par un médecin qualifié.
21. L'état d'un détenu atteint d'infection à VIH est considéré confidentiel. Cette information ne doit pas être divulguée au personnel de surveillance ou d'organismes externes sans le consentement du détenu.

Divulgence de renseignements médicaux

Le caractère confidentiel de renseignements médicaux sur les détenus n'est pas considéré comme absolu. À cet égard, la Directive du Commissaire n° 835 stipule ceci :

12. Lorsqu'il existe des motifs raisonnables de croire que les intentions ou les actions éventuelles d'un délinquant peuvent présenter un danger pour la sécurité du délinquant ou d'autres personnes, il incombe au professionnel de la santé de communiquer ces renseignements au

personnel compétent sans le consentement du délinquant.

De même, la Directive du Commissaire n° 821 prévoit ce qui suit :

21. S'il y a raison de croire qu'un détenu représente un danger pour sa sécurité ou celle d'autres personnes, il incombe au professionnel de la santé, tout en se conformant à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, de communiquer cette information au personnel compétent sans le consentement du détenu.

DÉBAT

Il ressort de ce qui précède que le principe général de la confidentialité des renseignements médicaux – c'est-à-dire que ces renseignements doivent rester entre l'intéressé et son médecin – s'applique aux renseignements médicaux sur les détenus. Cela signifie que la divulgation de ces renseignements sans le consentement du détenu est injustifiée si elle n'est pas autorisée par la loi et justifiée du point de vue de l'éthique.

Le texte qui suit porte sur deux aspects de la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus. Premièrement, comme les directives du Service correctionnel du Canada n'abordent pas cette question, on peut se demander quelles mesures peuvent être prises pour protéger ces renseignements? Deuxièmement, reconnaissant que le droit à la confidentialité n'est pas absolu et que la communication de renseignements médicaux sur les détenus peut parfois être justifiée, on examinera également la question de la divulgation. La question de la divulgation de renseignements médicaux personnels a été analysée dans le détail par le CESP, et un document qui résume cette analyse est inclus dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, en tant qu'annexe 7. Dans ce document intitulé «Communication de renseignements médicaux sur les détenus : analyse juridique et éthique», les auteurs se

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

penchent d'abord sur la question de savoir si les renseignements médicaux sur les détenus sous responsabilité fédérale – renseignements considérés comme confidentiels et ne devant être connus que du détenu et du personnel soignant – peuvent être divulgués sans le consentement de l'intéressé. Ils examinent ensuite dans quelles conditions et selon quels critères la divulgation serait considérée comme justifiable du point de vue du droit et de l'éthique, et quelles conditions s'appliqueraient le cas échéant. Troisièmement, ils étudient des situations précises dans lesquelles peut être faite une demande de divulgation.

Protéger la confidentialité et éviter la discrimination

En 1992, le Comité consultatif national sur le SIDA (CCN-SIDA) a recommandé que soient maintenus confidentiels tous les renseignements sur l'état sérologique des détenus et ce, pour deux raisons. Premièrement, le CCN-SIDA se préoccupait de ce que, si la confidentialité de l'information était violée, les détenus infectés par le VIH risqueraient fort de faire l'objet de discrimination et devraient en toute probabilité être mis à l'écart de la population carcérale générale. Deuxièmement, le CCN-SIDA estime qu'«aucune raison ne justifie la divulgation de tels renseignements soit aux autres détenus, soit au personnel non médical de l'établissement pénitentiaire». En conséquence, le CCN-SIDA a recommandé que le Solliciteur général adopte d'autres mesures pour garantir la confidentialité de tous les renseignements sur l'état sérologique dans les établissements correctionnels. Plus particulièrement, il a jugé nécessaire «de prévoir des mesures disciplinaires à l'encontre de tout employé qui dérogerait à ces règles¹¹²».

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé que tous les détenus sous responsabilité fédérale puissent «avoir accès à des services de counselling et de dépistage d'infection à VIH sur demande» et que «leur soit garantie la confidentialité des résultats¹¹³».

Le PASAN a déclaré, quant à lui, que «la confidentialité de l'état sérologique de tous les détenus (tant séropositifs que séronégatifs) doit être respectée et que les membres du personnel qui ne la respectent pas doivent faire l'objet de mesures disciplinaires ou d'un licenciement¹¹⁴». Le PASAN a en outre recommandé que le personnel soit formé à protéger le caractère confidentiel des renseignements médicaux sur les détenus. Les règlements internes interdisant la communication de renseignements reliés à l'infection à VIH doivent être rigoureusement appliqués. Il faut consulter un détenu séropositif pour le VIH et obtenir son consentement avant de transmettre les renseignements médicaux aux autorités carcérales ou au personnel. L'accès des administrateurs et du personnel des établissements aux résultats des tests de dépistage des anticorps anti-VIH des détenus ne doit être possible qu'en cas de nécessité absolue, et il faut pour cela obtenir le consentement des intéressés. Lorsque l'information est transmise aux autorités, elle doit maintenir son caractère confidentiel le plus strict. Enfin, cette politique et les sanctions qui sont imposées à toute contravention doivent être largement communiquées dans le milieu carcéral, aussi bien au personnel qu'aux détenus¹¹⁵.

En Australie, le *New South Wales Anti-Discrimination Board* a recommandé que «des mesures de protection de la confidentialité de l'état sérologique de tout détenu doivent être mises en vigueur dans tous les établissements carcéraux, et que toute violation de la confidentialité doit être considérée comme un manquement à la discipline en vertu de la législation pertinente¹¹⁶».

Aux États-Unis, la *National Commission on AIDS* a recommandé que le personnel soit formé à protéger la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus et que les règles interdisant la divulgation de renseignements sur l'état sérologique à l'égard du VIH soient rigoureusement appliquées¹¹⁷. De la même façon, la politique qui a été proposée au *District of Columbia Department of Corrections* en matière de VIH établit des règles rigoureuses interdisant la

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

divulgaration des renseignements figurant aux dossiers médicaux. Plus particulièrement, la politique stipule que « toute communication non autorisée de renseignements médicaux par le personnel du district de Columbia entraînera immédiatement des sanctions disciplinaires, que la possession de renseignements médicaux sur les détenus par des membres non autorisés du personnel du district de Colombie entraînera systématiquement une suspension non rémunérée et que la divulgation non autorisée des renseignements contenus dans les dossiers médicaux des détenus à un autre membre du personnel ou à un autre détenu entraînera la cessation de l'emploi¹¹⁸ ». La politique énonce en outre que pour éviter toute divulgation illégale, tous les renseignements confirmant la séropositivité pour le VIH figureront au dossier médical du détenu. Tous les dossiers médicaux des détenus seront aisément identifiés comme tels et, à ce titre, se distingueront par leur couleur et pourront être scellés. Tous ces dossiers seront tenus dans des classeurs verrouillés, et l'accès à un dossier de détenu ne sera accordé qu'aux membres des catégories suivantes : les membres du personnel des soins médicaux et dentaires et de santé mentale du district de Columbia directement chargés de soigner le détenu; un spécialiste-conseil ou un fournisseur externe de soins de santé avec lequel le détenu est mis en rapport à des fins de traitement ou d'évaluation; ou des personnes bien identifiées que le détenu a autorisées à divulguer les renseignements après leur avoir fourni son consentement éclairé et par écrit. De plus, la politique précise que le personnel médical n'examinera pas un détenu et ne l'interrogera pas sur son état sérologique ni n'en discutera, sans le consentement de l'intéressé, en présence ou à proximité d'autres détenus ou de membres du personnel du district de Columbia qui ne fournissent pas directement des soins découlant de la séropositivité du détenu.

En France, le Conseil national du sida a récemment publié un rapport sur les prisons, le VIH/SIDA et la confidentialité¹¹⁹. Ce rapport contient une analyse globale de la confidentialité en ce qui a trait au VIH/SIDA dans les établissements carcéraux français. Dans ce

document, le Conseil reconnaît l'importance du respect de la confidentialité à l'intérieur des prisons comme à l'extérieur; il détermine les obstacles au respect de la confidentialité dans le milieu carcéral; enfin, il formule des recommandations sur la façon de surmonter ces obstacles. L'accent est mis sur l'éducation du personnel des services de santé, des agents de correction et du personnel administratif quant à l'importance du respect de la confidentialité des renseignements médicaux¹²⁰.

L'importance de protéger la confidentialité des renseignements relatifs au VIH/SIDA est également mise en évidence dans les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* :

31. Les informations concernant l'état de santé et le traitement médical des détenus sont confidentielles et devraient être consignées dans des dossiers uniquement accessibles au personnel de santé. Ce personnel peut donner aux directeurs des prisons ou aux autorités judiciaires des informations qui les aideront à traiter et soigner le patient, si celui-ci y consent¹²¹.

Les répondants au Document de travail du CESP étaient généralement d'accord avec les conclusions de ce dernier en ce qui concerne la protection de la confidentialité et la prévention de la discrimination dans les établissements correctionnels. Il importe de souligner que le Commissariat à la protection de la vie privée au Canada a exprimé son appui à l'égard des conclusions du CESP¹²². Ces conclusions ont également reçu l'appui du personnel d'établissements correctionnels et de détenus, par exemple : après avoir longuement consulter son personnel et un groupe de détenus, le directeur d'un établissement a déclaré que « le groupe de détenus et le personnel du SCC étaient en faveur de toutes les recommandations ayant trait à la confidentialité présentées par le CESP¹²³ ». L'un des répondants s'est dit préoccupé par le fait que le CESP n'a peut-être pas pris en considération la protection de la confidentialité dans les cas où des

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

détenus sont accompagnés chez un médecin hors de la prison. En particulier, le répondant, un détenu infecté par le VIH, a fait ressortir que le personnel qui escorte un détenu ayant obtenu la permission de sortir de prison pour des raisons médicales reçoit l'ordre de demeurer à portée de vue et de voix du détenu. En pratique, cela signifie que les accompagnateurs membres du personnel seront mis au fait des problèmes médicaux du détenu. Les détenus craignent donc que les accompagnateurs communiquent une telle information à leurs collègues. Le répondant a souligné que lui-même avait entendu par hasard un accompagnateur informer une infirmière de l'hôpital local qu'un certain détenu était séropositif. Une autre circonstance où il est difficile de protéger la confidentialité, c'est lorsque des détenus qui sont séropositifs sont accompagnés dans des établissements qui se spécialisent dans le traitement des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA. Le répondant a fait remarquer que le simple fait d'être accompagné dans un tel endroit suffisait en soi à divulguer l'état de santé d'un détenu au personnel qui l'accompagne. En ce qui a trait à la conclusion du CESP, selon laquelle il faudrait imposer des sanctions disciplinaires aux détenus ou aux membres du personnel qui font de la discrimination contre des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA ou qui leur font du tort, l'un des répondants a fait valoir qu'il serait important que le personnel du SCC, les détenus et les groupes communautaires s'entendent sur la définition de ce qui constitue un comportement discriminatoire injustifié et qu'il faut informer tant le personnel que les détenus que des sanctions seront imposées advenant le cas où une telle discrimination se produirait¹²⁴. Certains répondants se demandent s'il faudrait «encourager» les détenus à divulguer le fait qu'ils sont porteurs du VIH lorsque les avantages d'une telle divulgation sont discutables.

Divulgence de renseignements médicaux

Les membres du personnel des établissements fédéraux ont souvent déclaré avoir besoin de connaître l'état sérologique des détenus infectés par le VIH afin de prendre les précautions nécessaires pour se protéger eux-mêmes ainsi que leurs familles respectives. Sur 450 membres du personnel, 367 (soit 81,6 p. 100) ont répondu à cette question du questionnaire du CESP en disant qu'ils avaient besoin de connaître les résultats des tests de VIH des détenus¹²³. En particulier, certains prétendent qu'il n'est pas pratique de recourir à des précautions universelles et qu'il est irréaliste de croire que celles-ci peuvent être appliquées universellement dans les pénitenciers. Ils allèguent aussi qu'ils seraient mieux protégés s'ils savaient quels détenus sont infectés par le VIH puisqu'ils pourraient alors prendre des précautions additionnelles avec ces détenus. Certains préconisent également ce qui suit : que le personnel soignant puisse communiquer des renseignements médicaux à un membre du personnel ou à un détenu qui a été considérablement exposé aux fluides corporels ou au sang d'un détenu séropositif pour le VIH ou pour l'hépatite B; que le personnel soignant puisse communiquer au directeur de l'établissement des renseignements sur l'état sérologique d'un détenu pour le VIH ou l'hépatite B, ou soit même tenu de le faire; que la séropositivité d'un détenu à l'égard du VIH puisse être révélée à un agent de gestion des cas ou à un agent de libération conditionnelle sans le consentement de l'intéressé, et qu'un agent de libération conditionnelle puisse divulguer des renseignements sur l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH aux dirigeants de la collectivité sans le consentement de l'intéressé¹²⁵.

De l'avis du Commissaire à la protection de la vie privée, on peut reconnaître un certain fondement à une politique qui autorise la divulgation lorsque la conduite du détenu constitue une menace pour autrui – qu'il s'agisse de pratiques sexuelles à risque ou du partage de seringues¹²⁶. Dans son

[23] Pour plus de détails, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

rapport intitulé *Le SIDA et la Loi sur la protection des renseignements personnels*, le Commissaire à la protection de la vie privée fait une distinction entre la divulgation de renseignements médicaux sur un détenu dans le but d'éviter que d'autres détenus soient exposés à l'infection à VIH et entre la divulgation ayant pour objet de protéger le personnel correctionnel contre l'infection à VIH. Le rapport souligne que la question de savoir s'il est justifié de renseigner le personnel reste à déterminer¹²⁷. Cela reflète en partie le fait que le Commissaire à la protection de la vie privée craint que les agents de correction ne transmettent négligemment ces renseignements à d'autres détenus. Les auteurs du rapport reconnaissent «qu'étant donné les relations hostiles entre les détenus et les agents, ces derniers risquent parfois de craindre que les détenus cherchent à les contaminer¹²⁸». Toutefois, ils concluent qu'«il y a lieu d'évaluer la gravité de ce risque avant de décider s'il faut informer les agents des services correctionnels qu'un détenu est porteur du VIH¹²⁹».

L'argument selon lequel le personnel doit connaître les renseignements médicaux sur un détenu pour être en mesure de se protéger contre l'infection semble rarement valable. Comme l'a déclaré le PASAN, il ne faut pas se leurrer et croire que le personnel et les détenus seraient protégés contre le SIDA s'ils connaissaient l'état sérologique de chacun des détenus à l'égard du VIH. En fait, il serait impossible, du point de vue pratique, de connaître avec certitude l'état de chacun puisque les résultats des tests de dépistage des anticorps anti-VIH ne sont pas toujours exacts. De nouveaux tests doivent être faits tous les six mois environ, période durant laquelle l'intéressé ne doit avoir pris part à aucune activité à risque. Le test mesure la présence d'anticorps anti-VIH et non la présence du virus proprement dit. Les personnes qui ont récemment été infectées (dans les six derniers mois) peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps au virus et ainsi obtenir des résultats négatifs. Le test peut aussi donner des résultats négatifs ou positifs erronés. C'est pourquoi les responsables des campagnes de santé publique prétendent que tous, le personnel y compris, risquent d'être séropositifs pour le VIH. Ce n'est qu'en prenant

des précautions universelles lors de la manipulation de fluides corporels potentiellement infectieux que peut être dissipée l'inquiétude quant à la sécurité en milieu de travail¹³⁰.

Le PASAN a par conséquent recommandé que «tout renseignement que possède le personnel médical sur l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH ne doit être communiqué aux autorités carcérales que dans des circonstances extraordinaires et uniquement avec le consentement du détenu¹³¹».

Lors d'un atelier sur le VIH en milieu de travail qu'a organisé l'administration régionale de l'Ontario du SCC le 13 octobre 1992, l'un des groupes de travail composé de membres du personnel régional des soins de santé s'est penché sur «l'énigme de la confidentialité». Le groupe a reconnu qu'on exerçait d'importantes pressions sur le personnel soignant pour qu'il informe les gardiens de la séropositivité de certains détenus et a trouvé que la notion des précautions universelles n'était pas généralement comprise par les gardiens. Voici le résumé des conclusions du groupe de travail : 1) les détenus sont très curieux de savoir lesquels d'entre eux sont séropositifs pour le VIH; 2) on exerce beaucoup de pressions sur le personnel soignant pour qu'il identifie à l'intention des gardiens les détenus séropositifs. La notion des précautions universelles n'est pas généralement comprise des gardiens. Dans une certaine mesure, le personnel soignant est harcelé de demandes de renseignements sur les résultats des tests sérologiques des détenus à l'égard du VIH; 3) il semble facile pour les détenus qui le souhaitent d'obtenir des analyses de dépistage du VIH; 4) on se demande à qui devraient être accessibles les dossiers médicaux et les renseignements sur l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH; 5) certains membres du personnel soignant croient qu'un sentiment de soulagement s'installerait s'il était possible de savoir qui est infecté par le VIH et qui ne l'est pas. Cela va à l'encontre de la notion de l'universalité des précautions; 6) on reconnaît que pour que les précautions soient universelles, tous les prestataires des soins de santé doivent prendre les mêmes précautions

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

avec tous les patients; 7) il est important que l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH soit communiqué au personnel médical compétent pour qu'il puisse mettre en oeuvre le traitement médical indiqué; 8) on se demande comment un employé des services de santé qui été exposé au sang d'un détenu peut déterminer l'état sérologique de celui-ci à l'égard du VIH ou de l'hépatite B. Qui aurait accès à cette information et en vertu de quelle autorité les tests sérologiques seraient-ils faits? On a reconnu que le consentement du détenu serait alors nécessaire¹³².

À l'échelle internationale, comme l'ont signalé Harding et Schaller, «on considère comme irréaliste la doctrine, intéressante à première vue, voulant que l'on communique les résultats des tests aux administrateurs des établissements carcéraux sur la base du besoin de savoir¹³³»; seul le personnel de quelques rares systèmes pénitenciers est informé de l'état sérologique des détenus¹³⁴. Par exemple, les lignes directrices sur les infections virales (*Viral Infectivity Restrictions*) en vigueur en Angleterre et au Pays de Galles et en vertu desquelles les dossiers des prisonniers porteurs du VIH étaient identifiés par un sceau rouge sont sur le point d'être abolies¹³⁵. Aux États-Unis, la *National Commission on AIDS* a déclaré que «les résultats des tests ne devraient jamais être mis à la disposition d'un employé d'un établissement carcéral, ni même d'un membre du corps médical de l'établissement, si l'on n'a pas d'abord obtenu par écrit le consentement éclairé et spécifique du détenu¹³⁶». Les responsables du *National Prison Project* ont recommandé que «des efforts soient déployés pour garantir le plus haut degré possible de confidentialité du statut sérologique d'un détenu à l'égard du VIH» et que les «lois et règlements relatifs au besoin de savoir sont inutiles et sont généralement invoqués par les agents de correction mal informés». Les responsables du projet ajoutent ceci :

L'état de santé ne doit être connu que du détenu et de son médecin. Il est inutile que la Commission des libérations conditionnelles, les employeurs futurs, les juges ou les agents de correction connaissent l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH. Toute

divulcation de ces renseignements médicaux confidentiels donne inévitablement lieu à la discrimination et à la mise à l'écart du détenu infecté¹³⁷.

Cette opinion concorde avec les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* qui renferment les dispositions suivantes concernant la divulgation de l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH :

32. Les informations concernant la séropositivité d'un individu ne peuvent être divulguées au directeur de la prison que si le personnel de santé estime, compte dûment tenu des règles de l'éthique médicale, que cela est justifié pour assurer la sécurité et le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire, en appliquant dans cette divulgation les mêmes principes que ceux qui sont généralement appliqués à la communauté dans son ensemble. Les principes et les procédures concernant la notification volontaire du partenaire dans la communauté devraient être également suivis dans le cas des détenus.
33. Le statut sérologique des détenus ne devrait jamais donner lieu à une communication de routine à l'administration pénitentiaire. Les dossiers, les cellules ou les papiers concernant les détenus ne devraient jamais comporter de signe visible (marque, étiquette, tampon, etc.) qui puisse indiquer leur état de séropositivité¹³⁸.

La plupart des personnes qui ont répondu au Document de travail du CESP appuyaient les conclusions du Comité en ce qui a trait à la divulgation de renseignements médicaux sur les détenus. L'un des répondants a mentionné qu'il était important de définir ce que l'on entend par «cas exceptionnel» où la divulgation de renseignements médicaux sur un détenu pourrait être justifiée. Ce répondant a recommandé que des employés du SCC, des détenus et des personnes qui n'ont aucun rapport avec le SCC se

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

réunissent pour définir ensemble l'expression «cas exceptionnel» et qu'à chaque fois que des renseignements médicaux sont divulgués, une déclaration écrite justifiant la divulgation soit fournie au personnel des services de santé et au détenu concerné «de telle sorte que celui-ci ait une preuve qu'il pourra utiliser en cas de recours judiciaire¹³⁹.

ÉVALUATION DU CESP

Protéger la confidentialité et éviter la discrimination

La confidentialité dans le système carcéral soulève des questions très complexes. Hors des prisons, chacun suppose que les renseignements concernant ses traitements médicaux et son état de santé sont maintenus confidentiels et qu'ils ne seront divulgués à d'autres qu'avec son consentement. En outre, à l'extérieur du milieu carcéral, il arrive que des renseignements concernent certaines personnes soient communiqués à d'autres sans qu'elles soient mises au courant – surtout dans la communauté où ces personnes vivent et où elles tissent des liens étroits. En revanche, il a été déclaré que «la confidentialité ne peut être convenablement garantie en prison (tant par les prisonniers que par le personnel)¹⁴⁰». En fait, comme l'a souligné le Conseil national du sida (France), «l'idée même de la confidentialité en milieu carcéral était, jusqu'à une date récente, difficilement concevable. Par tradition, la logique pénitentiaire est une logique de l'absence de secret au sein de l'espace clos qu'est la prison. La mise en place dans l'univers carcéral d'une logique médicale, indissociable de la notion de secret médical, semblait donc conflictuelle, sinon inconcevable¹⁴¹». Par ailleurs, il a été dit que «lorsqu'une personne positive à l'égard du VIH est incarcérée, aussi bien les gardiens que les détenus se communiquent des renseignements sur son état de santé¹⁴²». Et cela pour bon nombre de raisons : 1) à l'heure actuelle il est impossible pour les détenus d'obtenir des renseignements sur leur état sérologique en étant les seuls à en

contrôler la circulation, puisque les tests anonymes ne sont pas encore disponibles dans les établissements fédéraux; 2) les détenus infectés renseignent souvent eux-mêmes leur entourage pour obtenir les soins, le counselling ou l'aide qui ne leur seraient pas accordés autrement; 3) dans le milieu fermé que constitue la prison, les renseignements personnels circulent facilement et rapidement, et tout détenu dont l'état sérologique à l'égard du VIH est connu par quelqu'un du système doit s'attendre à ce que ces renseignements deviennent notoires; 4) même si les Directives du Commissaire soulignent l'importance d'assurer la confidentialité de l'état sérologique des détenus, il arrive que cette information soit divulguée sans le consentement de l'intéressé.

Le CESP félicite le SCC d'avoir reconnu le fait que «les délinquants ont le même droit que le grand public à la confidentialité des renseignements obtenus par un professionnel de la santé» (Directive n° 835, article 12). En même temps, la *British Columbia Civil Liberties Association* déclarait :

Nous sommes conscients du fait que le système du «téléphone arabe» qui existe dans les prisons est un mode de communication extrêmement efficace. Rares sont les événements qui ne sont pas immédiatement connus de presque tous les détenus et du personnel. D'où la difficulté de maintenir la confidentialité de l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH. On pourrait toutefois supprimer une bonne partie du problème en appliquant des lignes directrices strictes interdisant la divulgation de renseignements sur la séropositivité des détenus à la source, c'est-à-dire le service de santé, et en éduquant les détenus et le personnel correctionnel¹⁴³.

Étant donné les possibilités de divulgation des renseignements médicaux sur les détenus et les dangers que ceci peut présenter, et afin d'éviter toute violation de la confidentialité, le Comité a conclu qu'il est essentiel que le SCC adopte des politiques et des procédures spécifiques visant à

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

restreindre l'accès des renseignements médicaux confidentiels et à mieux les protéger. Les politiques doivent également établir des directives strictes qui assureront la protection des renseignements médicaux pendant que les détenus sont accompagnés chez un médecin hors de la prison. De plus, elles doivent stipuler que toute violation de la confidentialité par le personnel sera considérée comme un manquement à la discipline.

En outre, étant donné qu'il est plus difficile de protéger la confidentialité dans le milieu fermé que constitue un établissement correctionnel, le CESP a conclu que les efforts visant à assurer la confidentialité doivent être conjugués avec des mesures visant à protéger contre la discrimination les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Le CESP n'a pu trouver de preuve de discrimination systémique contre les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA dans les pénitenciers. En fait, les détenus séropositifs sont généralement placés au sein de la population carcérale, participent aux mêmes activités que tous les autres détenus et jouissent du même accès que les autres aux services de santé. Le CESP s'est souvent fait dire que les attitudes et le comportement des détenus et du personnel à l'égard des personnes séropositives sont en train d'évoluer, que les quelques abus que l'on a relevés au début de la pandémie du VIH n'ont plus cours et que, en règle générale, on accepte et on aide davantage les personnes infectées. Cela est particulièrement vrai dans les cas où le personnel et les détenus ont eu des rapports avec des détenus dont la séropositivité était connue. Toutefois, on a rapporté au CESP que certains détenus séropositifs ont fait l'objet de discrimination ou n'ont pas voulu subir le test de dépistage, chercher de l'aide ou du counselling, de crainte que leur état sérologique ne soit divulgué et de crainte de subir la discrimination de la part de leurs co-détenus et du personnel. Même s'il félicite le SCC et, plus particulièrement, le personnel pour les efforts déployés, le CESP croit que l'on pourrait faire davantage pour atténuer les inquiétudes des détenus et s'assurer que les détenus infectés ne subiront pas de discrimination. Le premier pas à faire en ce sens

est d'éduquer les détenus et le personnel pour qu'ils arrivent à surmonter les craintes et les préjugés qui sont souvent à la source de la discrimination. Il est important de noter que le CESP estime que les détenus devraient être en mesure de révéler leur état sérologique à leurs co-détenus et au personnel pour pouvoir bénéficier d'une aide, de soins et de traitements. Pour leur permettre de révéler qu'ils sont infectés, il convient de prendre des mesures qui permettront de faire en sorte que les détenus séropositifs pour le VIH ne subiront pas de discrimination.

Divulgaration de renseignements médicaux

L'argument du «besoin de savoir» quels sont les porteurs du VIH soulève de nombreuses questions complexes. Les demandes de divulgation se présentent surtout dans deux situations : 1) avant une exposition au VIH, afin de prévenir l'exposition et toute propagation possible et 2) après une exposition au VIH. Le CESP a consacré beaucoup de temps à ces questions, reconnaissant que les craintes que nourrit le personnel à l'endroit de sa sécurité durant l'exercice de ses fonctions doivent être prises très sérieusement. Au début, il semblait impossible de concilier l'intérêt des membres du personnel qui affirment qu'ils ont besoin de connaître l'état sérologique d'un détenu pour mieux se protéger contre le VIH et les requêtes de mieux garantir la confidentialité des renseignements médicaux. Toutefois, le CESP s'est vite rendu compte que, en dépit de leur apparent caractère conflictuel, l'intérêt des détenus que la confidentialité des résultats de leur test soit assurée et l'intérêt du personnel qu'il soit protégé contre toute exposition à VIH sont en réalité compatibles. En outre, toute mesure visant à réduire la prévalence des infections au sein d'un établissement aura pour effet, au bout du compte, de protéger tous les membres de l'établissement, aussi bien le personnel que les détenus.

Par suite de son examen des questions d'ordre juridique et éthique que soulève la communication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

des renseignements médicaux sur un détenu sans son consentement, le CESP a conclu que cette communication est rarement justifiable^[24]. Dans la plupart des cas, la divulgation des renseignements ne peut être considérée comme nécessaire, et son efficacité est douteuse. Souvent la divulgation semble improductive ou nuisible, par-delà n'importe quel avantage réel ou potentiel qu'elle peut comporter. Car la plupart des mesures permettant d'éviter l'exposition au VIH et l'infection à VIH doivent être adoptées, que l'état sérologique d'un détenu ou d'un membre du personnel soit connu ou non du personnel, du directeur de l'établissement ou des détenus.

Pour se protéger, les membres du personnel carcéral doivent prendre des précautions universelles. Ceux qui prétendent que des «précautions additionnelles» doivent être prises avec les détenus dont la séropositivité est connue sont mal avisés puisque la notion des précautions universelles sous-entend l'adoption des mêmes précautions pour tous les détenus, que la séropositivité soit connue ou non. Le CESP s'est souvent fait dire par des membres du personnel qu'il était impossible ou irréalisable d'appliquer des précautions universelles en prison. Toutefois, l'expérience dans le milieu des services de santé a prouvé qu'on peut et qu'on doit apprendre à user de précautions universelles. Par exemple, dans les hôpitaux, où le risque de l'exposition au VIH est beaucoup plus élevé que dans les prisons, on a depuis longtemps compris que la divulgation de l'état sérologique des patients à l'égard du VIH n'accroît pas la sécurité du personnel¹⁴⁴. Aussi l'état sérologique des patients et des médecins n'est-il pas révélé à d'autres, et l'on adhère rigoureusement à des précautions universelles. Le CESP estime qu'en informant le personnel systématiquement de l'état sérologique des détenus connus comme étant infectés par le VIH, on risquerait de créer un faux sentiment de sécurité; puisque tous les prisonniers ne sont pas soumis à des tests de façon régulière, le personnel ne connaîtrait la séropositivité que de quelques prisonniers. Le CESP craint en outre

que si la séropositivité des détenus était divulguée au personnel, un moins grand nombre de détenus demanderait d'être soumis à des tests ou déclarerait eux-mêmes qu'ils sont séropositifs. Le CESP s'est fait dire en de nombreuses occasions que la plupart des détenus séropositifs déclarent tôt ou tard leur état à leurs co-détenus et au personnel. Ils attendent d'être «prêts» à l'admettre et le font ensuite de plein gré. Par ailleurs, si la divulgation de ces renseignements au personnel devait devenir une conséquence systématique d'un résultat positif au test de dépistage des anticorps anti-VIH, bon nombre de détenus qui demandent à subir le test (et qui vont déclarer eux-mêmes éventuellement qu'ils sont séropositifs) ne choisiraient probablement plus de se soumettre aux analyses. Comme l'a déclaré la Commission Krever :

Les médecins, les hôpitaux et leurs employés et les autres prestataires de soins de santé doivent d'abord et avant tout se préoccuper de la santé de leurs patients. Il n'est pas déraisonnable de supposer qu'une personne devant être soignée pourrait, dans certaines circonstances, hésiter fortement à demander des soins si elle croyait que les médecins, les employés des hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé étaient tenus de divulguer des renseignements médicaux confidentiels à la police¹⁴⁵.

De même, il ne serait pas déraisonnable de supposer que les détenus seraient découragés de passer des analyses si le personnel des services de santé était tenu de divulguer à d'autres membres du personnel les résultats de séropositivité. Au bout du compte, par comparaison avec la politique actuelle, il est fort probable que le personnel serait informé de la séropositivité d'un moins grand nombre de détenus. C'est pourquoi le CESP abonde dans le sens des résultats d'une étude sur le VIH et le SIDA effectuée dans les prisons australiennes et dont les auteurs ont conclu que, bien qu'on puisse comprendre le désir que manifestent les gardiens

[24] Pour plus de détails, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral*: documentaire. Annexe 7 : Communication de renseignements médicaux sur les détenus : Analyse juridique et éthique.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

de connaître l'identité des prisonniers séropositifs, l'on peut alléguer que ces renseignements peuvent leur être dangereux et être néfastes aux prisonniers. Selon les conclusions de l'étude :

Les gardiens peuvent développer un sentiment illusoire de sécurité à l'égard des prisonniers qu'ils croient être séronégatifs pour le VIH. Étant donné la non fiabilité du test (vu la période de «latence») et la possibilité d'une infection récente, ces prisonniers risquent, en fait, d'être séropositifs. Les précautions universelles adoptées pour la manipulation de sang et de fluides corporels fournissent au personnel correctionnel une bien meilleure protection¹⁴⁶.

Le CESP approuve également la politique de la Direction de la détention du ministère de la Sécurité publique du Québec, laquelle stipule ceci :

5.7 Les règles sur la confidentialité du dossier médical s'appliquent à l'égard de toute personne incarcérée, notamment lorsque celle-ci a fait l'objet d'un test de dépistage anti VIH ou anti VHP.

Deux exceptions sont cependant prévues à cette règle :

- Lorsqu'une personne incarcérée relève un professionnel de la santé de son obligation au secret.
- Lorsque l'opinion médicale en vient à la conclusion qu'une personne incarcérée connue comme étant infectée par le virus du SIDA ou de l'hépatite-B représente un risque de contamination, en raison d'un comportement dangereux et irresponsable tant envers le personnel que les autres personnes incarcérées.

Le CESP reconnaît tout de même que la divulgation des renseignements sur un détenu qui souffre d'une maladie infectieuse peut être justifiée

dans certaines situations, par exemple lorsqu'un détenu infecté menace de blesser quelqu'un et qu'il existe un risque important ou probable que cette personne soit grièvement blessée¹⁴⁷. Quoi qu'il en soit, la divulgation de renseignements confidentiels ne doit être possible que dans des circonstances exceptionnelles. Le CESP s'est penché sur certaines des situations qui feraient exception au principe du respect de la confidentialité¹²⁵. Il croit toutefois qu'il est urgent de mieux les définir¹²⁶.

RECOMMANDATIONS

PROTÉGER LA CONFIDENTIALITÉ ET ÉVITER LA DISCRIMINATION

3. (1) **Le CESP recommande que dans chaque établissement correctionnel fédéral, on vérifie les règles afin de s'assurer qu'elles protègent la confidentialité des renseignements médicaux, plus particulièrement les renseignements sur l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH.**
- (2) **Le CESP recommande que la politique du SCC selon laquelle les violations de la confidentialité commises par le personnel sont des fautes disciplinaires soit rigoureusement appliquée.**
- (3) **Le CESP reconnaît la nécessité pour les détenus de divulguer leur séropositivité aux autres détenus et aux membres du personnel, et les bienfaits qu'ils peuvent en tirer. Le CESP recommande que, pour encourager les détenus à révéler leur état et à profiter des bienfaits de cette divulgation, on impose des sanctions disciplinaires à tout détenu ou membre du personnel qui cause volontairement du tort à un détenu infecté par le VIH**

[25] Voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*. Annexe 7 : Communication de renseignements médicaux sur les détenus : analyse juridique et éthique.

[26] Un Comité interministériel sur les droits de la personne et le sida a été créé en mai 1993. Il examine actuellement les questions relatives à la confidentialité des résultats des tests.

ou atteint du SIDA, ou qui fait preuve de discrimination à son égard.

- (4) Le CESP recommande que les Directives du Commissaire soient révisées pour qu'il y soit précisé qu'aucun comportement discriminatoire ne sera toléré de la part d'un membre du personnel dans l'exercice de ses fonctions, à l'égard des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA et que de tels comportements feront l'objet de sanctions disciplinaires.

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LES DÉTENUS

- (5) Le CESP recommande que les renseignements médicaux sur chacun des détenus demeurent confidentiels, c'est-à-dire qu'ils ne soient connus que du personnel médical et du détenu, et qu'ils ne soient pas divulgués sans le consentement de ce dernier. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles que la divulgation sans le consentement de l'intéressé sera justifiable : uniquement si elle est absolument nécessaire et susceptible de produire l'effet voulu et si elle constitue le moyen le moins envahissant et contraignant d'éviter de causer des torts qu'on ne pourrait éviter autrement. Le SCC, en collaboration avec des détenus et des experts indépendants, devrait définir clairement ces situations exceptionnelles.

- (6) Le CESP recommande, comme moyen le plus efficace d'empêcher la propagation du VIH dans les établissements correctionnels, l'application stricte et universelle de procédures et de pratiques préventives à l'égard de la transmission du VIH, plutôt que la divulgation de renseignements établissant l'identité des porteurs du virus. Il est essentiel que le personnel et les détenus

appliquent des précautions universelles qui préviendront la transmission du VIH et qu'ils aient accès aux moyens de le faire.

4. PLACEMENT ET ACTIVITÉS

SITUATION ACTUELLE

Voici ce que prévoit la Directive du Commissaire n° 821 en ce qui concerne le placement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA :

5. Une fois le détenu incarcéré dans un établissement, il sera logé de la manière suivante :
 - a. s'il est séropositif au VIH ou atteint de para-SIDA, on essaiera de le placer dans la population générale;
 - b. s'il est impossible de laisser le détenu dans la population générale, on essaiera de le placer en isolement protecteur;
 - c. s'il est impossible d'opter pour l'isolement protecteur, on placera le détenu en ségrégation administrative; et
 - d. si le détenu est atteint du SIDA, on le logera au centre de santé.

Conformément à l'article 6 de la Directive,

dans certains cas, le placement dans un établissement peut faire l'objet d'une décision individuelle afin de tenir compte de particularités médicales et non médicales.

En ce qui concerne les activités, les articles 7 et 8 de la Directive prévoient ce qui suit :

7. Les détenus chez lesquels l'infection à VIH a été diagnostiquée ou est soupçonnée ne doivent pas être traités différemment des autres, sauf avis médical contraire.
8. Le directeur peut décider d'isoler un détenu s'il l'estime nécessaire pour

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

maintenir la sécurité et le bon ordre dans l'établissement.

Cette Directive, comme la plupart des politiques provinciales ayant trait aux prisons, stipule en fait qu'on doit tenter de placer les détenus infectés dans la population carcérale et leur permettre de participer à toutes les activités internes; cependant, les exceptions à cette règle sont vagues et aucun critère relatif à la prise de décisions n'a été énoncé.

La version révisée de la Directive n° 821 (non encore approuvée) n'est pas formulée avec plus de précisions que l'ancienne mais représente néanmoins un grand pas dans la bonne direction. À titre d'exemple, les articles 3 et 4 prévoient ceci :

3. Les détenus atteints du SIDA ou ayant élaboré des anticorps anti-VIH seront placés en fonction des mêmes critères que les autres détenus qui ne présentent aucun signe de la maladie.
4. On essaiera par tous les moyens de placer les détenus atteints du SIDA ou séropositifs pour le VIH au sein de la population carcérale.

La version révisée de cette Directive insiste sur le fait que le placement d'un détenu ailleurs qu'au sein de la population carcérale générale sera considéré comme exceptionnel. En revanche, la Directive actuellement en vigueur prévoit seulement que l'«on essaiera» de placer les détenus infectés dans la population générale et, en principe, elle autorise d'autres types de placement et accorde aux autorités carcérales un vaste pouvoir discrétionnaire.

En ce qui concerne les détenus atteints du SIDA, la Directive en vigueur stipule qu'ils doivent être logés au centre de santé. Par contre, aux termes de la nouvelle version de la Directive, les mêmes considérations qui s'appliquent aux détenus séropositifs s'appliqueront également aux détenus atteints du SIDA. Plus particulièrement, selon l'article 6 :

6. Les détenus séropositifs au VIH ou atteints du SIDA ne seront placés dans le centre de santé que si l'ordonne le médecin de l'établissement pour des raisons médicales.

Par conséquent, conformément aux nouvelles dispositions proposées, le principe général consiste à placer les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA au sein de la population carcérale générale. Cependant, l'application de ce principe est limitée par l'article 5 de la même Directive :

5. S'il est impossible de placer le détenu au sein de population générale, il faut alors envisager l'isolement protecteur ou la ségrégation administrative.

Cette exception est énoncée en termes vagues, et l'article ne renferme aucun critère relatif à la prise de décisions.

En ce qui concerne les activités, les nouvelles dispositions prévoient ce qui suit :

7. Les détenus chez lesquels l'infection à VIH a été diagnostiquée ou est soupçonnée seront traités de la même façon que les autres détenus à moins d'avis contraire du médecin.
8. Lorsqu'il est impossible de placer un détenu infecté par le VIH au sein de la population carcérale générale, le personnel fera tout en son pouvoir pour occuper les détenus par des activités productives.

Dans la pratique, les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA ont parfois fait l'objet de discrimination du fait de leur séropositivité, surtout dans les établissements provinciaux. À titre d'exemple, la *British Columbia Civil Liberties Association* a reçu une plainte d'un détenu d'un centre de détention provisoire de la province qui avait admis à des autorités correctionnelles qu'il craignait d'être porteur du VIH. Le détenu a allégué qu'il avait été enfermé 24 heures sur 24 pendant 16 jours en dépit des résultats négatifs à

deux tests de dépistage du VIH, qu'il ne pouvait recevoir de visiteurs que derrière des fenêtres de plastique, qu'il était escorté hors de sa cellule par des gardes portant des gants de caoutchouc et qu'on avait empêché ses amis de lui rendre visite «parce qu'il a le SIDA¹⁴⁸». Dans un autre cas, un détenu du centre de détention de l'ouest du Toronto métropolitain a déclaré qu'il avait fait l'objet d'un isolement médical pendant cinq jours après avoir dit à des agents de correction qu'il était positif à l'égard du VIH¹⁴⁹. Certains ont allégué que les prisonniers porteurs du VIH ou atteints du SIDA étaient isolés du reste de la population des établissements provinciaux de détention provisoire jusqu'en 1989¹⁵⁰.

On rapporte, à l'occasion, des cas semblables d'isolement dans les établissements fédéraux. Même si le PASAN a déclaré que «l'isolement des prisonniers séropositifs pour le VIH a été jusqu'ici beaucoup trop courant, voire la règle officielle, dans les établissements carcéraux tant provinciaux que fédéraux¹⁵¹», les statistiques qu'a fournies le SCC sur le placement de détenus séropositifs pour le VIH ou atteints du SIDA révèlent que les cas d'isolement préventif, d'isolement disciplinaire ou d'isolement protecteur sont rares. Par exemple, en octobre 1992, 59 personnes porteuses du VIH et trois personnes atteintes du SIDA étaient incarcérées dans des établissements fédéraux. De ces 59 détenus infectés, 55 étaient placés au sein de la population carcérale générale, deux dans les centres de santé, un en isolement disciplinaire et un en isolement protecteur. Des trois détenus atteints du SIDA, deux étaient placés dans la population carcérale générale et un au centre de santé. Entre janvier et octobre 1992, jamais plus de cinq détenus infectés par le VIH dans les établissements correctionnels fédéraux ont été isolés en même temps de la population carcérale générale.

DÉBAT

Bon nombre de pays ont eu comme première réaction au VIH et au SIDA d'isoler et de mettre à l'écart les prisonniers infectés par le VIH. Cela remonte à une époque où l'on ne comprenait pas bien le virus et où l'on ne savait que peu de choses sur la façon dont il était transmis. L'isolement a toujours cours dans certains systèmes carcéraux (par exemple, dans de nombreux systèmes aux États-Unis). Par contre, un récent sondage auprès de certains systèmes pénitentiaires a révélé que 23 des 31 systèmes pénitentiaires européens et quatre des sept États australiens faisant partie du sondage appliquent des politiques claires interdisant l'isolement et favorisant le placement «normal» des détenus infectés par le VIH¹⁵². Pourtant, le sondage a également révélé que, même dans les systèmes qui ont adopté des politiques de placement non discriminatoires, les prisonniers infectés par le VIH sont parfois exclus de certaines activités, telles les travaux dans les cuisines ou les infirmeries.

Comme l'ont signalé Harding et Schaller, la problématique de l'isolement des prisonniers infectés par le VIH et de leur participation aux travaux a été compliquée par deux facteurs. Le premier est l'allégation selon laquelle ces détenus doivent, pour leur propre bien, être placés dans un milieu protecteur où ils seront protégés contre le harcèlement d'autres prisonniers et bénéficieront de conditions hygiéniques, de soins médicaux et d'un régime alimentaire améliorés. Le second facteur est la volonté de protéger la population carcérale générale contre des prisonniers infectés qui sont violents ou que l'on considère comme des «prédateurs sexuels»¹⁵³.

Au Canada, l'on s'entend en général sur le fait que les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA devraient normalement être placés au sein de la population carcérale générale¹²⁷. Dans une

[27] Cependant, dans une étude qui portait sur les connaissances, les attitudes et les comportements des détenus à l'égard du VIH/SIDA et qui a été effectuée par Toepell dans deux établissements provinciaux de l'Ontario, lorsqu'on a demandé à des membres de la population carcérale où l'on devrait placer les détenus infectés par le VIH, un peu plus de la moitié d'entre eux ont suggéré une unité ou une rangée spéciale réservée aux détenus séropositifs. Seulement 11 p. 100 des répondants ont indiqué que les détenus infectés devraient être placés dans la population carcérale générale. Pour plus de détails, voir Toepell, *infra*, note 108, p. 36-37.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

décision qu'elle a rendue, la Cour de justice de l'Ontario a reconfirmé que l'isolement des détenus infectés par le VIH n'était justifié que dans des circonstances exceptionnelles. La Cour a soutenu que l'isolement d'un détenu pourrait être justifié non pas en raison du fait qu'il est infecté par le VIH, mais en raison du fait qu'il pourrait adopter un comportement pouvant exposer d'autres personnes au VIH¹⁵⁴.

Dans la pratique, l'isolement constitue l'exception plutôt que la règle dans les établissements fédéraux. Quoi qu'il en soit, on a relevé des cas d'isolement injustifié, et l'on craint l'isolement arbitraire et l'application de politiques d'une façon inconséquente et fortuite.

Aussi, pour parer à cette possibilité, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a-t-il recommandé que tous les détenus soient placés au sein de la population carcérale générale «à moins que l'isolement ne soit nécessaire pour le bien du détenu¹⁵⁵». Le Groupe de travail sur l'infection à VIH et la santé mentale du Centre fédéral sur le SIDA recommande que les établissements correctionnels placent, dans toute la mesure du possible, les détenus positifs à l'égard du VIH au sein de la population carcérale générale où ils peuvent avoir accès à l'ensemble des activités et des programmes offerts¹⁵⁶. De même, le PASAN a déclaré que, en principe, «les prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA ne devraient pas être isolés ou mis à l'écart contre leur gré¹⁵⁷». Le PASAN prétend que l'isolement involontaire de ces détenus n'est pas justifiable et ne sert ni les intérêts du détenu isolé ni ceux de la population carcérale. En particulier, le PASAN insiste sur la nécessité de n'envisager des aménagements spéciaux que lorsque les détenus en font eux-mêmes la demande, par exemple lorsque leur santé peut être compromise par des virus ou des infections opportunistes transmises par des co-détenus. Comme l'a signalé le PASAN, «le placement spécial doit permettre au détenu d'obtenir des soins médicaux particuliers et ne pas représenter une punition ou une épreuve¹⁵⁸». Le PASAN ajoute également que «l'isolement involontaire ne sert les intérêts de personne» et donne à la population carcérale un faux sentiment

de sécurité – que les personnes infectieuses ont disparu de leur vie et que, par conséquent, ils ne leur est plus nécessaire de prendre des précautions dans leurs relations sexuelles et leur consommation de drogues¹⁵⁹».

Aux États-Unis, les responsables du *National Prison Project* ont fait des recommandations dans le même sens : «un prisonnier ne devrait être isolé ou mis à l'écart que lorsqu'il manifeste un comportement violent ou prédateur à l'égard des autres prisonniers et de membres du personnel. Tant les prisonniers séropositifs que les prisonniers séronégatifs doivent être isolés s'ils sont prédisposés à la violence. Les prisonniers infectés par le VIH qui sont mis à l'écart de la population carcérale générale après avoir adopté un comportement «à risque élevé» doivent suivre des séances de counselling et d'éducation sur le SIDA; on doit par la suite leur accorder la même possibilité qu'aux prisonniers non infectés de réintégrer la population carcérale générale¹⁶⁰».

Ces recommandations concordent avec les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* qui renferment les dispositions suivantes sur les mesures à prendre en ce qui concerne les prisonniers infectés par le VIH :

27. Puisqu'il n'est pas considéré utile, ni à propos, d'imposer aux membres de la communauté infectés par le VIH des mesures de ségrégation ou d'isolement ni d'imposer des restrictions à leurs activités professionnelles, sportives ou ludiques, il conviendrait d'adopter la même attitude à l'égard des détenus infectés par le VIH. Les décisions d'isolement pour raison de santé devraient être prises uniquement par le corps médical et pour des motifs identiques à ceux qui valent pour le public en général, en application des règles et règlements de santé publique. Les droits des détenus ne devraient pas être restreints plus qu'il n'est absolument nécessaire pour des raisons médicales et que ne le prévoient les règles et règlements de santé publique. Les

détenus infectés par le VIH devraient pouvoir accéder aux ateliers et travailler dans les cuisines, les fermes et les autres lieux de travail, ainsi que dans le cadre de tous les programmes offerts à l'ensemble de la population carcérale.

28. L'isolement pendant des périodes limitées peut être nécessaire pour des raisons médicales si les détenus infectés par le VIH souffrent de tuberculose pulmonaire au stade infectieux. Un isolement protecteur peut être également requis pour les détenus que le SIDA prive de leurs défenses immunitaires, mais ne devrait être appliqué qu'avec le consentement éclairé de l'intéressé. Les décisions concernant la nécessité d'isoler ou de ségréguer les détenus (y compris ceux qui sont infectés par le VIH) ne devraient être prises que pour des raisons médicales et uniquement par le personnel de santé et ne devraient pas être influencées par l'administration pénitentiaire.
29. Les mesures disciplinaires – mise au secret, par exemple, des détenus qui ont fait preuve d'un comportement sexuel agressif ou prédateur ou qui menacent de se livrer à de tels actes – devraient être décidées sans qu'il soit tenu compte de l'état de séropositivité éventuelle du coupable.
30. Des efforts devraient être faits pour encourager, chez les détenus, l'adoption d'attitudes de soutien à l'égard, par exemple, de ceux qui sont touchés par le VIH/SIDA, afin d'empêcher toute discrimination et de combattre les craintes et les préjugés concernant les individus infectés par le VIH¹⁶¹.

La question du placement des détenus a également été abordée dans certains commentaires sur le Document de travail du CESP. Tous les répondants, sans exception, étaient d'accord avec les conclusions du Comité.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP félicite le SCC pour sa politique consistant à placer les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA au sein de la population carcérale générale. Toutefois, le CESP voudrait que les politiques carcérales contiennent des dispositions plus précises sur le placement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, en vue de réduire au minimum le risque d'un isolement injustifié. Plus particulièrement, la Directive du Commissaire n° 821 pourrait clairement stipuler que les mêmes critères soient appliqués pour les décisions concernant l'isolement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA que pour les décisions sur l'isolement de tout autre détenu. Par exemple, si les détenus sont violents ou considérés comme prédateurs, leurs actes peuvent justifier l'isolement ou toute autre mesure disciplinaire, quel que soit leur état sérologique. Cela irait dans le même sens que la décision rendue dans l'affaire *Ratte*¹⁶² et que les *Directive sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* de l'OMS. Pareilles modifications appuieraient l'approche que le SCC entend adopter en révisant la Directive du Commissaire, c'est-à-dire que le fait d'être infecté par le VIH ne peut justifier en soi la mise à l'écart d'un détenu. Cela serait également conforme à la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*¹⁶³, laquelle établit des lignes directrices sur la façon et le moment d'appliquer les règles de l'isolement préventif. En effet, la *Loi* stipule que l'isolement est permis uniquement s'il n'y a pas d'autre solution et si les détenus représentent une menace pour eux-mêmes ou pour les autres et pour la sécurité de l'établissement ou nuiraient au bon déroulement d'une enquête s'ils étaient maintenus au sein de la population carcérale.

Le CESP estime que l'isolement des détenus infectés devrait toujours respecter les lignes directrices de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* et ne devrait être envisagé qu'à la demande expresse d'un détenu infecté ou lorsque tout autre moyen, tel que l'information et les sanctions disciplinaires des co-détenus ou des agents de correction, a failli à protéger le détenu infecté.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

De plus, le CESP a conclu que les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA devraient être placés dans des centres de santé uniquement lorsque leur état médical l'exige et lorsque le transfert est ordonné par un médecin et que les détenus y consentent. Toutefois, conformément aux *Directive sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* de l'OMS, «l'isolement pendant un certain temps peut être requis pour des raisons médicales dans le cas des détenus infectés par le VIH qui souffrent de tuberculose pulmonaire à un stade infectieux».

Enfin, le CESP est d'avis que les détenus infectés par le VIH ne devraient être exclus d'aucun programme éducatif, de formation professionnelle ou de travail et, plus particulièrement ne devraient être gardés à l'écart des cuisines et des infirmeries du seul fait de leur infection à VIH.

RECOMMANDATIONS

4. (1) **Le CESP approuve le fait que les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA soient placés au sein de la population carcérale générale.**
- (2) **Le CESP recommande que, pour réduire au minimum le risque d'isolement injustifié, la Directive du Commissaire n° 821 et les autres directives pertinentes soient révisées de façon à énoncer clairement que les décisions relatives au placement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA doivent respecter les mêmes critères que ceux qui s'appliquent à tout autre détenu.**
- (3) **Le CESP recommande que la Directive du Commissaire n° 821 soit révisée de façon à énoncer clairement que les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA devraient pouvoir participer aux mêmes programmes éducatifs, de formation professionnelle ou au même travail que tout autre détenu.**

5. PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

5.1 SENSIBILISATION AU VIH ET AU SIDA

SITUATION ACTUELLE

Voici ce qu'énonce la Directive 821 du Commissaire en ce qui concerne les programmes éducatifs :

18. L'administration régionale élaborera et coordonnera un programme éducatif complet à l'intention du personnel des services de correction et des détenus. Ce programme comprendra :
 - a. du matériel éducatif et des possibilités de se renseigner fournis au personnel au cours de la période d'orientation et au détenu au moment de son incarcération (entre autres, de l'information sur la transmission du SIDA, les mesures de lutte contre l'infection et les précautions à prendre pour minimiser les risques de transmission); et
 - b. des possibilités de mise à jour des données afin que le personnel et les détenus soient tenus informés des découvertes dans le domaine du SIDA.

La nouvelle version de la Directive (non encore approuvée) est très semblable de par sa formulation et son contenu mais semble insister davantage sur l'éducation par l'enseignement direct par une personne plutôt que par la documentation écrite :

16. L'administration régionale élaborera et coordonnera un programme éducatif complet à l'intention du personnel des services de correction et des détenus. Ce programme comprendra :

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

- a. de l'information sur les modes de transmission du SIDA, sur les mesures de lutte contre la propagation de l'infection et sur les précautions à prendre pour minimiser le risque de transmission du VIH; et
- b. des mises à jour périodiques de l'information pour que le personnel et les détenus soient tenus informés des découvertes dans le domaine du VIH et du SIDA.

Le SCC considère qu'il est capital d'informer les détenus sur les modes de prévention et de transmission des maladies infectieuses. Un programme éducatif a été mis en oeuvre à l'intention des détenus avant 1985, lorsque le premier cas de SIDA a été découvert dans le système pénitentiaire fédéral. D'après le Dr Jacques Roy, directeur général des services de santé du SCC, «le type, la qualité et la quantité du matériel que l'on a mis à la disposition des détenus a été amélioré à mesure qu'on a recueilli de nouvelles données sur le SIDA et le VIH¹⁶⁴. On montre aux détenus, dès leur admission à l'établissement, une bande vidéo intitulée *AIDS: A Bad Way to Die*, et un membre du personnel infirmier est à leur disposition pour répondre à leurs questions. On leur montre également divers autres documents audiovisuels, et on fait circuler des brochures et des dépliants, en français et en anglais, dans le cadre du programme éducatif. Au nombre des autres activités éducatives et préventives figurent le counselling sur demande, les groupes de discussion dirigés par un médecin de l'établissement ainsi que des séminaires¹⁶⁵ auxquels des représentants de groupes communautaires sont parfois invités à participer.

DÉBAT

Certaines réserves ont été exprimées quant à l'efficacité des programmes d'information sur le VIH et le SIDA créés à l'intention des détenus¹⁶⁶.

En particulier, d'aucuns prétendent qu'«ils ne réussiront probablement pas à modifier le comportement et qu'ils ne sont pas obligatoires ni imposés aux détenus alors que le milieu carcéral se prêterait à ce genre de mesures¹⁶⁷». L'on a également signalé que «les détenus ne tireront guère profit de cette information s'ils n'ont pas les moyens de l'appliquer¹⁶⁸». Même les détenus ont déclaré que les séances d'information sur la protection personnelle sont «tout simplement frustrantes» puisqu'on ne leur fournit pas les moyens de le faire. Zoltan Lugosi, un ancien détenu^[28], a souligné que «s'il est nécessaire de présenter des films pour sensibiliser les employés des prisons, il est alors aussi nécessaire de renseigner d'une façon explicite toute la population carcérale en faisant appel à des éducateurs réputés de la collectivité» et que «puisque les prisonniers se méfient des autorités carcérales et qu'il est peu probable qu'ils discutent avec elles des activités proscrites, ce sont les groupes d'entraide et les programmes qui constituent la meilleure approche¹⁶⁹».

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé que tous les détenus aient accès à des programmes éducatifs, pertinents sur le plan culturel et linguistique, basés sur des faits, et destinés à minimiser la propagation de l'infection et à renseigner les détenus sur les risques et les mesures de prévention¹⁷⁰.

Dans son mémoire au Comité parlementaire sur le SIDA devant lequel elle a comparu le 13 mai 1992, la Société canadienne du SIDA a déclaré qu'«il est maintenant temps d'élaborer une stratégie sur le VIH/SIDA dans les prisons qui englobera [...] de[s] programmes d'éducation efficaces [...] pour le personnel et les détenus», et tant le personnel que les détenus devraient participer à l'établissement et à la prestation de ces programmes¹⁷¹.

Le PASAN a pour sa part recommandé que les programmes éducatifs sur le VIH et le SIDA

[28] Dans le document de travail, on a décrit erronément Zoltan Lugosi comme un «ancien détenu infecté par le VIH». Le Comité ne disposait d'aucun renseignement sur l'état sérologique de M. Lugosi et cette grave erreur s'est glissée tout à fait par mégarde. Le Comité en est vivement navré.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

répondent aux critères suivants : 1. qu'ils soient imposés à tous les détenus; 2. qu'ils soient exhaustifs; 3. «qu'ils tiennent compte des besoins particuliers des prisonniers qui ont des incapacités, qui sont d'origine linguistique ou ethnique différente, qui possèdent des compétences linguistiques différentes, qui sont de race et de sexe différents et qui ont une orientation sexuelle différente»; 4. qu'ils soient offerts dans le cadre des séances collectives d'information sur le VIH et le SIDA ainsi que sur une base individuelle au moment de l'admission des détenus ou à leur départ de l'établissement correctionnel; et 5. qu'ils soient fournis par des organismes communautaires de l'extérieur voués à la lutte contre le VIH/SIDA ainsi que par des services de santé¹⁷².

La *John Howard Society of Metropolitan Toronto* a fait des recommandations dans le même sens¹⁷³ dans son étude de l'évaluation des besoins en matière d'éducation sur le SIDA, laquelle a porté sur le degré de sensibilisation au VIH/SIDA et sur les connaissances des détenus de deux établissements ontariens en la matière. L'auteure de l'étude a ainsi recommandé que la formation et l'éducation sur le SIDA soit assurée par des spécialistes et des organismes qui ne relèvent pas du ministère des Services correctionnels.

Il est essentiel de consulter ces organismes et ces groupes communautaires de façon suivie si l'on veut que le programme véhicule des renseignements à jour, objectifs et exacts, et contrecarre toute attitude phobique et fausse croyance à l'égard du SIDA. La conception, la mise en oeuvre et la prestation d'un programme éducatif sur le SIDA devraient être assurées par les responsables des services externes de santé ou des experts et des professionnels en matière de SIDA... Le Ministère doit reconnaître les connaissances d'experts et les compétences en pédagogie qui sont offertes à l'extérieur du milieu carcéral et en tirer parti¹⁷⁴.

L'étude a révélé que les détenus interrogés «tenaient beaucoup à s'informer sur le VIH et le SIDA durant leur incarcération et étaient vivement en faveur de toute initiative visant l'élaboration d'un programme éducatif en milieu carcéral¹⁷⁵». Ce qu'a confirmé l'analyse des réponses au questionnaire que le CESP a envoyé aux comités de détenus. Tous les comités de détenus et tous les prisonniers qui ont répondu au questionnaire ont déclaré à l'unanimité que les programmes éducatifs sur le VIH/SIDA doivent être offerts à tous les détenus¹²⁹.

Une deuxième étude entreprise par la *John Howard Society* a porté sur les connaissances, les attitudes et le comportement des détenus à l'égard du VIH et du SIDA; l'étude a révélé que les détenus interrogés étaient bien sensibilisés au VIH et au SIDA. Toutefois, elle a également fait ressortir que les connaissances des détenus étaient lacunaires, surtout en raison de mythes et d'idées fausses. Beaucoup de détenus ont manifesté «de vifs sentiments phobiques à l'égard du SIDA et une forte tendance à l'homophobie», ont avoué se sentir menacés par la présence dans leur unité ou leur rangée de co-détenus infectés par le VIH et ont préconisé l'aménagement de locaux distincts dans l'établissement pour les détenus infectés. Quant aux comportements à risque que les détenus avaient avant leur incarcération, on peut résumer ainsi les résultats de l'étude :

En règle générale, les prisonniers n'utilisaient des condoms qu'avec des partenaires sexuels qu'ils ne connaissaient pas bien et cessaient de prendre des précautions après un mois en moyenne. Les détenus qui s'injectaient des drogues intraveineuses étaient portés à partager leur matériel, surtout avec leurs partenaires sexuels, et nettoyaient couramment les accessoires communs. Les prisonniers tatoués n'étaient en général pas conscients des risques de transmission du VIH que comportait le partage des aiguilles et des encres¹⁷⁶.

[29] Pour de plus amples renseignements, se reporter à l'annexe 6, Résultats du questionnaire destiné aux détenus, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

L'auteure de l'étude a conclu qu'un «programme d'éducation doit combler les lacunes des connaissances des prisonniers, être axé sur la réduction des risques de transmission aussi bien en prison qu'à l'extérieur, et encourager les changements positifs d'attitudes qui, au bout du compte, auront pour effet d'atténuer les phobies¹⁷⁷».

Certains établissements pénitentiaires font déjà appel aux organismes communautaires pour fournir les services d'information et d'aide en matière de VIH et de SIDA :

- Le programme de prévention du SIDA de l'établissement de Kingston, *Prison Outreach Program*, financé par le gouvernement fédéral, offre des services d'information, d'aide, de counselling individuel sur le VIH et le SIDA et des services de défense des droits des prisonniers infectés par le VIH. Des groupes d'entraide composés de détenus et commandités par le programme s'activent dans deux établissements correctionnels. Au pénitencier de Kingston, notamment, un détenu a récemment été nommé conseiller auprès des pairs en matière de santé, et son poste est maintenant rémunéré à plein temps¹⁷⁸.
- Au pénitencier de Dorchester, un établissement fédéral situé au Nouveau-Brunswick, un groupe d'aide aux prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA a été mis sur pied grâce à l'appui du groupe communautaire SIDA/AIDS de Moncton. Ce groupe tient des réunions mensuelles à l'établissement pour diffuser de l'information sur les maladies infectieuses, distribuer de la documentation aux rangées et offrir aux détenus et au personnel des séminaires sur le VIH et le SIDA.
- À l'établissement de Matsqui, un groupe a été constitué dans le but «de renseigner les co-détenus sur le problème du VIH et du SIDA et d'offrir aide et réconfort aux détenus de l'établissement infectés par le VIH ou atteints du SIDA¹⁷⁹». Le groupe a également organisé en février 1993 un atelier sur le VIH/SIDA.
- Au moment de la rédaction du présent document, le groupe d'étude *HIV and Friends* était mis sur pied à l'établissement de

Mission¹⁸⁰; le mandat du groupe peut être résumé ainsi : 1. préconiser auprès des détenus et de leurs familles l'adoption d'un comportement responsable; 2. informer, éduquer et sensibiliser l'établissement et la collectivité à l'égard de questions liées au VIH et au SIDA; 3. avec l'aide de la *Vancouver Persons with AIDS Society* et de *AIDS Vancouver*, fournir une formation en matière d'entraide aux détenus intéressés; 4. fournir de l'aide «sur demande» aux détenus récemment diagnostiqués et, au besoin, les aider à s'adapter à leur état; 5. travailler de concert avec les services de santé et le psychologue de l'établissement pour aider les détenus à accepter leur diagnostic; 6. aider les détenus infectés par le VIH/SIDA à recourir aux divers services d'aide et de thérapie offerts dans la collectivité; 7. régulièrement organiser des séminaires, pour transmettre de l'information à jour au personnel, aux détenus et à leurs familles respectives; 8. favoriser une meilleure acceptation et compréhension du problème du VIH et du SIDA au sein de l'établissement; 9. aider les participants de ce groupe à prendre mieux conscience des problèmes que soulèvent le VIH ou le SIDA¹⁸¹.

L'ancien commissaire du SCC, Ole Ingstrup, avait déclaré que le Service correctionnel compte beaucoup sur l'information et l'aide que les différents groupes communautaires peuvent offrir aux détenus infectés par le VIH et que le SCC estime que les détenus prêteront davantage attention à des avertissements qui leur seront donnés par des groupes indépendants de l'extérieur. Il avait également insisté sur le fait que le Service correctionnel du Canada compte dans une grande mesure sur l'aide de ces groupes extérieurs¹⁸².

Par ailleurs, l'importance de l'appui communautaire est reconnue dans la version révisée de la Directive 821 du Commissaire (non encore approuvée). Un nouveau paragraphe sur l'aide communautaire stipule ceci :

22. Le Service correctionnel du Canada encouragera vivement les groupes

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

communautaires et d'entraide à fournir, au besoin, l'aide et l'information nécessaires aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, ainsi qu'à leurs familles respectives.

L'ancien ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, l'honorable Benoît Bouchard, a pour sa part reconnu dans une lettre adressée au groupe d'entraide (*AIDS Prison Group*) du pénitencier de Dorchester «la nécessité et l'efficacité d'initiatives d'entraide¹⁸³».

À l'échelle internationale, un vaste éventail de programmes d'éducation et de prévention en matière de VIH et du SIDA sont en vigueur dans les prisons^[30].

En Australie, le *New South Wales Anti-Discrimination Board* a déclaré que «les programmes les plus efficaces tant du point de vue de leur valeur éducative pour l'ensemble des prisonniers que de l'aide qu'ils fournissent notamment aux prisonniers séropositifs sont manifestement ceux auxquels participent activement les prisonniers et qu'appuient des conseillers de l'extérieur adéquatement choisis et formés¹⁸⁴». La commission a également souligné que «vu l'hostilité qui s'est depuis longtemps installée entre les prisonniers et les gardiens, et l'impression bien répandue (et juste dans la plupart des cas) que la confidentialité ne peut exister dans le système carcéral, il est douteux que la participation des gardiens à ces programmes, voire de l'ensemble du personnel correctionnel, serait efficace¹⁸⁵».

Heilpern et Egger proposent d'intégrer dix éléments clés à tout programme éducatif au sein des prisons¹⁸⁶, éléments pouvant être résumés ainsi : 1. Les programmes d'éducation sur le SIDA doivent être instaurés avant que le nombre de prisonniers séropositifs n'accroisse considérablement; les programmes proactifs

permettent de prévenir les graves inquiétudes chez les détenus et le personnel. 2. Les programmes d'éducation doivent être obligatoires pour les détenus et le personnel. Même si cela est coûteux et difficile à gérer, l'importance de l'éducation sur le SIDA le justifie. 3. Les séances d'information sur le SIDA doivent être régulièrement offertes et mises à jour de façon à refléter tout progrès et à réagir aux reportages souvent trompeurs des médias. 4. Les efforts d'éducation sur le SIDA doivent inclure la mise en oeuvre de mécanismes qui font participer les détenus et le personnel à l'élaboration et à la présentation des programmes d'éducation. Idéalement, tout programme sur le SIDA fait intervenir des représentants des groupes cibles dans la mise sur pied des séances d'éducation et d'information sur le SIDA. La modification du comportement, qui constitue le principal objectif de tout programme d'éducation sur le SIDA, doit être fondée sur un large éventail de nouvelles stratégies, dont l'adaptation d'un programme donné aux besoins du groupe, la participation du groupe cible à la diffusion de l'information, le recours à la structure hiérarchique, informelle mais puissante, qui existe au sein des établissements, la responsabilisation de chaque établissement à l'égard de ses propres stratégies de prévention du SIDA, la mise en oeuvre d'un moyen efficace d'évaluation, et la correspondance des stratégies d'éducation aux programmes communautaires. 5. La formation et l'éducation sur le SIDA doivent être fournies en direct. Cette façon s'est avérée la plus efficace parce qu'elle permet l'interaction et la rétroaction. Il est souvent recommandé qu'une personne atteinte du SIDA y assiste étant donné le puissant effet motivateur d'un témoignage personnel. 6. Les éducateurs doivent comprendre le système carcéral et inspirer confiance. Le message doit être exact et direct et ne comporter aucun jugement ou idéologie caché. Le programme d'éducation doit être fourni dans la langue appropriée et contenir le moins d'expressions techniques que possible. 7. La

[30] On peut trouver un aperçu de certains de ces programmes et des mesures qui sont prises pour maintenir et accroître leur efficacité dans un rapport intitulé *AIDS Education and Prevention Programs in Correctional Institutions Worldwide*, élaboré par L. Fitzsimmons, Université de Waterloo, à l'intention de l'Unité de services d'information et d'éducation sur le SIDA, Direction de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1992.

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

formation en direct doit être assortie de bandes magnétoscopiques ou de documentation écrite, ou des deux. 8. En plus de fournir des renseignements de base sur la maladie, le programme d'éducation doit prendre en considération les préoccupations qui circulent dans l'établissement, aussi irrationnelles soient-elles. En prison, l'éducation sur le SIDA doit porter sur les principaux facteurs de risque, l'échange des seringues, les activités sexuelles, le tatouage ainsi que les bagarres et toute autre situation où il y a épanchement de sang. 9. Il doit y avoir un engagement sérieux de la part des autorités, et ce, pour accroître la qualité du programme; pour démontrer par l'exemple les principes du programme; et pour assurer l'engagement pragmatique à tous les niveaux de l'administration de l'établissement carcéral. 10. Les programmes d'éducation sur le SIDA doivent être rigoureusement suivis et évalués si l'on veut en atteindre les objectifs.

Dans certaines prisons d'Australie, l'éducation par les pairs constitue l'un des principaux aspects des initiatives de lutte contre la propagation du VIH. Plus particulièrement, le *Centre for Education and Information on Drugs and Alcohol*, en collaboration avec le *Prison AIDS Project* du Service correctionnel de la Nouvelle-Galles du Sud, a mis au point un manuel devant servir dans le cadre d'un programme d'éducation par les pairs (*National Prisons HIV Peer Education Program*)¹⁸⁷. Le manuel est destiné aux agents de correction ainsi qu'aux éducateurs communautaires qui donnent des séances de formation en matière d'entraide aux détenus. En fait, le programme vise à aider les éducateurs à atteindre les buts suivants : 1. permettre aux détenus d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour éviter toute infection à VIH; 2. inciter certains prisonniers à jouer un rôle actif dans la prévention du VIH; 3. former, parmi les prisonniers, des éducateurs qui ont la compétence et la volonté d'informer leurs codétenus sur la transmission du VIH et sur les pratiques sexuelles et la consommation de drogue sans risque; 4. aider les détenus-éducateurs à acquérir les compétences et la volonté de soutenir activement les détenus séropositifs pour le VIH; 5. instaurer

une infrastructure composée de cadres, de gardiens, d'agents des services communautaires et de prisonniers qui collaboreront dans le but de favoriser activement toutes les activités de prévention du VIH; 6. accroître la sensibilisation aux besoins particuliers de divers groupes de détenus, plus particulièrement ceux qui souffrent d'une incapacité sur le plan du développement, ceux dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, les aborigènes et les femmes; 7. recourir à l'information, les ressources et les services d'appui nécessaires.

Dans l'ensemble, le *HIV Peer Education Program* «vise à prévenir la propagation du VIH dans la population carcérale en permettant aux détenus d'acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour éviter l'infection¹⁸⁸». Cet objectif sera atteint si l'on fait participer directement les prisonniers de telle sorte qu'ils «régissent» le processus de prévention du VIH et du SIDA dans le système carcéral, si l'on établit dans les prisons des infrastructures qui favorisent à long terme les initiatives des prisonniers pour éviter la propagation du VIH/SIDA, si l'on instaure des programmes éducatifs exhaustifs sur le VIH qui tiennent compte des traditions et de la culture pénitentiaires déjà établies. Comme le soulignent les auteurs du manuel, «l'éducation par les pairs pour lutter contre la propagation du VIH/SIDA a pour objet d'engendrer et de renforcer chez les détenus la capacité et la volonté de veiller à leur propre santé et bien-être¹⁸⁹».

Les auteurs du document ajoutent :

Le contexte carcéral est bien particulier. Il faut reconnaître et exploiter le pouvoir de la culture pénitentiaire. Toute stratégie d'éducation sur le VIH risque d'échouer si elle est imposée par une autorité centrale. Si on veut qu'elle s'intègre à la culture des détenus et du personnel, elle doit être adaptée et acceptable à l'établissement¹⁹⁰.

On donne plusieurs raisons pour lesquelles l'éducation par les pairs est si efficace :

1. Puisque la transmission du VIH dans les établissements carcéraux est souvent la

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

conséquence de pratiques illégales, l'éducation par les pairs représente parfois la seule méthode de fournir sans détours aux détenus des renseignements sur le sujet. 2. La collaboration du détenu-éducateur n'engendre pas la même méfiance que l'intervention ou la «propagande» des autorités carcérales. 3. Les détenus-éducateurs sont plus susceptibles de discuter avec réalisme des comportements sans risque que peuvent adopter leurs pairs. 4. Ils sont plus en mesure de réagir aux situations aussitôt qu'elles se présentent et d'une façon suivie. 5. Ils sont aptes à juger quelles stratégies éducatives seront efficaces auprès de leurs co-détenus et à établir des liens entre les programmes de prévention du VIH/SIDA et la culture et la hiérarchie informelle pénitentiaires¹⁹¹.

Les comités de lutte contre le SIDA des prisons de la Nouvelle-Galles du Sud communiquent à leurs co-détenus des moyens de prévenir la transmission du VIH/SIDA. Ils ont recours à différentes méthodes telles que les séances collectives, les dépliants, les affiches, les tests de connaissances, les pièces de théâtre, la rédaction de scénarios vidéo et les compositions musicales¹⁹². Les responsables des programmes d'éducation facilitent le travail des comités en leur fournissant des renseignements à jour et vont même jusqu'à inviter des membres séropositifs avoués de la collectivité à s'entretenir avec des prisonniers, à utiliser des bandes vidéo et de la documentation médicale, à recourir aux services de scénaristes professionnels pour mettre au point des outils pédagogiques et à organiser des concours d'affiches. Ces responsables de l'éducation assurent également la liaison entre le personnel des prisons, les autorités carcérales et les prisonniers.

Aux États-Unis, la *National Commission on AIDS* s'est penchée sur les divers programmes éducatifs existants et a conclu qu'ils «différaient énormément d'une juridiction à l'autre¹⁹³». Voici quelques-unes de ses recommandations en ce qui a trait aux programmes de lutte contre le SIDA dans le contexte correctionnel (*Recommendations for AIDS Prevention Programs in Correctional Settings*) : 1. Tous les détenus doivent participer à

une séance d'information et d'éducation sur le SIDA au moment de leur admission. 2. Les détenus doivent avoir l'occasion de participer aux activités des groupes d'entraide et d'information sur la réduction du risque. 3. Les détenus-éducateurs peuvent jouer un rôle important dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA dans les prisons. 4. Les programmes de prévention doivent être étroitement liés aux services sociaux et de santé à l'intention des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. 5. Les prisonniers doivent participer à la planification et à la mise à exécution de programmes de lutte contre le SIDA. 6. Les systèmes correctionnels, les services de santé dans les prisons, les organismes oeuvrant dans le domaine du SIDA, les groupes de défense des droits des prisonniers et les professionnels de la santé publique doivent collaborer pour mettre en oeuvre des programmes efficaces de prévention du SIDA dans les milieux correctionnels¹⁹⁴. Et la Commission de conclure :

Les programmes de lutte contre le SIDA demeurent la stratégie la plus efficace pour freiner la propagation de l'infection à VIH. Comme les autres membres de la société, les détenus ont le droit d'être protégés contre des maladies potentiellement fatales. Pour des raisons juridiques, morales et de santé publique, les représentants des services correctionnels et des services de santé doivent mettre en oeuvre dans les établissements correctionnels des programmes de prévention du SIDA qui soient efficaces et exhaustifs¹⁹⁵.

Les responsables du *National Prison Project on Care and Treatment of HIV-infected Prisoners* ont également reconnu qu'«un programme d'éducation exhaustif et de qualité constitue l'un des outils les plus efficaces pour circonscrire l'infection à VIH en prison¹⁹⁶». Ils recommandent plus particulièrement que, dès leur admission, tous les prisonniers doivent être obligés d'assister à une séance d'information sur le SIDA dans le cadre de laquelle un éducateur leur donnera un exposé en direct et leur remettra du matériel pédagogique simplement rédigé. Ils recommandent que ces

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

séances soient animées par des représentants d'organismes à vocation non correctionnelle, tels que le ministère de la Santé publique, ou des prestataires locaux de services. Comme, en règle générale, les prisonniers se méfient de l'information que leur transmet le personnel des Services correctionnels, ils préconisent d'offrir périodiquement des séances de suivi aux prisonniers qui souhaitent s'informer davantage et de mettre sur pied des groupes d'aide auxquels pourront faire appel les prisonniers infectés par le VIH, les utilisateurs de drogues intraveineuses, les bien-portants qui s'inquiètent et d'autres. Enfin, l'éducation et le recours à des détenus formés pour agir à titre d'éducateur est déterminant du succès de tout programme d'éducation sur le SIDA¹⁹⁷.

L'Organisation mondiale de la santé a également insisté sur l'importance d'éduquer et d'informer les détenus dans ses *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*:

14. Les détenus et le personnel pénitentiaire devraient être informés de ce qui concerne le VIH/SIDA et des moyens de prévenir la propagation du virus, eu égard notamment aux risques probables de transmission en milieu carcéral et compte tenu des besoins des détenus après leur libération. L'information devrait être coordonnée et concorder avec celle qui est diffusée au sein du public. L'information communiquée au grand public (par le moyen d'affiches ou de dépliants et par l'intermédiaire des médias) devrait être également accessible au détenus. Toute la documentation écrite distribuée aux détenus devrait être adaptée au niveau d'instruction de la population carcérale; elle devrait être rédigée dans un langage et sous une forme que les détenus puissent comprendre et être présentée de façon attrayante et claire.
16. Des informations concernant le VIH/SIDA devraient être données aux détenus lors de leur arrivée en prison, pendant la durée de leur incarcération et dans le

cours des programmes de préparation à la sortie de prison. Tous les détenus devraient avoir la possibilité de discuter de ces informations avec des personnes qualifiées. La communication interpersonnelle, en groupe ou à titre individuel, est un élément important de l'éducation et de l'information.

17. Les détenus et le personnel pénitentiaire devraient être consultés lors de la mise au point de matériels d'éducation et devraient être invités à participer à ce travail.
18. Vu l'importance de l'éducation par les pairs, le personnel pénitentiaire et les détenus eux-mêmes devraient contribuer à la diffusion de l'information¹⁹⁸.

Les conclusions que le CESP a formulées dans son document de travail en ce qui concerne les programmes d'éducation destinés aux détenus séropositifs au VIH/SIDA ont été approuvées par l'ensemble des répondants. Certains ont toutefois mentionné que le Comité aurait dû souligner le fait que ces programmes doivent tenir compte des besoins des personnes souffrant d'incapacités et des membres d'autres groupes culturels et linguistiques. L'une des répondantes, le Dr Rothon, présidente du *Federal-Provincial Corrections Health Education Steering Committee of British Columbia*, a jugé que les auteurs du Document de travail ne s'étaient pas suffisamment penchés sur le financement et le développement de ressources internes en matière d'éducation et de counselling sur le SIDA. Elle a signalé que les besoins des prisonniers et du personnel correctionnel sont souvent très spécifiques et a soutenu que les Services correctionnels de la province de la Colombie-Britannique n'avaient pas été satisfaits des services de bon nombre de groupes externes et communautaires ainsi que de groupes de prisonniers. Selon elle, ces groupes étaient souvent «mal informés et mal préparés pour fournir des renseignements exacts, impartiaux et à jour et agissaient comme des groupes de défense des droits de prisonniers et des malades plutôt que comme des organismes de formation». Elle a conclu ainsi :

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Nous appuyons vivement les programmes d'éducation internes, offerts par des éducateurs compétents en matière de santé, liés à la fois aux services correctionnels fédéraux et provinciaux. Les efforts ainsi combinés assurent l'uniformité et la cohérence de l'information, laquelle est diffusée d'une façon cohérente dans tous les établissements correctionnels. C'est à cette fin que le *Federal-Provincial Corrections Health Education Steering Committee of British Columbia* a soumis un projet de financement en vue d'une initiative semblable pour la Colombie-Britannique. Nous estimons que les programmes de cette nature, enrichis par certaines ressources communautaires qui ont fait leurs preuves, offrent le moyen le plus efficace d'éduquer les prisonniers et le personnel correctionnel sur le SIDA, les facteurs de risque qui y sont associés et les ressources disponibles^{199[31]}.

Cependant, une autre répondante a prétendu que compter sur les sources internes pour assurer la formation «n'est pas forcément la façon idéale de procéder puisque les programmes d'éducation en matière de HIV/SIDA devraient s'adresser aux prisonniers, et tenir compte de leur degré d'alphabétisation». Elle a ajouté que «les membres du personnel correctionnel ne sont pas des éducateurs» et que «les spécialistes de l'extérieur sont mieux formés pour traiter les besoins des prisonniers et inspirer confiance à la population carcérale²⁰⁰».

ÉVALUATION DU CESP

À l'époque où nous vivons, nous subissons constamment le sensationnalisme des médias et les craintes et les insécurités non fondées des autres si bien que nous sommes en réalité *moins* informés que nous le croyons sur le SIDA et sur la façon dont le VIH et le SIDA se propagent²⁰¹.

Le CESP estime qu'éduquer les détenus sur le VIH/SIDA représente l'aspect le plus important de la promotion et de la protection de leur santé, plus particulièrement puisque les prisonniers «n'ont souvent pas bénéficié des programmes d'éducation et de prévention traditionnels... puisqu'ils quittent l'école tôt et n'ont qu'un faible niveau d'alphabétisation²⁰²». Les prisons offrent à la fois des possibilités et des défis extraordinaires sur le plan de la prévention :

D'une part, on ne retrouve dans aucune autre institution de notre société une plus forte concentration de personnes «à risque élevé». En outre, on peut douter de ce que la population carcérale ait pu profiter d'autres programmes d'éducation sur le SIDA. D'autre part, d'énormes obstacles contrecarrent l'efficacité des programmes mis en oeuvre dans les systèmes correctionnels; le climat autoritaire, une préoccupation à l'égard de la sécurité, la méfiance des détenus à l'endroit des professionnels de la santé publique, la violence, la discrimination et un taux élevé de roulement de détenus, n'en sont que quelques-uns²⁰³.

Des détenus ont déclaré au CESP qu'ils avaient reçu suffisamment d'information sur le VIH et le SIDA et qu'ils ne tenaient pas à en avoir davantage. D'autres ont signalé au CESP qu'ils n'avaient jamais reçu d'information sur la question en prison ou qu'on leur distribuait tout simplement des dépliants et leur diffusait régulièrement une bande vidéo sur le VIH et le SIDA sur le réseau de télévision interne. Les détenus ont souvent dénoncé l'inefficacité des programmes éducatifs et informatifs qui leur étaient destinés. Le CESP s'est vite rendu compte que la quantité et, plus encore, la qualité de l'information sur le VIH et le SIDA varie grandement d'un établissement à l'autre, depuis les séances d'éducation animées par des groupes communautaires de l'extérieur jusqu'à pas plus que la distribution de documents et de bandes magnétoscopiques. En règle générale, les études effectuées par la *John*

[31] En octobre 1993, cette proposition a été acceptée et un éducateur en matière de santé, rattaché aux services correctionnels fédéraux et provinciaux, a été nommé en Colombie-Britannique. Un éducateur à temps-partiel sera nommé dans un avenir rapproché.

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

Howard Society of Metropolitan Toronto ont révélé que, même si les détenus sont relativement bien au courant de la question du VIH et du SIDA et qu'ils y étaient assez sensibilisés, ils ont également de nombreuses idées fausses et nourrissent des craintes non fondées. La plupart des détenus ont en outre signalé qu'ils aimeraient tirer profit de programmes éducatifs plus nombreux et de meilleure qualité sur le VIH et le SIDA que ceux qui leur sont offerts à l'heure actuelle^[32].

Même si le CESP félicite le SCC de mettre à la disposition des détenus du matériel éducatif et de le réviser constamment pour tenir compte des plus récentes découvertes, il croit fermement que les initiatives d'éducation en ce sens doivent faire intervenir les détenus davantage et favoriser leur participation.

Il est de nombreuses raisons pour lesquelles les efforts déployés pour éduquer sont souvent perçus comme inefficaces. Entre autre, les programmes d'information ne permettent souvent pas aux détenus de «s'engager», plus particulièrement lorsque le contenu n'a pas été défini par les détenus; ils ne tiennent souvent pas compte du niveau d'alphabétisation; la participation des groupes communautaires de l'extérieur est insuffisante et les efforts que déploient les pairs en matière d'éducation ne sont pas suffisamment appuyés.

Pour veiller à ce que tous les détenus obtiennent des renseignements de base sur le VIH et le SIDA, le CESP estime qu'on devrait remettre à chacun, au moment de son admission, de la documentation, telle que des brochures ou le livret intitulé *Get the Facts*, publié par la *John Howard Society*^[33]. De tels documents devraient parler avec réalisme des risques associés à l'activité sexuelle et à la consommation de drogue dans les établissements carcéraux.

Cependant, il ne suffit pas de fournir de la documentation écrite car certains détenus ne liront ni dépliants ni brochures. En outre, pour transmettre des connaissances, l'enseignement direct par une personne se révèle souvent plus efficace que les formes purement passives d'apprentissage. En conséquence, chaque détenu devrait pouvoir assister à des séances d'information sur le VIH/SIDA dans le cadre du programme d'admission.

Par la suite, les détenus devraient pouvoir participer régulièrement à des séances d'information qui encouragent la participation individuelle et font appel à des jeux de rôle et à d'autres formes interactives de communication. Dans la mesure du possible, ces séances doivent être animées par des organismes communautaires de l'extérieur que l'on aiderait financièrement à élaborer et à exécuter ces programmes, ou encore par des pairs qui ont acquis l'expérience nécessaire dans le domaine. C'est d'ailleurs ce que préconisaient les répondants au questionnaire du CESP.

Les détenus doivent ensuite être encouragés à participer, et en avoir l'occasion, à des groupes permanents qui véhiculent de l'information et des conseils sur la réduction du risque. Une seule intervention, même si elle est répétée régulièrement, ne modifiera pas sensiblement un comportement à risques. Les détenus doivent avoir l'occasion d'acquérir des compétences pour se protéger contre l'infection, d'explorer leurs sentiments et de poser des questions²⁰⁴. De tels programmes auraient avantage à être établis par les pairs et intégrés à diverses activités déjà en cours.

On a également reconnu de façon générale la nécessité et l'efficacité des initiatives prises par les pairs en matière d'éducation. Dans certains établissements, l'éducation par les pairs constitue déjà un élément majeur des activités visant à

[32] Pour de plus amples renseignements, se reporter à l'annexe 6, Résultats du questionnaire destiné aux détenus, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

[33] Une évaluation du document *Get the facts* menée à la prison de Toronto a révélé que les détenus avaient réagi très positivement à la brochure. Voir Toepell A.R., Évaluation de *Get the Facts with Inmates at the Toronto Jail*, John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1993, p. 9.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

éviter la propagation de l'infection par VIH. Le CESP estime que les pairs peuvent jouer un rôle crucial au niveau de l'éducation des codétenus.

En règle générale, le CESP est d'avis que l'éducation par les pairs et que les séances d'information animées par des organismes de l'extérieur seront mieux reçues que tout programme d'information fourni par le personnel du SCC. Même s'il est essentiel de concevoir de bons programmes internes, ceux-ci doivent bénéficier de l'intervention de groupes externes et de pairs et être élaborés en collaboration avec les groupes externes, le personnel correctionnels et les détenus. Le CESP est encouragé par le fait que la direction du SCC et l'ancien ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, l'honorable Benoît Bouchard, aient manifesté leur appui aux programmes d'éducation assurés par les organismes de l'extérieur ou les pairs. Dans ce contexte, le SCC mérite des félicitations pour avoir pris l'initiative de nommer un détenu du pénitencier de Kingston à titre de conseiller rémunéré en matière de santé auprès des pairs.

Quant à la question de savoir si la participation à des séances d'éducation sur le VIH/SIDA devrait être obligatoire, les réponses étaient diverses. Certains détenus et des groupes comme le PASAN ont dit craindre que les détenus ne participeraient pas si on leur laissait le choix. On a également prétendu que les séances obligatoires réduiraient l'effet de stigmatisation qui peut découler de programmes facultatifs. D'autres, par contre, ont déclaré que les détenus seraient rebutés et ne voudraient pas participer si les programmes étaient obligatoires. La plupart des comités de détenus et les différents détenus qui ont répondu au questionnaire du CESP était en faveur d'une participation facultative aux programmes d'éducation.

Le CESP estime que la participation aux séances d'information offertes au moment de l'admission devrait être obligatoire. Tous les détenus devraient recevoir personnellement des renseignements sur la façon de se protéger contre les maladies infectieuses, le VIH/SIDA plus particulièrement, dès leur entrée dans le système carcéral. La

participation à toute autre séance d'éducation devrait être facultative, mais vivement encouragée pour attirer un auditoire vaste et intéressé. On pourrait, à cette fin, accorder des faveurs ou une rétribution à ceux qui assistent ou participent à ces activités. Un détenu a proposé d'inviter un «conférencier de l'extérieur» qui s'entretiendrait avec les détenus sur les lieux du travail :

On établirait un climat plus propice en invitant des conférenciers de l'extérieur à s'entretenir avec les détenus sur le lieu même de leur travail. Les détenus se retrouveraient dans un groupe avec lequel ils sont déjà à l'aise. Les groupes seraient relativement restreints et encourageraient l'interaction dans un environnement familier. Des réunions sur le lieu du travail feraient oublier le caractère obligatoire de la participation. Les surveillants pourraient également y assister. On pourrait regrouper les membres de plusieurs petits ateliers composés d'une ou de deux personnes pour maintenir le caractère informel de la rencontre²⁰⁵.

RECOMMANDATIONS

5.1 Le CESP estime que l'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA est l'élément central des programmes de promotion et de protection de la santé des détenus et de lutte contre la propagation du VIH et d'autres agents infectieux dans les pénitenciers. Le CESP constate que des initiatives en ce sens ont déjà été mises en oeuvre dans des établissements fédéraux, mais considère qu'il y a lieu de les améliorer des façons suivantes :

- (1) Tous les détenus devraient recevoir de la documentation sur le VIH et le SIDA, par exemple sous forme de dépliant ou de brochure, tels que Get the Facts, publiée par la John Howard Society.**
- (2) Dans le cadre du programme d'admission, chaque détenu devrait pouvoir participer à des séances d'information sur le VIH et le SIDA.**

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

- (3) Des séances d'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA devraient être offertes régulièrement aux détenus. Des organismes communautaires de l'extérieur en matière de santé, de SIDA ou d'aide aux détenus devraient être encouragés à animer ces séances ou à compléter l'information fournie.
- (4) En collaboration avec Santé Canada et d'autres instances, le SCC devrait financer ces organismes extérieurs pour qu'ils puissent apporter cette éducation supplémentaire.
- (5) Les détenus devraient être encouragés et aidés à mettre eux-mêmes au point et à exécuter leurs propres programmes d'information, de counselling et d'entraide.
- (6) En collaboration avec Santé Canada et d'autres instances, le SCC devrait financer ces activités.
- (7) Le SCC devrait créer, dans chaque établissement, un ou plusieurs postes de conseiller en matière de santé que remplira un détenu, lequel sera adéquatement formé, appuyé et évalué.
- (8) La participation aux séances d'information sur l'infection à VIH et sur le SIDA devrait être obligatoire pour tout détenu nouvellement admis dans le système carcéral. La participation à des séances subséquentes devrait être facultative, mais vivement encouragée.

- (9) Les programmes d'éducation devraient tenir compte des besoins des détenus handicapés, des différences sur les plans de l'origine culturelle et linguistique et du niveau d'alphabétisation.

5.2 ÉDUCATION SUR LA DROGUE^[34]

SITUATION ACTUELLE

Le SCC s'est vivement engagé à fournir des programmes et des services aux consommateurs de drogues. La mise en oeuvre de ces programmes fait partie «des efforts déployés par SCC dans le but d'assurer la réinsertion sociale des détenus, surtout lorsqu'on sait que près de 70 % d'entre eux présentent, dans une certaine mesure, des problèmes de toxicomanie²⁰⁶». Le SCC «n'a pas la prétention de pouvoir répondre à toutes les questions; toutefois, il estime être sur la bonne voie²⁰⁷». Par le passé, les programmes pour toxicomanes qu'offrait le SCC étaient très fragmentés et l'on estimait qu'il fallait «réunir tous les éléments de façon précise et coordonner les efforts des différents services²⁰⁸». Ce qui a donné lieu à la mise sur pied, en août 1989, du Groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie dont le mandat était d'établir un cadre qui permettrait au SCC de planifier et de mettre en oeuvre des programmes, des services et des politiques visant à réduire l'incidence des problèmes associés à la

[34] Beaucoup d'expressions décrivent ou définissent la consommation, le mauvais usage et l'usage abusif de drogues, et «toxicomanie» ou «abus de drogues» semblent les plus courantes. Toutefois, il faut reconnaître la difficulté de distinguer la consommation, le mauvais usage et l'usage abusif, ainsi que la controverse qui entoure ces expressions et leur champ sémantique. Dans son *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*, l'OMS reconnaît que l'expression «*drug abuse*», définie comme le fait de prendre une substance médicinale ou agréable en une quantité ou d'une manière qui est préjudiciable à la santé ou au fonctionnement de l'individu dans la société, a des connotations péjoratives et elle recommande d'en restreindre l'emploi pour indiquer les visées négatives d'une personne ou de son comportement. On évitera par conséquent d'employer l'expression «toxicomanie» (*drug abuse*) dans le présent Rapport, sauf lorsqu'il est question de programmes du SCC ou de textes d'autres auteurs qui emploient des termes semblables. On recourra plutôt à l'expression «consommation de drogue», plus neutre. Toute drogue peut être utilisée de façon nocive et nuire à la santé, provoquer des maladies ou créer une dépendance. Toute drogue peut causer des dommages si on la consomme abusivement, régulièrement au cours d'une longue période, à de mauvaises fins ou sans suivre les indications du médecin ou conjointement avec d'autres drogues. Plutôt que de parler de «toxicomanie», il convient plutôt de parler de consommation de drogue sans porter de jugement a priori sur le caractère «problématique» ou «dangereux» du comportement. Il est souvent nécessaire de procéder en deux temps, c'est-à-dire de décrire objectivement et empiriquement les tendances et les déterminants de la consommation de drogue dans la société et de procéder à une analyse sociale qui déterminera quelle partie du spectre de la consommation doit être considérée comme un usage abusif. Pour une étude plus approfondie de la question, se reporter à R. Jürgens, N. Gilmore, M.A. Somerville, «*Drugs and Drug Use*», dans *Drug Use and Human Rights in Europe*, J. Silvis, A. Hendriks, N. Gilmore (ed.), *Report for the European Commission*, Utrecht/Montréal, 1992, p. 7-31; voir 11 et 12, multiples références.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

consommation d'alcool et d'autres drogues chez les détenus. Plusieurs des 53 recommandations contenues dans le rapport du Groupe d'étude traitent de l'éducation des détenus sur la consommation de drogue.

Les recommandations 15, 16 et 17 portent sur la mise en oeuvre d'un programme initial de lutte contre la toxicomanie qui s'adresse à tous les nouveaux détenus. L'objectif consiste à «faire connaître les politiques et les procédures du SCC en vue de modifier les attitudes et les intentions du détenu à l'égard de la toxicomanie et de l'encourager à participer à des programmes qui répondent à ses besoins individuels²⁰⁹». Le Groupe d'étude a proposé que, après avoir suivi le module, les détenus devraient être en mesure de :

1. décrire les aspects de la vie d'une personne qui sont affectés par la consommation excessive de drogues et d'alcool;
2. cerner les politiques et les procédures du SCC qui ont trait à la consommation d'alcool et de drogues;
3. discuter des liens entre la toxicomanie, d'une part, et la criminalité, la violence au sein de l'établissement et la réintégration dans la société, d'autre part;
4. cerner les conséquences personnelles et sociales de l'usage ou non-usage de drogues en milieu carcéral;
- et 5. décrire les programmes auxquels ils ont accès, ainsi que la façon d'y participer²¹⁰.

C'est par suite de ces recommandations qu'a été mis sur pied le Programme initial de prévention des toxicomanies, module d'une demi-journée offert à tous les détenus dans le cadre du programme de réception. Le module «encourage les participants à réfléchir à la façon dont l'alcoolisme ou la toxicomanie, qu'il s'agisse de leurs problèmes ou de ceux d'un membre de leur famille, a des répercussions sur leur vie²¹¹». On prépare actuellement un film vidéo dans le cadre de ce programme. Ce vidéo «dépeindra de façon réaliste l'histoire d'un délinquant et d'une délinquante réincarcérés en raison de leurs problèmes de toxicomanie».

Par ailleurs, un Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) est utilisé dans tous les établissements de réception du SCC. Il a été

utilisé à l'origine pour dépister des problèmes de santé en milieu communautaire et a ensuite été adapté aux détenus. Le QIMV vise deux objectifs principaux : déterminer de façon précise la nature et la gravité des problèmes de toxicomanie chez les détenus nouvellement admis et fournir des renseignements statistiques sur la population carcérale afin de faciliter l'élaboration de programmes futurs²¹².

Les recommandations 18 à 21 portent sur la prestation de programmes éducatifs sur l'abus d'intoxiquants au sein du SCC. On y décrit l'éducation en matière de toxicomanie comme «un processus interactif, qui fournit au détenu les connaissances et la sensibilisation nécessaires pour faire une évaluation critique des répercussions de la consommation d'alcool et de drogue sur sa vie».

Le Programme de choix personnel et de sensibilisation aux effets de l'alcool et de la drogue comprend neuf séances de trois heures chacune et est maintenant offert à l'échelle nationale. Son objectif principal est «de faire en sorte que les participants soient conscients des coûts associés à la toxicomanie, autant pour eux-mêmes que pour la société». Le programme vise à inciter les participants à modifier leur comportement et leurs attitudes à l'égard de la consommation de drogues.

On a également entrepris la mise en oeuvre d'un programme destiné à répondre aux besoins des détenus qui ont besoin d'un degré modéré d'intervention. Le Programme prélibératoire pour toxicomanes se compose de 26 séances d'une demi-journée et a pour objet «d'inculquer aux délinquants les compétences de base dont ils ont besoin pour faire face à des situations mettant en cause l'alcool et la drogue». Ce programme est fondé sur le «modèle d'apprentissage social ayant trait aux dépendances» et comprend huit éléments principaux : la sensibilisation aux effets de l'alcool et de la drogue, les aptitudes à l'autonomie, les aptitudes sociales, le recyclage professionnel, les loisirs et le mode de vie, la planification de la sortie, la prévention et la gestion des rechutes, ainsi que les séances de counselling individuel.

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

Les trois initiatives s'inscrivent dans le cadre des efforts que déploie le SCC pour «offrir aux détenus les programmes les plus efficaces possibles». On a récemment mis sur pied un système de collecte de données afin d'obtenir un résumé précis des programmes pour toxicomanes offerts au SCC. Le personnel établira un rapport quatre fois par an à l'égard de chacun des programmes pour toxicomanes offerts dans la collectivité et les établissements, et les données ainsi recueillies aideront le SCC «à établir [son] orientation future²¹³».

DÉBAT

La plupart des questions que soulève tout débat sur l'éducation sur la drogue dans les prisons ont déjà fait l'objet du chapitre 5.1 du présent rapport, lequel traite de l'éducation sur le VIH/SIDA. L'on convient généralement de ce que 1. le matériel didactique, qu'il porte sur le VIH/SIDA ou sur la drogue, correspondra mieux à la réalité et aux besoins des populations cibles, et sera par conséquent plus crédible et efficace, si les groupes auxquels il est destiné prennent part à son élaboration; 2. les services de santé ou les organismes communautaires de l'extérieur devraient assurer la prestation, ou participer à la préparation, des séances d'information; et 3. l'éducation par les pairs doit aussi être considérée comme une priorité. Ces principes sont pris en compte dans les recommandations qui ont été faites relativement à l'éducation sur la consommation de drogue dans les prisons. À titre d'exemple, le PASAN a recommandé que «les travailleurs communautaires éduquent les prisonniers sur les répercussions des intoxicants sur la santé²¹⁴». Le PASAN considère l'éducation comme un élément essentiel du programme de soins de santé qu'il recommande d'appliquer dans les prisons. Il souligne que les détenus acceptent mieux les notions si elles leur sont inculquées par des sources de l'extérieur ou par l'intermédiaire d'un programme d'entraide, et propose que des programmes éducatifs soient mis sur pied par «un regroupement approprié de ressources communautaires». De même, dans son mémoire qu'elle a présenté au CESP, Diane Riley signale

que les programmes d'éducation sur la drogue devraient être gérés par des organismes communautaires qui seraient invités à rencontrer les prisonniers, et que l'éducation par les pairs devrait être encouragée²¹⁵.

Un détenu a fait remarquer que les programmes de lutte contre la toxicomanie du Service correctionnel «sont une perte de temps puisqu'ils véhiculent généralement des renseignements erronés ou dépassés». Il a signalé que la plupart de ces programmes «sont maintenant dispensés par des employés du SCC qui n'ont aucune expérience personnelle de ce dont ils parlent. Leur information provient surtout d'ouvrages qui ont été rédigés par des gens qui ont eux-mêmes tiré leurs renseignements d'autres livres».

Quant à l'éducation sur la consommation de drogues, l'Organisation mondiale de la santé formule les recommandations suivantes dans ses *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*:

22. Dans le cadre des programmes généraux d'éducation concernant le VIH, les détenus devraient être informés des dangers liés à la consommation de drogues. Il faudrait souligner et expliquer les dangers associés au partage du matériel d'injection, par rapport aux autres méthodes que peuvent utiliser les toxicomanes. Les détenus toxicomanes devraient être encouragés, pendant leur séjour en prison, à suivre des programmes de traitement de la toxicomanie dont le caractère confidentiel devrait être convenablement assuré. Dans le cadre de ces programmes, il faudrait donner des informations sur le traitement de la toxicomanie et sur les risques liés aux diverses méthodes de consommation de drogues.
26. Les substances psychoactives ingérées ou inhalées, comme la cocaïne, les solvants et l'alcool, dont certaines font l'objet d'une consommation considérable dans le milieu pénitentiaire du monde entier, peuvent augmenter la probabilité

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

de transmission du VIH en faussant le jugement et en empêchant les détenus de prendre des mesures de prévention lorsque cela pourrait être nécessaire. Il faudrait donc sensibiliser les utilisateurs, effectifs ou virtuels, des substances psychoactives en appelant leur attention sur ce problème ainsi que sur les autres conséquences et effets nocifs possibles de ces substances, dans le contexte plus large de l'éducation sanitaire²¹⁶.

Les conclusions que le CESP a formulées dans son Document de travail à l'égard des programmes d'éducation sur la consommation de drogue ont généralement été approuvées par les répondants, dont l'un a formulé le commentaire suivant :

Si elles sont mises à exécution, ces recommandations seront particulièrement utiles pour atténuer le problème de la consommation de drogues en milieu carcéral²¹⁷.

Par ailleurs, commentant le Document de travail du CESP, un détenu a fait ressortir le fait que «le SCC continuera de gaspiller son argent sans améliorer quelque aspect que ce soit des programmes de lutte contre la toxicomanie s'il ne considère pas comme une maladie les problèmes liés à l'abus de drogues et s'il ne s'efforce pas de traiter les problèmes sous-jacents de l'abus et de la dépendance de drogues»²¹⁸.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP félicite le SCC des grands efforts qu'il a déployés pour offrir aux détenus des programmes d'éducation sur la drogue. Plus particulièrement, le CESP convient avec John Eno, ancien coordinateur des programmes de lutte contre la toxicomanie à l'établissement Drumheller et aujourd'hui coresponsable des programmes nationaux, de ce que les efforts qu'a mis en

oeuvre le SCC pour instaurer des programmes de lutte contre la toxicomanie ont mis le SCC «sur la bonne voie», même s'il reste «encore beaucoup de chemin à parcourir²¹⁹». Le CESP a été impressionné par la qualité des programmes offerts aux détenus et par le fait que les organismes de l'extérieur sont parfois invités à compléter l'information fournie. Toutefois, le CESP est d'avis que ces initiatives pourraient être encore plus efficaces.

Dès son admission au système pénitentiaire, chaque détenu devrait recevoir de l'information sur les programmes d'éducation, de soins et de traitement que l'établissement met à la disposition de quiconque a des problèmes de drogue. Il y aurait également lieu de fournir aux détenus de l'information sur les moyens de réduire les dangers liés à la consommation de drogue, plus particulièrement les dangers liés au partage de seringues.

Les organismes communautaires et les organismes de santé de l'extérieur devraient offrir des séances d'information, ou bien participer à leur préparation. Les détenus ont souvent signalé au CESP qu'ils se méfiaient beaucoup de l'information qui leur était transmise dans le cadre des programmes fournis par le personnel du SCC. Dans l'ensemble, les détenus ont signalé au CESP qu'ils étaient beaucoup plus réceptifs aux exposés sur la drogue présentés par des groupes communautaires invités. Cela va dans le même sens que les résultats au questionnaire que le CESP a envoyé aux comités de détenus. La plupart des répondants ont signalé que les programmes éducationnels devraient être fournis par des organismes de santé ou des organismes communautaires de l'extérieur³⁵¹. En conséquence, le CESP estime essentiel d'obtenir la collaboration des groupes communautaires à cet égard. À l'heure actuelle, les programmes du CESP sont axés sur la réduction de la consommation de drogue plutôt que sur les effets néfastes. Même s'il est important de prévenir ou de réduire la consommation de drogue, le CESP

[35] Pour de plus amples renseignements, se reporter à l'annexe 6, Résultats du questionnaire destiné aux détenus, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

PROGRAMMES ÉDUCATIFS POUR LES DÉTENUS

considère également comme essentiel d'éduquer les détenus sur la façon de limiter les effets néfastes, notamment en les renseignant sur les moyens de rendre les injections plus sécuritaires. Comme l'ont déclaré Heilpern et Egger, «étant donné l'importance d'éviter la propagation de la maladie, il est essentiel de fournir de l'information sur la façon de nettoyer le matériel²²⁰». Les groupes communautaires de l'extérieur seraient particulièrement bien placés pour fournir aux détenus pareille information. En outre, dans le cadre des programmes d'éducation sur la façon de réduire les dangers reliés à l'usage de drogues injectables, il sera important non seulement de fournir des renseignements pertinents mais également de rendre accessibles les moyens qui permettraient aux détenus de les consommer d'une façon plus sécuritaire.

Par ailleurs, l'éducation par les pairs devrait devenir une priorité. Puisque cette méthode s'est révélée la plus efficace pour renseigner les gens sur la drogue, l'éducation par les pairs devrait être favorisée, et les détenus devraient être encouragés à mettre sur pied leurs propres programmes éducatifs.

RECOMMANDATIONS

5.2 Le CESP considère que l'éducation sur la consommation de drogues représente l'un des éléments les plus importants des programmes de promotion et de protection de la santé des détenus et de lutte contre la propagation du VIH et d'autres agents infectieux dans les pénitenciers. Afin d'améliorer les initiatives qui ont déjà été mises en oeuvre à cet égard, le CESP formule les recommandations suivantes :

- (1) Tous les détenus devraient recevoir de la documentation écrite sur les problèmes reliés à la consommation de drogues, renseignant aussi sur les

programmes éducatifs et les traitements offerts par l'établissement, ainsi que sur les moyens de réduire les dangers reliés à la consommation de drogues et les moyens de se protéger contre les infections, y compris les façons de nettoyer le matériel d'injection.

- (2) Il faudrait modifier le Programme initial de prévention des toxicomanies de façon à y intégrer l'intervention d'organismes communautaires de l'extérieur ainsi que celle des détenus.
- (3) Il faudrait modifier le Programme de sensibilisation aux effets de l'alcool et de la drogue pour inclure l'intervention d'organismes communautaires de l'extérieur ainsi que des détenus.
- (4) Il faudrait inciter des organismes communautaires externes oeuvrant dans le domaine de la santé, de la lutte contre la drogue et d'aide aux détenus, à animer les séances ou à compléter l'information fournie.
- (5) De concert avec la Stratégie nationale anti-droque et d'autres instances, le SCC devrait financer ces activités.
- (6) Les détenus devraient être encouragés à mettre au point et à exécuter leurs propres programmes d'information, de counselling et d'entraide.
- (7) De concert avec la Stratégie nationale anti-droque et d'autres organismes, le SCC devrait financer ces activités.
- (8) Les programmes d'éducation devraient tenir compte des besoins des détenus handicapés, des différences sur les plans de l'origine culturelle et linguistique et du niveau d'alphabétisation.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

6. MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

6.1.1 ACTIVITÉ SEXUELLE CONSENSUELLE

SITUATION ACTUELLE

Prévalence de l'activité sexuelle consensuelle

Il n'existe aucune donnée fiable sur la prévalence de l'activité sexuelle consensuelle dans les prisons canadiennes. Cependant, il n'y a aucune raison de croire que cette activité n'a pas cours ou qu'elle n'est peut-être pas répandue.

Mesures visant à prévenir la transmission de maladies par voie sexuelle

La décision de distribuer des condoms aux détenus dans les pénitenciers fédéraux à compter du 1^{er} janvier 1992 constitue l'un des pas majeurs vers l'instauration de mesures efficaces pour prévenir la transmission du VIH dans les établissements correctionnels. Chaque pénitencier a établi son propre système de distribution de condoms. Certains établissements distribuent des condoms à chaque détenu et en laissent une quantité donnée dans les unités résidentielles, et d'autres les distribuent par l'intermédiaire de leur service de santé. Des digues dentaires sont offertes aux détenues. Il est plus ou moins facile de se procurer du lubrifiant selon les établissements. Certains n'en fournissent pas, d'autres en fournissent sur demande et d'autres encore le fournissent avec les préservatifs ou le mettent à la disposition des détenus dans des distributrices installées dans chaque rangée²²¹.

DÉBAT

Prévalence de l'activité sexuelle consensuelle

L'activité homosexuelle a cours dans les prisons, comme à l'extérieur, en tant qu'expression de l'orientation sexuelle. De plus, les conditions de la vie en prison favorisent les relations homosexuelles...²²²

Il est difficile d'évaluer la fréquence des rapports sexuels. Celle-ci varie probablement selon plusieurs facteurs, par exemple selon que les détenus sont logés dans une cellule individuelle ou un dortoir, selon la durée de la peine, la classification de sécurité et la fréquence autorisée des visites conjugales²²³.

En ce qui concerne la prévalence de l'activité sexuelle dans les prisons canadiennes, le Comité parlementaire sur le SIDA a déclaré : « nous savons que les détenus ont des activités sexuelles²²⁴ » et il a cité plusieurs études sur l'ampleur de l'activité sexuelle dans les prisons aux États-Unis²²⁵. Ces études indiquent qu'entre 10 et 30 pour cent des détenus ont des rapports sexuels. « L'activité homosexuelle, y compris l'homosexualité circonstancielle, parmi les détenus de sexe masculin, est un phénomène d'une ampleur considérable, généralement connu²²⁶ ».

Mesures visant à prévenir la transmission de maladies par voie sexuelle

D'après les derniers chiffres du réseau de l'OMS sur le VIH/SIDA dans les prisons, 23 des 52 systèmes carcéraux étudiés autorisent la distribution de condoms²²⁷. Fait révélateur, parmi les pays qui ont pour politique de distribuer des condoms aux détenus, aucun n'a fait marche arrière. Cependant, dans certains pays, les systèmes carcéraux s'opposent à l'idée de distribuer des condoms aux détenus, sous prétexte que l'activité sexuelle dans les lieux

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

publics est illégale et que les prisons sont des lieux publics. Mentionnons notamment les États-Unis, où la National Commission on AIDS a déclaré en 1991 qu'il est «déplorable que si peu de systèmes carcéraux distribuent des condoms aux détenus²²⁸».

Au Canada, le Conseil consultatif national sur le SIDA²²⁹, la Société royale du Canada²³⁰ et le Comité parlementaire sur le SIDA²³¹ ont tous recommandé que les détenus puissent se procurer des condoms en toute confidentialité bien avant que le SCC n'ait décidé de les mettre à leur disposition en 1992. Depuis, certains des systèmes carcéraux provinciaux ont emboîté le pas au Solliciteur général du Canada et ont décidé de distribuer des condoms aux détenus dans les prisons provinciales ou envisagent de le faire dans un avenir proche. Toutefois, certaines provinces, dont le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan, ne projetaient aucunement de distribuer des condoms aux détenus à la date à laquelle elles ont présenté leur mémoire au CESP.

La décision du SCC de distribuer des condoms dans les pénitenciers a été très bien accueillie. Par exemple, la Société canadienne du SIDA a déclaré :

Nous désirons reconnaître les progrès réalisés dans ce domaine [le VIH/SIDA dans les prisons]. C'est avec grand plaisir que nous avons accueilli, à l'automne dernier, l'annonce du Solliciteur général du Canada qui rendait ainsi publique la mise en disponibilité des condoms dans les prisons fédérales. Il s'agit d'une étape importante qui a servi de catalyseur aux discussions avec les ministères provinciaux²³².

Cependant, dans les pénitenciers fédéraux, comme dans d'autres systèmes carcéraux où des condoms sont désormais distribués aux détenus, «trouver les meilleures méthodes de distribution et encourager l'utilisation des condoms posent encore des problèmes, même si on approuve, en principe, la distribution des condoms²³³».

Le Comité consultatif sur le VIH et le SIDA de la région de l'Ontario a examiné l'efficacité et la confidentialité de la distribution des condoms, et il a conclu que «les détenus devraient pouvoir se procurer des condoms librement, facilement et anonymement²³⁴». En particulier, le Comité a recommandé qu'on distribue les condoms dans les établissements gratuitement et par l'intermédiaire du service de santé, sans que les détenus ne soient tenus de les demander ou de signer pour en obtenir. Les détenus devraient aussi pouvoir s'en procurer dans d'autres endroits afin de pouvoir garder l'anonymat, et les distributrices devraient être ouvertes, pour assurer la confidentialité; enfin, du lubrifiant devrait être gardé dans le même endroit que les condoms²³⁵.

PASAN a également exprimé ses préoccupations au sujet de la méthode de distribution des condoms, et il est d'avis que les condoms ne devraient pas seulement être distribués par l'intermédiaire des services de santé, mais que les détenus devraient également pouvoir s'en procurer dans les douches et dans les rangées. En particulier, PASAN a souligné que les détenus devraient pouvoir se procurer des condoms en toute sécurité et en toute confidentialité, et que tant les hommes que les femmes devraient pouvoir se procurer des digues dentaires et du lubrifiant facilement et gratuitement²³⁶.

La Stratégie nationale australienne de 1989 sur le VIH/SIDA (*Australian National HIV/AIDS Strategy*) souligne également que «les condoms devraient être distribués gratuitement et anonymement à tous les détenus²³⁷». De même, le Conseil national du SIDA (France) a dit espérer que «des préservatifs soient systématiquement mis à la disposition des détenus qui souhaiteraient pouvoir s'en procurer [...] et qu'en outre soit gratuitement remise aux détenus, au moment de leur incarcération, une trousse de toilette contenant des objets d'hygiène (brosse à dents, dentifrice, etc.)²³⁸».

Dans ses *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, l'Organisation mondiale de la santé formule les recommandations suivantes :

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

20. Les détenus devraient pouvoir être clairement informés des types de comportements sexuels qui peuvent conduire à la transmission du VIH. Il faudrait également leur expliquer le rôle des préservatifs dans la prévention de cette transmission. Puisqu'en dépit des interdictions, des rapports sexuels avec pénétration peuvent se produire entre les détenus, des préservatifs devraient être mis à la disposition des détenus pendant toute la durée de leur détention. Ils devraient également être mis à la disposition de tout détenu allant en permission ou sur le point d'être libéré²³⁹.

Les commentaires formulés à l'égard du Document de travail allaient généralement dans le même sens que les conclusions du CESP sur la distribution des condoms dans les établissements correctionnels. Un des répondants, détenu dans un établissement fédéral, s'est dit préoccupé par le fait qu'il n'est pas facile de se procurer des condoms dans bon nombre d'établissements, et qu'il faut passer par les services de santé ou la cantine. Il souhaiterait voir tous les établissements enjoins de distribuer largement et discrètement les condoms plutôt que laisser chaque établissement libre de déterminer la façon dont seront distribués les condoms. Il a également dit craindre que les «trousses de produits d'hygiène et de santé» ne soient pas distribuées dans tous les établissements en raison des réductions des dépenses et des compressions budgétaires²⁴⁰. Des employés d'un établissement du SCC ont proposé que les «trousses» soient commandées en grand nombre afin de réduire les coûts d'application de cette mesure²⁴¹.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP félicite le Solliciteur général du Canada pour sa décision de distribuer des condoms aux détenus dans les pénitenciers fédéraux. Tant le personnel que les détenus n'ont cessé de dire au

CESP que cette décision a été bien reçue et qu'elle n'a posé aucun problème documenté dans les établissements. Cette constatation est conforme à l'expérience d'autres systèmes carcéraux comme celui de New York : des années d'expérience ont démontré que la distribution de condoms dans les pénitenciers n'a occasionné aucun problème de sécurité ou incident fâcheux²⁴². Elle est également conforme aux résultats du questionnaire que le CESP a soumis au personnel carcéral. Des 423 employés ayant répondu à la question «La disponibilité de condoms a-t-elle créé des problèmes dans votre établissement ?», 345 (81,6 %) ont répondu par la négative et 58 (13,7 %) ont répondu par l'affirmative, tandis que les 20 (4,7 %) autres ont répondu ne pas savoir^[36].

Dans nombre de pénitenciers fédéraux, les détenus peuvent se procurer des condoms facilement et discrètement. Dans ces pénitenciers, non seulement les détenus peuvent obtenir des condoms par l'intermédiaire des services de santé, mais ils peuvent également s'en procurer dans les endroits où ils se rencontrent régulièrement, où ils passent, ou auxquels ils ont accès. Toutefois, dans certains établissements, les détenus se sont plaints au CESP de ne pas pouvoir se procurer des condoms discrètement. Ceux-ci ont mentionné qu'ils n'osaient pas s'adresser au service de santé de l'établissement pour obtenir des condoms de crainte d'être identifiés comme ayant des activités homosexuelles et de faire l'objet de discrimination. Dans leurs réponses au questionnaire qui leur a été envoyé, nombre de comités de détenus ont également exprimé le souhait que les établissements distribuent les condoms au moyen de mécanismes ou de méthodes autres que ceux utilisés dans leur établissement particulier. Le lubrifiant à base d'eau est essentiel pour assurer l'utilisation correcte des condoms et des pratiques sexuelles à faible risque; or, le CESP a été informé que les détenus ont de la difficulté à en obtenir ou que, comme dans le cas des condoms, ils ne peuvent s'en procurer facilement ou discrètement. C'est d'ailleurs ce qu'ont confirmé

[36] Pour de plus amples renseignements, se reporter à l'annexe 5, Résultats du questionnaire destiné au personnel, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

les résultats d'un récent sondage sur la disponibilité de lubrifiant qu'a effectué la Direction des services de santé du SCC.

Le CESP s'est questionné sur la meilleure façon de distribuer des condoms. Le CESP est d'avis que les détenus dans chaque établissement devraient pouvoir obtenir des condoms facilement et discrètement et qu'il ne devrait pas y avoir d'obstacles, réels ou perçus, décourageant les détenus de se protéger et de protéger leurs partenaires lors d'activités sexuelles. Il en va de même pour l'accès aux digues dentaires et au lubrifiant à base d'eau.

Le Comité s'est également demandé s'il faudrait fournir des condoms aux détenus à leur arrivée en prison et à leur sortie, dans une trousse de produits d'hygiène et de santé, par exemple. Cette trousse comprendrait des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant, des diachylons, un antiseptique, des comprimés d'acétaminophène, du matériel éducatif et de l'information pertinente sur la consommation de drogue et les services de santé. Le CESP approuve l'idée de remettre à chaque détenu une trousse de produits d'hygiène et de santé à son arrivée en prison et considère cette mesure importante pour les raisons suivantes. Le détenu disposerait ainsi du matériel nécessaire pour se protéger contre l'infection à VIH sans avoir à demander ou à aller chercher ce matériel et risquer ainsi d'être vu du personnel et des autres détenus. Cette mesure contribuerait également à «déstigmatiser» le phénomène de l'activité sexuelle en prison et à encourager une discussion plus franche à ce sujet. Par ailleurs, elle permettrait de munir les détenus des produits d'hygiène de base, et partant, de les sensibiliser à l'importance de voir à leur santé et à leur bien-être. De plus, en offrant une «trousse de produits d'hygiène et de santé» aux détenus à leur sortie de prison, on reconnaîtrait que non seulement les autorités responsables des pénitenciers ont l'obligation d'empêcher la transmission du VIH en prison, mais qu'elles cherchent également à protéger la société dans l'ensemble en donnant aux détenus qui sont mis en liberté les moyens de se protéger et de protéger les autres contre la transmission du VIH.

RECOMMANDATIONS

6.1.1 Le CESP juge essentiel que dans les établissements correctionnels fédéraux, les détenus aient facilement et discrètement accès aux moyens d'éviter la transmission de maladies infectieuses par voie sexuelle, y compris celle du VIH.

Afin de décourager les pratiques sexuelles à risque dans les établissements correctionnels et de diminuer les obstacles réels (ou appréhendés) aux pratiques sexuelles à risque réduit, le CESP recommande les mesures suivantes :

- (1) Les établissements devraient prendre les mesures nécessaires pour que les détenus puissent se procurer des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau, non seulement au service de santé de l'établissement, mais aussi dans les endroits où ils se rencontrent régulièrement, où ils passent ou auxquels ils ont accès.**
- (2) Il faudrait remettre une trousse de produits d'hygiène et de santé à chaque détenu, à son arrivée à l'établissement et à sa sortie de l'établissement. Cette trousse devrait comprendre des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant à base d'eau, des documents d'information sur les maladies transmissibles sexuellement, des diachylons, un antiseptique, des comprimés d'acétaminophène et de l'information pertinente sur la consommation de drogues et sur les services de santé.**
- (3) Il faudrait pourvoir chacun des endroits réservés aux visites familiales d'une telle trousse de produits d'hygiène et de santé.**

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

6.1.2 STATUT DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE CONSENSUELLE

SITUATION ACTUELLE

La sodomie entre personnes consentantes âgées d'au moins 21 ans a cessé d'être considérée comme un acte criminel au Canada en 1969 (voir le *Code criminel*, S.R.C. 1970, ch. C-34, art. 158). Le 1^{er} janvier 1988, de nouveaux articles concernant les infractions d'ordre sexuel sont entrés en vigueur. La «sodomie» n'était désormais plus considérée comme une infraction, et les «relations sexuelles anales» sont devenues légales entre personnes consentantes âgées d'au moins 18 ans. Un nouveau système basé sur l'âge et la relation de pouvoir entre les partenaires a été adopté dans la définition des infractions d'ordre sexuel (voir le *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, par. 159 (2)). L'âge requis pour consentir à des actes sexuels autres que les relations anales, hétérosexuelles ou homosexuelles, a été établi à 14 ans.

Dans les pénitenciers fédéraux, l'activité sexuelle consensuelle entre les détenus est encore considérée ou perçue comme une activité «susceptible de mettre en danger la sécurité du pénitencier» selon le sous-alinéa 40 (m) (ii) de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.

DÉBAT

Les personnes qui soutiennent que l'activité sexuelle entre détenus doit continuer d'être

considérée comme une infraction disciplinaire allèguent souvent que les prisons ne sont pas des lieux privés et que, par conséquent, les actes sexuels commis en prison constituent des infractions criminelles^{243, [37]}. Elles allèguent également que la suppression de l'activité sexuelle entre les détenus de la liste des infractions disciplinaires donnerait à conclure qu'on ferme les yeux sur l'activité homosexuelle, ou même qu'on l'encourage.

D'autres personnes, dont certains employés du SCC, sont conscients de la contradiction entre l'interdiction pour les détenus d'avoir des rapports sexuels entre eux et l'accès libre à des condoms²⁴⁴. En particulier, le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA craint que la décision de distribuer des condoms aux détenus, si elle ne s'accompagne pas d'une révision des règles de l'établissement relatives à l'activité sexuelle des détenus, pourrait constituer un piège. Par conséquent, le Comité a recommandé que «chaque établissement revoie ses règles et ses règlements concernant l'activité sexuelle entre les détenus²⁴⁵». De la même manière, le PASAN a recommandé que les relations sexuelles consensuelles entre les détenus ne soient pas considérées comme une infraction disciplinaire :

L'activité sexuelle entre les détenus est une réalité du milieu carcéral, une réalité que le SCC a finalement reconnue, comme en témoigne son programme de distribution de condoms. Cependant, les relations sexuelles consensuelles entre les détenus demeurent interdites, de sorte que pour gagner du temps et éviter d'être pris en flagrant délit et punis, les détenus ont des pratiques sexuelles à risque. Afin de combattre la transmission du

[37] Dans un jugement qu'elle a rendu le 12 août 1993 dans *Weatherall c. Canada* (Procureur général) (Dossier no 22633), la Cour suprême a déclaré que «l'intimité dont jouit le détenu dans une prison est considérablement réduite – on s'attend à ce que l'intérieur d'une cellule de prison soit visible et requière une surveillance – et il ne peut donc s'attendre raisonnablement à ce que sa vie privée soit respectée dans le cadre de ces pratiques [la fouille par palpation, le «dénombrement» (inspection des cellules à heures fixes), et la «ronde éclair» (visite à l'improviste, effectuée toutes les heures, à intervalles irréguliers)]». La Cour a conclu que les fouilles par palpation et les rondes éclair effectuées par des personnes du sexe opposé ne violent pas les droits des détenus prévus par la *Charte*, même si les femmes détenues ne peuvent être fouillées par des agents de correction de sexe masculin.

Dans ses commentaires sur le Document de travail du CESP, un détenu d'un pénitencier fédéral, a répondu à l'argument selon lequel les prisons sont considérées comme des lieux publics et qu'à ce titre, il est interdit d'y avoir des rapports sexuels, que les défenseurs de cet argument «semblent ignorer que les détenus se masturbent, urinent, défèquent et se douchent dans ces lieux «publics»». Voir les commentaires de Roy Glaremin sur le Document de travail du CESP, datés du 16 juillet 1993.

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

VIH d'une manière plus efficace, il ne faut pas imposer de sanctions aux détenus qui ont des relations sexuelles consensuelles²⁴⁶.

Le PASAN ajoute que l'activité sexuelle consensuelle devrait être autorisée non seulement parce que cette mesure permettrait d'accroître l'efficacité de la prévention du VIH, mais également parce qu'interdire les rapports sexuels entre les détenus «constitue une violation des droits de la personne». Le PASAN poursuit en disant que l'argument selon lequel l'activité sexuelle doit être interdite pour ne pas compromettre la sécurité du pénitencier est dénué de tout fondement :

Les détenus continuent d'avoir des relations sexuelles même si ces activités sont interdites, sans que l'ordre et la sécurité dans les établissements ne soient compromis. En fait, c'est la nécessité d'agir furtivement lors des rapports sexuels qui est source de désordre et non l'activité sexuelle en soi.

Les commentaires sur le Document de travail du CESP abondent généralement dans le sens de ces arguments et de la conclusion du CESP selon laquelle l'activité sexuelle consensuelle entre les détenus devrait être supprimée de la liste des infractions disciplinaires. L'un des répondants, qui était d'accord avec la conclusion du CESP, craint néanmoins que si l'activité sexuelle consensuelle est éventuellement autorisée, il sera plus difficile d'identifier l'activité sexuelle non consensuelle²⁴⁷. Le directeur d'un pénitencier fédéral était d'avis que «la levée de l'interdit sur l'activité sexuelle entre détenus constituerait un pas en arrière», et qu'il faut interdire cette pratique pour protéger les détenus. Il a poursuivi en soulignant que le SCC doit «condamner encore davantage ces activités [activités sexuelles entre détenus consentants et consommation de drogues] tout en informant tous les détenus des dangers reliés à ces activités²⁴⁸».

ÉVALUATION DU CESP

Il est de plus en plus reconnu que l'activité sexuelle est une réalité dans le milieu carcéral et elle est de plus en plus tolérée. Autant que le CESP sache, au cours des trois dernières années, aucune sanction disciplinaire n'aurait été imposée

aux détenus à la suite de rapports sexuels consensuels. Cependant, les détenus ont dit craindre de se voir imposer une sanction disciplinaire s'ils étaient pris sur le fait. Le Comité est préoccupé du fait que, obligés d'agir furtivement par crainte d'être découverts, les détenus ne prennent pas les précautions qu'exigent les pratiques sexuelles à faible risque. Par conséquent -et dans le but de décourager l'activité sexuelle à risque - le CESP est d'avis que l'activité sexuelle consensuelle ne devrait pas être considérée comme une activité susceptible de mettre en danger la sécurité du pénitencier, et qu'elle devrait être supprimée de la liste des infractions disciplinaires. Il ne s'agit pas d'encourager l'activité sexuelle, mais plutôt de décourager les comportements à risque. De plus, le CESP estime que cette mesure serait conforme aux principes directeurs généraux qui guident le SCC, et elle serait d'ailleurs appelée par les principes en question, selon lesquels «les mesures nécessaires à la protection du public, des agents et des délinquants doivent être le moins restrictives possible»; et le délinquant «continue à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui lui est infligée» (al. 4 d) et e) de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*).

Il est important d'établir une nette distinction entre l'activité sexuelle consensuelle et l'activité sexuelle non consensuelle. Alors que cette dernière ne peut être tolérée et pourrait mettre en danger la sécurité du pénitencier, l'activité sexuelle consensuelle ne pourrait causer des «problèmes» qu'indirectement en raison des réactions négatives ou d'une intolérance de la part du personnel ou des autres détenus à l'égard des détenus qui ont des rapports sexuels. Cependant, ces réactions découleraient des préjugés qu'entretiennent le personnel et les autres détenus plutôt que de l'activité sexuelle en soi. Il y aurait donc lieu de discuter plus librement de la question de la sexualité.

En outre, l'argument selon lequel les prisons sont considérées comme des lieux publics et les rapports sexuels s'y déroulant constitueraient une

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

infraction criminelle ne résiste pas à l'examen. En effet, depuis nombre d'années, le SCC autorise les visites familiales privées et, en l'occurrence, les lieux réservés à ces visites sont tacitement considérés comme des lieux «privés». Ainsi, les cellules pourraient également être considérées comme des lieux «privés». Par ailleurs, le jugement rendu récemment par la Cour suprême, dans lequel il est mentionné que «l'intimité dont jouit le détenu dans une prison est considérablement réduite» et qu'«on s'attend à ce que l'intérieur d'une cellule de prison soit visible et requière une surveillance²⁴⁹», ne dit pas qu'il faut interdire l'activité sexuelle consensuelle, ou tout autre comportement privé dans les cellules.

En général, le CESP est d'avis que la santé des détenus et, en particulier, les efforts faits pour protéger ces derniers contre la transmission du VIH, devraient être la première préoccupation dans toute discussion sur l'activité sexuelle consensuelle dans les prisons.

RECOMMANDATIONS

6.1.2 Le CESP recommande que, dans le but de décourager l'activité sexuelle à risque dans les établissements correctionnels fédéraux, l'activité sexuelle consensuelle entre les détenus ne soit pas considérée comme une activité susceptible de mettre en danger la sécurité du pénitencier et qu'elle soit supprimée de la liste des infractions disciplinaires.

6.2 ACTIVITÉ SEXUELLE NON CONSENSUELLE

SITUATION ACTUELLE

Prévalence de l'activité sexuelle non consensuelle

Il n'existe aucune donnée fiable sur la prévalence de l'activité sexuelle non consensuelle dans les

prisons canadiennes. Cependant, il n'y a aucune raison de croire qu'elle n'a pas cours.

Réaction au phénomène de l'activité sexuelle non consensuelle

Le SCC a adopté une politique selon laquelle il place les prédateurs, et non leurs victimes, dans l'aire d'isolement protecteur, et il a pris de nombreuses autres mesures pour empêcher les agressions sexuelles dans les pénitenciers. Au moment de la rédaction du présent document, des lignes directrices relativement aux agressions sexuelles en milieu carcéral étaient en cours d'élaboration à l'intention du personnel et des détenus. L'objectif des lignes directrices destinées au personnel était d'«aider le personnel à déterminer et à assumer les responsabilités du Service correctionnel quant à la prestation de services aux victimes d'agressions sexuelles, et partant, à réduire les risques de réclamations au titre de la responsabilité civile²⁵⁰». Les lignes directrices contiennent une définition d'«agression sexuelle», décrivent les possibilités de soutien qui s'offrent à la victime d'une agression et les conséquences d'une agression pour la victime, et indiquent des critères permettant d'identifier les détenus davantage susceptibles d'être victimes d'une agression sexuelle et des moyens d'aider les victimes potentielles. Elles décrivent également des procédures d'intervention et d'enquête au sujet des incidents récents, notamment pour la collecte de preuves et un examen médical et psychologique préliminaire. Selon les lignes directrices, un suivi sera assuré par l'agent de gestion des cas, et des mesures seront prises pour assurer le maintien des services, une fois la victime mise en liberté. Les lignes directrices à l'intention des détenus visent à aider ces derniers à éviter de devenir des victimes potentielles d'agressions sexuelles, à déterminer les ressources disponibles s'ils ont besoin d'aide, et à «reconnaître les choix qu'ils...[les détenus] devront faire en cas d'agression sexuelle²⁵¹».

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

DÉBAT

Prévalence de l'activité sexuelle non consensuelle

On dit qu'«il est presque impossible d'obtenir des données exactes sur le nombre d'agressions sexuelles commises dans les systèmes carcéraux»²⁵². L'activité sexuelle non consensuelle, y compris l'activité sexuelle soi-disant «quasi consensuelle» (par exemple, la sujétion obtenue par l'intimidation, ou la sujétion obtenue sur promesse d'accorder sa protection ou d'autres faveurs),^[38] serait néanmoins largement répandue, et les données sur l'activité sexuelle non consensuelle en prison seraient sous-estimées. Heilpern et Egger ont déclaré à ce sujet :

Les rapports officiels sous-estiment nettement le chiffre des agressions sexuelles. L'une des études américaines révèle que 0,6 % des détenus ont été forcés de commettre des actes sexuels contre leur gré durant leur incarcération. Une autre étude américaine révèle que 28 % des détenus ont subi des avances sexuelles agressives. Selon une autre étude américaine, le pourcentage estimatif de détenus qui subissent des agressions sexuelles varie entre 1 % et 2,9 %^{253,[39]}.

Réaction au phénomène de l'activité sexuelle non consensuelle

Hankins est d'avis que pour prévenir la transmission du VIH lors d'activités sexuelles non consensuelles, il faut modifier l'environnement carcéral²⁵⁴.» Elle a notamment souligné que :

Il faudrait d'abord mieux classer les détenus de façon que les personnes les plus vulnérables soient placées ensemble et non parmi les détenus agressifs. Une supervision ou une surveillance plus étroite, l'imposition de sanctions plus sévères aux détenus violeurs, des changements dans l'aménagement physique des lieux, par exemple l'éclairage, et la restriction de l'accès à certains endroits de l'établissement pourraient contribuer à créer un milieu plus sûr pour tous les détenus. Certaines personnes, surtout celles qui sont des victimes potentielles, pourraient devoir être placées dans l'aire d'isolement protecteur. La prévention du viol et d'autres activités sexuelles non consensuelles susceptibles d'avoir pour résultat la transmission du VIH doit constituer un élément capital des politiques des services correctionnels relatives au SIDA²⁵⁵.

Le PASAN souligne que «les activités sexuelles non consensuelles sont inacceptables», mais il n'indique pas comment prévenir les activités sexuelles non consensuelles ou réduire leur incidence²⁵⁶.

Heilpern et Egger admettent qu'on ne sait pas dans quelle mesure les politiques de prévention de la transmission du VIH pourraient être efficaces en face du problème des rapports sexuels non consensuels²⁵⁷. Ils poursuivent en disant que bien qu'il soit possible que des mesures comme la sensibilisation aux pratiques sexuelles à faible risque, la distribution de condoms, les visites conjugales, l'hébergement dans des cellules individuelles contribuent à réduire le risque de transmission du VIH, «la complexité de la question de la sexualité des détenus nécessite une approche qui, à la fois, tient compte du système de valeurs qui est à l'origine de la domination

[38] L'expression «quasi consensuelle» est trompeuse, puisqu'un «consentement» obtenu par l'intimidation ne peut être considéré valable. On ne peut parler que de l'activité sexuelle consensuelle et de l'activité sexuelle non consensuelle. Cependant, l'expression est largement utilisée pour désigner l'activité sexuelle qui ne comporte pas de violence proprement dite mais pour laquelle le «consentement» a été obtenu par l'intimidation ou sur promesse d'accorder des faveurs.

[39] Les auteurs signalent que certaines des études américaines ont été critiquées en raison de l'idéologie radicale prônée par leurs auteurs, laquelle a influé tant sur leur méthodologie que sur leurs conclusions. Ils soulignent qu'il faut donc interpréter les conclusions de ces études avec circonspection et que, de plus, la distinction entre les activités sexuelles consensuelles et quasi consensuelles pose un problème étant donné qu'une proposition pourrait être considérée comme une menace, selon les circonstances.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

sexuelle dans le milieu carcéral et qui le met en question». Ils concluent en disant qu'il faudrait élargir la portée des programmes d'information et de sensibilisation offerts en prison et traiter, dans le cadre de ces programmes, la question complexe de la sexualité en prison et le rôle que joue la sexualité dans la culture du milieu carcéral. Cela signifie qu'il faudrait reconnaître le lien entre la domination sexuelle, l'affirmation de la masculinité et le pouvoir et le statut dans l'établissement, et élaborer des programmes qui tiennent compte de ce système de valeurs et qui le mettent en question²⁵⁸.

Dans ses *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré, au sujet de l'activité sexuelle non consensuelle, que :

21. Les autorités pénitentiaires sont chargées de lutter contre les comportements sexuels agressifs (viol, exploitation de prisonniers vulnérables, tels que les transsexuels, les homosexuels ou les déficients mentaux) et contre toutes les formes de harcèlement par la mise en place d'un personnel adéquat, d'une surveillance efficace, par la prise de sanctions disciplinaires et l'organisation de programmes d'éducation, de travail et de loisirs. Ces mesures devraient être appliquées, quelle que soit la situation de l'individu concerné au regard du VIH²⁵⁹.

Les commentaires sur le Document de travail du CESP abondaient généralement dans le sens des conclusions du CESP au sujet de l'activité sexuelle non consensuelle entre les détenus. Certains répondants ont mentionné qu'une surveillance étroite et des mesures de protection rigoureuses, notamment l'hébergement dans des cellules individuelles, dans le cas des détenus susceptibles d'être victimes d'agressions sexuelles, ne devraient être assurées qu'avec le consentement du détenu concerné.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP s'inquiète de la transmission des maladies infectieuses dans les établissements à

travers, entre autres, l'activité sexuelle non consensuelle. Le Comité a bien accueilli la politique du SCC qui consiste à placer les prédateurs, et non leurs victimes, dans l'aire d'isolement protecteur, ainsi que les mesures qu'il a prises pour prévenir les agressions sexuelles dans ses établissements. Il juge néanmoins important de renforcer ces mesures, notamment en prévoyant des discussions franches sur l'activité sexuelle dans les pénitenciers, et des initiatives visant à sensibiliser les détenus aux abus sexuels, et dont la responsabilité serait confiée aux détenus, de préférence.

RECOMMANDATIONS

6.2 Le CESP convient que la prévention des agressions sexuelles et de toute autre activité sexuelle non consensuelle entre les détenus devrait continuer d'être une priorité pour le SCC. Il recommande donc que le SCC prenne les mesures suivantes, entre autres, pour accroître la sécurité des pénitenciers :

- (1) des efforts soutenus en vue d'identifier les prédateurs sexuels et les détenus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels;**
- (2) l'imposition de sanctions sévères aux détenus qui sont des prédateurs sexuels, et leur retrait ou leur isolement de la population carcérale générale;**
- (3) la possibilité de protection et de surveillance étroite des détenus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels, notamment le placement dans une cellule individuelle.**
- (4) la sensibilisation des détenus, effectuée de préférence par des détenus, relativement aux abus sexuels et au fait que ces comportements ne seront pas tolérés dans les établissements correctionnels fédéraux;**
- (5) à long terme, l'hébergement de tous les détenus dans des cellules individuelles.**

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

6.3 PRÉVENTION DES DANGERS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES INJECTABLES

SITUATION ACTUELLE

Fréquence de l'usage de drogues injectables

Il n'existe pas de données fiables sur la fréquence de l'usage de drogues injectables ou autres en milieu carcéral au Canada. Les seules données disponibles portent sur la fréquence de l'usage de drogues par les détenus avant leur incarcération. On utilise un Questionnaire informatisé sur le mode de vie que le ministère du Solliciteur général et le SCC ont établi en 1988 pour obtenir des renseignements sur l'étendue de la consommation de drogues et d'alcool par les détenus et la nature de ces substances. Sur les 371 détenus ayant subi un test en 1989-1990, plus de 10 % ont déclaré avoir consommé des drogues tous les jours dans les six mois précédant leur incarcération, 17 % ont déclaré qu'ils buvaient régulièrement et 64 % ont dit qu'ils avaient consommé de l'alcool ou d'autres drogues le jour de la perpétration de leur crime²⁶⁰. En outre, 53,7 % des détenus des pénitenciers fédéraux étaient considérés comme ayant un grave problème de toxicomanie²⁶¹.

Réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables

MESURES VISANT À RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Le SCC a pris diverses mesures pour réduire l'usage de drogues injectables dans les

pénitenciers fédéraux. Voici la description qui en a été faite:

Reconnaissant que la présence et la consommation d'alcool et d'autres drogues dans les pénitenciers contribuaient largement à la violence carcérale, que la consommation d'alcool et de drogue après une libération contribuait de façon importante à l'activité criminelle, et que l'abus de drogue produit généralement des effets délétères sur l'individu et la vie familiale, le SCC a entrepris l'application de mesures officielles de prévention, d'éducation et de traitement au cours des dernières années. Le Service a concentré ses efforts sur la répression et l'arrestation, et sur l'éducation et le traitement des détenus toxicomanes – approche qui a toujours cours^{262,[40]}.

Les articles 54 à 56 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, aux termes de laquelle le SCC peut procéder à des analyses d'urine dans certains cas précisés dans la *Loi*, font également partie des efforts que déploie le SCC pour prévenir la consommation de drogues.

DISPONIBILITÉ DE L'EAU DE JAVEL

Les personnes détenues dans les pénitenciers fédéraux n'ont pas officiellement accès à l'eau de Javel. Celle-ci est considérée comme un objet interdit, et le fait d'en posséder est considéré comme une infraction à la discipline. Néanmoins, certains détenus peuvent avoir indirectement accès à de l'eau de Javel dans les blanchisseries ou les cuisines, et d'autres détenus peuvent en obtenir pour s'en servir comme article de ménage. Par ailleurs, dans certains établissements provinciaux, et dans nombre de systèmes carcéraux dans le monde entier, de l'eau de Javel est mise à la disposition des détenus qui s'en servent comme détergents d'usage général^[41].

[40] Pour une analyse détaillée des programmes de formation du SCC sur la toxicomanie, voir ci-dessus, section 5.2.

[41] Pour plus de renseignements, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*. Annexe 1 : Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA; et Annexe 3 : Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

DISPONIBILITÉ DE MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Le matériel d'injection, les aiguilles et les seringues en particulier, est considéré comme faisant partie des objets interdits et le fait d'en posséder est considéré comme une infraction à la discipline.

DISPONIBILITÉ DE LA MÉTHADONE

Le traitement à la méthadone comme substitut des opiacés n'est pas utilisé dans les pénitenciers fédéraux.

DÉBAT

Fréquence de l'usage de drogues injectables

On a dit que la consommation de drogues est plus visible en milieu carcéral qu'à l'extérieur et qu'«à l'intérieur d'un système d'incarcération souvent surpeuplé où il y a peu de traitement, les drogues aident à maîtriser une situation qui serait explosive sans elles»²⁶³. Riley a souligné que les drogues font partie du mode de vie de bon nombre des détenus, que les drogues servent d'exutoire à la tension, à l'ennui et au désespoir, et qu'il ne faudrait pas se surprendre qu'elles soient populaires parmi les détenus²⁶⁴. De même, selon le PASAN, les détenus ont souvent recours aux substances intoxicantes pour faire face à la dure réalité de la vie en milieu carcéral²⁶⁵.

Les drogues pénètrent régulièrement en milieu carcéral, et il est beaucoup plus facile de s'en procurer dans les établissements correctionnels depuis le début des années 70, en partie à cause de l'élargissement des droits de visite dans la plupart des établissements²⁶⁶. On a estimé que les autorités des établissements correctionnels du Canada ne saisissent que 5 % des drogues qui y entrent²⁶⁷. Un porte-parole du SCC a nié les allégations voulant que les autorités des établissements tolèrent discrètement la consommation de drogues en milieu carcéral,

soutenant qu'il «est très rare que le personnel des pénitenciers ferme les yeux»²⁶⁸.

Le Comité parlementaire sur le SIDA a entendu des témoignages selon lesquels jusqu'à 50 % des détenus pourraient consommer des drogues²⁶⁹. Selon d'autres estimations, les deux tiers des détenus consomment des drogues en milieu carcéral²⁷⁰. Le *Groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie* de 1991 a reconnu que «le problème de la drogue dans les prisons, y compris sa contribution à la violence en milieu carcéral, est important»²⁷¹. Les auteurs du rapport poursuivent en disant que, par conséquent, «une part considérable des mesures de sécurité en établissement est axée sur la détection de la drogue et sur la réduction de la vente illicite de drogues». En outre, les auteurs du rapport affirment que la violence en milieu carcéral est souvent le fait de détenus qui tentent de se procurer des drogues ou d'obtenir le règlement de dettes liées à ce trafic. De 1981 à 1986, 49 personnes ont été tuées dans des pénitenciers canadiens; nombre de ces crimes étaient directement imputables à la consommation d'alcool ou de drogue ou au trafic de drogues. En 1985 et 1986 seulement, 181 incidents violents majeurs se sont produits, parmi lesquels 106 (58 %) seraient liés à l'abus de drogue²⁷².

De même, dans l'Étude du contrôle des objets interdits du SCC, il est mentionné qu'«on considère généralement que nombre de détenus souffrent d'un grave problème de toxicomanie lié à leur comportement criminel» et que «les drogues et l'alcool sont à l'origine du problème de contrebande le plus important»²⁷³. Toujours d'après l'étude, un nombre important de détenus peuvent continuer à consommer au cours de leur incarcération, ce qui crée une grande demande de drogues et d'alcool au sein des établissements. De nombreux détenus, sinon la plupart, présentent un risque élevé de récidive si l'on ne traite pas efficacement leurs problèmes reliés à l'usage de drogues et d'alcool.

En ce qui concerne l'usage de drogues injectables, un porte-parole du SCC a soutenu que «lorsque des drogues sont consommées ...

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

ce sont surtout des drogues non injectables²⁷⁴». Cependant, le Comité parlementaire sur le SIDA a entendu des témoignages selon lesquels «il arrive souvent que les détenus partagent des aiguilles pour s'injecter des drogues et que les aiguilles et d'autre matériel servent également au tatouage²⁷⁵». Un ex-détenu a estimé que 10 % des détenus du Centre correctionnel de Guelph partagent des aiguilles²⁷⁶, et une étude menée à Toronto, sur la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables, a montré que «plus de 80 % (des consommateurs de drogues injectables participants) avaient passé une nuit ou plus en prison depuis qu'ils avaient commencé à s'injecter des drogues, 25 % d'entre eux partageant du matériel d'injection pendant leur incarcération²⁷⁷».

Même s'il est généralement convenu qu'il est difficile de déterminer exactement l'ampleur de l'usage de drogues injectables et du partage d'aiguilles en milieu carcéral, il est également convenu qu'au Canada et dans d'autres pays, l'usage de drogues injectables est fréquent dans les établissements correctionnels et que la rareté des aiguilles entraîne souvent le partage. En ce qui concerne la situation du Canada, le PASAN a affirmé que :

En dépit des niveaux élevés de consommation de drogues injectables, la présence de seringues utilisées pour injecter des drogues illégales est sévèrement limitée. Seule une petite quantité d'aiguilles circulent au sein d'une population de 400 à 600 personnes. Par conséquent, une fois incarcérés et privés de l'accès à des aiguilles propres ou à de l'eau de Javel, tout en pouvant se procurer en permanence des drogues injectables, les détenus qui s'injectent des drogues doivent partager les aiguilles même s'ils ne les auraient probablement pas partagées à l'extérieur. Les aiguilles sont habituellement partagées dans les salles de toilette, les cellules et les zones isolées. Des objets pointus dangereux (qui servent à remplacer les aiguilles) sont fabriqués à partir de plastique durci et de stylos à bille, qui causent souvent des blessures aux veines, des

cicatrices, des infections et des empoisonnements de sang²⁷⁸.

En Australie, «tous les commentateurs conviennent que des détenus s'injectent des drogues et que le partage d'aiguilles accompagne presque toujours l'usage de drogues par intraveineuse en milieu carcéral en raison du manque de disponibilité de seringues²⁷⁹». Voici quelques exemples d'estimations de l'ampleur de la consommation de drogues et du partage d'aiguilles dans les pénitenciers d'Australie :

L'une des estimations les plus extrêmes a été établie par Frapè — 80 % des détenus consommaient des drogues dans les pénitenciers de Nouvelle Galles du Sud (NGS), et partageaient les aiguilles avec un nombre de personnes pouvant aller jusqu'à 20 à la fois. Matthews a signalé que des détenus d'un pénitencier de NGS ont dit qu'il n'y avait que 2 seringues dans tout le pénitencier. Le groupe de travail sur le SIDA dans les prisons a signalé qu'à Long Bay, il n'y avait pas plus de 14 aiguilles pour plus de 200 détenus consommant des drogues par intraveineuse²⁸⁰.

D'après les résultats de l'enquête publiés *HIV Risk-Taking Behaviour of Sydney Male Drug Injectors While in Prison*, 155 des 209 répondants (74,2 pour cent) ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables au moins une fois durant leur incarcération. Cent d'entre eux (66,5 pour cent) ont fourni des données sur la fréquence du partage du matériel utilisé à cette fin, et 75 (75 pour cent) ont simplement déclaré partager le matériel²⁸¹.

Au Royaume-Uni, le Home Office a soutenu que la fréquence de l'usage de drogues injectables est faible dans les pénitenciers. Cependant, un certain nombre d'enquêtes ont montré que l'usage et la disponibilité de drogues injectables excédaient de loin les estimations officielles et que les aiguilles et les seringues sont généralement partagées par nécessité²⁸². L'une des études a révélé que les détenus qui faisaient usage de drogues injectables avant d'être incarcérés en prenaient moins en prison. Cependant, ils prenaient également moins

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

de précautions lorsqu'ils en faisaient usage. Les auteurs de l'étude en ont conclu que l'incarcération accroissait le risque de contracter une infection à VIH²⁸³.

Réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables

On croit généralement que l'usage de drogues injectables constitue le principal risque de transmission du VIH en milieu carcéral²⁸⁴. Heilpern et Egger ont invoqué quatre arguments à l'appui de cette thèse: 1) la répartition géographique du SIDA en milieu carcéral correspond à la répartition géographique des personnes atteintes du SIDA pour lesquelles l'usage de drogues par intraveineuse est le principal facteur de risque; 2) la recherche a montré qu'une forte proportion des personnes souffrant du SIDA en milieu carcéral mentionnent l'usage de drogues par intraveineuse comme le seul ou le principal facteur de risque; 3) la fréquence de l'infection à VIH en milieu carcéral reflète la répartition géographique des consommateurs de drogues par intraveineuse dans différents territoires ou provinces; 4) il existe un lien étroit entre les taux de séropositivité en milieu carcéral et la proportion de détenus toxicomanes²⁸⁵. Heilpern et Egger ont conclu que «l'infection à VIH en milieu carcéral s'étendra s'il se produit une augmentation de la proportion de consommateurs de drogues par intraveineuse incarcérés et un accroissement de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par intraveineuse dans la population en général».

De même, selon Tomáševski, il existe de nombreuses données sur le lien entre l'usage de drogues injectables et l'infection à VIH, en particulier chez les détenus. Le SIDA a été diagnostiqué chez les détenus au début de l'épidémie et a été immédiatement relié à l'usage de drogues injectables. Ce lien a été confirmé par une enquête réalisée pour le Conseil de l'Europe, qui conclut que la proportion de détenus séropositifs infectés par le VIH reflète directement la proportion de toxicomanes au sein de la population incarcérée, réalité qui a été constatée dans la plupart des pays industrialisés, y compris

en Europe, en Amérique du Nord et en Australie. Le problème est exacerbé par la poursuite de l'usage de drogues injectables dans les pénitenciers. Tomáševski poursuit en soulignant que deux caractéristiques de la population incarcérée révèlent l'ampleur du double problème du VIH/SIDA et de la consommation de drogues : premièrement, la forte proportion de personnes qui s'injectent des drogues en milieu carcéral est attribuable au fait qu'on incarcère les personnes reconnues coupables d'avoir eu en leur possession ou d'avoir consommé des drogues; deuxièmement, une grande proportion de la population incarcérée utilise des drogues, qu'elle ait été emprisonnée ou non par suite d'une infraction ayant trait aux drogues²⁸⁶.

Pour toutes ces raisons, la réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables constitue une partie essentielle de tout effort global visant à diminuer ou à éviter le risque de contracter des infections véhiculées par le sang en milieu carcéral. Par exemple, d'après la Société canadienne du SIDA:

On n'a pas encore fait face à la réalité de la problématique des drogues. Il faut examiner et mettre en oeuvre une gamme de stratégies qui doivent comprendre des programmes efficaces de réadaptation et d'éducation sur les drogues, la fourniture d'eau de Javel et l'échange d'aiguilles. Il est plus complexe de prendre toutes ces mesures en milieu carcéral. Cependant les difficultés ne doivent pas nous empêcher de trouver des solutions. Nous croyons que la collaboration permettra de trouver des solutions pratiques²⁸⁷.

MESURES VISANT À RÉDUIRE L'USAGE DE DROGUES

Il a été largement recommandé de mettre en oeuvre des programmes efficaces d'éducation sur les drogues, y compris une formation sur la façon de réduire les dangers liés à l'usage de drogues injectables. D'autres mesures visant à réduire l'usage de drogues dans les établissements correctionnels prêtent davantage à controverse. En particulier, on se préoccupe du fait que ces

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

mesures pourraient entraîner des risques ou des dangers supérieurs à l'avantage visé, à savoir la réduction de la consommation de drogues. Par exemple, on craint que les programmes de tests de dépistage des drogues puissent avoir une incidence négative sur les efforts visant à réduire les dangers liés à la consommation de drogues. Dans le mémoire qu'il a présenté au CESP, E. Oscapella a souligné que la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* confère aux agents de correction et de liberté conditionnelle de vastes pouvoirs, notamment celui de faire subir des tests aux détenus en milieu carcéral et pendant leur remise en liberté dans le cadre de certains programmes, comme la libération conditionnelle. Selon Oscapella, «il est trop tôt pour dire si les dispositions de la Loi concernant les tests de dépistage des drogues seront considérées comme violant les droits prévus par la *Charte* en matière de protection de la vie privée». Il ajoute que, en théorie, les tests de dépistage des drogues devraient réduire la quantité de drogues consommées en milieu carcéral du fait que les détenus pourraient renoncer à consommer des drogues par crainte de mesures disciplinaires. Cependant, il craint que les tests de dépistage des drogues en milieu carcéral puissent en pratique entraîner un accroissement de la fréquence de l'injection de drogues. Étant donné que les métabolites de la marijuana sont parfois détectables dans l'urine pendant une période pouvant aller jusqu'à un mois, alors que la période pendant laquelle d'autres drogues, comme la cocaïne, l'héroïne, le PCP et le LSD, peuvent être détectées est beaucoup plus courte, les détenus pourraient remplacer la marijuana par ces drogues. Oscapella conclut que «toute politique ou loi qui augmente les risques que les détenus s'injectent des drogues — particulièrement à la lumière du peu d'empressement des établissements correctionnels à faciliter les pratiques d'injection sécuritaires — est très dangereuse. Il est difficile d'imaginer une situation où les avantages d'une telle politique ou loi l'emporteraient sur les dommages mortels causés par l'accroissement des infections à VIH ²⁸⁸».

Dans ses commentaires sur le Document de travail, le Directeur exécutif du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada indique qu'il est d'accord pour dire qu'«il faut d'abord déterminer si les programmes de dépistage des drogues risquent de causer plus de tort du fait que les détenus pourraient être tentés d'abandonner les drogues qui sont détectables durant une longue période au profit des drogues qui sont détectables durant une courte période pour réduire le risque que soit décelée leur consommation de drogues». Il ajoute que «si effectivement les tests de dépistage des drogues contribuent à accroître les risques d'infection à VIH, alors nous avons une raison de plus de ne pas avoir recours dans les prisons à cette pratique qui tient de l'ingérence». Dans les commentaires qu'elle a faits au nom du Canadian Centre of Substance Abuse, Diane Riley demande également qu'on examine de nouveau la question de l'utilisation des tests de dépistage en milieu carcéral.

DISPONIBILITÉ DE L'EAU DE JAVEL

Alors que le fait de fournir aux détenus des renseignements et de les sensibiliser au sujet de la consommation des drogues est largement accepté, la question de savoir s'il faut mettre de l'eau de Javel à leur disposition prête à controverse. Il ne faut pas s'en surprendre, car les «mesures visant à empêcher la propagation de l'infection à VIH chez les toxicomanes qui s'injectent des drogues, comme les programmes d'échange d'aiguilles ou de fourniture d'eau de Javel, prêtent à controverse, même chez les personnes en liberté²⁸⁹».

Un grand nombre de personnes s'opposent à la distribution d'eau de Javel aux détenus parce qu'elles craignent qu'une telle pratique soit interprétée comme l'approbation d'un acte illégal qui est à l'origine de l'incarcération de nombreux détenus. On a également soutenu que le fait de fournir de l'eau de Javel et des renseignements sur la façon de nettoyer le matériel d'injection pourrait encourager des non-consommateurs de drogues à recourir à l'usage de drogues injectables et que l'eau de Javel pourrait servir

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

d'arme contre le personnel²⁹⁰. Cependant, de l'eau de Javel a été distribuée en milieu carcéral au Canada pendant longtemps, sans que personne n'ait laissé entendre qu'elle constituait une menace à la sécurité des établissements, jusqu'à ce qu'elle eût été associée à la stérilisation du matériel d'injection. En outre, dans certains établissements, l'eau de Javel est accessible officieusement, et il n'existe aucune preuve qu'il en a résulté des problèmes. Selon le Comité consultatif national sur le SIDA :

Il n'a pas été montré que cette distribution (d'eau de Javel) réduit sensiblement la sécurité dans les établissements correctionnels, et l'on ne peut en déduire qu'elle équivaut à tolérer ou à encourager un comportement interdit dans l'établissement. Au contraire, ces mesures sont essentielles si l'on veut réduire le risque de transmission du VIH dans l'établissement. Il est déraisonnable de refuser aux détenus l'accès aux moyens nécessaires pour leur permettre de se protéger contre l'infection à VIH²⁹¹.

D'autres pays ont reconnu qu'il devient de plus en plus difficile pour les administrateurs des pénitenciers de ne pas tenir compte de la question du nettoyage des aiguilles. Par exemple, lors d'une conférence sur le SIDA tenue en Australie, un commentateur a affirmé ce qui suit:

Compte tenu de l'accroissement phénoménal de l'infection à VIH au sein de la population qui s'injecte des drogues par intraveineuse à l'intérieur et à l'extérieur des prisons, cette question controversée sera bientôt la question la plus importante à l'ordre du jour. ... Nous sommes engagés dans une guerre extraordinaire qui exige des solutions extraordinaires²⁹².

De l'eau de Javel est mise à la disposition des détenus dans les prisons de nombreux pays du monde. Comme en témoigne l'étude de Harding et Schaller, 16 des 52 systèmes pénitentiaires examinés à la fin de 1991 mettaient à la disposition des détenus de l'eau de Javel, souvent accompagnée d'instructions claires sur la façon de

nettoyer les aiguilles. Par exemple, en Espagne, une bouteille d'eau de Javel figure dans la trousse de produits d'hygiène et de santé que les détenus reçoivent à leur arrivée en milieu carcéral et tous les mois par la suite, et «on leur en fournit au besoin²⁹³». En Suisse, des «trousses de premiers soins» contenant de petites bouteilles d'eau de Javel sont remises aux détenus depuis juin 1991²⁹⁴. Il est également possible de se procurer de l'eau de Javel dans certains systèmes pénitentiaires en Allemagne, en France et en Australie, dans les prisons de Belgique, du Luxembourg et des Pays-Bas et dans certains systèmes d'Afrique ainsi que dans au moins un système d'Amérique centrale²⁹⁵.

Il a été largement recommandé au Canada et ailleurs de mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus²⁹⁶. Dès 1988, la Société royale du Canada a recommandé que «des installations de décontamination des aiguilles soient rapidement mises à la disposition des détenus dans les établissements correctionnels²⁹⁷». Deux ans plus tard, en 1990, le Comité parlementaire sur le SIDA recommandait vivement au Solliciteur général de «prendre immédiatement des mesures pour mettre en toute confidentialité à la disposition des détenus de l'eau de Javel pour la décontamination des aiguilles²⁹⁸». Plus récemment, le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH et le SIDA a affirmé que les détenus de tous les établissements bénéficieraient de la fourniture d'eau de Javel pour la désinfection des instruments pointus utilisés pour le tatouage, le perçage et l'usage de drogues injectables. Le Comité a recommandé de mettre des trousses d'eau de Javel à la disposition de tous les détenus. Les trousses devraient contenir «une bouteille en plastique d'eau de Javel où figureraient en rouge le symbole des poisons et des directives faciles à comprendre; une bouteille en plastique d'eau propre où figureraient des directives en caractères jaunes; une feuille de mode d'emploi contenant des directives faciles à comprendre et des images²⁹⁹». Le PASAN a recommandé que des trousses d'eau de Javel soient distribuées systématiquement, «peut-être pendant la distribution hebdomadaire des fournitures³⁰⁰».

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

En ce qui concerne la distribution d'eau de Javel aux détenus, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé ce qui suit dans ses *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* :

24. Dans les pays où il est possible de se procurer de l'eau de Javel (solution aqueuse d'hypochlorite de sodium), ce désinfectant ou tout autre agent virucide efficace, avec des instructions précises sur la façon de nettoyer le matériel d'injection, devrait être disponible dans les prisons qui abritent des toxicomanes I.V. ou partout où sont pratiqués des tatouages ou des actes comportant le percement de la peau...³⁰¹

Un certain nombre de personnes qui ont commenté le Document de travail du CESP n'étaient pas d'accord avec l'idée de fournir de l'eau de Javel aux détenus. Le directeur d'un établissement, par exemple, a répété l'argument suivant, à savoir que s'il fournissait de l'eau de Javel aux détenus, le SCC approuverait tacitement l'utilisation illicite de drogues. Il a proposé deux mesures pour traiter le problème de l'utilisation de drogues : un plus grand recours aux visites avec séparation pour les «utilisateurs et trafiquants de drogues» et «la prestation des meilleurs programmes d'éducation possibles³⁰²». Cependant, les commentaires sur le Document de travail, y compris ceux faits par un certain nombre d'employés du SCC et par la plupart des détenus, abondaient généralement dans le sens des conclusions du CESP au sujet de la fourniture d'eau de Javel aux détenus. Ces commentaires sont conformes aux résultats du questionnaire envoyé par le CESP aux employés des pénitenciers fédéraux. À la question : «Devrait-on mettre de l'eau de Javel à la disposition des prisonniers?», 246 des 440 employés (55,9 pour cent) ont répondu «non», mais 185 (42 pour cent) ont répondu «oui», et sept (1,6 pour cent) ont répondu qu'on fournit déjà de l'eau de Javel aux détenus, tandis que deux employés ont répondu qu'ils ne savaient pas s'il faudrait ou non le faire.

À la même question, 18 des 21 comités de détenus (85,7 pour cent) et 11 des 13 détenus (84,6 pour cent) qui ont répondu au questionnaire adressé aux détenus ont répondu «oui», tandis que trois comités de détenus seulement (14,3 pour cent) et deux détenus (15,4 pour cent) ont répondu «non»^[42].

Toutefois, on doute de plus en plus de l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH. On doute également de l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire l'hépatite B, et compte tenu de l'incapacité actuelle de détecter l'antigène de l'hépatite C, il est impossible de déterminer si l'eau de Javel décontamine efficacement cet agent ou non. L'efficacité de l'eau de Javel comme agent biologique est sérieusement mise en doute. Selon le HIV/AIDS Prevention Bulletin du 19 avril 1993, publié conjointement par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [É.-U.], le Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) [É.-U.], et le National Institute on Drug Abuse (NIDA) [É.-U.] :

[TRADUCTION]

À la lumière d'études récentes, on a conclu que la stérilisation au moyen d'eau de Javel ne devrait être envisagée pour réduire le risque d'infection à VIH découlant de la réutilisation ou du partage d'aiguilles et de seringues (et d'autre matériel d'injection) **lorsqu'aucune autre méthode plus sûre n'est disponible** [souligné dans l'original]. Des aiguilles et des seringues stériles, qui n'ont jamais servi, sont plus sûres que des aiguilles et des seringues qui ont déjà servi et qui ont été désinfectées à l'eau de Javel³⁰³.

Dans le bulletin, on examine les conclusions tirées lors d'un atelier tenu à l'université John Hopkins, à Baltimore (Maryland), où les participants ont analysé les recherches et les pratiques courantes concernant l'utilisation d'eau de Javel pour stériliser le matériel d'injection des drogues. Voici quelques-unes de ces conclusions : 1) Plusieurs documents préparés durant les années 80 ont

[42] Pour plus de renseignements, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*. Annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel, et Annexe 6 : Résultats du questionnaire destiné aux détenus.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

démontré que l'eau de Javel détruit le VIH *in vitro*³⁰⁴. Par conséquent, la stérilisation à l'eau de Javel est devenue «la norme à utiliser dans le cadre des programmes de nettoyage des aiguilles, et des petites bouteilles d'eau de Javel ont été distribuées aux UDI par les travailleurs des services d'approche dans tout le pays, qui jouent un rôle capital en ce qu'ils rejoignent ainsi des utilisateurs de drogues qui ne participent à aucun traitement. La distribution d'eau de Javel est un élément important des services d'approche des UDI; grâce à ces services, les UDI peuvent obtenir des renseignements sur la prévention du SIDA et s'inscrire à des programmes de traitement des toxicomanies». 2) Des données récentes soulèvent des doutes quant à l'efficacité virtuelle de l'eau de Javel pour stériliser le matériel d'injection. L'eau de Javel s'est révélée plus efficace que la plupart des autres solutions facilement accessibles, comme l'alcool et le peroxyde d'hydrogène, mais elle s'est révélée moins efficace pour détruire le VIH dans le sang que pour détruire un extrait acellulaire de VIH et une culture cellulaire de VIH³⁰⁵. 3) Dans des études des taux de séroconversion à l'égard du VIH parmi une cohorte d'utilisateurs de drogues injectables à Baltimore, on a fait des comparaisons entre les personnes qui ont déclaré utiliser systématiquement des désinfectants et celles qui ont déclaré ne jamais utiliser de désinfectants pour nettoyer les aiguilles et les seringues. Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes en question quant à la séroconversion³⁰⁶. 4) Selon une étude faite par le NIDA, de l'eau de Javel domestique (concentration de 0,5 pour cent d'hypochlorite de sodium) diluée avec 10 pour cent d'eau n'est pas efficace pour éliminer le sang des seringues après un rinçage de six secondes à l'eau de Javel, suivi de deux rinçages de six secondes à l'eau claire. 5) De l'eau de Javel domestique non diluée (concentration de 5,25 pour cent d'hypochlorite de sodium) a permis d'inactiver des pastilles de VIH après 30 secondes ou plus, alors que de l'eau de Javel ayant un taux de concentration de 10 pour cent ne s'est révélée efficace qu'après deux heures³⁰⁷. 6) Une étude de bandes vidéo montrant des utilisateurs de drogue la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue a révélé que plus

de 80 pour cent des 161 sujets consacraient 30 secondes ou moins au nettoyage des aiguilles à l'eau de Javel bien qu'ils eurent déclaré qu'ils y consacraient plus de temps³⁰⁸.

Ces constatations nous amènent à tirer les conclusions suivantes :

Les résultats des études indiquent que nous devons renforcer nos efforts pour aider les UDI à cesser de consommer et de s'injecter des drogues. Le traitement des toxicomanies (p. ex. la méthadone pour les utilisateurs d'opiacés) aide considérablement les utilisateurs de drogues à cesser ou à réduire leur consommation de drogues, injectables ou autres. Il faut encourager ceux qui continuent à consommer des drogues à utiliser systématiquement du matériel d'injection stérile et les avertir de ne jamais réutiliser ou partager des aiguilles, des seringues et d'autre matériel d'injection. La désinfection d'aiguilles et de seringues déjà utilisées au moyen d'eau de Javel (ou d'un autre produit chimique) peut réduire le risque de transmission du VIH mais **elle n'est pas aussi sûre que l'utilisation d'une aiguille ou d'une seringue stérile** [souligné dans l'original]. Il faudrait également prendre garde de ne pas réutiliser ou partager des tampons d'ouate, des réchauds, de l'eau de rinçage, et tout autre matériel de préparation et d'injection de drogues, car ils pourraient être contaminés par du sang. ...

Le nettoyage du matériel d'injection à l'aide de désinfectants, comme de l'eau de Javel, ne garantit pas que le VIH est inactivé. Les désinfectants ne stérilisent pas le matériel d'injection. Cependant, le nettoyage systématique et à fond du matériel d'injection au moyen de désinfectants comme l'eau de Javel devrait **réduire** le risque de transmission du VIH lorsque le matériel est partagé³⁰⁹.

Compte tenu de ces conclusions, un certain nombre des commentaires sur le Document de travail du CESP contenaient des critiques à l'égard de la confiance du Comité dans l'efficacité de l'eau de Javel pour réduire le risque de

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

transmission du VIH et d'autres infections et laissaient entendre que la distribution d'eau de Javel doit être considérée comme une intervention insuffisante.

DISPONIBILITÉ DE MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Même si la distribution d'eau de Javel aux détenus est de plus en plus acceptée comme une mesure nécessaire pour empêcher la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels et a été appliquée dans certains systèmes pénitentiaires, les autorités pénitentiaires s'opposent fortement à la distribution de matériel stérile d'injection de drogues. Aucun système pénitentiaire de quelque pays que ce soit n'a autorisé la distribution ou l'échange de seringues ou d'aiguilles stériles³¹⁰. Cependant, un programme de partage de seringues existait en 1992 dans un établissement de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, bien qu'illégalement³¹¹. Un établissement du canton de Berne, en Suisse, entreprendra en 1994 un projet pilote comportant la distribution de seringues³¹².

Au Canada, en 1991, le ministre de la Santé et du Bien-être social a suggéré de mettre à la disposition des détenus dans les pénitenciers fédéraux des aiguilles stériles ou de l'eau de Javel servant à nettoyer les aiguilles. Le Solliciteur général du Canada avait alors rejeté cette suggestion.

De nombreux pays ont établi des programmes d'échange des aiguilles à l'extérieur des prisons. Au Canada, le premier programme officiel d'échange d'aiguilles est entré en vigueur à Vancouver en janvier 1989, mais des échanges étaient déjà possibles officieusement à Toronto dès 1987³¹³. En juin 1989, le gouvernement fédéral annonçait une initiative spéciale visant à partager avec les provinces les frais de programmes pilotes de deux ans qui pourraient comprendre l'échange d'aiguilles. Cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario et Québec) ont participé à cette initiative visant à appuyer des projets pilotes dans 12 collectivités. Les résultats finals des travaux de recherche

financés par le gouvernement fédéral dans le cadre des projets pilotes paraîtront vers la fin de 1993. Les premières conclusions montrent que les programmes pilotes «ont permis à des milliers de toxicomanes d'y avoir accès (environ 4 000 contacts par mois à Vancouver et Montréal, plus de 400 clients par mois à Toronto), n'ont pas entraîné un accroissement de la consommation de drogues et ont mis en rapport de nombreux clients avec d'autres services sociaux et de santé pour la première fois³¹⁴». Plus d'un million d'aiguilles et de seringues ont été échangées dans le cadre de ces programmes. Le gouvernement fédéral a cessé de financer ces projets pilotes le 31 mars 1993. Les provinces ont commencé à octroyer des fonds pour les échanges d'aiguilles dans le cadre de services permanents et ont augmenté sensiblement le nombre de centres d'échange. En mars 1993, Santé Canada connaissait 28 programmes d'action communautaire prévoyant l'échange d'aiguilles. Onze autres centres d'échange étaient en voie d'établissement et devaient ouvrir leurs portes en 1993. Voici une liste des lieux d'échange d'aiguilles au Canada et des dates auxquelles ils ont commencé leurs activités³¹⁵ :

Colombie-Britannique : Vancouver (Janvier 1989), Victoria (Août 1989), Kelowna (Mai 1991), Prince George (Août 1991), Nanaimo (Novembre 1991), Quesnel (Novembre 1991), Williams Lake (Novembre 1991), Surrey (Décembre 1992); six autres programmes devaient être inaugurés en 1993.

Alberta : Edmonton (Août 1990), Calgary (Février 1990).

Saskatchewan : Regina (Août 1992), Saskatoon (Février 1993).

Manitoba : Winnipeg (Octobre 1990).

Ontario : Toronto (Juin 1989), Ottawa (Novembre 1990), Hamilton (Janvier 1992), Kingston (Novembre 1991), London (Mai 1992), Sudbury (Mai 1992), Etobicoke (Mai 1992), Windsor (Juillet 1992), Niagara (Octobre 1992).

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Québec : Montréal (Juillet 1989), Montérégie (Mai 1990), Québec (Mars 1991), Victoriaville (Juin 1991), Chicoutimi (Mars 1992); cinq autres programmes devaient être inaugurés en 1993.

Nouvelle-Écosse : Halifax (Mai 1992).

Une récente étude sur les résultats des programmes d'échange de seringues menée aux États-Unis et à l'échelle internationale a révélé qu'au 1^{er} septembre 1993 au moins 37 de ces programmes existaient aux États-Unis, que les programmes d'échange de seringues ont permis d'orienter de grands nombres de personnes vers des programmes de traitement de la toxicomanie, que les données disponibles ne prouvent pas que les programmes d'échange de seringues accroissent la consommation de drogues ni ne modifient le niveau de consommation de drogues injectables ou non injectables dans la collectivité, et que la majorité des études font état d'une diminution du recours à des modes d'injection non sécuritaires chez les participants aux programmes d'échange³¹⁶.

La distribution d'aiguilles stériles en milieu carcéral est souvent rejetée parce qu'elle semble signifier «la tolérance de l'usage de drogues illégales dans un milieu conçu pour faire respecter la loi: ce qui serait contradictoire³¹⁷». La sécurité des autres détenus et du personnel suscite également des préoccupations, car on craint que les aiguilles puissent servir d'armes. Voici ce qu'en pense Wayne Crawford, secrétaire-trésorier exécutif du Syndicat des employés du Solliciteur général:

Une aiguille est une arme. Le seul fait de penser qu'un détenu puisse me frapper ou m'injecter son sang s'il est infecté me remplit d'horreur... Que l'aiguille soit rouillée ou neuve importe peu. L'idée est ridicule. Cela équivaldrait à donner aux voleurs de banque des balles ordinaires pour qu'ils n'utilisent pas des balles dum-dum. Les gens qui suggèrent de telles choses ne vivent pas dans le monde réel³¹⁸.

D'autre part, les défenseurs des droits des détenus ont rejeté l'argument voulant que des

aiguilles propres constituent un risque sur le plan de la sécurité en affirmant qu'«un détenu qui veut recourir à la violence contre un gardien ou un autre détenu utilisera probablement d'autres objets déjà à sa disposition comme des crayons, des stylos, des rasoirs, des ustensiles, des brosse à dents, etc.³¹⁹». Distribuer du matériel d'injection stérile «réduirait probablement le risque en supprimant les seringues bricolées dangereuses qui doivent être dissimulées en milieu carcéral³²⁰». En outre, «si la distribution d'aiguilles était plus ouverte et protégée, la violence et la sécurité susciteraient moins de préoccupations³²¹».

Au Canada et dans d'autres pays, de nombreux particuliers, groupes et organismes ont recommandé de distribuer du matériel stérile d'injection de drogues en milieu carcéral. Par exemple, l'Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry a adopté une résolution au cours de l'assemblée générale annuelle de 1991 pour appuyer «l'échange gratuit d'aiguilles ... à l'intérieur et à l'extérieur du système de justice pénale³²²». Le PASAN a recommandé qu'«un programme d'échange d'aiguilles confidentiel soit appliqué» en milieu carcéral³²³. Il a suggéré que les programmes d'échange d'aiguilles «devraient suivre le modèle des programmes d'échange à l'extérieur du milieu carcéral tout en protégeant les détenus contre le harcèlement du personnel des pénitenciers et des autres détenus³²⁴». Selon le PASAN, les aiguilles devraient être échangées, sur la base d'une contre une et en toute confidentialité, par l'entremise du service de santé, et les détenus ne devraient pas avoir à rendre des comptes au personnel non médical au moment de l'obtention d'aiguilles. Par ailleurs, le PASAN a rejeté l'installation d'une machine d'échange des aiguilles en milieu carcéral parce que ces machines «peuvent être défectueuses et qu'il est facile de les vandaliser» et que le fait de les utiliser «pose des problèmes pour les détenus qui ne veulent pas divulguer leur activité». Le PASAN a en outre suggéré de «lancer une campagne de relations publiques pour combattre la résistance prévue du personnel ou du public à l'égard d'un programme d'échange d'aiguilles³²⁵». Selon le PASAN :

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

Les programmes d'échanges d'aiguilles à l'«extérieur» se généralisent. L'expérience nous a enseigné qu'il est possible de vaincre la résistance du petit nombre de personnes qui s'y opposent dans la collectivité par la consultation et l'information. Nous favorisons les échanges d'aiguilles dans la société extérieure pour réduire les dangers. Il faudrait poursuivre une stratégie semblable pour appuyer un programme d'échange en milieu carcéral. Il faudrait rendre publique l'information sur la consommation de drogues en milieu carcéral et les risques qu'elle comporte pour la santé. Il faudrait également faire connaître le succès que remportent les programmes d'échange d'aiguilles dans le ralentissement de la transmission du VIH. On devrait mentionner que le fait d'éviter à un détenu de contracter le VIH et le SIDA permet de réaliser une économie considérable³²⁶.

Le PASAN a soutenu que «la fourniture d'eau de Javel aux détenus (sans autres programmes relatifs à l'usage de drogues injectables comme l'échange d'aiguilles) ne remporte pas beaucoup de succès parce que les détenus qui s'injectent des drogues estiment généralement que les gardiens pourraient les surprendre pendant qu'ils nettoient une seringue ou un objet pointu bricolé³²⁷». Par conséquent, il se préoccupe du fait que les détenus ne prendraient pas le temps supplémentaire nécessaire pour nettoyer leur matériel d'injection et continueraient de partager des aiguilles souillées.

D'autres ne préconisent pas la mise en oeuvre pure et simple d'échanges d'aiguilles en milieu carcéral, mais suggèrent d'étudier la possibilité de mettre des aiguilles stériles à la disposition des détenus. Par exemple, le Dr Hankins a recommandé que «pour réduire davantage la transmission du VIH ..., il faudrait examiner la possibilité de donner aux détenus accès en toute confidentialité à des aiguilles et des seringues propres dans le cadre d'un échange d'aiguilles sur la base d'une contre une pour réduire la transmission du VIH tout en n'encourageant pas la consommation de drogues³²⁸». De même, des membres du Comité consultatif régional de

l'Ontario sur le VIH et le SIDA ont recommandé que, vu l'efficacité des échanges d'aiguilles sur le plan du ralentissement de la propagation de l'infection à VIH chez les toxicomanes, «il faudra examiner un projet de programme d'échange d'aiguilles en milieu carcéral³²⁹»; ils faisaient ainsi savoir qu'à leurs yeux le partage des aiguilles est un important véhicule de transmission du VIH en milieu carcéral. En particulier, ils ont souligné que le partage d'aiguilles entre les consommateurs de drogues injectables constitue un moyen très efficace de transmission du VIH, que les études effectuées dans le monde ont montré que l'infection à VIH chez cette population peut passer de 2 % à 40 à 60 % en moins de trois ans et qu'une évaluation des programmes d'échange d'aiguilles à l'extérieur des prisons a révélé qu'ils constituent un moyen efficace de prévenir la transmission du VIH et de l'hépatite B chez les consommateurs de drogues injectables et n'ont pas encouragé ou accru la consommation de drogues chez les non-toxicomanes³³⁰. Par ailleurs, le Comité a reconnu la préoccupation reliée au fait que, en milieu carcéral, préconiser un programme d'échange d'aiguilles puisse être interprété comme une tolérance à l'égard de l'usage de drogues; il reconnaît aussi la préoccupation que les aiguilles puissent servir d'armes et qu'il y ait un risque de responsabilité de l'établissement si un détenu subissait des effets néfastes à cause de l'utilisation d'une aiguille fournie par l'établissement.

Le Conseil de l'Europe a invité des États à «autoriser, en dernier ressort, la distribution de seringues anti-retour propres et d'aiguilles propres aux toxicomanes qui consomment des drogues par intraveineuse en milieu carcéral³³¹». Dans ses *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé :

24. ... Dans les pays où des seringues et des aiguilles propres sont mises à la disposition des toxicomanes dans la population, il faudrait étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en feront la demande³³².

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Dans leurs commentaires sur le Document de travail du CESP, certaines personnes, des employés du SCC plus particulièrement, ont indiqué qu'elles s'opposent catégoriquement à la distribution d'aiguilles sur demande aux détenus. Ces commentaires sont conformes aux résultats du questionnaire envoyé par le CESP au personnel du CESP. À la question «Devrait-on mettre sur pied un programme d'échange d'aiguilles?», 366 des 447 (81,9 pour cent) employés ont répondu «non», quatre (0,9 pour cent) ont répondu qu'ils ne savaient pas, et 77 seulement (17,2 pour cent) ont répondu «oui»^[43]. Par contraste, un grand nombre des répondants, dont le Comité consultatif national sur le SIDA, la Société canadienne du SIDA, le PASAN et des spécialistes internationaux des questions du SIDA et de l'utilisation des drogues ont demandé au Comité de réexaminer sa conclusion quant à l'accès à du matériel d'injection stérile et de faire une recommandation visant à ce que des mesures soient prises dans les plus brefs délais à cet égard. Ils ont allégué que, compte tenu des doutes concernant l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH et l'hépatite, il faut en priorité assurer la distribution d'aiguilles et de seringues stériles aux détenus. Le Kingston AIDS Project a laissé entendre que «l'une des raisons pour lesquelles il est impossible pour le moment de distribuer des aiguilles et des seringues propres aux détenus est que le CESP ne le demande pas», et que «le CESP devrait recommander l'élaboration de modèles appropriés pour l'échange des aiguilles en prison afin de tenir compte du risque de transmission du VIH en prison [le risque découlant du partage de matériel non-stérile pour l'injection des drogues], même s'il sait que une telle recommandation sera controversée³³³». D'aucuns craignent que l'exécution d'études supplémentaires sur la distribution d'aiguilles et de seringues propres ne retarde indûment l'adoption de cette pratique et estiment qu'au lieu de conclure qu'il faudrait effectuer des études, le CESP devrait «demander

l'exécution d'études alliée à la mise en oeuvre de mesures concrètes dans les six mois», puisque «les études à elles seules ne permettront pas de sauver des vies humaines³³⁴». Comme l'a souligné la Société canadienne du SIDA, «il faut prendre des mesures immédiatement pour que l'accès [à des aiguilles propres] devienne une réalité³³⁵». Un autre répondant a indiqué que «la plupart des parties intéressées par cette question s'entendent pour dire que le risque de transmission du VIH dans les pénitenciers fédéraux du Canada découle principalement du partage d'aiguilles non-stériles pour l'injection des drogues», et que, par conséquent, la préoccupation majeure du CESP devrait être de trouver des moyens de réduire l'utilisation d'aiguilles non stériles dans les établissements³³⁶».

On a également mentionné que les modalités d'échange des aiguilles varieront considérablement d'un établissement à l'autre, en fonction du niveau de sécurité et de l'aménagement physique de l'établissement, et que les modalités à cet égard devraient être élaborées à l'échelle de l'établissement par des comités composés de détenus et d'employés du SCC. Enfin, on a mentionné que le SCC devrait s'inspirer de l'expérience et des programmes d'échange d'aiguilles mis en oeuvre dans la collectivité, qu'il devrait s'assurer les services des organismes communautaires d'échange d'aiguilles, dans le cadre de contrats, et qu'il faudrait créer au sein des établissements une culture qui favorise les programmes d'échange d'aiguilles en tant que décision de principe rationnelle pour toutes les parties intéressées³³⁷.

DISPONIBILITÉ DE LA MÉTHADONE

Comme l'ont mentionné Harding et Schaller, «le traitement à la méthadone en milieu carcéral peut également contribuer à réduire le risque d'infection, et certaines prisons et quelques

[43] Pour plus de renseignements, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*. Annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel, et Annexe 6 : Résultats du questionnaire destiné aux détenus.

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

pénitenciers l'ont adopté»^{338,[44]}. Par exemple, en Nouvelle Galles du Sud (Australie), «la méthadone s'est introduite lentement dans les pénitenciers, et est devenue le «meilleur moyen en ville» pour prévenir le partage des aiguilles en milieu carcéral³³⁹. L'expérience réalisée avec la méthadone a été décrite de la façon suivante :

Il y a cinq ans, la méthadone n'était qu'un irritant organisationnel pour le Service médical des prisons, nécessitant des travaux d'écriture supplémentaires et un surcroît de travail pour le service des soins infirmiers. À la même période, le SIDA est apparu, et les tests de dépistage des anticorps anti-VIH sont devenus disponibles. La situation a maintenant changé du tout au tout, le SMP ayant maintenant largement recours à la méthadone. ... Le SMP encourage surtout l'utilisation de la méthadone en Nouvelle Galles du Sud parce qu'elle constitue une stratégie de prévention du SIDA au moyen de laquelle on espère limiter le partage des aiguilles³⁴⁰.

Heilpern et Egger ont signalé qu'«il faudrait également considérer le nombre de places disponibles pour le traitement à la méthadone en milieu carcéral comme une question d'urgence pour les détenus toxicomanes séropositifs³⁴¹».

Dans ses *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, l'Organisation mondiale de la santé fait la recommandation suivante :

23. Les détenus traités à la méthadone avant leur incarcération devraient pouvoir poursuivre leur traitement durant leur séjour en prison. Dans les pays où un traitement d'entretien à la méthadone est proposé aux opiomanes, ce traitement devrait pouvoir être également poursuivi en prison³⁴².

Au Canada, la méthadone est donnée à certaines personnes dans des conditions contrôlées dans

des cliniques communautaires, mais elle est rarement prescrite à quiconque se trouve en milieu carcéral. On a soutenu que la «méthadone devrait être disponible dans nos pénitenciers, surtout pour les toxicomanes de longue date dont les antécédents criminels sont associés aux drogues» et que «si ces personnes pouvaient avoir accès à la méthadone, elle contribuerait non seulement à éliminer les efforts que celles-ci déploient pour acquérir des drogues interdites en milieu carcéral, mais servirait aussi à les habituer à un mode de vie qui ne soit pas centré sur l'acquisition de ces drogues³⁴³».

De nombreuses données permettent d'avancer que les programmes de traitement à la méthadone contribuent efficacement à réduire le recours à des modes d'injection à risque élevé et, du coup, les risques de contracter le VIH. Certains prétendent que «la méthadone contribue considérablement à freiner la propagation du SIDA et joue un rôle important dans le traitement de la toxicomanie opiacée» et que «les décideurs et les programmes doivent prendre en considération la nécessité d'offrir des programmes de traitement à la méthadone dans les prisons ainsi que les avantages que présente le traitement à la méthadone comme solution de rechange à l'incarcération et à d'autres formes de criminalisation³⁴⁴».

Un grand nombre de commentaires sur le Document de travail du CESP abondaient dans le sens de la conclusion du Comité selon laquelle l'accès à la méthadone devrait être inclus dans la gamme des différentes possibilités de traitement et de soins offerts aux détenus qui consomment des drogues. D'aucuns déplorent que le Comité n'ait pas accordé plus d'attention au traitement à la méthadone. Par exemple, Brian Kearns, directeur général intérimaire de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC), a déclaré :

[44] Cependant, Harding a aussi souligné que des problèmes peuvent se poser au moment de la libération des détenus suivant un traitement à la méthadone si l'accès à un programme communautaire ne peut être garanti ou lorsque ces détenus doivent être transférés dans des établissements où il n'y a pas de programme de traitement à la méthadone. Voir Harding et Schaller, *infra* (note de fin de document 57), enquête de 1992, p. 16.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

[TRADUCTION]

Le traitement à la méthadone n'a apparemment pas suscité beaucoup d'intérêt pour le Comité. Compte tenu de l'efficacité de ce traitement pour réduire (voire éliminer) l'usage de stupéfiants, de drogues injectables en particulier, le traitement à la méthadone mérite plus d'attention comme stratégie de réduction des dangers. D'après notre expérience du AADAC Opiate Dependency Program, les clients qui sont obligés d'abandonner le traitement à la méthadone en raison de leur incarcération recommencent généralement à consommer des stupéfiants, souvent dans le milieu carcéral, et souvent par intraveineuse.

De la même manière, le Dr Alex Wodak, directeur de l'Alcohol and Drug Service du St. Vincent's Hospital à Sydney, en Australie, a déclaré : «il est étonnant que, compte tenu de l'efficacité de plus en plus évidente de la méthadone pour réduire le risque de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables, vous (le Comité) n'ayez pas accordé plus d'importance à cette mesure d'intervention dans votre rapport».

ÉVALUATION DU CESP

Fréquence de l'usage de drogues injectables

À de nombreuses occasions, des détenus ont dit au CESP que l'usage de drogues, y compris l'usage de drogues injectables, a lieu dans bien des établissements correctionnels fédéraux. Dans leurs réponses au questionnaire qui leur a été envoyé par le CESP, un grand nombre d'employés du SCC ont également confirmé que l'usage des drogues est une réalité dans les établissements correctionnels fédéraux^[45]. Fait plus important encore, le CESP a appris que le partage d'aiguilles est fréquent et qu'il arrive souvent que de 15 à 20 personnes utilisent la même aiguille sans la nettoyer entre chaque

usage. Le fait que plus de quinze détenus d'une même prison d'Écosse ont contracté une infection à VIH en quelques mois à peine en partageant du matériel d'injection devrait suffire à convaincre de la nécessité de supprimer ou de réduire les dangers posés par la consommation de drogues injectables³⁴⁵. Ces renseignements, et d'autres données provenant de sources diverses, ont amené le CESP à conclure que l'usage de drogues injectables constitue probablement le principal facteur de risque de transmission du VIH dans les établissements correctionnels.

Réduction des dangers liés à l'usage de drogues injectables

Pour le CESP, il n'est manifestement pas réaliste de supposer que la consommation de drogues ou l'injection de drogues en milieu carcéral cesseront. Par conséquent, le Comité a examiné de façon détaillée les mesures qu'on pourrait prendre dans les pénitenciers fédéraux pour réduire les dangers liés à la consommation de drogues et en particulier les dangers que courent les détenus en s'injectant des drogues.

Dans bien des pays, le VIH s'est propagé à la vitesse de l'éclair chez les toxicomanes qui s'injectent des drogues. Cependant, à certains endroits, y compris certaines villes du Canada, la propagation a été ralentie sensiblement. Ce phénomène n'est pas attribuable aux efforts déployés pour supprimer la consommation de drogues, en particulier l'usage de drogues injectables, ni à la disponibilité de traitement anti-drogues. Il s'est produit surtout à cause d'une diminution du partage de matériel d'injection non-stérile. Les efforts de prévention ont visé à informer les toxicomanes au sujet de l'infection à VIH, de l'importance de toujours utiliser du matériel d'injection stérile et, notamment, de ne pas partager le matériel ou de le nettoyer avant chaque usage. Ces efforts se sont accompagnés de la distribution d'eau de Javel et d'aiguilles et de seringues propres ainsi que de la prestation de

[45] Pour plus de renseignements, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*. Annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel.

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

services de soutien aux toxicomanes^[46]. Fait important, ces efforts n'ont pas accru l'usage de drogues injectables³⁴⁶, et ils montrent que les toxicomanes qui s'injectent des drogues peuvent modifier de façon responsable leur comportement pour réduire les risques de transmission du VIH³⁴⁷.

Les efforts visant à mettre en oeuvre une multitude de programmes pour prévenir l'infection à VIH chez les toxicomanes qui s'injectent des drogues ont «mené à l'établissement d'un principe philosophique à la base de la plus grande partie des travaux réalisés³⁴⁸». Ce principe a été appelé «réduction des dangers» ou «minimisation des dangers» et a été défini par Des Jarlais et d'autres auteurs de la façon suivante :

Le principe de la réduction des dangers repose fondamentalement sur une approche pragmatique des problèmes sociaux et individuels liés à la consommation abusive de psychotropes, c'est-à-dire que, si la consommation abusive de drogue ne peut être supprimée à court terme (ou peut-être même à long terme), certains des problèmes liés à la consommation abusive de psychotropes peuvent au moins être atténués³⁴⁹.

Comme l'ont souligné Des Jarlais et d'autres auteurs, l'approche de la «réduction des dangers» ou du «modèle de la santé» utilisée pour faire face à la consommation de drogues n'est «pas nécessairement libérale ou conservatrice selon la définition politique traditionnelle», mais doit plutôt

«être considérée comme un contraste entre l'idéal utopique d'une «société sans drogue» et le principe de la «consommation de drogues sans abus³⁵⁰».

De nombreux pays, dont le Canada, ont adopté l'approche de la «réduction des dangers» ou du «modèle de la santé» pour faire face à la consommation de drogues lorsqu'ils se sont rendus compte que la propagation de l'infection à VIH pose un danger plus grave pour la santé des individus et du public que la consommation de drogues. Ces approches ont mené à l'établissement de programme d'échange ou de distribution d'aiguilles dans de nombreuses collectivités. Cependant, il arrive souvent que même les collectivités qui adoptent des politiques générales de réduction des dangers, n'appliquent pas ces politiques en milieu carcéral. Dans ce milieu, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir³⁵¹.

L'usage de drogues injectables constitue un grave danger pour la santé des détenus. En particulier, elle risque de favoriser la transmission de maladies infectieuses comme le VIH en cas de partage de matériel d'injection non-sterile. Lorsqu'il a envisagé les mesures susceptibles d'être prises pour prévenir la transmission du VIH lors de l'usage de drogues injectables, le CESP a dû faire face au dilemme suivant.

En premier lieu, le SCC doit poursuivre les efforts qu'il déploie pour empêcher la consommation de

[46] La province de Scanie dans le sud de la Suède nous fournit peut-être la preuve la plus complète de l'efficacité de la prévention du SIDA chez les consommateurs de drogues par intraveineuse (CDI). Des Jarlais (Epidemiology of HIV/AIDS among IDU, voir *infra*, note 15, p. 1061) décrit ces programmes de la façon suivante :

Les programmes de prévention du SIDA, y compris l'échange de seringues, l'information, les mises en rapport avec des centres de traitement des toxicomanes et les tests de dépistage du VIH et le counselling, ont été établis dans la région à la fin de 1986, année où seul un petit nombre de CDI locaux étaient infectés par le VIH. La province compte, selon les estimations, 3000 CDI, et 90 % d'entre eux ou plus ont subi un test. Les tests sont effectués couramment dans le cadre des programmes de traitement des toxicomanes, et tous les cas de personnes séropositives sont déclarés aux autorités de la santé. Les personnes qui meurent des suites de la consommation de drogues font l'objet d'un test au moment de l'autopsie; cette procédure n'a pas permis d'identifier des personnes séropositives qui n'étaient pas déjà connues des autorités de la santé. Le taux de séroprévalence chez les CDI de la Scanie s'établit actuellement à 0,2 %, et l'on sait que les quatre cinquièmes d'entre eux ont été infectés par le VIH avant de s'installer dans la province. Le taux de séroprévalence chez les personnes infectées par le VIH dans la région n'est donc que de 0,04 % contre 13 % à Stockholm et 15 % à Copenhague, qui n'est située qu'à 30 à 40 minutes par traversier de Malmö, principale ville de la province de Scanie.

Les réalisations accomplies dans le cadre du programme d'échange d'aiguilles à Vancouver sont tout aussi impressionnantes; celui-ci a été décrit comme le programme de prévention du SIDA le plus important de la ville (voir, p. ex., Krueger G., Needle Exchange Program a Success for B.C. Project. *The Medical Post*, 14 mai 1991, p. 42).

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

drogues parmi les détenus, et ce pour diverses raisons. Mentionnons entre autres le fait que la possession de drogues est un crime, que la consommation de drogues dans les pénitenciers est considérée comme une menace pour ces établissements, en particulier parce que la consommation de drogues est associée à un comportement violent, agressif ou dangereux, et que le public veut et exige que les efforts déployés pour contrer la consommation de drogues se poursuivent. En ce qui concerne cette dernière raison, le CESP s'est fait dire à de multiples reprises que la position du personnel et de l'administration des établissements correctionnels fédéraux à l'égard de la consommation de drogues en milieu carcéral était inflexible et que celle-ci ne saurait y être tolérée.

En deuxième lieu, le CESP a constaté qu'il n'est pas réaliste de supposer que l'usage de drogues injectables puisse être entièrement supprimé en milieu carcéral malgré les efforts du SCC pour prévenir la consommation de drogues en essayant d'empêcher celles-ci d'entrer dans les établissements, en éduquant les détenus sur les dangers qui peuvent être reliés à la consommation de drogues, et en offrant des traitements aux consommateurs de drogues. Le CESP a constaté que la plupart des administrateurs, des employés et des détenus souscrivent à cette évaluation.

En outre, le CESP a observé que le risque de transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses transmises par le sang est directement lié à la rareté de matériel d'injection propre. Cette situation résulte du fait que la possession de ce matériel et d'eau de Javel est interdite, d'où les efforts déployés pour confisquer ce matériel et cette eau de Javel.

Comme il est peu probable que cesse l'usage de drogues injectables dans les pénitenciers, le CESP a constaté que la seule façon de prévenir ou de réduire la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses serait que les détenus utilisent toujours du matériel d'injection propre lorsqu'ils s'injectent des drogues. Le CESP a envisagé deux solutions de rechange à cet égard : mettre des aiguilles et des seringues stériles à la

disposition des détenus, ou encore de l'eau de Javel. Compte tenu des doutes quant à l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH et des commentaires faits sur son Document de travail, le CESP a révisé sa conclusion originale à ce sujet. Le CESP est d'avis qu'il n'y aura d'autre choix que de mettre du matériel d'injection stérile à la disposition des détenus si l'on veut assurer le succès des efforts faits pour empêcher la transmission du VIH dans les prisons. Cependant, le CESP croit qu'il ne serait pas possible, à l'heure actuelle, de mettre du matériel d'injection stérile à la disposition des détenus. Par conséquent, il faut en priorité chercher des moyens qui permettront de donner accès aux détenus à des aiguilles d'une manière sûre et confidentielle. Quant à la fourniture d'eau de Javel, le CESP est d'avis que jusqu'à ce que les détenus puissent avoir accès à du matériel d'injection stérile, il faut, dès aujourd'hui, leur assurer l'accès à de l'eau de Javel domestique non diluée, accompagnée des instructions à suivre pour nettoyer les aiguilles, et ce, confidentiellement. Par conséquent, le CESP a conclu que, comme solution provisoire, il faut mettre immédiatement à la disposition de tous les détenus de l'eau de Javel dans les pénitenciers fédéraux.

MESURES VISANT À RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Le CESP convient qu'il incombe au SCC d'empêcher la consommation de drogues illicites dans les établissements correctionnels fédéraux. Par conséquent, le SCC doit continuer de recourir à toute une gamme des possibilités pour faire face à la consommation de drogues, notamment s'efforcer d'empêcher les drogues de pénétrer dans les établissements, confisquer les drogues, sensibiliser les détenus au sujet de la consommation de drogues et des dangers qui en découlent et leur donner accès à des programmes de réadaptation et de traitement. Bon nombre de ces mesures sont déjà appliquées, et le CESP a formulé des suggestions sur la façon d'améliorer certaines d'entre elles (voir plus haut, section 5.2). En ce qui concerne les tests de dépistage des drogues, le CESP partage l'opinion selon laquelle

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

ils pourraient contribuer à accroître les dangers, et il est d'avis qu'avant de prendre une décision quant à leur mise en oeuvre, il faut réfléchir aux conséquences éventuelles de la mise en oeuvre de ces tests.

DISPONIBILITÉ DE L'EAU DE JAVEL

On s'est souvent opposé à la distribution d'eau de Javel parce qu'elle pourrait servir d'arme contre le personnel. Cependant, le CESP en est venu à la conclusion qu'il ne faudrait pas s'opposer à la distribution d'eau de Javel pour des raisons de sécurité. Il sait que nombre de détenus qui s'injectent des drogues obtiennent discrètement de l'eau de Javel pour nettoyer leur matériel d'injection et qu'il n'en est pas résulté de répercussions défavorables sur le personnel ou le bon fonctionnement des établissements. Cette observation est conforme à l'expérience des systèmes pénitentiaires où de l'eau de Javel a été distribuée officiellement, y compris dans des pénitenciers de la Colombie-Britannique. En outre, le CESP est fermement convaincu que l'utilisation de matériel propre empêche non seulement la transmission de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables, mais protège également les autres détenus et le personnel parce qu'il y a moins de détenus infectés dans les établissements et moins de risque d'exposition au VIH attribuable aux blessures causées par le matériel souillé de sang contaminé.

On s'est également opposé à la distribution d'eau de Javel parce que cela pourrait être mal interprété et considéré comme la tolérance de l'usage de drogues injectables et l'érosion des efforts visant à interdire la consommation de drogues dans les pénitenciers fédéraux. Le personnel a souvent fait savoir au CESP qu'il s'opposait à la distribution d'eau de Javel parce que cela équivaldrait à transmettre des messages contradictoires: interdire la consommation de drogues et redoubler d'efforts pour empêcher celles-ci de pénétrer dans les établissements d'une part et, d'autre part, accepter que soit commis un acte illégal qui a contribué à l'incarcération de nombreux détenus, et

encourager les consommateurs de drogues injectables à nettoyer leur matériel. Cependant, le CESP recommande la distribution d'eau de Javel aux détenus et estime que celle-ci ne devrait pas être considérée comme un encouragement à la consommation de drogues, mais comme une mesure dissuadant le recours à la pratique non sécuritaire d'injection. Conformément aux recommandations faites par les Centers for Disease Control des É.-U., il faudrait fournir aux détenus de l'eau de Javel concentrée (eau de Javel domestique non diluée), accompagnée d'instructions claires sur la meilleure façon de nettoyer les aiguilles. La distribution d'eau de Javel n'équivaut en rien à fermer les yeux sur la consommation de drogues, mais fait plutôt ressortir que dans les établissements correctionnels comme ailleurs, la principale préoccupation de tout effort visant à faire face à la consommation de drogues doit être la santé des personnes en cause et de l'ensemble de la collectivité. Cela a été largement accepté à l'extérieur du milieu carcéral, notamment par les corps de police du Canada. En effet, dans une déclaration officielle, le porte-parole de la police de Vancouver, l'agent Scott Driemel, a appuyé sans réserve le programme d'échange d'aiguilles de la Ville et a déclaré en l'occurrence «La police reconnaît que le programme d'échange d'aiguilles est une nécessité vitale pour la préservation de la santé des personnes qui participent au programme³⁵²».

En outre, il est nécessaire de mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus parce que ceux-ci ont peu de possibilités de protéger leur santé, et comme cette situation résulte de l'intervention de l'État, celui-ci assume une responsabilité particulière à l'égard de leur santé : «Comme les droits des détenus sont nécessairement réduits jusqu'à un certain point, ils ont également droit à une protection supplémentaire³⁵³».

Comme l'a soutenu le juge Kirby, président de la Cour d'appel de la Nouvelle Galles du Sud en Australie, il incombe aux pouvoirs publics et aux administrateurs des prisons de faire face aux risques de la propagation de l'infection à VIH, car

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

les «détenus sont incarcérés pour avoir commis un crime et non pour se voir infliger une punition supplémentaire³⁵⁴».

Le CESP a conclu qu'en plus de distribuer de l'eau de Javel dans les pénitenciers fédéraux, il importera de réviser les politiques des établissements concernant la possession d'eau de Javel pour convaincre les détenus que le nettoyage du matériel d'injection doit être une priorité à leurs yeux s'ils s'injectent des drogues et pour leur assurer qu'ils ne seront pas punis pour la possession d'eau de Javel.

DISPONIBILITÉ DE MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

À l'instar d'autres personnes, le CESP se préoccupe du fait que certains détenus ne nettoieront pas leur matériel d'injection même s'ils peuvent se procurer de l'eau de Javel par crainte d'être découverts pendant la période supplémentaire qu'ils doivent consacrer au nettoyage du matériel. Par conséquent, et en raison des doutes sérieux quant à l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH, le CESP a examiné la question plus controversée de savoir si les détenus doivent ou non avoir accès à du matériel stérile d'injection de drogues.

En raison de la rareté du matériel d'injection de drogues dans les établissements correctionnels, il est presque certain que les détenus qui persistent à s'injecter des drogues partageront leur matériel. Certains consommateurs de drogues injectables ont dit que le seul endroit où ils ont partagé des aiguilles était en milieu carcéral et qu'ils ne l'auraient pas fait ailleurs³⁵⁵. L'accès à du matériel d'injection de drogues propre permettrait aux détenus d'éviter d'avoir à partager leur matériel.

Cependant, la distribution d'aiguilles et de seringues dans les pénitenciers fédéraux soulève de nombreuses questions litigieuses susceptibles de semer la division et suscite des craintes chez les détenus et le personnel. Comme des aiguilles et des seringues n'ont jamais été distribuées dans quelque système pénitentiaire que ce soit, on manque de données sur l'efficacité, les avantages,

les risques, les dangers et le rapport coût-efficacité de leur distribution. Par exemple, il n'est pas évident que le modèle établi pour l'échange d'aiguilles à l'extérieur du milieu carcéral pourrait s'adapter aux pénitenciers. Alors que l'incidence de la distribution ou de l'échange d'aiguilles sur les niveaux de consommation de drogues injectables à l'extérieur du milieu carcéral semble négligeable, leur incidence dans les pénitenciers est inconnue. Il faut également examiner les questions de sécurité bien qu'il n'y ait aucune raison fondamentale de croire que les aiguilles qui seraient distribuées seraient plus dangereuses que celles qui se trouvent déjà dans les pénitenciers. Nombre d'organismes, de groupes et de particuliers ont préconisé ou appuyé la distribution d'aiguilles et de seringues en milieu carcéral, mais un grand nombre d'entre eux ont également reconnu qu'il faut en savoir davantage sur la meilleure façon d'y parvenir. Par exemple, Riley a affirmé que la mise au point de seringues qui ne puissent pas être utilisées comme armes doit également être considérée comme une priorité, qu'un programme communautaire d'échange de seringues soulève des problèmes de confidentialité pour les détenus, et qu'il faut trouver d'autres solutions pour les prisons ordinaires et la garde en milieu ouvert³⁵⁶. Le PASAN a signalé qu'un programme d'échange d'aiguilles «doit garantir la confidentialité» et que «sans cette garantie, les détenus ne se prévaudront pas du programme, et l'intervention échouera³⁵⁷». Cependant, le PASAN suggère ensuite «que les aiguilles soient échangées par l'entremise du service de santé» et que les «détenus ne soient pas tenus de rendre des comptes au personnel non médical du pénitencier (y compris les gardiens) lorsqu'ils obtiennent des aiguilles³⁵⁸». Comme on a souvent dit au CESP que les détenus ne s'adresseraient pas au service de santé du pénitencier pour demander des condoms par crainte d'être soupçonnés d'avoir des activités sexuelles, le Comité ne croit pas que la distribution d'aiguilles par l'intermédiaire du service de santé résoudrait le problème de la confidentialité. En outre, le PASAN a suggéré que les aiguilles soient échangées «sur la base d'une contre une»; par conséquent, seuls ceux qui ont déjà une aiguille pourraient en obtenir une autre

MESURES DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES DÉTENUS

dans le cadre de l'échange³⁵⁹. On s'assurerait ainsi que le nombre d'aiguilles dans les établissements n'augmente pas. Cependant, les détenus devraient encore partager le matériel d'injection.

Le CESP a conclu qu'il faudra éventuellement distribuer du matériel d'injection stérile dans les prisons, surtout en raison des doutes quant à l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH. Il n'est cependant pas possible de le faire immédiatement, d'une part parce que cette initiative n'est pas accueillie favorablement par les autorités carcérales, le personnel, les détenus ou la population, et d'autre part parce qu'il faut d'abord trouver des moyens de mettre ce matériel à la disposition des détenus d'une manière sécuritaire et confidentielle. La distribution de matériel d'injection stérile pose un problème de logistique complexe et nécessite une consultation et une planification adéquates. Plus tôt le SCC traitera le problème et entreprendra le processus de consultation et de planification, plus la prévalence du VIH sera faible dans les prisons et plus le milieu correctionnel sera sûr pour le personnel et les détenus.

Le CESP recommande que des études soient effectuées en vue de trouver des moyens et d'élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection propre, qui permettront de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH associé à l'utilisation de drogues injectables. Ces études devraient être effectuées par des personnes de l'extérieur du SCC, mais en collaboration avec celui-ci, et comprendre des projets pilotes valides sur le plan scientifique. Elles devraient comporter des consultations publiques et la participation publique de tous les intéressés – par exemple, les détenus, le personnel, les organismes communautaires et de santé, le SCC, Santé Canada et le public; et devraient être alliées à des mesures de planification et de sensibilisation, qui permettront d'accélérer la mise en œuvre de la distribution de matériel d'injection stérile dans les établissements.

DISPONIBILITÉ DE LA MÉTHADONE

Le Comité souscrit à l'affirmation de Harding et Schaller voulant que «le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral puisse également contribuer à réduire le risque d'infection³⁶⁰». Le Comité estime par conséquent que le traitement des toxicomanes et les soins à leur prodiguer devraient comprendre l'accès confidentiel à la méthadone. Il faudrait entreprendre des études pour établir les façons les plus efficaces de mettre en œuvre des programmes d'entretien à la méthadone dans les pénitenciers.

RECOMMANDATIONS

MESURES VISANT À RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE DROGUES

6.3 (1) Le CESP recommande que le SCC déploie encore plus d'efforts pour éliminer ou réduire l'usage de drogues et les dangers qui en découlent et pour fournir soins et traitement aux utilisateurs de drogues dans les pénitenciers fédéraux. Ces efforts devraient comprendre l'évaluation de programmes visant à réduire l'usage de drogues et les dangers qui en découlent, en collaboration avec des spécialistes distincts du SCC.

DISPONIBILITÉ DE L'EAU DE JAVEL

(2) Le CESP recommande que de l'eau de Javel non diluée soit mise à la disposition des détenus dans les établissements correctionnels fédéraux comme désinfectant d'usage général. En particulier,

- **de petites quantités d'eau de Javel, accompagnées des instructions à suivre pour nettoyer les aiguilles à fond, devraient être incluses dans une «trousse de produits d'hygiène et de santé» remise à tous les détenus à leur arrivée dans**

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

l'établissement et à leur départ de l'établissement;

- de l'eau de Javel devrait être mise à la disposition des détenus tout comme les condoms, les digues dentaires et le lubrifiant; c'est-à-dire que de petites quantités d'eau de Javel devraient être facilement accessibles en toute discrétion.

- (3) Le CESP recommande que la distribution d'eau de Javel dans les établissements correctionnels soit accompagnée des révisions suivantes aux politiques du SCC :
- jusqu'à ce que l'eau de Javel soit distribuée comme désinfectant d'usage général, et par la suite, la possession de petites quantités d'eau de Javel ne devrait pas être considérée comme une infraction à la discipline ni comme une preuve par inférence de la consommation de drogues illicites.
- (4) Le CESP recommande que les répercussions possibles de la distribution d'eau de Javel dans les établissements correctionnels soient évaluées minutieusement, en collaboration avec des spécialistes de l'extérieur du SCC.
- (5) Le CESP recommande que, pour démontrer encore plus clairement la ferme volonté du SCC de réduire la consommation de drogues dans les établissements correctionnels, la distribution d'eau de Javel soit accompagnée d'une mise en garde claire aux détenus, selon laquelle la possession ou la consommation de drogues illicites ne sera pas tolérée dans les établissements correctionnels.

DISPONIBILITÉ DE MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

- (6) Afin d'empêcher la transmission d'agents infectieux, le VIH en

particulier, par suite du partage de matériel d'injection non stérile – et parce que le matériel d'injection n'est pas systématiquement et dûment nettoyé à l'eau de Javel – le CESP a conclu que le SCC doit examiner la question de l'accès des détenus à du matériel d'injection propre. Par conséquent, le CESP recommande que des études soient effectuées, en vue de trouver des moyens et d'élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection propre, qui permettront de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH et les autres dangers découlant de l'utilisation de drogues injectables dans les établissements correctionnels fédéraux. Ces études devraient être effectuées par des personnes de l'extérieur du SCC, mais en collaboration avec celui-ci, et Santé Canada devrait y être impliqué activement. Elles devraient être précédées de consultations auprès des détenus, du personnel, de groupes communautaires et de spécialistes indépendants. Elles devraient comprendre des projets pilotes valides sur le plan scientifique et être alliées à des mesures de planification, de communication et de sensibilisation, qui permettront d'accélérer la mise en oeuvre de la distribution de matériel d'injection propre dans les établissements.

DISPONIBILITÉ DE LA MÉTHADONE

- (7) Pour réduire les risques d'infection posés par l'injection de drogues, le CESP recommande que le traitement des utilisateurs de drogues et les soins à leur prodiguer comprennent l'accès à la méthadone. Il faudrait effectuer des études en vue de déterminer les moyens les plus efficaces de mettre en oeuvre des programmes d'entretien à la méthadone dans les pénitenciers. Une fois mis en oeuvre, ces programmes

PRÉVENTION DES DANGERS LIÉS AU TATOUAGE

devraient être évalués, avec la participation des détenus et de spécialistes de l'extérieur du SCC.

6.4 PRÉVENTION DES DANGERS LIÉS AU TATOUAGE

SITUATION ACTUELLE

Le tatouage est une activité interdite dans les pénitenciers fédéraux. Bien qu'on ne dispose pas de données sur la fréquence du phénomène, il est généralement convenu que le tatouage est une activité courante dans la plupart des pénitenciers.

DÉBAT

On a dit qu'«à l'extérieur, le tatouage n'est pas considéré comme une pratique qui présente beaucoup de risques de transmission du VIH parce que les aiguilles sont stérilisées, mais qu'en milieu carcéral il constitue une activité sociale qui suppose le partage d'aiguilles, ce qui peut le rendre risqué³⁶¹». De même, selon Heilpern et Egger :

Il est difficile d'estimer l'ampleur du tatouage en milieu carcéral bien que les preuves visibles soient souvent très frappantes. Comme il s'agit d'une activité illégale, elle est presque certainement pratiquée au moyen de matériel non stérilisé. De plus, les données sur le risque de transmission ne sont pas claires. En 1988, deux ex-détenus ont été déclarés séropositifs, et le tatouage semblait être le principal facteur de risque. ... Bien que ces données soient loin d'être concluantes, elles donnent à penser qu'il faudrait s'occuper du matériel de tatouage non stérilisé utilisé en milieu carcéral³⁶².

Au Canada, on a proposé les mesures suivantes pour réduire les dangers liés au tatouage. Le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH et le SIDA a recommandé que chaque établissement examine ses règles et règlements

concernant le tatouage et que le tatouage soit autorisé, mais non encouragé dans tous les établissements³⁶³.

Le PASAN a affirmé que le tatouage est «une forme d'art à laquelle s'adonnent de nombreux détenus» et qu'«il peut être pratiqué en toute sécurité si de nouvelles aiguilles sont utilisées pour chaque tatouage et si les lignes directrices en matière de sécurité sont suivies»³⁶⁴. Le PASAN a donc recommandé que le matériel et les fournitures de tatouage figurent à la rubrique «passe-temps et artisanat» et que des tatoueurs experts viennent enseigner aux détenus à pratiquer cet art en toute sécurité.

Heilpern et Egger ont mentionné qu'en Australie le «tatouage fait partie intégrante de la culture des pénitenciers et qu'il ne sera pas facile de le supprimer» et ont affirmé que les «jugements sociaux et esthétiques sur le bien-fondé du tatouage n'ont pas leur place dans un programme de prévention de l'infection à VIH»³⁶⁵. Les auteurs ont présenté les trois options suivantes en ce qui concerne le tatouage en milieu carcéral :

- 1) Accroître la surveillance et confisquer le matériel. Selon les auteurs, cette option aurait probablement peu d'effet, compte tenu de la situation actuelle en ce qui concerne les seringues, et pourrait augmenter le risque d'utilisation de matériel non stérilisé.
- 2) Fournir du matériel de stérilisation des aiguilles servant au tatouage. Les auteurs croient que cette option serait simple à appliquer et pourrait s'accompagner d'une campagne de sensibilisation adéquate sur les risques liés au tatouage et la nécessité d'utiliser du matériel stérile.
- 3) Autoriser les détenus à retenir les services de tatoueurs professionnels. Selon les auteurs, cette option pourrait être facilement appliquée et s'accompagner d'un programme de formation adéquat.

Différentes opinions ont été exprimées dans les commentaires sur le Document de travail du CESP au sujet des conclusions du Comité à cet égard. Certains répondants s'opposent à l'idée de mettre du matériel de tatouage à la disposition des détenus, soulignant que le SCC, au lieu

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

d'autoriser cette activité, devrait se montrer encore plus intolérant à l'égard de ceux qui s'y adonnent. Cependant, la majorité des répondants sont d'accord avec la conclusion du CESP. Un détenu a mentionné que «le tatouage et le perçage sont des formes d'art anciennes pratiquées dans de nombreux pays» et que «la décision de se faire tatouer est un choix personnel». Le détenu a conclu en disant que la seule forme de «contrôle» que le gouvernement devrait exercer à l'égard de ceux qui décident de se faire tatouer est de veiller à ce que le tatouage soit effectué en toute sécurité³⁶⁶.

ÉVALUATION DU CESP

Les détenus et le personnel ont fait savoir au CESP que dans bien des pénitenciers le tatouage est une activité fréquente. Comme il est interdit, on le pratique en catimini, ce qui se traduit souvent par le partage d'aiguilles. Le CESP est d'avis qu'il serait peu réaliste de croire que cette activité cessera. Par conséquent, le Comité a examiné diverses façons possibles de réduire le risque de contracter des infections par le tatouage. Le CESP a constaté que les autorités correctionnelles et le personnel acceptaient, souvent à contre-cœur, d'autoriser l'utilisation du matériel et des fournitures de tatouage dans les établissements et que de nombreux détenus appuyaient cette mesure. En outre, le CESP appuie la distribution aux détenus de documents éducatifs sur la façon de pratiquer le tatouage de manière sécuritaire et la formation des détenus qui offriraient des services de tatouage sûrs aux autres détenus. Le CESP ne considère pas une telle mesure comme l'approbation ou la promotion du tatouage dans les pénitenciers. Il croit que la santé des détenus doit être le principal facteur à prendre en considération dans l'examen des dangers liés au tatouage. Tout en continuant à dissuader les détenus de se faire tatouer, le SCC devrait autoriser l'utilisation de matériel stérile dans les établissements pour que les détenus qui choisissent quand même de se faire tatouer puissent éviter de contracter des infections, l'infections à VIH en particulier.

RECOMMANDATIONS

6.4 Le CESP estime que le tatouage constitue un risque grave de transmission des maladies infectieuses, y compris l'infection à VIH, parmi les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Il recommande donc les mesures suivantes :

- (1) l'utilisation de matériel et de fournitures de tatouage devrait être autorisée dans les établissements;**
- (2) du matériel éducatif sur la façon de tatouer de manière sécuritaire devrait être mis à la disposition des détenus;**
- (3) il faudrait enseigner aux détenus qui offriraient des services de tatouage à d'autres détenus la façon d'utiliser le matériel de tatouage de manière sécuritaire et leur interdire de s'adonner au tatouage jusqu'à ce qu'ils aient acquis les compétences voulues pour appliquer des méthodes de tatouage plus sécuritaires;**
- (4) faute de ces compétences, les établissements devraient envisager de permettre aux détenus d'avoir accès aux tatoueurs professionnels de l'extérieur des établissements, aptes à exercer cette activité de manière sécuritaire.**

6.5 PRÉVENTION DES DANGERS LIÉS AU PERÇAGE

SITUATION ACTUELLE

Le perçage est une autre activité interdite dans les pénitenciers fédéraux. Bien qu'on ne dispose pas de données sur la fréquence du phénomène, il est généralement convenu que le perçage est une activité courante dans la plupart des pénitenciers.

MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

DÉBAT

Le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH et le SIDA a recommandé que chaque établissement examine ses règles et règlements concernant le perçage et que le perçage soit autorisé, mais non encouragé dans tous les établissements³⁶⁷.

ÉVALUATION DU CESP

Pour les mêmes raisons que pour le tatouage, le CESP estime que le SCC devrait prendre des mesures pour réduire le risque de transmission des maladies infectieuses résultant du perçage au moyen de matériel et de fournitures non-stériles.

RECOMMANDATIONS

6.5 Le CESP estime que le perçage constitue un risque grave de transmission des maladies infectieuses, y compris l'infection à VIH, parmi les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Il recommande donc les mesures suivantes :

- (1) l'utilisation de matériel et de fournitures de perçage devrait être autorisée dans les établissements;
- (2) du matériel éducatif sur la façon de percer de manière sécuritaire devrait être mis à la disposition des détenus;
- (3) il faudrait enseigner aux détenus qui offriraient des services de perçage à d'autres détenus la façon d'utiliser le matériel de perçage de manière sécuritaire et leur interdire de s'adonner au perçage jusqu'à ce qu'ils aient acquis les compétences voulues pour appliquer des méthodes de perçage plus sécuritaires;
- (4) faute de ces compétences, les établissements devraient envisager de permettre aux détenus d'avoir accès à des personnes de l'extérieur, aptes à exercer cette activité de manière sécuritaire.

7. MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

SITUATION ACTUELLE

Le SCC a appliqué diverses mesures pour protéger le personnel contre l'exposition au VIH et à d'autres agents infectieux et la transmission de ceux-ci dans les établissements correctionnels. Parmi ces mesures, mentionnons la prestation de formation sur les maladies infectieuses, la fourniture de matériel protecteur et l'établissement de lignes directrices sur la lutte contre l'infection.

En ce qui concerne les programmes éducatifs à l'intention du personnel, la directive 821 du commissaire est la suivante :

18. L'administration régionale élaborera et coordonnera un programme éducatif complet à l'intention du personnel des services de correction et des détenus. Ce programme comprendra :
 - a. du matériel éducatif et des possibilités de se renseigner fournis au personnel au cours de la période d'orientation et au détenu au moment de son incarcération (entre autres, de l'information sur la transmission du SIDA, les mesures de lutte contre l'infection et les précautions à prendre pour minimiser les risques de transmission) et
 - b. des possibilités de mise à jour des données afin que le personnel et les détenus soient tenus informés des découvertes dans le domaine du SIDA.

Par suite de la mise en oeuvre de cette politique, la plus grande partie du personnel a reçu une formation sur le VIH et le SIDA. Au moment de la rédaction du présent document, les programmes de formation se poursuivaient.

En ce qui concerne la lutte contre l'infection, la directive du commissaire stipule ce qui suit :

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

14. Dans le cas d'infection à VIH reconnue ou soupçonnée, on établira des mesures de précaution à l'égard du sang et des liquides organiques. À titre d'expert en la matière, le personnel des services de santé de l'établissement conseillera les autres membres du personnel sur les précautions à prendre.
15. On mettra des gants jetables, des blouses et du matériel de réanimation à la disposition de tous les membres du personnel en leur recommandant de s'en servir lorsqu'ils prévoient être en contact avec du sang ou des liquides organiques, quel que soit l'état du détenu en cause à l'égard de l'infection à VIH.

Une version révisée de la Directive 821 (non encore approuvée) encourage le personnel à toujours prendre des précautions universelles, pas seulement dans les cas d'infection à VIH reconnue ou soupçonnée :

13. On incitera le personnel à prendre des précautions en tout temps à l'égard du sang et des liquides organiques, qu'il y ait ou non un risque d'infection déterminé. Le personnel des services de santé de l'établissement enseignera les autres employés sur les précautions à prendre.

Des lignes directrices sur la lutte contre l'infection, qui ont été établies à l'intention du personnel en 1989, contiennent des renseignements sur les précautions générales que tout le personnel doit prendre pour prévenir la transmission de l'infection ainsi que des procédures à suivre dans les établissements pour le nettoyage et la désinfection du milieu, du matériel et des fournitures, le nettoyage des cellules, de la cuisine et de la blanchisserie et les «précautions à prendre avec les détenus qui ont une maladie infectieuse»³⁶⁸. Selon ces lignes directrices, il faut prendre des précautions universelles avec le sang et les fluides corporels, «qu'il y ait ou non un risque déterminé» et «le fait de supposer que tout individu peut être infecté par une maladie transmissible augmente la sécurité du personnel»³⁶⁹.

Le personnel a reçu des vêtements et du matériel de protection et, au moment de la rédaction du présent rapport, on s'efforçait d'étudier davantage les besoins du personnel à cet égard.

DÉBAT

On s'accorde généralement pour dire que le personnel devrait continuer de recevoir une formation sur les maladies infectieuses en général et le VIH/SIDA en particulier. Par exemple, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé que «les autorités de la santé et les responsables des établissements correctionnels assurent à leur employés une éducation et une formation adéquates et permanentes sur les questions relatives au VIH et au SIDA»³⁷⁰.

Le PASAN a recommandé que la formation sur le VIH et le SIDA soit obligatoire pour tous les détenus³⁷¹, et a indiqué qu'elle devrait être un élément distinct et obligatoire du programme d'orientation, à l'entrée en fonctions et chaque année par la suite³⁷². En outre, le PASAN a recommandé que cette formation soit exhaustive et comprenne, entre autres, des renseignements sur les modes de transmission du VIH, les moyens de protection contre l'infection à VIH, les ressources communautaires à la disposition des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA dans les établissements et au moment de leur libération, et les précautions universelles, «rappelant au personnel et aux détenus que si ces précautions sont suivies par tous, il n'est pas nécessaire de connaître l'état d'une personne à l'égard de l'infection à VIH»³⁷³. Des organismes externes et des groupes communautaires devraient former le personnel pour «faire en sorte que le programme et les renseignements restent à jour, impartiaux et précis et éviter les phobies et les fausses idées»³⁷⁴.

Le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH et le SIDA a recommandé «d'axer les efforts en matière de formation sur le personnel et les détenus»³⁷⁵ et a recommandé que soit rédigé, à l'intention du personnel, un guide renfermant des

MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

renseignements sur les modes de transmission, de prévention et de traitement³⁷⁶. Le Comité a aussi recommandé de tenir un atelier d'une journée sur le VIH et le SIDA à l'intention des médecins, des chefs des services de santé et des infirmiers et infirmières des établissements³⁷⁷. Cet atelier, appelé « Le VIH en milieu de travail : la connaissance est la clé de la prévention », a eu lieu le 13 octobre 1992. À la suite d'une séance plénière, les participants se sont divisés en cinq groupes pour déterminer et discuter les questions considérées comme pouvant présenter des risques ou susciter des préoccupations. Un résumé de certaines des conclusions des groupes de travail figure ci-après.

Le premier groupe a discuté de la nature des expositions en milieu correctionnel. Voici un résumé des conclusions tirées : 1. Les blessures causées par les piqûres d'aiguille sont courantes, les mécanismes d'enregistrement sont inadéquats, et les blessures ne sont souvent pas déclarées. Le personnel peut s'infliger des piqûres d'aiguille lorsqu'il immunise les détenus ou qu'il fait des prélèvements sanguins. Il arrive souvent que les contenants d'objets pointus soient remisés dans des armoires fermées à clé et, par conséquent, qu'ils ne soient pas disponibles, ce qui accroît le risque de blessures. Il faut disposer de contenants d'objets pointus spéciaux pour garantir la sécurité du contenu ainsi que l'accessibilité au point d'utilisation de l'aiguille. 2. Les coupures sont le deuxième genre d'exposition au sang le plus courant tant pour les responsables des services de santé que pour le personnel de la sécurité. Il arrive parfois que les détenus recueillent du sang et s'en servent comme arme contre le personnel correctionnel. Le personnel de la sécurité n'est pas très au fait des précautions universelles à prendre et de l'infectiosité des divers fluides corporels. Il n'existe pas de procédures normalisées ou de fournitures pour faire face à ces situations. 3. Des fouilles sont pratiquées à intervalles réguliers dans certains établissements et « au besoin » dans d'autres. Lorsque le personnel passe au peigne fin une cellule et son contenu, il peut se blesser au contact d'aiguilles, de matériel de tatouage, de lames de rasoir, etc. qui ont été dissimulés. Il est souvent extrêmement

difficile de déterminer d'avance les façons dont ces objets ont été cachés. Le port de gants épais assurerait la sécurité du personnel pendant cette activité, mais il serait très difficile de procéder à une fouille efficace, car la palpation constitue une méthode efficace de détection des objets interdits. Il faudrait peut-être former un groupe de travail composé d'experts dans ce domaine pour déterminer le meilleur protocole de fouille. De plus, il faudrait procéder à des fouilles seulement lorsque les risques et les avantages de cette activité s'équilibrent. 4. Pour les situations d'urgence comme la réanimation, le matériel et les protocoles existants ne permettent pas de prodiguer les soins appropriés et de prendre des précautions universelles. Il faut des ballons Ambu à soupape anti-retour, des lunettes, des masques, des blouses, etc., et il existe de nouveaux systèmes qui limitent l'exposition aux aiguilles pendant l'administration des intraveineuses. 5. L'exposition à la tuberculose préoccupe le personnel des services de santé. Celui-ci a l'impression que le nombre de détenus dont l'intradermoréaction de Mantoux est positive augmente. On estime, par exemple, qu'elle est positive chez 25 % des détenus de l'établissement de Millhaven, dont un bon nombre sont de nouveaux immigrants. Cette situation suscite de plus en plus de préoccupations en raison de l'accroissement du taux de tuberculose résistant à de multiples médicaments dans le monde entier, surtout dans certaines régions des États-Unis, avec lesquels nous échangeons des détenus régulièrement. 6. Des détenus ont recueilli d'autres fluides corporels et les ont lancés en direction du personnel correctionnel, y compris des matières fécales, du sang, du sperme, etc. 7. Des sutures sont également pratiquées par des médecins engagés à forfait. En cas de coupure, l'infirmier ou l'infirmière de service peut décider d'utiliser des pansements et d'appliquer un bandage stérilisé sur la blessure. Il peut en résulter une exposition importante au sang; il faut établir des protocoles pour indiquer comment faire face de manière uniforme à cette situation. 8. Des craintes ont été exprimées concernant l'absence de protocole normalisé sur le nettoyage des épanchements de sang. Chaque établissement décide des responsables du nettoyage, et il est

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

peut-être préférable d'avoir une politique et une procédure uniformes pour le nettoyage des épanchements de sang et des liquides organiques. 9. On a suggéré d'établir des protocoles normalisés et de fournir des chariots de fouille et d'urgence munis de fournitures à accès restreint, qui seraient entreposés et vérifiés à intervalles réguliers. 10. Il faut établir un processus d'évaluation du nouveau matériel de sécurité et des fournitures avant leur achat et leur utilisation en milieu correctionnel³⁷⁸.

Le deuxième groupe a discuté des questions ayant trait à la divulgation de renseignements médicaux sur les détenus. Ces préoccupations sont abordées à la section 3.

Le troisième groupe a discuté de la gestion du personnel des services de santé exposé au sang et aux agents pathogènes transportés par le sang en milieu correctionnel et en est venu aux conclusions suivantes : 1. Il faut disposer de documentation, notamment d'un formulaire de rapport d'incident précis, ce qui n'existe pas actuellement. 2. Il est impossible qu'une infirmière ou un infirmier de Santé et Bien-être social Canada affecté à l'ensemble des services fédéraux en Ontario puisse tenir un registre de tous ces incidents. 3. Au SCC, il n'existe aucun protocole normalisé en matière de santé et de sécurité au travail dans le domaine des agents pathogènes transportés par le sang et de l'exposition au sang et aux fluides corporels. On estime qu'un tel protocole s'impose de toute urgence. Chaque établissement pourrait avoir un infirmier ou une infirmière affecté spécialement à la santé et à la sécurité au travail qui s'occuperait de la formation ainsi que de la tenue d'un registre des blessures causées par les aiguilles et de l'exposition à d'autres agents pathogènes transportés par le sang, qui pourrait être résumé et servir à déterminer des moyens de prévention efficaces. En outre, cette personne pourrait assurer la normalisation du suivi médical du personnel des services de santé exposé en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite, l'immunoglobuline anti-hépatite B et, s'il y a lieu, la thérapie à l'AZT lorsqu'il a été montré qu'une exposition au VIH s'est produite. À l'heure

actuelle, les membres du personnel des services de santé actuel n'ont pas le pouvoir de prodiguer une assistance médicale aux autres membres du personnel des services de santé dans leurs établissements. 4. Il faudrait procéder à des consultations avec des experts des maladies infectieuses sur les programmes de prévention et l'établissement d'un protocole pour la gestion post-exposition du personnel des services de santé. 5. Il faut éviter en tout temps de divulguer le nom du membre du personnel des services de santé exposé. L'avantage d'un infirmier ou d'une infirmière de l'extérieur (Santé Canada) est qu'il ou qu'elle tient des dossiers distincts qui ne font pas partie des dossiers de l'établissement et que, par conséquent, la confidentialité est respectée. Les résultats pourraient être résumés et fournis à la direction des services de santé pour qu'on soit en mesure de déterminer comment se produisent les blessures causées par les aiguilles sans qu'il soit possible d'identifier les personnes en cause. Si chaque établissement avait un infirmier ou une infirmière affecté à la santé et à la sécurité au travail, ce qui semble indiqué, il faudrait établir un mécanisme pour garantir la confidentialité. 6. Il faut reconnaître l'incidence psychologique d'une blessure causée par une aiguille et les préoccupations qu'elle suscite, et s'efforcer d'accorder un appui professionnel au personnel des services de santé pour l'aider à faire face à ce niveau de stress. 7. On a pas accordé suffisamment d'importance à la prévention des blessures causées par des aiguilles et autres expositions au sang et aux fluides corporels en milieu correctionnel. Il faut en faire la priorité absolue et un infirmier ou une infirmière affecté à la santé et à la sécurité au travail dans l'établissement pourrait se charger de ces activités dans chaque établissement³⁷⁹.

Le quatrième groupe a discuté des manières possibles d'appliquer des précautions universelles en prison et en est venu aux conclusions suivantes : 1. Les établissements étant tous différents, les protocoles et les procédures varient d'un établissement à l'autre, même si une certaine normalisation des protocoles est essentielle. 2. Les obstacles à la mise en oeuvre de précautions universelles sont les suivants :

MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

l'engagement financier semble décroître; le personnel des soins infirmiers et celui de la sécurité doivent recevoir une formation; il faut allouer des ressources adéquates au personnel des soins infirmiers ainsi que le temps nécessaire pour permettre la mise en oeuvre; la nature de la clientèle et l'environnement sont imprévisibles; il faut charger un infirmier ou une infirmière de la santé et de la sécurité au travail qui pourrait également participer à la lutte contre l'infection de mettre en oeuvre les précautions universelles afin de maintenir le processus d'éducation. 3. Voici quelques suggestions concernant la mise en oeuvre des précautions universelles : normalisation des protocoles et des procédures dans les établissements concernant le port de masques, de gants, de blouses et de matériel de protection; éducation du personnel, au moment de l'embauche et en permanence par la suite; normalisation et supervision des soins de suivi prodigués aux membres du personnel des services de santé qui ont été exposés, par le personnel médical et de soins infirmiers appropriés; utilisation du matériel de protection (chariots d'urgence et de fouille) par tous les membres du personnel des soins infirmiers et de la sécurité, matériel qui doit être fourni dans chaque secteur de travail selon les besoins; le personnel de soins infirmiers chargé de la santé et de la sécurité au travail et de la lutte contre l'infection dans chaque établissement devrait participer au processus de normalisation dans l'ensemble du SCC et à l'établissement du programme de formation³⁸⁰.

Le cinquième groupe a discuté de la formation concernant les précautions universelles au SCC et en est venu aux conclusions suivantes : 1. Le personnel de première ligne, le personnel chargé des services de santé, le personnel de la sécurité, les agents de gestion des cas, les psychologues et les instructeurs, etc. ont besoin de formation sur les précautions universelles et les dirigeants des services de santé doivent participer à l'établissement et au maintien du processus de formation. 2. Il faut se pencher sur les craintes, les attitudes et les fausses idées qui circulent. Il faut assurer une formation de base à l'ensemble du personnel et une formation avancée aux membres du personnel chargé des services de

santé qui agiront comme personnes ressources dans chaque établissement. 3. Le processus visant à accroître le niveau de connaissances de tout le personnel du SCC concernant les précautions universelles devrait être immédiatement mis en oeuvre et tout le personnel correctionnel devrait recevoir un enseignement de base sur les précautions universelles au cours de sa formation. 4. L'éducateur responsable doit connaître chaque établissement et ses besoins particuliers. Au moins une infirmière ou un infirmier de la santé et de la sécurité au travail qui serait chargé de la lutte contre l'infection et de la formation est nécessaire pour chaque établissement. Dans certains établissements plus importants, plus d'une infirmière ou d'un infirmier seront nécessaires. Il est urgent de donner cette formation afin de réduire les craintes et de susciter une modification des attitudes, des agents de correction jusqu'aux autres membres du personnel de première ligne, et de mettre l'accent sur la planification à long terme. Aux niveaux régional et national, il y a un écart entre la politique et la réalité qu'il faut combler de toute urgence. La planification doit mener à l'adoption de mesures immédiates fondées sur une approche accélérée. Les services correctionnels devraient retenir les services d'un consultant médical spécialisé en maladies infectieuses et en lutte contre l'infection qui agirait comme consultant médical en vue de la mise en oeuvre des mesures concernant la lutte contre l'infection, les précautions universelles et la santé et la sécurité au travail. Un comité de travail composé d'une infirmière ou d'un infirmier chargé de la formation en matière de santé et de sécurité au travail et de lutte contre l'infection dans chaque établissement ainsi que des chefs des services de santé et du personnel administratif et du consultant médical pourrait contribuer dans une large mesure à établir une politique et des procédures uniformes de mise en oeuvre au SCC³⁸¹.

Les participants à l'atelier ont adopté les recommandations suivantes : 1. Le SCC devrait entreprendre immédiatement le processus de formation sur les précautions universelles à l'intention de tout le personnel. 2. Le SCC devrait fournir le matériel nécessaire pour la prestation

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

sûre de services de santé et la manipulation des fluides corporels des détenus. Il s'agit entre autres de normaliser les protocoles de nettoyage des épanchements de sang et de fournir du matériel pour l'application de procédures de fouille sûres ainsi que les fournitures d'urgence nécessaires.

3. Le SCC devrait assurer le suivi immédiat par un personnel médical qualifié de tout le personnel exposé au sang ou aux fluides corporels qui représentent un risque d'infection. 4. Le personnel médical du SCC devrait tenter de déterminer si le détenu qui est à la source de l'exposition potentielle est infecté, et prendre les mesures nécessaires pour divulguer ce renseignement lorsque cela s'impose afin d'assurer le suivi du personnel exposé. Cette mesure devrait être appliquée de manière à assurer la confidentialité du dossier du détenu et du membre du personnel.

5. Les bureaux régionaux du SCC devraient retenir en permanence les services d'un expert médical spécialisé en maladies infectieuses comme consultant auprès des infirmiers et infirmières du SCC chargés de la santé et de la sécurité au travail et de la lutte contre l'infection. 6. Le SCC devrait embaucher une infirmière ou un infirmier chargé de la santé et de la sécurité au travail et de la lutte contre l'infection pour chaque établissement, à qui il incomberait de former le personnel et d'aider à l'établissement de protocoles et de procédures pour la protection du personnel et des détenus de chaque établissement. Cette personne pourrait déceler les cas d'exposition à risque élevé et s'assurer que des mesures de suivi ont été prises. 7. Le SCC devrait créer des comités régionaux de lutte contre l'infection. En raison de la complexité et de l'évolution constante du domaine de la lutte contre l'infection, il faudrait constituer un comité permanent de lutte contre l'infection chargé d'établir, d'améliorer et d'appliquer des protocoles et des programmes de formation du personnel pour la prévention de la transmission des infections en milieu correctionnel. Les deux principales priorités de ce comité consisteraient dans l'application de précautions universelles et la prévention de la tuberculose. Le comité devrait se composer d'un expert médical régional spécialisé dans les maladies infectieuses et d'infirmiers ou infirmières spécialistes de la santé et de la

sécurité au travail et de la lutte contre l'infection en plus du personnel administratif du SCC et compter des représentants des comités de détenus.

En ce qui concerne le matériel et les vêtements de protection, lors d'une réunion du Comité national conjoint de la sécurité et de la santé au travail tenue en mai 1992, il a été proposé d'étudier et de recommander la «meilleure façon de faire en sorte que le personnel ait accès aux vêtements et au matériel adéquats de protection contre l'infection possible par un détenu qui a une maladie infectieuse³⁸²». Par conséquent, un comité directeur, agissant comme sous-comité du Comité national conjoint, a été créé, et des réunions ont eu lieu «pour déterminer les divers besoins en vêtements et matériel, selon les divers scénarios de l'établissement et les différents cadres de travail». Comme il est mentionné dans l'ébauche de son rapport, le comité estimait qu'il importait d'établir un juste équilibre entre la théorie et la pratique dans la formulation de recommandations pour faire en sorte que le personnel soit adéquatement protégé tout en lui permettant de remplir ses fonctions sans être gêné par des vêtements ou du matériel encombrants³⁸³. Toujours selon l'ébauche du rapport, il faut opérer un arbitrage entre une mesure qui protégerait contre la propagation de l'infection dans pratiquement tous les cas et une mesure pratique, susceptible d'être utilisée et d'un prix raisonnable.

Les débats du comité ont porté sur les domaines suivants : 1. la détermination des groupes professionnels qui devraient porter des vêtements protecteurs; 2. la détermination des tâches ou situations qui nécessiteraient des vêtements de protection contre les maladies infectieuses; 3. les vêtements dont aurait besoin le personnel; 4. l'emplacement des vêtements et du matériel de protection; 5. la rédaction d'énoncés de principe et de lignes directrices qui régiraient l'utilisation des vêtements protecteurs.

Les discussions «ont fait ressortir l'importance de l'application des précautions universelles par le personnel» et il a été souligné que «les recherches sur les pratiques qui ont cours dans

MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

une multitude de milieux en Amérique du Nord et en Europe ont montré que ces procédures ainsi que l'utilisation de vêtements et de matériel adéquats étaient communément considérés comme assurant une protection adéquate contre la propagation des maladies infectieuses³⁸⁴.

Les besoins en vêtements et matériel ont été cernés pour certains cadres de travail et certaines catégories d'emploi au sein du SCC. Voici certaines des recommandations :

Tout le personnel correctionnel devrait recevoir une petite trousse, qui pourrait être attachée à la ceinture, contenant des gants en latex jetables et un conduit d'air jetable pour la réanimation de bouche à bouche. Dans les cas où l'on sait d'avance que le détenu se montrera peu coopératif, la première méthode consisterait à recourir à un moyen pour tenter de refréner l'agressivité du détenu, réduisant ainsi le risque d'un affrontement physique avec l'agent. À défaut de ce moyen, il est recommandé d'utiliser une combinaison hydrofuge, un casque, des gants (imperméables et résistant aux coupures) et un masque. Ces vêtements devraient se trouver dans un endroit central de l'établissement, et leur nombre devrait être suffisant et les tailles assez variées pour répondre aux besoins. Des gants «communs» en latex jetables devraient assurer une protection suffisante pour le nettoyage des fluides corporels. Durant la fouille des cellules, les agents doivent chercher des objets interdits dans des endroits sombres et difficiles d'accès, ce qui les oblige parfois à se servir de leurs doigts pour palper ce qu'ils trouvent. Des recherches sont réalisées pour mettre au point une machine (par exemple un laser ou un scanner) qui permettrait d'identifier des objets étrangers. Dans l'intervalle, on encourage fortement les agents à utiliser des miroirs pour trouver des objets dissimulés, afin d'éviter de se piquer les doigts sur un objet pointu. L'utilité d'un gant résistant à la perforation fait également l'objet d'une étude³⁸⁵.

Les auteurs de l'ébauche de rapport concluent dans les termes suivants : «Le Service doit protéger ses employés contre l'infection par une maladie transmissible» et «grâce à la coopération des comités locaux conjoints de la sécurité et de la santé au travail et à la collaboration avec le personnel régional et national, on établira une approche pour permettre de protéger adéquatement le personnel du SCC³⁸⁶».

En Australie, il a été dit que les «précautions que doit prendre le personnel des pénitenciers sont essentiellement les mêmes que pour le personnel des services de santé³⁸⁷». L'Australian Council of Trade Unions (ACTU) considère les trois éléments suivants comme essentiels aux mesures que doivent prendre les syndicats à l'égard de l'infection à VIH : 1. mise en application de lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail sur les maladies infectieuses en milieu de travail; 2. diffusion de renseignements clairs et précis sur les maladies infectieuses à tous les membres du syndicat; 3. protection des membres du syndicat, en particulier ceux qui sont considérés comme faisant partie de groupes à risque élevé, contre la discrimination en milieu de travail³⁸⁸.

Voici, selon Heilpern et Egger, les éléments clés d'un programme efficace de santé et de sécurité au travail : 1. formation professionnelle axée sur les précautions universelles de lutte contre l'infection, comprenant des directives sur les procédures à adopter dans diverses situations précises comportant un contact avec le sang ou les fluides corporels d'un détenu; 2. élaboration et mise en oeuvre de lignes directrices sur la lutte contre l'infection devant faire l'objet d'une large diffusion en milieu carcéral, et évaluation régulière de l'observation de ces lignes directrices; 3. bien qu'il n'y ait généralement aucune raison de dispenser un employé, à sa demande, de travailler auprès des détenus infectés par le VIH ou le SIDA⁴⁷, les auteurs mentionnent que des exemptions spéciales, par exemple pour les femmes enceintes, pourraient être souhaitables; et

[47] Au Canada, cette question a été abordée dans le cadre de l'affaire *Walton*. Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation. Annexe 4 : Jurisprudence canadienne.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

4. aucune restriction sur le plan du travail ne doit être imposée au personnel correctionnel séropositif, que la transmission ait eu lieu au travail ou non³⁸⁹.

Les Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons contiennent diverses recommandations sur la formation du personnel :

14. Les détenus et le personnel pénitentiaire devraient être informés de ce qui concerne le VIH et le SIDA et des moyens de prévenir la transmission du virus, eu égard notamment aux risques probables de transmission en milieu carcéral et compte tenu des besoins des détenus après leur libération. L'information devrait être coordonnée et concorder avec celle qui est diffusée au sein du public ...
15. La prévention du VIH/SIDA devrait faire partie de l'instruction du personnel pénitentiaire pendant le cours de sa formation initiale, puis faire l'objet d'une mise au courant de façon régulière.
17. Les détenus et le personnel pénitentiaire devraient être consultés lors de la mise au point de matériels d'éducation et devraient être invités à participer à ce travail.
18. Vu l'importance de l'éducation par les pairs, le personnel pénitentiaire et les détenus eux-mêmes devraient contribuer à la diffusion de l'information³⁹⁰.

Les commentaires sur le document de travail du CESP allaient généralement dans le sens des conclusions du CESP en ce qui a trait aux mesures de protection visant le personnel. Toutefois, la D^{re} Rothon, directrice des Services de santé de la Direction des services correctionnels de la Colombie-Britannique craint que le document de travail n'insiste pas suffisamment sur le financement et l'exploitation des ressources internes pour l'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA. Elle a soutenu que les besoins des détenus et du personnel des établissements correctionnels

sont très particuliers et a allégué que bon nombre d'organismes communautaires externes de lutte contre le SIDA ou d'aide aux détenus sont souvent «mal informés et mal préparés à transmettre des renseignements impartiaux et à jour, qu'ils ressemblent davantage à des groupes de défense des prisonniers et des patients qu'à des organismes à vocation éducative³⁹¹». Elle est donc favorable à un programme de formation interne confié à des éducateurs sanitaires compétents dont les contrats seraient conclus conjointement par les services correctionnels provinciaux et fédéraux.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP croit fermement qu'il faut tenir compte très sérieusement des préoccupations du personnel à l'égard de sa sécurité. Afin d'en savoir davantage au sujet de ces préoccupations, le Comité a rencontré des employés au cours de visites dans les pénitenciers, a fait parvenir un questionnaire au personnel et a consulté le Syndicat des employés du Solliciteur général. Le CESP reconnaît que la protection du personnel contre les risques de transmission du VIH est de toute évidence une obligation importante que doit assumer le SCC. Le CESP reconnaît en outre qu'il y a de nombreux cas où le personnel risque d'être exposé à des maladies infectieuses, y compris l'infection à VIH. Parmi ces cas figurent les fouilles corporelles et des cellules, la prestation de premiers soins en cas d'urgence lorsque du sang ou d'autres fluides corporels sont présents, la maîtrise des détenus agressifs et la supervision du nettoyage du sang et des fluides corporels.

Le CESP félicite le SCC pour les efforts qu'il déploie afin de protéger le personnel contre l'exposition aux maladies infectieuses et la transmission de celles-ci. Ces efforts comprennent entre autres l'éducation sur les maladies infectieuses et sur le risque, ou l'absence de risque, de transmission d'infections en milieu de travail, la diffusion de lignes directrices sur la lutte contre l'infection et la fourniture de vêtements et de matériel de protection au personnel.

MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

Cependant, la crainte et la peur du personnel d'être infecté par des maladies infectieuses, en particulier le VIH, pendant l'exercice de ses fonctions persiste tout comme les idées préconçues sur les risques d'infection à VIH attribuables au travail dans les pénitenciers fédéraux. Le CESP a défini diverses mesures que le SCC pourrait prendre pour accroître la protection du personnel et réduire ses préoccupations et ses craintes.

Éducation et formation

Le CESP considère la formation comme la meilleure mesure préventive. Le Comité reconnaît que le SCC a déployé de grands efforts pour former son personnel. Par conséquent, le personnel est généralement bien informé sur le VIH et le SIDA. Cependant, certains employés ont déclaré au CESP qu'ils n'avaient pas reçu de formation sur le VIH et le SIDA ou que celle-ci remontait à une période éloignée et n'avait pas été mise à jour. D'autres employés éprouvaient des craintes inutiles et avaient des idées fausses sur la transmission du VIH même s'ils avaient reçu une formation. L'analyse préliminaire des résultats du questionnaire que le CESP a fait parvenir au personnel révèle que le personnel estime qu'il a besoin et qu'on devrait lui fournir une formation et de renseignements supplémentaires et à jour^[48]. Le CESP croit qu'une formation et des renseignements doivent être offerts régulièrement et que la collaboration d'experts ou d'organismes communautaires de l'extérieur, spécialisés dans le domaine du SIDA et de la santé, en améliorerait la crédibilité.

De plus, on devrait redoubler d'efforts pour former le personnel à appliquer universellement les mesures de lutte contre l'infection chaque fois qu'il y'a une possibilité d'exposition au sang ou à des fluides corporels des détenus et notamment leur expliquer qu'il faut toujours appliquer les mesures de précaution universelles dans de tels cas et non

seulement lorsque cela leur convient ou lorsque qu'il s'agit d'un détenu dont on sait qu'il est infecté. En fait, le CESP ne croit pas que la sécurité du personnel serait accrue si on révélait l'identité des détenus desquels on sait qu'ils sont infectés. Le CESP est, au contraire, convaincu que ce serait même l'inverse, en particulier en ce qui a trait à l'utilisation constante de mesures universelles. Un bref document de référence sur le VIH et le SIDA devrait être conçu à l'intention du personnel des services correctionnels. Le document devrait mentionner que les personnes qui travaillent en milieu carcéral risquent peu d'être infectées et décrire les moyens de réduire ou supprimer un tel risque.

Enfin, le CESP estime qu'il est essentiel d'offrir un programme de formation continue sur la façon de réagir dans les situations à risque, par exemple lorsque les détenus sont violents. Le CESP est d'accord avec les conclusions d'un des groupes de travail de l'atelier sur le VIH et le SIDA dans la région de l'Ontario selon lesquelles «on n'a pas suffisamment mis l'accent sur la prévention des blessures causées par des aiguilles et l'exposition au sang et aux fluides corporels en milieu carcéral³⁹²». Le groupe de travail a conclu que cela devait être considéré comme «l'élément le plus élevé de l'ordre de priorité³⁹³». Le CESP reconnaît que le personnel ne peut pas toujours éviter d'être exposé aux risques d'infection et qu'il sera parfois incapable de prendre les précautions nécessaires, par exemple lorsqu'un détenu agresse un employé. Néanmoins, il est mentionné dans le rapport du comité chargé d'étudier les vêtements et le matériel de protection que, dans bien des cas, «on sait à l'avance le détenu n'est pas très coopératif³⁹⁴». Le CESP est d'accord avec l'évaluation du comité à l'effet que dans de telles situations, «la première chose à faire serait de tenter de réfréner l'agressivité du détenu pour ainsi réduire les risques d'affrontement physique avec l'agent³⁹⁵».

[48] Pour plus de détails, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Lignes directrices sur la lutte contre l'infection

Le CESP félicite le SCC pour avoir établi des lignes directrices sur la lutte contre l'infection à l'intention du personnel. Cependant, le Comité croit qu'on pourrait les améliorer en les mettant à jour régulièrement et au besoin.

Fourniture de matériel de protection

Le CESP appuie sans réserve les conclusions du rapport du comité chargé d'étudier les vêtements et le matériel de protection (voir la section 7B ci-dessus) et encourage le SCC à donner suite à ses recommandations.

Suivi de l'exposition

Le CESP estime qu'il faut assurer immédiatement le suivi de tout incident mettant en cause une exposition à du sang ou des fluides corporels et qu'il faut établir des procédures à cette fin. Ces situations sont assez courantes dans les milieux des services de santé, et il existe une vaste expertise relativement à leur gestion. Le suivi comprendrait un rapport écrit sur l'incident et une évaluation médicale visant à déterminer s'il y avait un risque potentiel de transmission du VIH. Dans la plupart des cas, par exemple lorsqu'un détenu mord un employé ou crache sur lui, le risque de transmission du VIH est nul ou minime^[49]. Il convient de noter qu'il n'y a eu qu'un seul cas documenté de transmission de la maladie à un employé dans l'exercice de ses fonctions dans toutes les prisons du monde^[50].

À la suite d'une exposition, le personnel devrait avoir accès à des services de counselling et de soutien psychologique. Lorsqu'il est établi qu'il y a eu risque de transmission du VIH, il faudrait apporter une intervention médicale rapide, y compris un traitement prophylactique à l'AZT et la mise en rapport avec des spécialistes qui connaissent bien le problème. Par ailleurs, la personne à la source de l'exposition devrait être encouragée à donner des renseignements concernant son état sérologique. Il faudrait encourager ceux qui ne savent pas s'ils sont infectés ou non à subir volontairement un test de dépistage du VIH.

Appui des familles et des partenaires

Le CESP estime que les familles et/ou les partenaires des employés devraient être encouragés à participer à des séances d'information sur le VIH et le SIDA. En outre, ils devraient avoir accès à des services de counselling et de soutien psychologique sur demande, s'il y a lieu de croire que l'employé qui leur est proche a pu être exposé au VIH.

Le CESP est convaincu malgré ce qu'on croit souvent les intérêts du personnel et des détenus ne sont pas divergents mais convergents. En effet, si on prend des mesures pour protéger les détenus, par exemple leur donner la formation et les moyens nécessaires pour se prémunir contre l'infection à VIH (notamment l'eau de Javel), ce sera profitable aussi au personnel et au public, car il en résultera une diminution du nombre de détenus infectés en milieu carcéral et du nombre de détenus infectés dans la société après leur

[49] On l'a reconnu récemment dans l'affaire *Lesieur*, où un détenu qui se savait séropositif a tenté de mordre des employés du SCC. Il les a ensuite aspergés de son sang en disant qu'il les contaminerait et les tuerait. Le détenu a été inculpé d'un certain nombre d'infractions, y compris de tentative de meurtre. Le 17 février 1993, un jury a rendu un verdict de culpabilité concernant les accusations d'avoir agressé un agent de la paix, d'avoir menacé de causer la mort ou des lésions corporelles graves et de voies de fait causant des lésions corporelles. Cependant le détenu n'a pas été reconnu coupable de tentative de meurtre (voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, Annexe 4, Jurisprudence canadienne). Dans une autre affaire, où le verdict a été rendu en novembre 1992, un autre détenu séropositif d'un pénitencier fédéral a été reconnu coupable de voies de fait et condamné à une peine d'incarcération de six mois après avoir mordu un agent correctionnel à l'établissement de Port-Cartier. Ces causes montrent de toute évidence que les tribunaux reconnaissent l'absence de risque de transmission du VIH dans ces incidents.

[50] Cette affaire s'est produite en Australie. Il a été allégué qu'un jeune agent nouvellement recruté a été attaqué et frappé au moyen d'une seringue remplie de sang. L'agent a été déclaré séropositif par la suite. Cet incident a fait la manchette des journaux. Voir Doyle, J., «Management Issues — A Prison Officers Union Perspective», dans *HIV/AIDS and Prisons*, *infra*, note 134. Jusqu'en juillet 1990, il n'y avait aucun cas connu de transmission du VIH chez le personnel correctionnel où que ce soit dans le monde. Voir Hammitt, *infra*, note 64.

MESURES DE PROTECTION À L'INTENTION DU PERSONNEL

libération. De même, les mesures destinées à protéger le personnel contre l'infection à VIH, à savoir la formation et l'application de précautions universelles, sont compatibles avec les intérêts des détenus, notamment en ce qui concerne l'accès à des services de counselling et à des tests de dépistage du VIH, et la confidentialité de leur dossier médical tant qu'ils ne décident pas d'en faire connaître le contenu à d'autres.

RECOMMANDATIONS

7. Le CESP estime que l'éducation sur l'infection à VIH et sur le SIDA est le moyen le plus important de promouvoir et de protéger la santé du personnel et de prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels fédéraux. Le CESP reconnaît que les établissements correctionnels déploient déjà des efforts en matière de formation, mais considère qu'il est possible d'améliorer ces efforts au moyen des mesures suivantes :

- (1) Tout le personnel devrait recevoir des renseignements écrits sur l'infection à VIH et sur le SIDA. Ceux-ci pourraient revêtir la forme d'un bref document faisant autorité, adapté pour le personnel du service correctionnel et provenant d'un organisme ou d'un expert de l'extérieur. Ce document ferait état du faible risque de contracter des infections dans l'exercice de fonctions en milieu correctionnel et indiquerait des moyens de réduire ou d'éviter ce risque.
- (2) Tous les employés devraient participer à des séances de formation sur l'infection à VIH et sur le SIDA, y compris sur les précautions universelles, au moment de leur entrée en fonction et régulièrement par la suite. Il faudrait encourager la consultation et la participation du personnel à l'élaboration et à l'organisation de ces séances.

- (3) Des organismes communautaires externes ou des experts spécialisés dans le domaine du SIDA et de la santé devraient être invités à participer à ces séances.

En outre, selon le CESP, pour que le personnel se protège, il est essentiel qu'il puisse avoir accès au matériel et à l'équipement permettant de réduire le risque de transmission des maladies infectieuses, y compris le VIH, et l'utiliser correctement. Le CESP reconnaît que le matériel et l'équipement sont déjà disponibles dans les établissements correctionnels fédéraux. Cependant, afin de rassurer le personnel et de faire en sorte qu'il continue de faire preuve de compétence dans l'utilisation de ce matériel, de cet équipement et des procédures et pratiques de protection, le SCC devrait prendre les mesures suivantes :

- (4) Il faudrait réviser régulièrement les protocoles de protection et veiller à ce que les employés s'y conforment.
- (5) Il faudrait examiner régulièrement l'accès au matériel et à l'équipement de protection et l'utilisation qui en est faite;
- (6) Il faudrait fournir l'équipement nécessaire pour dispenser les soins de santé et manipuler les fluides corporels en toute sécurité. Il s'agit notamment d'uniformiser les protocoles de nettoyage des épanchements de sang et de fournir le matériel permettant de procéder à des fouilles en toute sécurité ainsi que les fournitures d'urgence nécessaires. En particulier, le SCC devrait envisager de fournir des gants résistant à la perforation ou aux coupures, pour remplacer les gants de latex utilisés en cas d'urgence, lorsqu'il faut traiter avec des détenus agressifs ou violents et effectuer des fouilles.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

- (7) Il faudrait prévoir un suivi, y compris le suivi médical, de tout le personnel exposé au sang ou aux fluides corporels contaminés par du sang de tout détenu ou collègue.
- (8) Il faudrait encourager les membres des familles et/ou les partenaires des employés à assister aux séances de formation et leur donner accès à des services de counselling et services psychologiques, s'il y a lieu de croire que l'employé qui leur est proche a pu être exposé au VIH.

affectifs, sociaux ou comportementaux, à des normes de qualité professionnelle correspondant à celles qui régissent la prestation des services au public canadien; et

- 3. en offrant des services de counselling par des spécialistes, dans le but de renforcer le service global de santé mentale et physique dispensé par le SCC³⁹⁸.

Pour assurer un service global depuis l'admission du détenu jusqu'à sa libération, les principes suivants ont été établis :

8. SOINS DE SANTÉ

SITUATION ACTUELLE

En 1988, la Direction générale des services de santé du Service correctionnel du Canada a adopté des normes nationales en matière de soins de santé «pour faire en sorte que les détenus reçoivent pendant qu'ils purgent leur peine les soins les plus modernes, qui soient comparables à ceux prodigués dans la société»³⁹⁶. Selon le document intitulé *Normes des services de santé*³⁹⁷, les objectifs des services de santé du SCC sont les suivants :

Bien qu'en premier lieu, la responsabilité de son état de santé incombe au délinquant, c'est au SCC qu'il appartient d'assurer un accès approprié, équitable et adéquat à des services professionnels de santé physique et mentale. Ces services aident le délinquant à s'adapter à la vie dans l'établissement et à devenir un citoyen respectueux de la loi :

- 1. en identifiant, grâce aux services d'évaluation et de diagnostic, les besoins des délinquants et des catégories spéciales de délinquants susceptibles de bénéficier de l'aide offerte par les services de santé;
- 2. en assurant les services et la continuité des soins aux délinquants souffrant de problèmes physiques, psychiatriques,

- 1. Une approche pluridisciplinaire à la prestation de services au délinquant durant toute sa peine doit être adoptée.
- 2. Le délinquant reste en premier lieu responsable du maintien et de l'amélioration de son état de santé, en dépit des contraintes inhérentes à l'environnement carcéral.
- 3. Le délinquant a le droit d'avoir accès, dans les limites du raisonnable, à une gamme complète de services de santé visant la prévention, le traitement et la réadaptation, et d'un niveau conforme aux normes communautaires généralement acceptées.
- 4. La prestation des services de santé doit être adaptée à l'âge, au sexe et à l'état du délinquant et doit respecter la religion et les valeurs culturelles de la personne.
- 5. Le délinquant sain d'esprit a le droit de refuser un traitement ou un avis sauf disposition contraire de la Loi. Le professionnel de la santé est dans l'obligation de fournir l'information nécessaire pour permettre au délinquant de prendre sa décision en toute connaissance de cause.
- 6. Le délinquant a droit à la confidentialité de l'information médicale le concernant. Les normes de confidentialité doivent être conformes aux normes professionnelles, aux directives du Commissaire, à la Loi

sur la protection des renseignements personnels et autres dispositions des lois fédérales.

7. Les normes professionnelles actuelles encouragent l'obtention d'une seconde opinion s'il y a le moindre doute. Le SCC fournira ce service sur demande du médecin. Toutefois, le délinquant devra payer de sa poche lorsqu'il aura lui-même demandé cette seconde opinion.
8. Le système de prestation des services de santé au sein du SCC doit répondre aux exigences des lois fédérales existantes et des lois provinciales applicables.
9. Le système de prestation des services de santé doit se baser sur le modèle communautaire, en visant particulièrement la collectivité carcérale et en intervenant au niveau de l'individu et du groupe. Les services curatifs et préventifs doivent être coordonnés de manière à encourager la continuité des soins pendant toute la durée de la peine.
10. Les services de santé doivent être assurés par des professionnels de la santé enregistrés auprès d'un organisme de réglementation professionnelle canadien (ou éligible pour l'enregistrement), de préférence dans la province où ils pratiquent.
11. La gamme et le niveau de services de santé offerts au délinquant doivent être déterminés par une politique et vérifiés régulièrement.
12. Toutes les recherches entreprises doivent être approuvées par un comité d'examen des recherches chargé de veiller à ce qu'elles soient conformes aux normes déontologiques quant à la conception et à la supervision, et à ce que le participant donne son consentement par écrit, de son plein gré et en toute connaissance de cause³⁹⁹.

Une liste des normes auxquelles doivent se conformer les services de santé offerts aux

détenus par le SCC a été établie. Il «faut prendre ces normes en considération pour l'élaboration et la mise en vigueur des programmes⁴⁰⁰», normes qui comprennent entre autres les éléments suivants :

- Consentement éclairé et droit de refus

Avant de commencer à traiter un délinquant en pleine possession de ses facultés mentales, il faut obtenir son consentement éclairé; par ailleurs, le délinquant a le droit de refuser le traitement.

- Recherche

Toute recherche portant sur des délinquants est approuvée par un comité d'examen de la recherche chargé de voir à ce que toutes les études soient menées conformément aux normes déontologiques les plus élevées et selon des principes rigoureux de conception et de surveillance. Les délinquants qui participent à ces recherches le font de leur plein gré et manifestent par écrit leur consentement éclairé.

- Niveaux de service

Il incombe au Service correctionnel du Canada d'assurer aux délinquants la prestation de toute une gamme de services aussi bien de santé mentale que de santé physique. Ces services sont dispensés aux niveaux primaire, intermédiaire et tertiaire ou intensif.

Critères

1. Les services primaires sont des soins ambulatoires dispensés aux délinquants de la population générale.
2. Les services intermédiaires consistent en un programme spécialisé administré aux patients hospitalisés dans un endroit réservé à cet effet, au sein d'un établissement régulier.
3. Les services intensifs ou tertiaires sont donnés aux patients hospitalisés dans un endroit désigné par la loi sur la santé mentale ou dans un hôpital général.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

- Accès aux services

Les délinquants ont accès aux services de santé en permanence.

Critères

1. Lorsque la proximité des établissements le permet, on regroupe les services afin de les rendre plus rentables.
2. Lorsqu'il est impossible d'assurer, en permanence, la présence d'un agent de soins infirmiers, il faut veiller à ce qu'il y ait toujours en service des employés ayant reçu une formation de base en secourisme et en réanimation cardio-pulmonaire (RCP).
3. Les services de soins infirmiers sont assurés en permanence dans les établissements où des patients sont hospitalisés (niveau intermédiaire).

- Consultations de spécialistes

On recourra à des organismes de l'extérieur à des fins de consultation, de traitement ou d'opération chirurgicale, pour des services essentiels. Ceux-ci sont classés en trois catégories : les cas très urgent, très urgents et les cas non urgents.

Critères

1. Cas très urgent : cas où tout retard met la vie du patient en danger.
2. Cas urgent : cas où la situation risque de se détériorer et de devenir très urgente; ou encore, où l'état du patient l'empêche de mener ses activités quotidiennes.
3. Cas non urgent : l'état de santé du délinquant ne nuit pas à ses activités quotidiennes, mais peut le faire éventuellement.

- Évaluation à l'admission

L'état de santé de chaque délinquant est évalué à l'admission.

La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* insiste également sur la santé, la sécurité et la dignité de la personne. En outre, elle interdit tout traitement cruel ou dégradant et vise à faire en sorte que les normes soient conformes aux traités des Nations Unies et à la *Charte canadienne des droits et libertés*. Les dispositions pertinentes de la *Loi* sont les suivantes :

86.(1) Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

86.(2) La prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.

87. Les décisions concernant un délinquant, notamment en ce qui touche son placement, son transfèrement, son isolement préventif ou toute question disciplinaire, ainsi que les mesures préparatoires à sa mise en liberté et sa surveillance durant celle-ci, doivent tenir compte de son état de santé et des soins qu'il requiert.

En ce qui concerne le traitement, d'après l'article 88 de la *Loi*, l'administration de tout traitement est subordonnée au consentement libre et éclairé du détenu, lequel peut refuser de le suivre ou de le poursuivre. En outre, un détenu peut participer à tout traitement expérimental, mais seulement si un comité indépendant juge le programme d'expérimentation valable et s'assure auparavant du consentement libre et éclairé du détenu au traitement.

Conformément à ces dispositions et aux normes précitées, la santé de tout détenu qui entre dans le système pénitentiaire fédéral fait l'objet d'une évaluation approfondie, y compris de tests de dépistage de la tuberculose. On offre également aux détenus d'être vaccinés contre l'hépatite B.

DÉBAT

Le SCC redouble d'efforts pour que la qualité des soins offerts aux détenus dans le système correctionnel fédéral corresponde à celle des soins dispensés à l'ensemble des Canadiens⁴⁰¹. Il a chargé le Comité consultatif externe des services de santé de superviser ces efforts.

Néanmoins, des détenus infectés par le VIH se sont parfois plaints de ne pas avoir reçu des soins médicaux adéquats.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé que tous les détenus aient accès à des «services médicaux et infirmiers ainsi que des services aux hospitalisés et aux malades externes équivalant à ceux offerts dans l'ensemble de la société⁴⁰²».

Le PASAN a recommandé que les «détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA aient un accès garanti au personnel médical et dentaire de leur choix» et qu'«ils puissent consulter des médecins de premier recours expérimentés et spécialisés dans le domaine du VIH⁴⁰³». En outre, il a proposé d'établir un plan complet concernant les soins médicaux et psychosociaux à prodiguer aux détenus infectés par le VIH⁴⁰⁴, et d'inclure les détenus dans la recherche sur les nouveaux traitements de l'infection à VIH et du SIDA.

Le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH et le SIDA a recommandé diverses mesures pour établir «des liens solides et efficaces avec les programmes de traitement des organismes communautaires afin de faciliter le travail qu'ils effectuent auprès des détenus, à l'extérieur et à l'intérieur des établissements du SCC». Le Comité a, en particulier, recommandé que le chef des Services de santé et le sous-directeur des opérations correctionnelles de chaque établissement, de concert avec le médecin agréé, veillent à ce que des installations adéquates soient disponibles pour la prestation en toute confidentialité de services d'évaluation et de traitement aux détenus malades tout en assurant le niveau de sécurité le plus élevé possible⁴⁰⁵.

De plus, le comité a examiné les préoccupations qui existent au sujet de la protection de la vie privée et de la sécurité des détenus qui se rendent sous surveillance dans des cliniques extérieures de traitement du VIH/SIDA; il a aussi examiné la question du partage d'information avec les organismes communautaires qui aident le SCC à gérer les cas des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, de même que le problème d'assurer des services à un établissement situé à une grande distance des services communautaires disponibles.

Une équipe d'experts du St. Paul's Hospital de Vancouver a entrepris une étude relative au VIH/SIDA et aux problèmes connexes à l'établissement Matsqui le 23 juin 1993. Dans son rapport, l'équipe souligne ce qui est bon dans la façon dont l'établissement aborde la question du VIH/SIDA ainsi que les éléments qu'il est possible d'améliorer. Les experts ont recommandé que des programmes spécialisés d'information soient mis en oeuvre, permettant aux personnes infectées et à celles qui souffrent de maladies symptomatiques d'avoir accès aux connaissances nécessaires pour faire face à leur problèmes. Ils ont également indiqué qu'il ne serait pas pratique pour l'établissement d'essayer de développer des compétences spécialisées et qu'il serait pourtant souhaitable qu'un certain nombre d'employés soient à tour de rôle sensibilisés au problème du VIH par des stages dans des établissements tels que le St. Paul's Hospital.⁴⁰⁶ L'équipe a aussi proposé que les détenus aient accès à des lignes téléphoniques gratuites, ce qui permettrait aux détenus de recevoir du counselling et de l'information de personnes ne faisant pas partie du réseau correctionnel, et d'obtenir le soutien de leur famille et de leurs pairs. Enfin, l'équipe a recommandé que l'établissement mette sur pied un système d'évaluation des activités visant le VIH/SIDA et que chaque année des études sur les comportements, les connaissances et les attitudes à l'égard du VIH et du SIDA soient menées de manière à déterminer l'incidence des mesures prises.

À l'échelle internationale, on s'accorde de plus en plus pour dire que les normes qui s'appliquent à

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

l'extérieur des pénitenciers en matière d'accès aux soins de santé doivent s'appliquer aux détenus⁴⁰⁷. Les «Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus» des Nations Unies⁴⁰⁸ en témoignent, ainsi que le troisième rapport annuel du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants⁴⁰⁹. L'Organisation mondiale de la santé a affirmé que ce principe d'équivalence doit s'appliquer aux personnes infectées par le VIH ou atteints du SIDA^{410[51]}.

Aux États-Unis, ce principe a été réaffirmé par la Commission présidentielle sur l'épidémie du VIH, qui a recommandé de «prodiguer aux détenus infectés par le VIH dans les établissements correctionnels des soins et des traitements équivalant à ceux dispensés aux personnes infectées par le VIH dans l'ensemble de la société»⁴¹¹, et par la Commission nationale sur le SIDA :

Les individus VIH-positifs doivent être examinés avec soin et être suivis régulièrement par un médecin qui connaît les maladies infectieuses et se tient au courant des progrès médicaux dans le traitement du VIH. Toute la gamme des médicaments approuvés pour la prévention ou le traitement des symptômes de l'infection à VIH doit être disponible pour qu'on puisse donner suite à la promesse d'intervenir rapidement⁴¹².

La Commission a reconnu que, «comme les traitements de l'infection à VIH sont généralement nouveaux, expérimentaux et coûteux, l'infection à VIH met à rude épreuve les soins de santé en milieu carcéral⁴¹³.

En ce qui concerne la participation à des essais cliniques, la Commission a affirmé qu'«à mesure que de nouveaux médicaments sont approuvés et disponibles dans le cadre d'essais cliniques, les détenus doivent et peuvent être autorisés à choisir de participer à des essais cliniques tout en restant protégés contre la coercition et les abus⁴¹⁴». La

Commission a conclu que les soins adéquats dans les établissements correctionnels s'appliquent, mais ne se limitent pas : à un accès facile aux tests de dépistage du VIH; à des examens réguliers effectués par des médecins ayant une formation suffisante pour diagnostiquer et traiter l'infection à VIH et les maladies qui s'y rattachent; à un examen physique complet au moment où l'infection est diagnostiquée et selon les indications du médecin par la suite; à l'accès aux soins spécialisés nécessaires; à la numération des lymphocytes-T à des intervalles prescrits par le U.S. Public Health Service; à un accès en temps opportun, uniforme et adéquat aux médicaments nécessaires, y compris les pharmacothérapies prophylactiques approuvées par la Food and Drug Administration ou recommandées par les autorités fédérales de la santé; à l'accès aux soins dentaires; à l'accès aux soins de santé mentale; à l'accès sur demande à des services efficaces de désintoxication; à des installations d'hébergement propres et hygiéniques; et à des régimes alimentaires appropriés⁴¹⁵.

Des recommandations semblables ont été formulées par le United States National Prison Project⁴¹⁶.

En Australie, Heilpern et Egger ont reconnu que «dispenser en milieu carcéral un service médical équivalant à celui qui est offert dans le reste de la société constitue une tâche gigantesque à la fois pour les administrateurs des pénitenciers et les autorités de la santé⁴¹⁷. Ils ont recommandé d'établir des principes directeurs et des plans pour faire face à un accroissement éventuel du nombre de détenus séropositifs chez qui les symptômes risquent de se manifester pendant qu'ils purgent leur peine et de faire porter ces principes directeurs sur : l'établissement de critères pour faire en sorte que les détenus reçoivent des soins médicaux équivalant à ceux qui sont offerts dans l'ensemble de la société; l'évaluation des services médicaux existants par rapport à ces critères; la planification de programmes établis de concert

[51] Pour plus de détails, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, annexe 2 : Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA.

avec le ministère de la Santé; les besoins en ressources à long terme des services médicaux en milieu carcéral; l'accessibilité des services multidisciplinaires communautaires.

Harding et Schaller ont résumé de la façon suivante la situation concernant les soins médicaux à l'échelle internationale :

Certains détenus, contrairement à un grand nombre d'entre eux, reçoivent les soins spécialisés les plus modernes pour le traitement de leur infection à VIH. Il se peut que les traitements coûteux ne soient pas financés par les services des pénitenciers; des détenus n'ont pas accès à de nombreuses thérapies, comme la pentamidine en aérosol, s'ils ne sont pas hospitalisés. Dans de nombreux cas, les installations médicales des pénitenciers sont débordées et ne peuvent pas dispenser et maintenir les soins nécessaires⁴¹⁸.

Les *Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* contiennent des dispositions relatives aux soins et au soutien aux détenus infectés par le VIH :

34. À toutes les étapes de la maladie liée au VIH, les détenus devraient recevoir un traitement médical et psychosocial approprié, égal à celui dont bénéficient les autres membres de la communauté. La participation de tous les détenus à des programmes d'appui par les pairs devrait être encouragée. La collaboration avec les dispensateurs de soins de santé dans la communauté devrait également être encouragée afin de faciliter les soins médicaux.
35. Un suivi médical et un service de conseil devraient être mis à la disposition et à la portée des détenus infectés par le VIH, mais asymptomatiques, pendant la durée de leur détention.
36. Les détenus devraient pouvoir accéder à l'information concernant les diverses

possibilités de traitement et avoir le droit de refuser le traitement tout autant que les autres membres de la communauté.

37. Le traitement de l'infection à VIH et la prophylaxie et le traitement des maladies associées, devraient être dispensés par les services médicaux des prisons, selon des critères cliniques et des conditions d'accessibilité analogues à ceux qui existent dans la communauté.
38. Tout autant que les autres membres de la communauté, les détenus devraient pouvoir accéder aux essais cliniques de traitement de toutes les maladies liées au VIH/SIDA. Ils ne devraient néanmoins pas être soumis à des pressions quelconques tendant à les amener à participer à des essais cliniques, étant entendu que les individus privés de liberté ne peuvent pas être utilisés pour des travaux de recherche médicale s'ils n'y consentent pas librement et si l'on n'en attend pas un bénéfice direct et significatif pour leur santé.
39. La décision d'hospitaliser un détenu atteint du SIDA ou d'autres maladies liées au VIH doit être prise pour des raisons médicales par le personnel de santé. Il faut assurer l'accès à des services spécialisés convenablement équipés, au même niveau que celui qui est offert à la communauté.
40. Les services médicaux des prisons devraient collaborer avec les services de santé communautaires afin d'assurer le suivi médical et psychologique des détenus infectés par le VIH après leur libération, s'ils y consentent. Les détenus devraient être encouragés à utiliser ces services⁴¹⁹.

Les commentaires sur le document de travail du CESP allaient généralement dans le sens des conclusions du Comité concernant les soins de santé fournis aux détenus atteints du SIDA. Toutefois, et la Société canadienne du SIDA et le

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Comité consultatif national sur le SIDA (CCN-SIDA) ont dit craindre ce qui suit :

Le CCN-SIDA craint que des normes différentes soient appliquées en matière de soins à l'intérieur du système pénitentiaire. Il est certain que les détenus qui seront traités dans les régions de Vancouver, Montréal ou Toronto seront mieux soignés que ceux des régions rurales où le nombre de cas d'infection à VIH est faible. Nous reconnaissons qu'il n'appartient pas à Service correctionnel Canada de supprimer les inégalités en matière de soins au Canada. Cependant, il lui incombe de garantir un niveau acceptable de soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. On peut suggérer notamment de former le personnel, de faciliter l'obtention de soins à l'extérieur et les consultations médicales par appels interurbains, et de renseigner le personnel sur les besoins immédiats en matière de traitement. Les soins ne peuvent se limiter à ce qui est offert «au coin de la rue», en particulier dans le cas des régions isolées du Canada. Cette question doit faire partie des facteurs considérés pour la libération conditionnelle⁴²⁰.

L'une des personnes qui a répondu au questionnaire a indiqué que pour faire en sorte que l'évaluation des services de santé de chacun des établissements soit équitable et impartiale, elle devrait être faite par un comité indépendant.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP félicite le SCC et, en particulier, ses services de santé pour les efforts qu'ils ont déployés afin de prodiguer aux détenus infectés par le VIH des soins médicaux de qualité. En particulier, le CESP reconnaît que ceux-ci se préoccupent et s'efforcent véritablement d'assurer aux détenus des soins de santé comparables à ceux offerts à l'ensemble de la population, notamment d'évaluer la qualité des services en place et de répondre aux tendances, innovations et problèmes qui surgissent dans le domaine des

soins de santé, en particulier par l'entremise du Comité consultatif des services de santé du SCC.

Le fait que le CESP ait appris de la bouche de certains détenus infectés par le VIH et de ceux qui prodiguent des soins aux détenus infectés par le VIH ou le SIDA que les soins que ces détenus reçoivent sont peut-être meilleurs que ceux dont ils bénéficieraient à l'extérieur du milieu carcéral en témoigne. Néanmoins, le CESP a été informé de cas où des détenus infectés par le VIH n'avaient pas eu accès à des soins médicaux dont ils auraient pu bénéficier à l'extérieur du milieu carcéral.

Le CESP a relevé au moins trois raisons qui expliquent ce problème, à savoir la mobilité restreinte des détenus, le manque de personnel médical sur place lorsque les maladies se déclarent et la capacité limitée de prodiguer rapidement des soins et des traitements.

La mobilité restreinte des détenus

A l'extérieur du milieu carcéral, l'accès aux soins de santé pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA est relativement peu compliqué et efficace. Habituellement elles n'ont qu'à prendre rendez-vous avec leur médecin ou à se rendre à une clinique ou un hôpital pour obtenir les soins dont elles peuvent avoir besoin. Quant aux détenus, pour avoir accès aux soins de santé spécialisés, ils doivent prendre les arrangements nécessaires pour un rendez-vous avec un médecin, une clinique ou un hôpital situé à l'extérieur de l'établissement correctionnel ou attendre que ce service soit offert en milieu carcéral. Des services provisoires sont dispensés par les services de santé des pénitenciers. L'infection à VIH et le SIDA sont des maladies complexes qui exigent souvent des connaissances spécialisées qu'on ne trouve pas partout au Canada, y compris dans les établissements correctionnels. En raison des problèmes logistiques qu'entraînent le transport des détenus en toute sécurité vers les endroits où ces connaissances sont disponibles ou la venue dans l'établissement d'experts de l'extérieur, il se peut

qu'il faille justifier que les soins sont nécessaires à un moment donné et qu'il se produise des retards ou que le système de soins de santé soit perçus comme inefficace ou inaccessible. Les mesures de sécurité nécessaires pour le transport des détenus peuvent aggraver ces problèmes. Certains de ces problèmes sont analogues à ceux qu'éprouvent les personnes vivant dans des régions éloignées; pour les résoudre, il faut établir un équilibre entre les besoins, les avantages, les coûts et la logistique. Il arrive parfois que la seule solution efficace soit de rapprocher la personne des services dont elle a besoin. Dans le contexte des pénitenciers fédéraux, le transfert des détenus qui doivent recevoir des soins très complexes ou urgents peut être une solution à ce problème. Une autre solution peut consister à faire en sorte que les services de santé des pénitenciers s'assurent que leur personnel médical possède les compétences voulues pour prodiguer ces soins. Cependant, cette solution repose sur la confiance qu'inspirent au détenu les services disponibles.

Le manque de personnel médical sur place lorsque les maladies se déclarent

Bien que l'apparition de maladies comme l'immunodéficience, le syndrome d'amaigrissement ou les maladies neurologiques attribuables à l'infection à VIH soit un processus lent, des infections secondaires ou des complications résultant de ces maladies ou de leur traitement peuvent se déclarer rapidement et nécessiter des soins urgents. Mentionnons, par exemple, l'herpès ou le zona, la pneumonie interstitielle à *Pneumocystis carinii* et la méningo-encéphalite à *Toxoplasma*. La mobilité restreinte des détenus et leur vulnérabilité au jugement du personnel non médical aggravent leur situation lorsque ces complications se produisent en dehors des «heures de travail» ou dans les établissements où il n'y a pas de médecin. Là encore, il ne semble pas y avoir de solutions simples à ce problème. Parmi les solutions figurent le transfert des détenus, l'accroissement du personnel et des services et la possibilité de communiquer avec le personnel des services de santé sans avoir à

passer par le personnel correctionnel pour lui en donner les raisons.

La capacité limitée des services médicaux de prodiguer des soins et des traitements

La complexité croissante des soins prodigués aux détenus infectés par le VIH ou aux détenus atteints du SIDA pose des problèmes difficiles sur le plan opérationnel et logistique aux services de santé en milieu carcéral (par exemple, l'accès aux traitements nouveaux et souvent expérimentaux, l'accès aux régimes alimentaires spéciaux, la disponibilité de tests diagnostics qui ne sont souvent disponibles que dans les centres de soins tertiaires, l'accès au soutien psychosocial, en particulier le soutien assuré par les pairs ou les organismes communautaires et l'accès aux essais cliniques). Les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA ne sont pas les seuls à éprouver ces problèmes, mais en raison de la complexité croissante des diagnostics et des traitements relatifs à cette maladie, ils doivent être résolus le plus tôt possible. Parmi les solutions possibles, mentionnons le transfert des détenus à leur demande, l'accroissement du personnel et des services, la reconnaissance par le personnel que ces soins sont non seulement nécessaires, mais que les détenus y ont droit et l'établissement de liens plus étroits avec les services de soins de santé et les organismes communautaires de l'extérieur.

Le CESP est conscient des contraintes de nature économique, administrative et géographique, et sur le plan de la sécurité avec lesquelles les services de santé des pénitenciers fédéraux doivent composer. Il n'est pas facile d'établir un équilibre entre les besoins des détenus en matière de santé et la disponibilité et l'accessibilité des services, et le CESP estime que, pour résoudre un tel problème, il faut procéder à une étude plus approfondie que celle qu'il était en mesure d'effectuer. Par ailleurs, le Comité considère qu'il serait possible de mettre en oeuvre des changements qui permettraient d'apporter des améliorations provisoires à ce système. Ces

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

changements viseraient à accroître la confiance des détenus à l'égard de ce système, en particulier en leur donnant l'occasion de communiquer avec le personnel des services de santé en milieu carcéral et en augmentant les possibilités d'avoir accès à des nouveaux traitements ainsi qu'aux services de counselling et de soutien des pairs ou d'organismes communautaires. En outre, le CESP suggère de suivre l'approche proposée par le Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH et le SIDA, c'est-à-dire que les services de santé de chaque établissement soient évalués pour faire en sorte que les connaissances nécessaires pour prodiguer des soins médicaux aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA soient disponibles. L'évaluation devrait être confiée à des experts de l'extérieur en collaboration avec le personnel soignant et le personnel administratif.

RECOMMANDATIONS

8. Le CESP convient que les soins prodigués aux détenus dans les établissements correctionnels fédéraux devraient être comparables à ceux qui sont offerts à l'ensemble de la société. Dans le cas du VIH/SIDA, cela comprend l'accès aux traitements nouveaux, expérimentaux ou spéciaux, les régimes alimentaires spéciaux et les services de counselling et de soutien assurés par les pairs et par les organismes communautaires. Le CESP reconnaît les efforts que les services de santé du SCC ont déployés pour prodiguer des soins et des traitements aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Cependant, pour se conformer à la norme en vigueur dans la société, le CESP recommande que :

- (1) il faudrait évaluer les services de santé dans chaque région du SCC en collaboration avec des experts de l'extérieur, pour veiller à ce que les

compétences nécessaires soient disponibles pour prodiguer des soins médicaux aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA et que les services visant à prodiguer des soins aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA soient efficaces et accessibles;

- (2) l'incarcération ne devrait pas être un obstacle à l'accès à des traitements nouveaux, expérimentaux ou spéciaux dans le cas de l'infection à VIH, du SIDA ou des maladies connexes, ou à la participation à des essais cliniques; les détenus devraient avoir la possibilité de demander un transfert dans un établissement où ces soins seraient accessibles, compte tenu des contraintes de sécurité;
- (3) des liens solides et efficaces avec les services de santé de l'extérieur devraient être établis pour faire en sorte que les soins prodigués aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA soient efficaces et accessibles et que la continuité des soins soit assurée lorsqu'ils sont transférés, qu'ils bénéficient de permissions de sortir ou qu'ils sont mis en liberté;
- (4) les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA devraient avoir facilement accès aux organismes communautaires ou de santé qui s'occupent du SIDA, à l'extérieur du milieu carcéral;
- (5) dans chaque établissement, le SCC devrait créer un ou plusieurs postes de conseillers en santé occupés par des détenus, ou désigner des détenus à cette fin et prendre les mesures voulues pour former, appuyer et évaluer ceux-ci.

9. TUBERCULOSE

SITUATION ACTUELLE

Pour prévenir la propagation de la tuberculose^[52] dans les pénitenciers fédéraux, le SCC a adopté en 1990 une politique qui prévoit que les détenus subissent volontairement un test de dépistage de la tuberculose à leur entrée dans le système correctionnel. Sauf s'il existe des documents attestant qu'un détenu a subi un test cutané de dépistage de la tuberculose avant son admission, les détenus subissent un test de Mantoux ou de cutiréaction au moment de leur arrivée dans un établissement fédéral. Les détenus ne sont exemptés du test que s'ils ont reçu le vaccin BCG (bacille de Calmette-Guérin) ou s'ils ont eu une réaction positive antérieurement. Lorsqu'un détenu a une réaction positive au test cutané de dépistage à la tuberculose au moment de son admission, qu'il a subi un test cutané dont les résultats ont été positifs par le passé, qu'il a reçu le BCG ou qu'il refuse de subir le test cutané de dépistage de la tuberculose, il subit une radiographie pulmonaire. Si la radiographie révèle une infection, on fait un prélèvement d'expectoration pour vérifier la présence de tuberculose. Lorsqu'il est confirmé qu'un détenu a la tuberculose et est contagieux (souffre de tuberculose active), il est mis en quarantaine jusqu'à ce qu'il ne soit plus contagieux pour empêcher la propagation de la maladie. Lorsqu'un détenu refuse de subir une radiographie, le médecin décide si celui-ci suscite suffisamment de préoccupations pour le transférer à un centre de santé pour observation.

Étant donné l'apparition récente de souches de tuberculose multirésistantes, le SCC a décidé de faire subir tous les ans de nouveaux tests aux détenus dont la réaction avait été négative au test

de Mantoux^[53]. Cela permettra d'«identifier les personnes qui pourraient avoir été en contact avec la maladie et qui courent un risque élevé de la contracter et d'infecter d'autres personnes^[42]». Cette politique a été approuvée par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada^[43]^[54].

En 1992, quatre nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés dans les pénitenciers fédéraux, trois dans la région de l'Ontario et un dans la région du Québec. En 1993, 20 nouveaux cas ont été déclarés: dix dans la région de l'Ontario, six dans la région du Québec, trois dans la région des Prairies, et un dans la région de l'Atlantique^[44].

En décembre 1992, la tuberculose active a été diagnostiquée chez un détenu infecté par le VIH de l'établissement Drummond. Au moment de son arrivée au pénitencier, le détenu avait refusé de subir un test de dépistage de la tuberculose et du VIH. Par la suite, les résultats d'un test de détection des anticorps anti-VIH se sont révélés positifs. En décembre 1992, il a été admis dans un hôpital de la localité où l'on a diagnostiqué chez lui une tuberculose active, une infection à VIH et des infections opportunistes. À l'établissement Drummond, un plan d'action a été établi: le médecin de l'établissement a pris des dispositions pour qu'un spécialiste des maladies infectieuses de la région s'entretienne de la tuberculose avec le personnel et les détenus; des réunions d'information ont eu lieu avec les membres du syndicat et le comité de la santé et de la sécurité de l'établissement ainsi que le comité de détenus; un film vidéo a été préparé par le chef des services de santé et le comité de détenus et diffusé périodiquement au moyen du système de télévision en circuit fermé de l'établissement; un bulletin d'information a été rédigé et distribué à chaque employé de l'établissement; et l'on a examiné le personnel et

[52] Dans la présente section, le terme tuberculose s'applique aux infections causées par le bacille de Koch et exclut les autres souches de tuberculose.

[53] Certains journaux ont mentionné à tort que le SCC projetait d'immuniser tous les détenus contre la tuberculose.

[54] Certains des systèmes pénitentiaires provinciaux ont également adopté des politiques sur la tuberculose. Voir, par exemple, la directive du Solliciteur général de l'Alberta, Division des services correctionnels, Section des services de santé, numéro 20.15.05, du 5 juin 1990. Selon cette directive, les tests de dépistage de la tuberculose «ne doivent normalement être administrés qu'aux détenus qui se classent dans les groupes considérés comme étant à risque élevé; cependant, les centres peuvent procéder, à leur discrétion, à des tests de dépistage de la tuberculose chez un plus grand nombre de détenus».

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

les détenus pour déterminer s'ils avaient contracté la tuberculose.

DÉBAT

La tuberculose a défrayé la chronique au Canada pour la première fois depuis des décennies. Une maladie guérissable est une fois de plus devenue une menace à la santé publique dans le monde développé. La résurgence de la tuberculose aux États-Unis, attribuable en grande partie à l'épidémie du VIH et aux conditions sociales qui favorisent la propagation de la tuberculose, et l'apparition de souches de tuberculose multirésistantes (TB-MR) suscitent de plus en plus de préoccupations au Canada. Récemment, des poussées de ces nouvelles souches de tuberculose se sont produites aux États-Unis dans des établissements comme les hôpitaux et les pénitenciers, et il en est résulté des conséquences graves pour les personnes infectées par le VIH et le personnel des services de santé. Voici un extrait d'un article paru :

Dans de nombreuses régions des États-Unis, la bataille contre la tuberculose est en train d'être perdue. L'incidence croissante de la tuberculose et la prévalence accrue de souches de tuberculose résistant aux médicaments constituent deux indicateurs importants de cet échec. L'épidémie récente de souches de tuberculose multirésistantes dans plusieurs hôpitaux de la côte Est et une explosion de cas de tuberculose dans le système pénitentiaire de l'État de New York ont causé plus de 100 décès. Depuis 1985, le nombre de cas de tuberculose s'accroît chaque année après avoir diminué de façon constante pendant 35 ans (les baisses s'établissant en moyenne à 6 % par an). Des données épidémiologiques directes et indirectes révèlent que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a joué un rôle prédominant dans cette résurgence. En 1990, 25 701 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés aux États-Unis — 9 883 cas

de plus que ce qu'on avait prévu d'après les tendances antérieures⁴²⁵.

Comme l'ont indiqué Bayer et d'autres auteurs, l'apparition de la TB-MR aux États-Unis reflète fondamentalement l'échec de la politique sociale :

Si la résurgence de la tuberculose peut être largement liée à l'épidémie concurrente de l'infection par le VIH et au contexte social qui a donné lieu à la propagation de la tuberculose, l'apparition de la TB-MR aux États-Unis reflète fondamentalement l'échec de la politique sociale. L'hébergement d'un grand nombre de personnes sans abri dans des lieux communs et le taux d'incarcération élevé ont exacerbé le problème, car les souches de tuberculose résistant aux médicaments se propagent plus facilement dans les milieux fermés où se trouvent un grand nombre de personnes très réceptives dont le système immunitaire est affaibli, y compris les personnes infectées par le VIH, mais pas uniquement celles-ci⁴²⁶.

Le Dr Hiroshi Nakajima, directeur général de l'OMS, a déclaré que «la tuberculose devient de plus en plus une maladie socio-économique qui frappe le plus durement les moins bien nantis dans les pays développés et les pays en développement⁴²⁷».

Dans bien des pays d'Europe de l'Ouest, de même qu'aux États-Unis, le nombre de cas de tuberculose augmente ou se maintient après des décennies de diminution⁴²⁸.

Ni la tuberculose ni la TB-MR ne semblent constituer encore un problème important au Canada. Sur les 1996 cas de tuberculose déclarés au Canada en 1990, seulement 63 comportaient des organismes résistant aux médicaments. De ce nombre, seulement un cas résistait à quatre médicaments ou plus^{429[55]}. Néanmoins, on a dit que «même s'il n'existe pas actuellement de données laissant croire que l'interaction entre la

[55] Cependant, on ne disposait pas de données sur la résistance aux médicaments pour 648 des cas déclarés.

tuberculose et le VIH soit un problème important au Canada, bon nombre des conditions qui favorisaient cette interaction aux États-Unis existent ici⁴³⁰. En outre, dans les deux pays, «il y a des groupes démographiques qui risquent de contracter le VIH et la tuberculose; les deux maladies convergent dans les hôpitaux, les pénitenciers et autres établissements publics de façon telle que la transmission de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH peut s'en trouver favorisée⁴³¹».

En ce qui concerne la tuberculose en milieu carcéral, Tomasevski a affirmé qu'«en raison de l'attention accordée par les médias au SIDA, on s'est moins préoccupé des maladies transmissibles «traditionnelles» comme la tuberculose, qui est loin d'être supprimée⁴³²». Des rapports récents des États-Unis ont fait état de la hausse spectaculaire de l'incidence de la tuberculose dans le système pénitentiaire de l'État de New York, qui est passée de 15,4 pour 100 000 personnes entre 1976 et 1978 à 105,5 pour 100 000 personnes en 1986⁴³³. Au New Jersey, l'incidence de la tuberculose chez les détenus de l'État s'établissait à 109,9 pour 100 000 en 1987, soit un taux 11 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population du New Jersey cette année-là⁴³⁴. L'accroissement du nombre de cas de tuberculose dans l'État de New York est si important, surtout chez les personnes VIH-positives, qu'un juge fédéral a ordonné de construire une unité spéciale pour les personnes atteintes de la tuberculose détenues dans les prisons municipales. Selon un rapport paru dans le numéro du 10 février 1992 de la revue *American Medical News*, les agents correctionnels de New York ont déclaré que 12 détenus, tous atteints du SIDA, étaient décédés des suites de la tuberculose en 1991. On a estimé que 26 % des détenues et 16 % des hommes de la prison de Rikers Island à New York sont infectés par le VIH alors que de 15 % à 25 % des détenus ont déjà contracté la tuberculose par le passé⁴³⁵. D'après une étude récente, «l'association démontrée entre le temps de détention ou le nombre d'admissions et le développement de la tuberculose permet de conclure que le système carcéral new-yorkais est un important facteur d'amplification de l'épidémie

de tuberculose et que les autorités sanitaires devraient s'y intéresser⁴³⁶».

Harding et Schaller ont attiré l'attention sur le fait que l'accroissement de l'incidence de la tuberculose active chez les détenus infectés par le VIH a aussi été confirmé dans les pénitenciers de France, d'Espagne et de Suisse⁴³⁷. Ils ont conclu que, compte tenu des conditions en milieu carcéral — milieu fermé où le surpeuplement est fréquent et la ventilation insuffisante — le problème de la tuberculose infectieuse nécessite une attention particulière».

Dans le mémoire qu'il a présenté au CESP, Ron Shore, travailleur des services de liaison avec les pénitenciers auprès du projet sur le SIDA du pénitencier de Kingston, a mentionné qu'on avait déjà observé des cas de tuberculose dans les centres de détention de Toronto et dans les pénitenciers fédéraux et que le déclenchement d'une épidémie ne devrait pas tarder. Contrairement au VIH, qui s'attrape au moyen de contacts intimes, la tuberculose peut être transmise par la toux et les éternuements. Dans un milieu comme les pénitenciers d'aujourd'hui, il s'ensuivrait une véritable hécatombe⁴³⁸.

Aux États-Unis, la National Commission for Correctional Health Care et les Centers for Disease Control (CDC) ont préconisé d'accroître les efforts en matière de prévention et de lutte en milieu carcéral⁴³⁹. Le United States Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis a conclu que «la transmission de la tuberculose dans les établissements correctionnels présente un risque pour la santé dans les établissements et pourrait présenter aussi un risque pour la société dans laquelle les détenus sont mis en liberté⁴⁴⁰». Le Comité a formulé une série de recommandations concernant la lutte contre la tuberculose en milieu carcéral :

Chaque établissement correctionnel devrait désigner un agent ayant reçu la formation voulue qui serait chargé de l'application d'un programme de prévention de la tuberculose et de lutte contre celle-ci dans l'établissement. Un système multi-établissements devrait avoir

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

un agent qualifié et une unité chargés de superviser les activités de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble du système. Ces responsabilités devraient être précisées dans les objectifs de rendement de l'agent. Les activités de base à suivre sont la surveillance, la rétention et l'évaluation.

Le Comité a en outre recommandé, entre autres, que les tests cutanés de dépistage subis par les détenus et le personnel soient effectués au moment de l'arrivée ou de l'embauche, respectivement, et que les tests soient répétés au moins une fois par an, qu'on offre systématiquement aux détenus atteints de tuberculose la possibilité de subir des tests et de bénéficier de services de counselling concernant l'infection à VIH, que tous les détenus et employés ayant une cutiréaction positive qui n'ont pas suivi auparavant un cours adéquat sur la prophylaxie aient la possibilité d'en suivre un, sauf en cas de contre-indications médicales et qu'on conseille aux personnes pour lesquelles un traitement prophylactique de la tuberculose est recommandé, mais qui refusent ou sont incapables de suivre un cours recommandé, de consulter immédiatement un médecin si elles manifestent des signes ou des symptômes de la tuberculose. Ces recommandations seront révisées périodiquement.

L'Organisation mondiale de la santé a émis les *Directives* suivantes en ce qui a trait à la tuberculose dans les établissements carcéraux:

41. Le milieu carcéral est souvent propice à la transmission de la tuberculose et les taux peuvent être plus élevés que dans la population générale. En outre, la tuberculose est de plus en plus associée au VIH/SIDA, de sorte que la présence de détenus infectés par le VIH peut être de nature à augmenter le risque de transmission de la tuberculose. De vigoureux efforts s'imposent donc pour réduire les risques liés à l'environnement (en améliorant la ventilation, en diminuant la surpopulation et en donnant une nourriture adéquate, par exemple); pour

détecter le plus tôt possible les cas de tuberculose, par un test de dépistage pratiqué à l'entrée, puis à intervalles réguliers pendant l'internement, et par la recherche des contacts; et pour donner un traitement efficace.

42. Le dépistage de la tuberculose devrait également être mis à la disposition du personnel pénitentiaire. Des programmes de traitement devraient être disponibles dans les prisons pour les détenus atteints de tuberculose et un suivi adéquat devrait être assuré lorsque les détenus traités sont transférés ou libérés.
43. Il faut une surveillance épidémiologique de la tuberculose chez les détenus comme dans le personnel pénitentiaire. Une attention particulière devrait être accordée au dépistage précoce des flambées de tuberculose pharmacorésistante et aux moyens de les juguler par des mesures de santé publique. Il faudrait notamment prendre des dispositions pour s'assurer que les détenus n'arrêtent pas leur traitement antituberculeux avant la fin⁴⁴¹.

Les commentaires sur le document de travail du CESP allaient généralement dans le sens de la conclusion du Comité selon laquelle la question de la tuberculose dans les établissements correctionnels fédéraux devrait être examinée de près par le SCC. Le président du comité de la tuberculose de la Société canadienne de thoracologie, le docteur Fitzgerald, et certains des membres du comité, ont étudié la partie du document de travail consacrée à la tuberculose. Le comité de la tuberculose a proposé d'établir un protocole de dépistage de la tuberculose et de communiquer avec le SCC pour sa mise en application. Le comité a également suggéré que le CESP détermine s'il convient d'utiliser le test tuberculinique en deux étapes pour les détenus et les employés des établissements carcéraux étant donné que des études ont démontré que les personnes qui ont déjà été infectées par la tuberculose très longtemps auparavant ou qui ont

reçu le BCG peuvent avoir un résultat négatif, si le test de dépistage est fait au hasard⁴⁴².

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP se préoccupe de la résurgence récente de la tuberculose en milieu carcéral aux États-Unis, compte tenu en particulier de son incidence disproportionnée chez les détenus infectés par le VIH et de son effet sur ceux-ci. Le Comité félicite le SCC d'avoir adopté une politique visant à lutter contre la propagation de la tuberculose dans les établissements correctionnels fédéraux et, en général, pour avoir pris au sérieux le problème de la tuberculose en milieu carcéral. Le SCC devrait continuer à surveiller étroitement l'évolution de la situation dans les établissements carcéraux et réviser régulièrement la politique relative à cette maladie, avec l'aide de groupes de l'extérieur tels que le comité de la tuberculose de la Société canadienne de thoracologie.

RECOMMANDATIONS

9. **Le Comité recommande que le SCC, en particulier sa Direction générale des services de santé et le Comité consultatif des services de santé, surveillent de près l'évolution de la problématique de la tuberculose dans les établissements correctionnels fédéraux et que la politique du SCC concernant la tuberculose fasse régulièrement l'objet d'un examen.**

10. SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Alors que les suggestions et recommandations formulées à la section 8 portent sur certains des besoins immédiats des détenus infectés, la présente section concerne un problème sous-jacent, à savoir la méfiance des détenus à l'égard des services de santé en milieu carcéral.

SITUATION ACTUELLE

Dans le système pénitentiaire fédéral, comme dans la plupart des autres systèmes pénitentiaires, les services de santé font partie intégrante du système pénitentiaire et ceux qui les dispensent relèvent de celui-ci. Le personnel de soutien ainsi que les infirmiers et infirmières sont des employés du SCC, qui retient les services de médecins dans le cadre de contrats, et les services sont généralement dispensés dans les établissements. En outre, aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*⁴⁴³, les détenus des pénitenciers fédéraux sont exclus des programmes provinciaux de gratuité des soins médicaux.

DÉBAT

Harding a souligné l'importance que revêt la confiance des détenus à l'égard de l'indépendance, de l'intégrité et de la compétence du personnel des services médicaux, surtout en ce qui concerne les questions très émotives comme l'infection à VIH⁴⁴⁴. Il a conclu dans les termes suivants:

Il est donc dans l'intérêt de l'administration du pénitencier d'accepter, voire d'encourager, l'indépendance du personnel des services médicaux et de faire en sorte qu'il obéisse à des règles de déontologie strictes. Le principe fondamental à appliquer est l'équivalence. Le médecin d'un pénitencier qui fait face à un dilemme sur le plan déontologique devrait se poser la question suivante: que ferais-je dans une situation équivalente à l'extérieur du milieu carcéral? Les mêmes règles et principes devraient s'appliquer, qu'il s'agisse d'un jeûne prolongé, de l'administration de tranquillisants à une personne agitée, d'une fouille corporelle, d'examen demandés par les autorités, de la communication de renseignements médicaux ou de l'accès gratuit et confidentiel des détenus au personnel des services de santé⁴⁴⁵.

En pratique, les détenus estiment souvent que les services de santé en milieu carcéral manquent

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

d'indépendance et ne respectent pas la confidentialité des renseignements. Voici ce qu'en pense Michael Linhart, détenu sous responsabilité fédérale infecté par le VIH:

Tout détenu qui a purgé une peine de quelques années dans un pénitencier vous dira que les détenus accordent une importance primordiale aux soins de santé. Nous avons besoin de sentir que le personnel qui dispense les services médicaux est compétent et bien informé. Lorsqu'ils prescrivent des médicaments aux détenus, les médecins semblent souvent suivre un ensemble de procédures et de politiques administratives portant sur les genres de médicaments administrés aux détenus. Je connais beaucoup de cas où les médecins étaient sur le point de prescrire un médicament pour un détenu au moment où l'infirmière ou l'infirmier de service leur a dit que les détenus ne devaient pas recevoir ce médicament dans cet établissement. À mes yeux, et à ceux de nombreux autres détenus, cela semble révéler que le médecin doit se conformer à la politique de l'établissement concernant le genre de soins médicaux qu'ils peuvent prodiguer⁴⁴⁶.

La séparation des services de santé des pénitenciers d'une part et des services de santé de la collectivité d'autre part, à la base du manque de confiance des détenus, est de plus en plus contestée⁴⁴⁷.

Selon le système actuel, les fonctions et responsabilités des professionnels de la santé en milieu carcéral ne se limitent pas à la prestation de services médicaux aux détenus. La multiplicité des tâches que les services de santé en milieu carcéral doivent accomplir, et les difficultés qui en résultent sur le plan de la conciliation de ces tâches, a été bien décrite par Leena Arpo, médecin en chef de l'Administration pénitentiaire finlandaise:

Nous pouvons être accusés d'être devenus des rouages de l'appareil correctionnel, qui

consacrent plus d'énergie à la découverte des faux malades qu'au traitement des malades et qui prescrivent des tranquillisants et des médicaments soporifiques afin de contenter les détenus perturbateurs et d'assurer la tranquillité du pénitencier. D'autre part, lorsque les crimes graves commis par des ex-détenus défrayent la chronique, il se peut qu'on nous blâme de justifier et d'expliquer en long et en large le comportement des criminels, de ne rien faire et de les laisser sortir pour qu'ils continuent de déranger les gens honnêtes et respectables. Et en milieu carcéral, nous pouvons être accusés par nos collègues de mettre un trop grand nombre de détenus sur la liste des malades et de mettre ainsi en danger la productivité de l'industrie pénitentiaire⁴⁴⁸.

Comme l'a affirmé Tomäevski, selon les normes internationales actuelles, la prestation de services médicaux est combinée aux fonctions de garde; par conséquent, le personnel des services de santé en milieu carcéral continue de se voir imposer un trop grand nombre de tâches, qui entrent souvent en conflit les unes avec les autres.

Il est proverbiallement difficile de concilier la protection de la santé des détenus et la participation aux décisions concernant les mesures disciplinaires prises à leur encontre et de conférer au même établissement et au même personnel trois responsabilités distinctes: la détention, le châtimement et les soins⁴⁴⁹.

Le Comité spécial d'experts sur l'incidence de l'épidémie du SIDA sur les services de santé et la planification en Europe a reconnu que l'organisation des services de santé en milieu carcéral en dehors du système de santé ordinaire crée des problèmes⁴⁵⁰. Diverses solutions à ces problèmes ont été proposées, y compris le recours à des services de santé ordinaires comme l'intervention d'un personnel de l'extérieur en milieu carcéral et le traitement précoce à l'extérieur du milieu carcéral⁴⁵¹.

SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Dans 13 établissements provinciaux au Québec, les soins de santé sont déjà prodigués, au moins en partie, par des cliniques communautaires ou des centres hospitaliers extérieurs⁴⁵². En Norvège, les services de santé dispensés aux détenus ont été entièrement intégrés au système national de soins de santé. Dans ces milieux, le principe de l'équivalence a été entièrement appliqué, et tous les services de santé sont assurés par des services de santé de la collectivité. Dans la plupart des autres systèmes pénitentiaires, l'accès des détenus aux services de santé de la collectivité est restreint:

L'accès (des détenus) aux installations médicales de la collectivité est limité par la mesure dans laquelle ces installations peuvent assurer un hébergement sûr et consentent à assumer la responsabilité de la sécurité des détenus malades. En fait, l'accès des détenus aux services et installations extérieurs est déterminé par la décision du service de santé du pénitencier ou de l'administration du pénitencier et est souvent arbitraire. Le cas le plus fréquent est celui où le médecin du pénitencier fait appel au service de santé de la collectivité lorsque c'est nécessaire⁴⁵³.

Dans un article paru récemment dans *Le Monde diplomatique*, il est mentionné que le VIH/SIDA forcera les administrations des pénitenciers à transférer les services de santé coûteux et surchargés des pénitenciers à la collectivité:

Comment, par exemple, l'administration pénitentiaire va-t-elle faire face à l'augmentation prévue du nombre des personnes détenues nécessitant des soins lourds alors que le budget-santé de cette administration ne suffit déjà pas à répondre aux besoins d'une population très défavorisée ? L'impossibilité de gérer à terme le budget-sida des prisons constitue sans doute le facteur déterminant du nécessaire transfert d'un système archaïque de gestion de la santé en prison par la seule administration pénitentiaire à un système de gestion de droit commun par l'hôpital public, sur un financement de la Sécurité sociale,

comme les jalons en ont été posés par des mesures réglementaires et des conventions depuis quelques années⁴⁵⁴.

Au Canada, le Comité parlementaire sur le SIDA a recommandé que les avantages des services de santé dispensés par des organismes extérieurs en milieu carcéral fassent l'objet d'un examen plus approfondi⁴⁵⁵.

En France, la Conseil national du SIDA «estime urgent et nécessaire, pour faciliter l'action des personnels de santé et faire disparaître les ambiguïtés existant sur leurs missions et leurs tâches, que les pouvoirs publics achèvent de faire passer sous le contrôle administratif et financier exclusif du Ministère de la Santé la médecine en milieu carcéral, et les personnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire⁴⁵⁶».

Peu de commentaires reçus sur le Document de travail ont abordé la question d'une éventuelle prestation des services de santé par des institutions extérieures. Toutefois, les quelques avis donnés vont généralement dans le même sens que les conclusions du Comité. Par exemple, un détenu s'est prononcé en ces termes:

Je crois que les services de santé gagneraient en efficacité s'ils étaient fournis par une institution extérieure. Il est regrettable que toutes les personnes qui travaillent à contrat pour le SCC sont investies de pouvoirs qui les rendent, aux yeux des détenus, «à la solde du système». Dans ces conditions, certains détenus ne se sentent pas en confiance dans leurs rapports avec le personnel contractuel. Même ainsi, nous croyons que, de façon générale, le nombre des plaintes actuellement formulées à l'endroit des soins de santé serait substantiellement réduit si les établissements pénitentiaires faisaient appel à des contrats avec des institutions extérieures⁴⁵⁷.

La Société canadienne du SIDA s'est prononcée pour «l'adoption rapide de mesures menant à l'utilisation de services de santé extérieurs», et le PASAN a déclaré qu'il serait préférable d'effectuer «une recommandation directe concernant la

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

question des services extérieurs», et appuie cette mesure à cause des bienfaits évidents qu'elle entraînerait pour le dépistage, le counselling et les soins».

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP félicite le SCC pour les efforts déployés afin d'assurer des services de santé équivalant à ceux dispensés à l'extérieur du milieu carcéral. Cependant, le CESP se préoccupe du fait que certains détenus, en particulier des détenus infectés par le VIH, n'ont pas recours à ces services parce qu'ils ont l'impression qu'ils manquent d'indépendance et craignent que leur dossier médical ne soit pas tenu confidentiel. Le CESP sait que la séparation des services de santé du SCC du reste du SCC, et leur intégration aux systèmes de santé provinciaux, soulèvent de nombreux problèmes que le Comité n'a pas pu aborder. Comme il s'agit d'une question importante qui doit faire l'objet d'une étude approfondie, le Comité a conclu que la question devrait être soumise à l'attention du SCC et, en particulier, au Comité consultatif des services de santé, pour qu'ils puissent l'étudier davantage.

RECOMMANDATIONS

10. Le CESP recommande que le SCC et, en particulier, le Comité consultatif des services de santé, étudie la possibilité de confier à des organismes extérieurs la prestation des services de santé en milieu carcéral.

11. LIBÉRATION POUR DES RAISONS HUMANITAIRES

SITUATION ACTUELLE

En 1989, la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) a entrepris un examen de ses principes directeurs en matière de mise en liberté sous condition en ce qui concerne les détenus infectés par le VIH en réponse à des

demandes de conseils provenant de membres de la Commission qui devaient faire face à la question de la mise en liberté sous condition de détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. En général, le premier objectif de toute décision prise par la CNLC est de contribuer à la protection de la société par l'évaluation et la gestion du risque que les détenus représentent lorsqu'ils sont mis en liberté dans la société. Le risque a traditionnellement été interprété comme le risque qu'un détenu libéré récidive. Comme l'a déclaré M. Gibson, alors président de la CNLC,

Lorsqu'elle a examiné la question du SIDA et de la mise en liberté sous condition, la Commission a cherché à déterminer si, au moment de l'étude d'un cas, elle devait tenir compte non seulement de l'attitude sociale d'un détenu, mais aussi de son état médical, lorsque celui-ci pourrait constituer un risque pour la société⁴⁵⁸.

La Commission a tenu un séminaire d'une journée le 23 mars 1989 au cours duquel divers experts venant d'horizons différents ont présenté un aperçu des questions juridiques, médicales et déontologiques «et ont aidé la Commission à faire porter son examen sur les questions qui touchent les décisions en matière de réinsertion sociale⁴⁵⁹». À la suite de la réunion, une ligne de conduite sur le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) et les décisions en matière de mise en liberté sous condition a été établie et est entrée en vigueur le 1^{er} mai 1991. Lorsqu'elle a établi la ligne de conduite, la CNLC a été guidée par la *Loi sur la libération conditionnelle de détenus*, l'énoncé de mission de la Commission, les principes directeurs en matière de décisions et la politique en évolution du gouvernement. En particulier, «la Commission a cherché à traduire les préoccupations exprimées par les participants au cours du séminaire et d'autres personnes consultées⁴⁶⁰».

Cette ligne de conduite a pour objet d'«aider les membres de la Commission à prendre des décisions en matière de mise en liberté sous condition dans les cas où les résultats d'un test de détection ont révélé qu'un détenu est VIH-positif

LIBÉRATION POUR DES RAISONS HUMANITAIRES

et, par conséquent, qu'il peut ou non être atteint du SIDA». La ligne de conduite porte sur l'évaluation du risque et les possibilités de réinsertion sociale du détenu tout en tentant de répondre aux besoins sociaux des détenus infectés par le VIH. L'évaluation du risque porte sur le comportement antérieur du détenu ou sur l'expression, appuyée sur des documents, de l'intention de celui-ci, et non pas seulement sur son état sérologique. L'état sérologique n'entre en ligne de compte dans la prise de décision que lorsque la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel est proposée pour des raisons humanitaires. La ligne de conduite est la suivante:

L'état à l'égard du VIH n'est pas en soi un facteur pris en considération dans l'évaluation du risque ou la décision prise. Dans l'évaluation du risque et la prise d'une décision, la CNLC n'exigera pas de renseignements pour déterminer si un détenu est VIH-positif ou non.

La Commission s'est engagée à prendre entièrement en considération les demandes de mise en liberté, y compris la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel, lorsque cela est nécessaire pour assurer un traitement médical ou des soins palliatifs qui ne sont pas disponibles dans l'établissement. La Commission tient compte des considérations humanitaires dans le cas de tous les détenus en phase terminale. La mise en liberté doit toujours prendre en considération le risque que court la société.

Dans son évaluation du risque, la Commission prendra en compte les données sur le comportement ou une intention exprimée qui témoignent d'un mépris total à l'égard de la sécurité publique et qui peuvent causer des pertes de vie ou des préjudices graves, comme la transmission du VIH, et peut recourir à ces données pour prendre sa décision.

La Commission s'est engagée à veiller à ce que ses membres et le personnel aient accès à la formation et à l'information nécessaires

pour comprendre les dimensions médicales et sociales de l'infection à VIH.

En ce qui concerne l'admissibilité à la libération conditionnelle dans les cas exceptionnels, l'article 121 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* stipule que:

- (1) Par dérogation aux autres dispositions de la présente partie et même si le temps d'épreuve a été fixé par le tribunal en application de l'article 741.2 du *Code criminel*, le délinquant peut bénéficier de la libération conditionnelle dans les cas suivants:
 - a) il est malade en phase terminale;
 - b) sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit;
 - c) l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation;
 - d) il fait l'objet d'un arrêté d'extradition – pris aux termes de la *Loi sur l'extradition* – ou d'une ordonnance de renvoi – rendue au titre de la *Loi sur les criminels fugitifs* – qui prévoit son incarcération jusqu'à son extradition ou renvoi.
- (2) Le présent article ne s'applique pas aux délinquants qui purgent:
 - a) une peine d'emprisonnement à perpétuité infligée comme peine minimale;
 - b) une peine de mort commuée en emprisonnement à perpétuité;
 - c) une peine de détention dans un pénitencier pour une période indéterminée.

Les alinéas a) à c) du paragraphe 121(1) sont presque identiques aux alinéas a) à c) du paragraphe 11.1(1) du *Règlement sur la libération conditionnelle de détenus* qu'ils remplacent. Aux

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

termes du paragraphe 11.1 du *Règlement*, «la libération conditionnelle à titre exceptionnel» pourrait être accordée aux détenus qui n'étaient pas autrement admissibles à la libération conditionnelle dans les circonstances qui sont maintenant prévues dans la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Outre les permissions de sortir, la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel et la clémence sont les seules formes de mise en liberté qui permettent officiellement la prise en considération de raisons humanitaires comme celles qui pourraient se présenter dans le cas des détenus infectés par le VIH ou ayant le SIDA. La procédure n'est utilisée que dans de rares cas⁴⁶¹, et tous les autres critères relatifs à l'octroi de la libération conditionnelle, en particulier que le détenu ne constitue pas un risque indu pour la société, doivent également être satisfaits pour que la libération conditionnelle à titre exceptionnel soit accordée⁴⁶².

DÉBAT

Le PASAN a critiqué la pratique et le système actuels d'octroi de la libération conditionnelle à titre exceptionnel en soutenant qu'à l'heure actuelle, la libération pour des raisons humanitaires n'est envisagée que pour les détenus en phase terminale dont la maladie est si avancée qu'ils en sont rendus à l'article de la mort, et qu'à ce moment-là, la mise en liberté ne signifie rien d'autre qu'un transfert d'un pénitencier à une autre forme d'établissement – l'hôpital. Le PASAN a donc proposé que de nouvelles lignes directrices soient établies pour permettre la libération conditionnelle anticipée et la probation pour des raisons médicales. Le PASAN a conclu que, dans la mesure du possible, les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA devraient être libérés du système pénal aussitôt qu'on le juge possible (compte tenu des préoccupations à l'égard de la sécurité), étant donné qu'ils devraient vivre dans un milieu positif qui favorise le rétablissement, et non dans un milieu comme la prison où le châtement, la violence et l'impuissance constituent la norme⁴⁶³.

De même, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA a recommandé de prendre en considération la «mise en liberté anticipée pour des raisons humanitaires» des détenus atteints du SIDA⁴⁶⁴.

Aux États-Unis, le National Prison Project a insisté sur la nécessité d'établir des programmes de mise en liberté anticipée pour des raisons humanitaires à l'intention des détenus atteints du SIDA étant donné que les centres médicaux et les hôpitaux en milieu carcéral «ne sont pas équipés pour faire face à la complexité du virus du SIDA. Il devrait exister une procédure de mise en liberté pour les détenus atteints du SIDA, à supposer qu'ils puissent être hébergés à l'extérieur (hospices, famille, etc.). À l'heure actuelle, la plupart des programmes de clémence médicale du système fédéral et des systèmes des États ne permettent pas de réagir assez vite pour être efficaces. Avant qu'un détenu ait passé par la filière bureaucratique du système pénitentiaire, il est décédé ou à l'article de la mort⁴⁶⁵».

La Commission nationale sur le SIDA (États-Unis) a indiqué «qu'il faut aussi mettre en place dans tous les systèmes correctionnels un mécanisme permettant d'accorder une libération anticipée à tous les détenus en phase terminale, y compris ceux infectés par le VIH, qui ne posent plus un danger pour la société et dont la prolongation de l'incarcération ne servirait à rien⁴⁶⁶. En particulier, la Commission a encouragé le Federal Bureau of Prisons ainsi que les États et les localités à examiner les possibilités de mise en liberté anticipée pour que l'incarcération des personnes infectées par le VIH ne constitue plus une peine de mort. La Commission a recommandé que les «mécanismes permettant la mise en liberté anticipée soient rationalisés et mis à la disposition des détenus gravement malades dont la libération ne risquerait pas de poser un danger pour la société⁴⁶⁷».

Les *Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons* contiennent les recommandations suivantes concernant la libération anticipée des détenus atteints du SIDA :

LIBÉRATION POUR DES RAISONS HUMANITAIRES

51. Si cela est compatible avec des considérations de sécurité et avec les procédures judiciaires, les détenus atteints de SIDA avancé devraient se voir accorder, dans toute la mesure du possible, une libération anticipée pour des raisons humanitaires, afin de leur faciliter les contacts avec leur famille et leurs amis et de leur permettre de faire face à la mort avec dignité et dans la liberté.
52. Si les détenus eux-mêmes le demandent, les services médicaux des prisons devraient fournir toute l'information voulue concernant leur santé, leurs besoins de traitement et l'évolution probable de leur état, aux autorités qui ont compétence pour décider de leur libération anticipée. Les besoins de ces détenus sans ressources au sein de la communauté devraient être pris en compte dans toute décision de libération anticipée⁴⁶⁸.

Les commentaires sur le Document de travail du CESP ont approuvé, sans exception, les conclusions du Comité au sujet de la libération pour des raisons humanitaires.

ÉVALUATION DU CESP

On a signalé au CESP qu'il arrive fréquemment que les détenus atteints du SIDA ne soient libérés de l'établissement que peu de temps avant leur décès. En pratique, cela signifie un transfert d'un pénitencier à un hôpital ou un hospice.

Le CESP a conclu que, dans la mesure du possible, les détenus atteints d'une maladie évolutive pouvant être mortelle devraient être libérés plus tôt au cours de leur maladie. Le CESP reconnaît que l'incarcération peut nuire davantage à la santé d'une personne infectée par le VIH ou atteinte du SIDA qu'à la santé des détenus dont le système immunitaire n'est pas en danger. En général, la vie en milieu carcéral des détenus souffrant d'une maladie mortelle chronique ou évolutive est plus stressante sur le plan psychologique et plus nuisible sur le plan

physique que pour les détenus en santé. Cela est d'autant plus vrai pour les détenus infectés par le VIH ou ayant le SIDA. Parmi les raisons de cet état de fait, mentionnons: l'exposition à des infections qui pourraient être évitées ailleurs; un accès restreint aux services de soutien et de counselling offerts par les organismes communautaires, aux amis, aux partenaires et à la famille; les retards éventuels dans l'accès aux spécialistes, aux régimes alimentaires spéciaux et aux traitements nouveaux ou expérimentaux; et la discrimination. Une étude réalisée en 1986 par la New York State Commission on Correction a montré que la durée de vie des détenus atteints du SIDA n'équivalait qu'à la moitié de celle des personnes atteintes du SIDA à l'extérieur du milieu carcéral⁴⁶⁹. Bien que les résultats de cette étude ne s'appliquent pas nécessairement aux pénitenciers du Canada, ils indiquent néanmoins les possibilités de conséquences graves de l'incarcération des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA.

Le CESP reconnaît que la protection du public doit demeurer le principal facteur à prendre en considération dans toutes les décisions ayant trait à la mise en liberté des détenus, y compris les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. À l'intérieur de cette limite, cependant, le CESP estime que la protection de la santé physique et mentale des détenus devrait entrer davantage en ligne de compte dans ces décisions. Les détenus atteints du SIDA devraient se voir accorder une libération à titre exceptionnel ou, dans le cas des détenus purgeant une peine d'une durée indéterminée, la prérogative royale de clémence avant d'être en phase terminale, lorsqu'ils ne constituent pas une menace pour la population. Ces mesures devraient également s'appliquer à tout détenu souffrant d'une maladie chronique ou évolutive grave dont la santé risque d'être compromise s'il demeure incarcéré. L'adoption de ces mesures ne nécessiterait pas la modification des dispositions de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* ni de la ligne de conduite de la CNLC. Cependant, en pratique, elle devrait mener à l'octroi plus fréquent de la libération conditionnelle à titre

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

exceptionnel ou de la clémence aux détenus souffrant d'une maladie évolutive grave.

RECOMMANDATIONS

11. Le CESP recommande que les détenus souffrant d'une maladie évolutive qui peut être mortelle, y compris du SIDA, soient normalement libérés plus tôt au cours de leur maladie, avant qu'ils ne soient en phase terminale, dans la mesure où ils ne représentent pas une menace pour la sécurité du public.

12. ASSISTANCE POSTPÉNALE

SITUATION ACTUELLE

À l'heure actuelle, la seule disposition spécifique ayant trait à la poursuite des services de soins et de soutien offerts aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA après leur mise en liberté dans la société est l'article 20 de la Directive 21 du Commissaire, dont voici le libellé:

20. Lorsque le détenu est mis en liberté conditionnelle, le personnel des services de santé doit, avec le consentement du détenu, s'assurer que des dispositions sont prises afin que le patient continue d'être suivi par un médecin qualifié.

Dans la version révisée de cette Directive (qui n'a pas encore été approuvée), cet article reste inchangé.

DÉBAT

Selon le PASAN, pour que portent fruit les efforts que déploie le SCC afin d'assurer des services et de prodiguer des soins aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, «il faut mettre en oeuvre des mécanismes permettant de poursuivre ces programmes après la mise en liberté des détenus⁴⁷⁰». En particulier, le PASAN a recommandé que les agents de liberté conditionnelle, les agents de probation, les

travailleurs des maisons de transition et autres travailleurs de l'assistance postpénale suivent une formation sur le VIH/SIDA; que des trousse de sortie contenant des renseignements sur le VIH/SIDA, les coordonnées de personnes-ressources dans les organismes communautaires, des condoms, des trousse d'eau de Javel, etc. soient mises à la disposition des détenus au moment de leur sortie des établissements correctionnels; que des programmes assurant la continuité des soins après la mise en liberté soient établis pour les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA; que tout détenu infecté par le VIH ou atteint du SIDA qui a accès à des programmes spéciaux puisse continuer de s'en prévaloir à l'extérieur du milieu carcéral; que les groupes communautaires participent à l'établissement et à la mise en oeuvre de stratégies d'assistance postpénale; que le ministère des Services correctionnels et le SCC collaborent avec les organismes communautaires qui offrent des programmes d'hébergement et des services aux personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins des ex-détenus⁴⁷¹.

Aux États-Unis, la Commission nationale sur le SIDA a souligné que «la planification détaillée de la libération des détenus infectés par le VIH est un aspect primordial des soins à leur prodiguer⁴⁷²» et a recommandé que «pour assurer la continuité des soins pendant le passage du milieu carcéral à la société, il faudrait aider tous les détenus infectés par le VIH à obtenir des soins médicaux et des services de soutien dans la collectivité⁴⁷³». La Commission a poursuivi en faisant remarquer que «cela devrait consister entre autres à aider les détenus à s'inscrire auprès des services communautaires de gestion des cas avant leur mise en liberté lorsque ces services sont offerts et s'ils le désirent».

La planification de la libération constitue un élément important de la ligne de conduite face à l'infection à VIH proposée au Department of Corrections du District de Columbia par le D.C. Prisoners Legal Services Project⁴⁷⁴. Selon cette ligne de conduite, la planification de la libération comprend, entre autres, les éléments suivants:

(1) la prestation à tous les détenus, infectés ou non par le VIH, de services de counselling ainsi que de documents d'information sur les ressources communautaires offertes aux personnes infectées par le VIH, y compris la mise en rapport avec des services de soins médicaux et de désintoxication ainsi que des services de soutien social et juridique; (2) la fourniture aux détenus de condoms et de digues dentaires au moment de leur mise en liberté dans la société ou dans une maison de transition; (3) la préparation par le personnel médical, pour chaque détenu infecté par le VIH ou atteint du SIDA, d'un «dossier de libération» contenant des renseignements sur le diagnostic et les problèmes médicaux et de santé mentale du détenu, les traitements en cours et les antécédents thérapeutiques, y compris les résultats des tests de laboratoire et les dossiers médical, dentaire et de santé mentale complets; les complications médicales liées au VIH, comprenant une documentation complète sur toute infection opportuniste liée au VIH et sur les allergies; la description de l'état du détenu au moment de la mise en liberté et des directives en matière de suivi. Si le détenu donne son autorisation, le personnel médical fera parvenir un exemplaire du dossier de libération complet du détenu au responsable des soins prodigués au détenu à l'extérieur du pénitencier; (4) une entrevue de sortie pour les détenus VIH-positifs au cours de laquelle le personnel médical les mettra en rapport avec des responsables de soins de santé, de services de désintoxication et de services de soutien psychosocial de la collectivité où ils doivent être mis en liberté. Si le détenu n'a pas déjà accès à un responsable de soins médicaux primaires à l'extérieur du milieu carcéral, le personnel médical l'aidera à en choisir un; (5) l'organisation d'une consultation médicale initiale dans la collectivité et l'indication au détenu de l'heure et de l'endroit de la consultation lorsque celui-ci ne peut, en raison de son état médical, participer à la planification des soins médicaux qu'il devra recevoir après sa libération; (6) la communication, lorsque c'est possible, avec la famille du détenu ou d'autres personnes désignées par celui-ci pour aider au processus de planification de la libération si le détenu autorise la

divulgaration des renseignements concernant son état. Les familles se verront offrir des services d'information et de counselling sur le VIH/SIDA pour les aider à comprendre les besoins du détenu et à dissiper les craintes vis-à-vis la transmission du VIH⁴⁷⁵.

En France, la Commission nationale sur le SIDA a récemment insisté sur le fait qu'«il est essentiel d'assurer les soins et le suivi des détenus après leur libération. Comme le soulignait le Conseil de l'Europe dans un récent rapport, «l'important, c'est d'assurer la continuité, après le retour du détenu à la vie normale, des soins préventifs ou autres dont il a bénéficié en prison⁴⁷⁶»... Bien qu'il reconnaisse les difficultés que pose le suivi dans la collectivité et la préparation de la libération, le Conseil souhaiterait que des actions concrètes soient entreprises pour la préparation de la libération des détenus⁴⁷⁷».

Les commentaires sur le Document de travail du CESP ont approuvé les conclusions du Comité au sujet de l'assistance postpénale.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP félicite le SCC pour les efforts qu'il déploie pour aider les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA à créer des liens avec les organisations de service et d'aide dans la collectivité. Cependant, les détenus ont parfois de la difficulté à bénéficier de la continuité des soins après leur sortie des établissements correctionnels fédéraux.

Le CESP estime que, si l'on veut que les programmes du SCC à l'intention des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA soient couronnés de succès, il importera d'intensifier les efforts en vue d'assurer la continuité des soins et du soutien qui leur sont prodigués.

RECOMMANDATIONS

- 12. Le CESP considère que les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA devraient avoir la possibilité d'établir ou de maintenir des liens avec le monde**

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

extérieur, en particulier avec les organismes de services, de soutien et de santé dans le domaine du VIH/SIDA et qu'il faudrait les encourager à le faire. Pour y parvenir, le CESP recommande que :

- (1) Les agents de liberté conditionnelle et de probation, les travailleurs dans les maisons de transition et autres travailleurs de l'assistance postpénale devraient assister à des séances de formation sur le VIH/SIDA, en particulier concernant les besoins des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA et les ressources communautaires dont elles peuvent se prévaloir.
- (2) Une «trousse de produits d'hygiène et de santé» devrait être offerte à tous les détenus au moment de leur sortie d'un établissement correctionnel en même temps que des renseignements sur les ressources communautaires disponibles.
- (3) Le SCC devrait continuer d'aider les détenus qui ont besoin de soins médicaux permanents à planifier ces soins avant leur mise en liberté.
- (4) Il faudrait encourager les détenus à prendre des dispositions pour faire transférer leur dossier médical à la personne qui sera chargée de leur prodiguer des soins.
- (5) Il faudrait encourager les organismes communautaires de l'extérieur dans le domaine du SIDA, de la santé ou de l'aide aux détenus, qui fournissent des services et l'information aux personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA, à offrir ces services dans les établissements correctionnels fédéraux pour que les détenus puissent établir des liens avec ces organismes avant leur mise en liberté dans la société.

13. DÉTENUES

SITUATION ACTUELLE

En 1992, seules 313 femmes détenues étaient inscrites au registre des délinquants sous responsabilité fédérale (2,1 %) [56]. Bon nombre d'entre elles purgent leur peine à la Prison des femmes de Kingston, seul établissement correctionnel fédéral pour femmes. D'autres purgent leur peine dans des établissements provinciaux dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales d'échange de services. Le nombre de femmes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA qui sont incarcérées sous responsabilité fédérale est inconnu. Cependant, une étude de séroprévalence effectuée dans un établissement provincial à sécurité moyenne pour femmes à Montréal⁴⁷⁸, une étude sur la prévalence du VIH parmi les entrants dans les établissements pénitentiaires provinciaux pour adultes de Colombie-Britannique⁴⁷⁹, ainsi qu'une série d'études réalisées dans les systèmes pénitentiaires d'autres pays ont montré que l'infection à VIH est prévalente chez les détenues, en particulier chez celles qui ont déjà fait usage de drogues injectables. Comme en témoignent les données suivantes, le taux de séroprévalence du VIH chez les détenues est généralement supérieur à celui des hommes incarcérés et est très élevé dans certains établissements⁴⁸⁰:

	Femmes	Hommes
Montréal	7,2 %	3,6 %
Brésil (São Paulo)	28,7 %	20,0 %
Angleterre	15,0 %	7,7 %
Côte d'Ivoire	23,0 %	18,0 %

Les taux de séroprévalence du VIH chez les femmes sont généralement plus élevés que ceux des hommes à leur arrivée au pénitencier aux États-Unis⁴⁸¹. La Commission nationale sur le

[56] Les détenus inscrits au registre comprennent les détenus fédéraux incarcérés dans les établissements provinciaux et les détenus provinciaux incarcérés dans les établissements fédéraux dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales d'échange de services. Ils comprennent les détenus en semi-liberté d'un pénitencier fédéral. *Système d'élaboration du profil de la population carcérale*. Services de l'information statistique, SCC, 31 mars 1991.

SIDA (États-Unis) a signalé que dans l'État de New York, le taux de séroprévalence chez les femmes s'établissait à 18,8 % contre 17,4 % chez les hommes au moment de leur arrivée en milieu carcéral⁴⁸². La Commission a également indiqué que les résultats préliminaires d'une étude sur 1 000 nouveaux arrivés consécutifs dans chacun de dix systèmes correctionnels différents des États-Unis ont révélé qu'en général les taux de prévalence du VIH étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les données disponibles s'appliquent aux nouveaux arrivés dans les pénitenciers et les prisons. Les taux de séroprévalence chez les hommes variaient de 2,1 à 5,9 % à leur arrivée dans les pénitenciers tandis que ceux des femmes oscillaient entre 3,2 et 7,8 %. Pour les hommes entrant dans les prisons, les taux variaient de 2,3 à 7,6 % et, chez les femmes, ils oscillaient entre 2,5 et 14,7 %⁴⁸³.

En ce qui concerne les détenues, aux termes de l'article 77 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, le SCC doit

- a) offrir des programmes adaptés aux besoins spécifiques des détenues, et
- b) consulter régulièrement, à cet égard,
 - (i) les organisations féminines compétentes ainsi que
 - (ii) toute personne ou groupe ayant la compétence appropriée.

DÉBAT

À l'instar de toutes les autres épidémies, le SIDA se développe dans les fissures et les crevasses des inégalités de la société. Nous ne pouvons pas faire face à l'épidémie si nous tentons de dissimuler les contradictions et les conflits qu'elle met à nu⁴⁸⁴.

Le fait que «la majorité des femmes incarcérées appartiennent à des groupes sociaux marginalisés non seulement à cause de leur sexe, mais également de leur race, de leur classe sociale, de leur orientation sexuelle, de leur invalidité, de l'usage d'intoxicants et(ou) de leur situation de

travailleur faisant commerce de leur corps» est à la base de bon nombre des problèmes que celles-ci rencontrent en milieu carcéral⁴⁸⁵. Les détenues éprouvent souvent plus de problèmes de santé que les hommes incarcérés. Un grand nombre d'entre elles souffrent de maladies chroniques résultant de la pauvreté, de la consommation de drogues, de la violence familiale, d'agressions sexuelles, de grossesses pendant l'adolescence, de malnutrition et d'une piètre hygiène préventive. Dans notre société, les femmes ont toujours été les pourvoyeuses de soins, subordonnant souvent leurs propres santé et bien-être à ceux des autres⁴⁸⁶. Les femmes sont souvent privées du pouvoir de déterminer les conditions dans lesquelles leurs rapports sexuels avec les hommes se déroulent: «Pour bien des femmes, le rapport sexuel n'est pas une question de choix, mais plutôt une question de survie⁴⁸⁷».

Un grand nombre de femmes infectées par le VIH ne reçoivent pas aussi rapidement que les hommes VIH-positifs les services de diagnostic et de traitement dont elles pourraient bénéficier. Parmi les raisons de cet état de fait, mentionnons en premier lieu le fait qu'il arrive souvent que les femmes ne savent pas qu'elles ont été exposées au VIH par leurs partenaires sexuels ou par des personnes avec qui elles ont partagé des seringues et que, par conséquent, elles ne font pas appel aux services de counselling, aux tests de dépistage du VIH ainsi qu'aux services de soins et de traitement. En deuxième lieu, les besoins des femmes infectées par le VIH divergent de ceux des hommes, et il arrive souvent que les services de soutien de la société et de la collectivité soient moins disponibles et moins accessibles. Il est donc fréquent que les femmes soient moins informées que les hommes sur l'infection à VIH et le SIDA et qu'elles ne bénéficient pas des structures de soutien dont elles ont besoin. En troisième lieu, les maladies attribuables à l'infection à VIH ou au SIDA chez les femmes sont souvent différentes de celles des hommes, d'où le fait qu'on les reconnaît moins ou qu'on tarde à les diagnostiquer. Par conséquent, le diagnostic des femmes infectées est souvent établi plus tard que pour les hommes, ce qui les prive des avantages potentiels d'une détection

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

rapide de l'infection à VIH et de son traitement, et elles sont souvent rendues à un stade avancé de la maladie lorsque leur infection est diagnostiquée^[57].

Pour toutes ces raisons, «les besoins des détenues en matière de formation concernant le SIDA sont différents de ceux des hommes incarcérés» et «le besoin de programmes de prévention du VIH dans les établissements pour les femmes est peut-être encore plus urgent que dans les établissements pour hommes⁴⁸⁸».

Le PASAN a recommandé diverses mesures pour répondre aux besoins des détenues en ce qui concerne le VIH/SIDA: (1) La formation et l'information sur la prévention devraient être adaptées aux différences culturelles et au sexe; parmi les moyens d'information doivent figurer des dépliants, des affiches, des films vidéo, des conférenciers et des conseillers qui s'adressent à des lecteurs et des publics ayant des capacités de lire et d'écrire et des antécédents culturels divers. En outre, il faudrait donner des renseignements sur les femmes enceintes VIH-positives et les mères VIH-positives ayant des enfants VIH-positifs ou VIH-négatifs. (2) Il faudrait mettre à la disposition des femmes une grande variété de matériel de prévention, qui s'adresse expressément à elles, tout en protégeant la confidentialité du dossier des détenues. Le matériel de prévention suivant devrait être distribué: digues dentaires, condoms, gants minces en latex, lubrifiants solubles dans l'eau, trousses d'eau de Javel et aiguilles propres. (3) Les femmes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA doivent avoir accès aux traitements et soins hospitaliers appropriés. Il arrive souvent que les niveaux actuels de soins médicaux et de connaissances au sein du système pénitentiaire soient insuffisants pour répondre aux besoins des femmes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA. Les femmes devraient avoir accès à des médecins de premier recours spécialisés dans le domaine du VIH qui connaissent les symptômes

des femmes; les détenues devraient être libres de choisir le médecin qui, à leurs yeux, répond à leurs besoins. (4) Les femmes infectées par le VIH/SIDA devraient avoir accès à des ressources extérieures comme des conseillers et des moniteurs de sexe féminin dont la culture et l'ethnie leur conviennent. Les travailleurs des organismes communautaires dans le domaine du SIDA peuvent non seulement aider les détenues à vivre avec le VIH/SIDA, mais ils peuvent aussi contribuer à la création de groupes de soutien formés de pairs en milieu carcéral et à l'extérieur⁴⁸⁹.

Tracy Brownlee, qui faisait partie auparavant du Programme de santé en milieu carcéral du Kingston AIDS Project, a présenté au CESP une proposition en vue de la création d'un programme de formation sur la santé et de soutien des femmes. Le programme proposé vise à encourager la promotion de l'autonomie et de l'état complet de bien-être chez les détenues et à accroître le niveau de choix, d'estime et de maîtrise de soi que possèdent les femmes afin de maximiser leur propre bien-être. Pour y parvenir, il faudrait se pencher sur les questions plus générales auxquelles font face les femmes et inclure une définition générale de la santé et du bien-être. Les questions de santé physique (p. ex. le VIH et le SIDA), mentale (p. ex. la consommation de drogues), affective (p. ex. la dépression et les abus) et spirituelle (p. ex. l'état de bien-être et l'estime de soi) seraient abordées. La prévention des maladies, la réduction du stress, la santé mentale, spirituelle et affective ainsi que l'autonomie physique recevraient la même attention. Les femmes auraient également l'occasion de partager et d'apprendre des moyens efficaces de faire face au stress, aux traumatismes et aux divers risques qu'elles courent sur le plan de la santé⁴⁹⁰.

Aux États-Unis, la Commission nationale sur le SIDA a signalé que «les femmes incarcérées ont été, et continuent d'être, un groupe négligé⁴⁹¹». La

[57] Afin d'améliorer cette situation, le milieu médical est en train de réviser les critères de diagnostic du SIDA, chez les femmes en particulier, et des organismes internationaux et nationaux ont recommandé d'accroître les services d'éducation, de soutien, de diagnostic et de traitement à l'intention des femmes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA.

Commission a conclu qu'il faut de toute urgence se pencher sur les besoins spéciaux des détenues et a formulé l'observation suivante:

Outre les services offerts à leurs homologues masculins, les femmes incarcérées ont un besoin désespéré d'information sur le VIH en ce qui concerne la transmission périnatale et le SIDA chez les enfants, la fréquence de tests de Papanicolaou et d'autres services offerts aux femmes et les antécédents distincts des détenues concernant les conditions de leur incarcération. En outre, les détenues enceintes ont besoin de services prénataux dans le cadre desquels des tests de dépistage du VIH sont offerts sur demande. Il est essentiel d'assurer des services de formation et de counselling de manière à permettre le libre choix en matière de reproduction⁴⁹².

Dans certains systèmes pénitentiaires, des programmes visant à répondre aux besoins particuliers des détenues en matière de VIH/SIDA ont déjà été établis. Par exemple, dans une prison provinciale à sécurité moyenne pour femmes à Montréal, les efforts d'information et de prévention impliquant des intervenants de l'extérieur ont commencé dès 1987 après que le premier cas d'une femme infectée par le VIH dans cette prison eut été déclaré. Parmi ces efforts figuraient la formation sur le VIH/SIDA à l'intention du personnel et des détenues, l'accès à des tests anonymes de dépistage du VIH effectués par des cliniques de santé communautaire de l'extérieur et la coopération avec des ressources extérieures pour l'obtention d'un soutien médical et psychosocial. Les recherches sur la séroprévalence du VIH et les facteurs de risque chez les détenues ont commencé en janvier 1988. Par suite de ces efforts, un climat de tolérance a remplacé les réactions initiales de crainte et de discrimination contre les détenues infectées par le VIH⁴⁹³.

En Nouvelle Galles du Sud, des comités de détenues atteintes du SIDA exercent leurs activités en milieu carcéral. Leur fonction consiste

à transmettre des connaissances sur la prévention du VIH/SIDA aux détenues. Parmi les méthodes utilisées, mentionnons les séances de groupe, la préparation et la distribution de dépliants et d'affiches, de pièces dramatiques, de scénarios de film vidéo et de compositions musicales. Un agent de formation sur le SIDA de l'extérieur du pénitencier aide le comité à mener ses travaux à bonne fin en fournissant des renseignements à jour. La liaison avec le personnel et les directeurs de l'établissement au sujet des activités du comité permet de garder les canaux de communication ouverts⁴⁹⁴.

Dans plusieurs établissements pour femmes des États-Unis, des programmes de formation par des pairs ont été mis au point, notamment le programme PLACE (Pleasanton AIDS Counselling and Education), qui a permis de concevoir un projet d'autoformation des détenues sur le VIH/SIDA. Ce projet met l'accent sur l'habilitation: dès le début, les intervenants du programme PLACE ont essayé de faire de ce projet *leur* programme et de faire en sorte qu'il soit défini par les détenues, selon leurs besoins, et dirigé par elles, dans le contexte extrêmement limité du milieu carcéral. Au cours de l'étape de l'autoformation, chacune d'entre elles devait assumer la responsabilité d'un exposé très rudimentaire sur différents aspects du VIH/SIDA. Cela n'a pas été facile pour bien des détenues du groupe; la plupart d'entre elles n'avaient jamais pris la parole même devant de petits groupes de personnes. Elles ont également abordé des questions plus fondamentales: l'habilitation et l'autodétermination. Par conséquent, les petits pas franchis pour assimiler de nouveaux renseignements et les présenter à un groupe ou établir des objectifs et un programme de formation sur le SIDA à l'intention de leurs consœurs détenues ont réellement été des pas géants dans le processus de l'habilitation, de l'engagement et de l'accroissement de leur estime de soi⁴⁹⁵.

Les Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons soulignent le fait qu'une attention spéciale devrait être accordée aux besoins des détenues :

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

44. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins des femmes incarcérées. Il faut apprendre au personnel qui s'occupe des détenues à faire face aux problèmes psychosociaux et médicaux associés à l'infection à VIH chez les femmes.

45. Les détenues, y compris celles qui sont infectées par le VIH, devraient recevoir des informations et des services spécialement conçus à leur intention, y compris des informations concernant la probabilité de la transmission du VIH, en particulier de la mère à l'enfant ou par des rapports sexuels. De tels rapports pouvant avoir lieu pendant le cours de la détention ou lors de la libération sur parole, les détenues devraient pouvoir se protéger de l'infection à VIH, notamment en étant munies de préservatifs et en sachant comment convaincre leur partenaire d'opter pour des relations à moindre risque. Des conseils de planification familiale devraient également être disponibles si la législation nationale le permet. Aucune pression ne devrait toutefois être exercée sur les détenues enceintes pour qu'elles interrompent leur grossesse. Les détenues, qu'elles soient séropositives ou non, devraient être à même de prendre soin de leurs jeunes enfants pendant la durée de leur incarcération.

46. Dans toutes les prisons où se trouvent des femmes, les services ci-après devraient être disponibles :

- consultations gynécologiques à intervalles réguliers, notamment pour le diagnostic et le traitement des MTS;
- services de conseil en planification familiale orientés vers les besoins des femmes;
- prise en charge des femmes enceintes dans des installations appropriées;

- soins aux enfants, y compris ceux dont la mère est infectée par le VIH;
- préservatifs et autres moyens de contraception pendant la détention et avant les périodes de libération sur parole ou de libération définitive⁴⁹⁶.

Les commentaires sur le Document de travail du CESP ont approuvé, sans exception, les conclusions du Comité au sujet des soins et des services aux détenues.

ÉVALUATION DU CESP

Le CESP a rencontré des détenues et des membres du personnel de la Prison des femmes de Kingston le 19 novembre 1992 afin de connaître leurs points de vue et suggestions sur la façon d'aborder les questions relatives au VIH/SIDA qui revêtent une importance particulière pour les détenues.

Le CESP reconnaît que les problèmes rencontrés par les détenues en milieu carcéral sont souvent le reflet de leur vulnérabilité et des abus dont bon nombre d'entre elles ont souffert à l'extérieur du milieu carcéral, et que ces problèmes sont accrues par cette vulnérabilité. La tâche de protéger les détenues contre la transmission du VIH présente donc des défis différents – et parfois plus grands – que la prévention de l'infection à VIH chez les hommes incarcérés. Par ailleurs, le CESP a constaté que, souvent, les femmes en milieu carcéral s'entraident plus et sont plus compatissantes les unes envers les autres que les hommes incarcérés. Le CESP estime que le défi consiste à répondre aux besoins et aux préoccupations des femmes, tout en tirant parti de leur capacité de faire preuve de compassion et de s'entraider. Le Comité a examiné diverses façons possibles d'y parvenir, dont les suivantes:

- La formation et l'information sur la prévention destinées spécialement aux détenues.

Le CESP a constaté que les efforts déployés en matière de formation et de prévention sur le VIH, tant en prison qu'à l'extérieur, répondent rarement

aux besoins spécifiques des femmes. Par conséquent, le besoin de programmes de formation et de prévention à l'intention des femmes s'impose. Parmi les questions qui doivent être abordées dans ces programmes, mentionnons la grossesse, la contraception, la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les activités sexuelles à faible risque et les problèmes de santé chez les femmes.

- Les efforts visant à diminuer la vulnérabilité des femmes aux abus en général ainsi qu'à l'infection à VIH et à la consommation de drogues en particulier.

Le CESP a conclu que les efforts de prévention doivent viser à permettre aux femmes de se protéger contre l'exposition au VIH. En ce qui concerne l'infection à VIH, il est souvent difficile pour les femmes de persuader leurs partenaires sexuels d'utiliser des condoms. Il est donc essentiel de les habiliter à négocier des pratiques sexuelles à risques réduits, à pratiquer des activités à risques réduits en milieu carcéral et à continuer de le faire après leur mise en liberté⁴⁹⁷. Dans une perspective plus large, il faut s'efforcer d'accroître l'estime de soi chez les femmes et de diminuer leur vulnérabilité aux abus en général.

- La promotion de la participation de la collectivité et des pairs aux efforts d'information et de prévention.

Le CESP estime qu'il sera essentiel d'appuyer et de mettre en œuvre des programmes d'information par les pairs et des programmes offerts par des groupes communautaires extérieurs. Il y a plusieurs modèles de cette approche en vigueur en milieu carcéral au Québec, aux États-Unis et en Australie. Le projet de programme de formation sur la santé et de soutien des femmes présenté au CESP est un autre exemple de programme que pourrait mettre en œuvre le SCC. L'établissement de tels programmes est prévu à l'article 77 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, et est prescrit en partie par cet article.

RECOMMANDATIONS

13. Le CESP reconnaît les préoccupations et besoins particuliers des détenues en ce qui concerne l'infection à VIH et le SIDA, et recommande que:

- (1) Le SCC devrait veiller à ce que soient offerts des programmes de formation et de prévention qui s'adressent expressément aux détenues, y compris des renseignements sur la grossesse et la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les problèmes de santé des femmes et le risque de transmission du VIH et d'autres infections lors d'activités sexuelles.
- (2) Le SCC devrait s'assurer qu'il y ait des programmes visant à habiliter les détenues et à diminuer leur vulnérabilité aux abus en général, plus particulièrement à l'égard de l'infection à VIH et la consommation de drogues.
- (3) Le SCC devrait s'assurer de la participation de la collectivité et des pairs à ces programmes.
- (4) Le SCC devrait s'assurer qu'il y ait des services de conseil et de soutien aux détenues enceintes infectées par le VIH.

14. DÉTENUS AUTOCHTONES

SITUATION ACTUELLE

Au Canada, les détenus autochtones sont surreprésentés par rapport à l'ensemble de la population carcérale. En 1991-1992, ils constituaient 10,8 % des hommes et 19,8 % des femmes incarcérés dans les pénitenciers fédéraux. Dans certaines régions, les pourcentages sont encore plus élevés. Par exemple, dans la région des Prairies, les autochtones constituaient 35,5 % des hommes et 55,3 % des femmes incarcérés⁴⁹⁸. Ils représentaient environ 19 % des détenus admis dans les établissements provinciaux⁴⁹⁹. Cette proportion varie d'une région à l'autre du

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Canada, mais les détenus autochtones sont fortement surreprésentés partout. Par exemple, 6,6 % des détenus admis dans les établissements de l'Ontario sont autochtones alors que ceux-ci ne forment que 2 à 3 % de la population de cette province⁵⁰⁰.

On dispose de peu de données sur les niveaux d'infection à VIH chez les détenus autochtones. L'étude épidémiologique initiale réalisée par Hankins sur les femmes a montré que les détenues autochtones étaient surreprésentées parmi les participantes à l'étude par rapport à la population carcérale en général, mais qu'aucune n'était séropositive pour le VIH⁵⁰¹. Dans l'étude sur la prévalence du VIH parmi les entrants dans les institutions carcérales provinciales pour adultes de Colombie-Britannique, aucune des 54 détenues autochtones testées n'était séropositive. Toutefois, plusieurs détenues autochtones ayant refusé de se faire tester, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Les besoins des détenus autochtones ont été reconnus aux articles 79 à 84 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Voici, notamment, le libellé des articles 82 et 83:

82. (1) Le Service [SCC] constitue un Comité consultatif autochtone national et peut constituer des comités consultatifs autochtones régionaux ou locaux chargés de le conseiller sur la prestation de services correctionnels aux délinquants autochtones.
- (2) À cette fin, les comités consultent régulièrement les collectivités autochtones et toute personne compétente sur les questions autochtones.
83. (1) Il est entendu que la spiritualité autochtone et les chefs spirituels ou aînés autochtones sont respectivement traités à égalité de statut avec toute autre religion et chef religieux.
- (2) Le Service prend toutes mesures utiles pour offrir aux détenus les services

d'un chef spirituel ou d'un aîné après consultation

- (a) du Comité consultatif autochtone national et
- (b) des comités régionaux et locaux concernés.

DÉBAT

Au cours de l'automne 1992, le cabinet Trasher Consultants a étudié, pour le compte du Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA, les questions relatives au VIH/SIDA et aux détenus autochtones au Canada. En mars 1993, il a rendu public un rapport final sur le SIDA et les détenus autochtones⁵⁰². La recherche avait pour but

de déterminer la nature et l'ampleur du problème, d'examiner les mesures prises actuellement pour aborder les questions de prévention et de traitement chez les détenus HIV-positifs, d'évaluer le bien-fondé de ces efforts, d'établir la nature des besoins non satisfaits des détenus autochtones en matière d'éducation, d'indiquer des façons de répondre de manière plus adéquate à ces besoins en milieu carcéral et dans le cadre de la surveillance communautaire et de faire en sorte que les initiatives proposées soient conformes aux valeurs culturelles, aux croyances et aux pratiques des autochtones.

En ce qui concerne les taux d'infection chez les détenus autochtones, le rapport cite le représentant d'un établissement selon lequel «si tous les détenus autochtones en milieu carcéral subissaient un test de dépistage, le taux d'infection à VIH serait élevé⁵⁰³». Cependant, d'après certains agents correctionnels, les taux d'infection à VIH chez les détenus autochtones sont faibles parce que «ceux-ci ont tendance à avoir moins de rapports sexuels en milieu carcéral que les détenus non autochtones» et que «l'usage de drogues chez les détenus autochtones est généralement davantage relié à la consommation d'alcool et de pilules et à l'aspiromanie qu'à

l'usage de drogues injectables». Toujours selon le rapport, tant qu'une enquête nationale sur la séroprévalence ne sera pas menée auprès des détenus du Canada, il sera impossible de déterminer l'ampleur du problème du VIH/SIDA chez les détenus autochtones et non autochtones. Les auteurs du rapport recommandent donc que le SCC «confie dans le cadre d'un contrat à un organisme médical indépendant la tâche de procéder à des tests de dépistage anonymes pour établir la séroprévalence dans un échantillon d'établissements correctionnels fédéraux de la région des Prairies pour déterminer la prévalence du VIH/SIDA dans l'ensemble de la population incarcérée^{504[58]}».

Les auteurs du rapport signalent qu'il n'existe pas de principes directeurs ni de procédures spécifiques applicables aux détenus autochtones. Ils passent ensuite brièvement en revue bon nombre des questions soulevées par le VIH/SIDA dans les établissements correctionnels. Voici un aperçu de certaines de leurs conclusions⁵⁰⁵.

En ce qui concerne l'usage de drogues injectables, le rapport souligne que le problème le plus grave auquel font face les détenus autochtones en ce qui concerne le VIH est le partage d'aiguilles pendant l'usage de drogues injectables. Les détenus autochtones et les cadres correctionnels d'un établissement fédéral ont estimé qu'environ 30 détenus (sur une population incarcérée totale de 249) utilisaient environ 18 aiguilles, alors que les détenus estimaient qu'il y avait au moins 40 aiguilles dans l'établissement. En tout cas, les détenus sont conscients que les aiguilles ne peuvent être nettoyées adéquatement entre chaque utilisation. La méthode utilisée le plus souvent pour le nettoyage des aiguilles consiste à se servir d'eau chaude. Dans de nombreux cas, les aiguilles sont partagées avec d'autres détenus autochtones.

En ce qui concerne la disponibilité de l'eau de Javel, le rapport indique que dans certains établissements celle-ci est mise officiellement à la disposition des détenus dans divers endroits (p. ex. à la blanchisserie et dans les aires d'entreposage des produits de nettoyage). Dans la mesure du possible, l'eau de Javel sert à nettoyer les aiguilles. Cependant, étant donné qu'il s'agit d'une pratique illégale, le nettoyage des aiguilles à l'eau de Javel est au mieux une activité aléatoire, car les détenus doivent être constamment conscients du risque de se faire prendre et de voir leur aiguille confisquée. En outre, l'eau de Javel n'est pas toujours disponible.

Le rapport signale également que presque tous les détenus interrogés ont mentionné qu'un autre problème grave sur le plan du VIH/SIDA était la pratique généralisée du tatouage en milieu carcéral chez les détenus autochtones. Le tatouage fait partie intégrante de la culture des détenus autochtones. Il est pratiqué par les détenus qui connaissent bien cette activité à l'aide de divers instruments disponibles. Il s'agit rarement d'instruments de tatouage professionnels. Des détenus ont déclaré que toutes sortes d'objets allant du verre brisé aux cordes de guitare aiguisées servent au tatouage. Le fait que le tatouage soit «illégal» en milieu carcéral explique l'utilisation de ces divers instruments non hygiéniques.

Les auteurs du rapport tentent de déterminer si, et dans quelle mesure, les détenus autochtones constituent un «groupe ayant des besoins spéciaux» en ce qui concerne le VIH/SIDA et les conséquences qui pourraient s'ensuivre⁵⁰⁶. Ils signalent que, selon la plupart des observateurs, le cas des détenus autochtones n'est pas différent des autres, sauf en ce qui concerne les programmes d'éducation. Cependant, deux préoccupations éventuelles ont été soulignées. La première a trait aux conséquences pour les communautés autochtones de la libération des

[58] Les auteurs ont suggéré de procéder aux tests dans les pénitenciers de la région des Prairies parce que le pourcentage des détenus autochtones est plus élevé dans cette région et que la représentation des détenus autochtones serait ainsi plus importante. Ils s'opposent à ce que les «tests ne s'adressent qu'aux détenus autochtones parce que si les résultats de ceux-ci révélaient qu'il y a un nombre important de détenus autochtones séropositifs, ceux-ci pourraient souffrir de discrimination de la part des détenus non autochtones».

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

détenus infectés par le VIH. On était d'avis que le comportement irresponsable d'un détenu (p. ex. des activités sexuelles non protégées) pourrait avoir un effet catastrophique dans une petite collectivité relativement fermée. Certains estimaient que les détenus autochtones devraient se sentir obligés de subir un test de dépistage du VIH pour s'assurer qu'ils ne constituent pas un risque pour leur collectivité. La deuxième préoccupation concerne le risque de propagation de la tuberculose dans les collectivités autochtones. On estime que la prévalence de la tuberculose «inactive» est élevée dans les communautés autochtones. Si des individus deviennent infectés par le VIH, l'affaiblissement de leur système immunitaire pourrait augmenter leur sensibilité à la tuberculose «active»⁵⁰⁷.

Les auteurs du rapport ont conclu que «de toute évidence, il n'y a pas d'épidémie de VIH/SIDA chez les détenus autochtones», mais que, par ailleurs, il y aurait lieu de s'inquiéter pour trois raisons. Premièrement, il existe maintenant un certain nombre de cas confirmés chez les détenus autochtones. Deuxièmement, à cause de la longue période (de 2 à 10 ans) pendant laquelle aucun symptôme n'est évident, il est impossible de savoir si les détenus sont contagieux. Troisièmement, les détenus pratiquent des activités à risque élevé (activité sexuelle, usage de drogues injectables et tatouage)⁵⁰⁸.

Le rapport contient diverses recommandations, dont bon nombre concernent des questions abordées dans les sections précédentes du présent Rapport final. En ce qui a trait aux questions qui s'appliquent particulièrement aux détenus autochtones, les recommandations suivantes ont été formulées⁵⁰⁹:

Qu'un cadre supérieur du Service correctionnel du Canada soit invité à devenir membre du Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA en vue de l'établissement d'une stratégie globale portant sur les questions relatives au VIH/SIDA chez les détenus autochtones en milieu carcéral.

Que le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA ou un autre organisme approprié entre en contact avec le Service correctionnel du Canada (SCC) et les ministères provinciaux des services correctionnels pour entamer des discussions afin d'établir des principes directeurs et des procédures appropriés pour la prévention du VIH/SIDA chez les détenus autochtones et la prestation d'une formation, de soins et de traitements à ceux-ci.

Que le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA entame des pourparlers avec les organismes de services juridiques et correctionnels à l'intention des autochtones (p. ex. les Aboriginal Legal Services de Toronto, le Native Clan de Winnipeg, les Native Counselling Services d'Alberta, Feather Hope d'Edmonton, etc.) afin d'établir des contacts avec les fraternités et sororités d'autochtones et autres détenus autochtones pour les encourager à subir un test de dépistage du VIH. On pourrait faire appel aux aînés autochtones dans le cadre de cette initiative.

Que l'éducation en matière de VIH/SIDA soit obligatoire pour tous les détenus autochtones et tout le personnel des établissements correctionnels.

Que le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA entame des pourparlers avec le SCC pour coordonner la conception et l'exécution d'un programme complet d'éducation en matière de VIH/SIDA devant être offert aux détenus autochtones en milieu carcéral au Canada. Le SCC devrait conclure un contrat avec un organisme autochtone approprié pour l'établissement et l'exécution de ce programme. Le programme devrait être adapté pour répondre aux besoins particuliers des détenus autochtones.

Que le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA coordonne la prestation du programme

d'éducation sur le VIH/SIDA à l'intention des organismes autochtones et non autochtones à l'extérieur du système pénitentiaire qui s'occupent des délinquants autochtones (p. ex. les centres d'accueil, les maisons de transition, les bureaux de libération conditionnelle et de probation, les services juridiques pour les autochtones, etc.).

Que le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du SIDA, de concert avec un organisme autochtone, examine la nécessité d'établir des installations et des programmes spéciaux de traitement des autochtones comme une maison pour autochtones, dans l'avenir.

En Australie, on a signalé que trois facteurs aggravent le risque que courent les détenus autochtones de contracter le VIH en milieu carcéral: la surreprésentation des autochtones en milieu carcéral en Australie, le piètre état de santé des détenus autochtones, pour lesquels le taux de prévalence de l'hépatite B est élevé, l'inopportunité de nombreux programmes et services relatifs au VIH/SIDA qui sont conçus par et pour des Australiens blancs⁵¹⁰. Il a donc été conclu qu'il faut tenir compte de l'état de santé généralement moins bon des détenus autochtones dans la conception des programmes d'éducation et de prévention à leur intention⁵¹¹. On a également dit qu'«il est vital de prendre des mesures pour garder les autochtones à l'extérieur du milieu carcéral et de réformer les procédures des systèmes pénitentiaires afin d'éviter d'accroître l'exposition des autochtones aux risques que présente le SIDA⁵¹²». Selon Nangala, les défis à relever sont évidents: (1) trouver des solutions de rechange socialement acceptables à l'incarcération des autochtones, notamment dans le cas des infractions mineures; (2) améliorer l'accès des autochtones aux services d'information et d'éducation sur la santé en milieu carcéral; (3) fournir du matériel éducatif qui tienne compte des différences culturelles, en particulier sur le plan de la langue et de la présentation générale;

(4) accroître l'accès des détenus aux moyens leur permettant de se protéger contre le VIH/SIDA et autres maladies infectieuses – par exemple, des aiguilles propres et des condoms; (5) faire en sorte que les tests restent confidentiels et volontaires et améliorer les services de counselling offerts avant et après les tests; (6) s'assurer que des autochtones ou des insulaires du détroit de Torres provenant des services de santé appropriés soient chargés d'exécuter les programmes d'éducation sur la santé en milieu carcéral à l'intention des autochtones et des insulaires incarcérés du détroit de Torres; et (7) s'assurer que les gouvernements des États et des territoires ainsi que les administrateurs des pénitenciers consultent les spécialistes de la santé dans les collectivités autochtones et restent en liaison avec ceux-ci pour que les différences culturelles soient prises en compte dans la façon d'aborder le SIDA⁵¹³.

En ce qui concerne les programmes d'éducation, Heilpern et Egger estiment qu'«ils doivent être adaptés aux attitudes, aux croyances et aux pratiques des autochtones et être exécutés par des personnes, généralement des autochtones, en qui les détenus autochtones ont confiance⁵¹⁴». «Le succès de ces programmes dépend généralement de celui des négociations avec chaque collectivité pour en arriver d'un commun accord à s'entendre sur les publics visés, les messages et le matériel⁵¹⁵.»

Le programme de la prison de Port Augusta en Australie, où une grande partie des détenus sont autochtones, constitue un exemple de l'établissement de programmes conçus pour les détenus autochtones. Dans cette prison, des travailleurs sociaux dans le domaine de la toxicomanie et de l'alcoolisme ont collaboré avec des détenus autochtones et des aînés de leurs collectivités. À la suite de négociations et de discussions avec les aînés et les détenus, un atelier sur le VIH et les collectivités autochtones a été tenu à la prison de concert avec un centre local de santé communautaire autochtone^{516[59]}.

[59] Pour plus de renseignements sur le programme d'éducation par les pairs des services correctionnels de la Nouvelle-Galles du Sud à l'intention des détenus autochtones, se reporter *National AIDS Bulletin*, octobre 1993, p. 16.

ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS POSSIBLES

Les commentaires sur le Document de travail du CESP ont approuvé, sans exception, les conclusions du Comité au sujet de l'éducation, des soins et des services pour les détenus autochtones. Toutefois, le Comité consultatif national sur le SIDA a exprimé le regret que le Document de travail «n'adopte pas une position ferme sur l'acquisition des données concernant la corrélation entre VIH, milieu carcéral et détenus autochtones» et ne formule pas «une recommandation claire, concise et ferme à ce sujet». Le même Comité a en outre proposé que «la collecte de données portant sur la prévalence et le comportement devrait être principalement dirigée par les détenus eux-mêmes, en consultation avec le personnel-ressource compétent». Les Native Counselling Services d'Alberta ont demandé la mise en place d'un réseau d'aide aux détenus autochtones infectés par le VIH, qui devrait également inclure un service de counselling pour les membres de leurs familles.

ÉVALUATION DU CESP

Afin d'en savoir plus sur les besoins et les préoccupations des détenus autochtones, le CESP a tenu une consultation de deux jours avec la Native Sisterhood of the Prison for Women et des représentants des fraternités d'autochtones de plusieurs pénitenciers des environs. Cette consultation, qui a eu lieu dans un cadre de prière et de danse au son du tambour, a permis de tenir des discussions de groupe sur les besoins et les préoccupations des détenus autochtones relativement au VIH/SIDA et à la consommation de drogues. Le CESP a été impressionné par les propositions formulées dans le cadre de cette consultation au sujet de certains de leurs besoins et préoccupations. Mentionnons entre autres la proposition de créer des affiches afin de sensibiliser les détenus autochtones au sujet du SIDA et celle d'établir des programmes d'éducation par des pairs autochtones.

Le CESP appuie sans réserve de telles initiatives, prises par et pour les détenus autochtones, qui reconnaissent leurs valeurs culturelles et leurs

besoins particuliers et augmentent leurs chances d'améliorer leur santé. Les propositions présentées au CESP lors de la consultation tenue à la prison des femmes sont des exemples de cette approche. Le CESP estime que les initiatives suivantes inciteraient à redoubler d'efforts pour répondre aux problèmes spéciaux relatifs à l'infection à VIH rencontrés par les détenus autochtones:

1. L'établissement de programmes d'information et de prévention qui répondent aux besoins particuliers des détenus autochtones.
2. La participation de la collectivité et des pairs à ces programmes. Les collectivités autochtones et les aînés, ainsi que les détenus autochtones, devraient participer à l'élaboration, à la conception et à la mise en oeuvre de programmes d'éducation, de prévention, de soins et de rétablissement.
3. L'accroissement des efforts des détenus autochtones, de leurs collectivités et des aînés, à l'intention des détenus autochtones, avec l'aide du SCC et d'autres organismes pour améliorer l'état de santé des détenus autochtones. Il faudrait aussi permettre aux détenus autochtones d'avoir accès aux guérisseurs, aux cérémonies de guérison et aux médicaments traditionnels.
4. L'accroissement des efforts pour diminuer la vulnérabilité des détenus autochtones à l'exposition aux maladies infectieuses, en particulier l'infection à VIH, à la consommation de drogues et à ses dangers et à l'incarcération.

Le CESP estime que ces efforts seraient conformes aux articles 79 à 84 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* et sont prescrits en partie par ceux-ci.

RECOMMANDATIONS

- 14. Le CESP reconnaît les préoccupations et les besoins particuliers des détenus autochtones en ce qui concerne l'infection à VIH et le SIDA et recommande que le SCC améliore les efforts qu'il déploie**

MISE EN APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DU CESP

actuellement pour répondre à ces besoins de la manière suivante :

- (1) Le SCC devrait veiller à ce que, conformément à sa politique actuelle, les détenus autochtones aient accès aux guérisseurs, aux cérémonies de guérison et aux médicaments traditionnels.
- (2) Il faudrait créer des programmes d'éducation et de prévention qui répondent aux besoins spécifiques des détenus autochtones.
- (3) Il faudrait encourager des groupes d'autochtones, des aînés et des guérisseurs à livrer ces programmes, ou y contribuer.
- (4) Le SCC, de concert avec Santé Canada et d'autres instances, devrait financer des groupes, des aînés ou des guérisseurs autochtones qui fourniront cette éducation.
- (5) Il faudrait encourager et aider les détenus autochtones à mettre au point leurs propres programmes d'éducation, de counselling et de soutien par les pairs.
- (6) Le SCC, de concert avec Santé Canada et d'autres instances, devrait financer ces programmes.

recommandations et pour évaluer le document. Le CESP convient de la nécessité d'inclure une telle modalité dans son Rapport final et dans ses recommandations, et estime que le Service correctionnel du Canada devrait mettre sur pied un mécanisme permettant de contrôler l'application des recommandations contenues dans le Rapport du CESP et d'en faire régulièrement rapport.

Ainsi, pour s'assurer que l'on donne suite à ses recommandations, le CESP formule la recommandation finale suivante :

- 15. Le CESP recommande que l'application des mesures prescrites par ses recommandations soit examinée tous les six mois par une ou plusieurs personnes indépendantes du SCC, et que les résultats de cet examen soient communiqués au public.**

15. MISE EN APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DU CESP

Plusieurs personnes qui ont fait des commentaires à l'égard du Document de travail ont signalé que, dans le Document, le CESP n'avait pas adopté de modalité claire pour vérifier que des mesures sont effectivement prises pour donner suite à ses recommandations. Ces personnes ont préconisé la mise en oeuvre d'une stratégie pour vérifier l'adoption des mesures prescrites par les

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

CONCLUSION

Le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons a effectué une analyse approfondie de quatorze questions majeures soulevées par l'infection à VIH et par l'usage de drogues dans les établissements carcéraux fédéraux. Le Comité estime qu'afin de prévenir la transmission du VIH et ses conséquences néfastes dans les établissements pénitentiaires, il sera nécessaire de réagir à chacun de ces points et de donner suite aux recommandations qu'il a formulées.

Le Canada doit saisir l'occasion exceptionnelle d'agir et réduire les effets néfastes du VIH/SIDA et les risques reliés à l'utilisation de drogues, et de protéger la santé des détenus, des employés correctionnels et de l'ensemble de la population. Les taux d'infection sont encore relativement faibles dans les établissements carcéraux, surtout si on les compare à ceux de bon nombre d'autres pays industrialisés. Des programmes d'échange d'aiguilles ont été mis sur pied dans de grandes villes canadiennes à une époque où les taux d'infection chez les consommateurs de drogues injectables étaient encore relativement faibles. Les programmes ont permis de réduire la propagation de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables, de leur offrir de l'éducation et de leur faciliter l'accès à divers services d'appui. Étant donné que plusieurs utilisateurs de drogues injectables purgent du temps en prison, en rapport avec leur usage de drogues ou avec des crimes liés à celles-ci, ces programmes d'échange d'aiguilles ont contribué de façon importante à la

prévention de la propagation de l'infection à VIH dans les prisons.

Le fait que le taux d'infection est encore relativement faible dans les établissements pénitentiaires canadiens ne signifie pas pour autant qu'il faut reporter à plus tard l'application des mesures qui sont nécessaires pour éviter la propagation de l'infection. Bien au contraire, cela signifie que ces mesures doivent être prises dans les plus brefs délais afin d'empêcher les taux d'infection d'atteindre les taux élevés que connaissent d'autres systèmes pénitentiaires. Toutes les mesures appliquées dès maintenant à cette fin profiteront aux détenus, aux employés et à la population.

Premièrement, elles permettront de protéger la santé des détenus. L'incarcération est une punition en soi, non pas une opportunité de punitions supplémentaires. Il faut respecter les droits humains des détenus, hormis les droits dont ils sont privés du fait de leur incarcération. Plus particulièrement, ils ont le droit d'être protégés contre les maladies, et les autorités carcérales et gouvernementales se doivent de prendre des mesures contre la propagation de l'infection à VIH. Deuxièmement, elles protégeront également le personnel correctionnel. En diminuant la prévalence des infections dans les établissements correctionnels, on diminue le risque d'exposition à ces infections. Il ne faut pas considérer les efforts déployés pour prévenir les infections comme des mesures favorisant les détenus ou les membres

CONCLUSION

du personnel, car les efforts de protection des uns ne s'opposent pas aux efforts de protection des autres.

Enfin, les mesures destinées à empêcher la propagation de l'infection à VIH dans les prisons protègent également l'ensemble de la population. En effet, elles sont imposées par une politique judicieuse en matière de santé publique. La plupart des détenus purgent une peine d'incarcération relativement courte et sont ensuite libérés dans la collectivité. Il faut, pour protéger la société, que les mesures de prévention du VIH/SIDA soient appliquées dans le milieu carcéral, tout comme elles le sont à l'extérieur. En général, les mesures visant à promouvoir et à protéger la santé des détenus auront pour effet de promouvoir et de protéger la santé de tous les Canadiens.

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Rapport final

RÉFÉRENCES

1. Commentaires du Dr Dorothy Blake, directrice adjointe, Programme global sur le sida, OMS, sur le Document de travail du CESP, 2 septembre 1993.
2. Harding, T., «HIV Infection and AIDS in the Prison Environment : A Test Case for the Respect of Human Rights», dans Strang, J., Stimson, G. (éd.), *AIDS and Drug Misuse*, New York, Routledge, 1990, p. 197-207, p. 206.
3. Brewer, T.F., «HIV in Prisons: The Pragmatic Approach», *AIDS*, 1991, 5, p. 897.
4. Somerville, M.A., Orkin, A.J., «Human Rights, Discrimination and AIDS: Concepts and Issues», *AIDS*, 1989, 3, p. S283-287, p. S286, où il est fait état de Sullivan, K.M., Field, M., «AIDS and the Coercive Power of the State», *Harvard Civil Rights - Civil Liberties Law Review*, 1988, 23, p. 139-197.
5. Neveloff Dubler, N., Bergman, C.M., Frankel, M.E. et coll., «Management of HIV Infection in New York State Prisons», *Columbia Human Rights Law Review*, 1990, 21, p. 363-400, p. 365, avec de nombreuses références.
6. Brewer, *supra*, note 3, p. 897.
7. *Mission du Service correctionnel du Canada*, 3^e éd., Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1991.
8. *Ibid.*, p. 8.
9. National Commission on Marihuana and Drug Abuse, deuxième rapport, «Drug Use in America», *Problem in Perspective*, 1973, 9, p. 28, cité dans Jonas, S., «Solving the Drug Problem : A Public Health Approach to the Reduction of the Use and Abuse of Both Legal and Illegal Recreational Drugs», *Hofstra Law Review*, 1990, 18, p. 751-793, p. 756.
10. Aldrich, M.A., «Legalize the Lesser to Minimize the Greater: Modern Applications of Ancient Wisdom», *The Journal of Drug Issues*, 1990, 20(4), p. 543-553, p. 547, où il est fait état de Siegel, R.K., *Les paradis artificiels*, Paris, Éditions MA, 1990; Weil, A., *The Natural Mind: A New Way of Looking at Drugs and the Higher Consciousness*, Boston, MA, Houghton Mifflin, 1972.
11. Riley, D., «Drug Use in Prisons: A Harm Reduction Approach», mémoire présenté au CESP, janvier 1993, p. 3-4.
12. *Ibid.*

Références

13. Correctional Service Canada, *Study to determine the incidence of psychiatric and behavioural disturbance among federally incarcerated offenders: Appendices A through H*, 1988, Ottawa, Service correctionnel du Canada. Service correctionnel du Canada, Direction de la recherche et de la statistique, *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 1990, vol.2, n° 4, Ottawa.
14. Riley, *supra*, note 11, p. 3-4.
15. Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Choopanya, K., et coll., «International Epidemiology of HIV and AIDS among Injecting Drug Users», *AIDS*, 1992, 6, p. 1053-1068, p. 1062.
16. Harding, T.W., Schaller, G., «HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners?» dans Mann, J.M., Tarentola, D.J.M., Netter, T.W. (éd.), *AIDS in the World*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992, p. 761-769, p. 762-763.
17. Millson, P., *Évaluation d'un programme de prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues intraveineuses à Toronto*, 1991, Conseil de santé de la ville de Toronto.
18. Harding, *supra*, note 2, p. 198; cité dans Riley, *supra*, note 11, p. 2.
19. OMS, Déclaration de la consultation sur la lutte contre le SIDA dans les prisons, Programme global sur le sida, Genève, OMS, 1987.
20. Normes des services de santé, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1989.
21. *Faits et chiffres sur les services correctionnels au Canada, 1992*, Ottawa Approvisionnement et Services Canada, 1992, p. 26.
22. Hankins, C., et coll., «Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, 168, p. 15-33.
23. Rothon, D., «HIV-I Prevalence in Adult Correctional Facilities in B.C.». Cité dans *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, Annexe 8.
24. *Faits et chiffres*, *supra*, note 21, p. 33.
25. *Ibid.*, p. 34.
26. Ballard, J.G., cité dans Gilmore, N., «AIDS, Sex and Cultural Change», *SIECCAN Journal*, 1988, 3(4), p. 3-13, p.8.
27. «Philosophie correctionnelle», *Révision du droit correctionnel*, Document de travail n° 1, 1986, p. 4.
28. Hogg, P.W., *Constitutional Law of Canada*, Toronto, Carswell, 2^e éd., 1985, p. 434.
29. *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.R. (1992), ch. 20, art. 12.
30. *Ibid.*, art. 16.
31. Centre canadien de la statistique juridique, *Services correctionnels pour adultes au Canada, 1990-1991*, Ottawa, ministre de l'Industrie, de la Science et de la Technologie, 1991, p. 18.
32. McKie, C., «Population carcérale», *Tendances sociales canadiennes*, 1987, 2, p. 5.
33. Révision du droit pénal, *Compétences fédérales et provinciales en matière correctionnelle*, Document de travail n° 8, 1988, p. 3.
34. Commentaires de William C. Hart, président, Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, sur le Document de travail du CESP, 25 août 1993.

35. Commentaires de Rich Ludwick, agent des droits de la personne, Commission des droits de la personne du Manitoba, sur le Document de travail du CESP, 17 août 1993.
36. *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Mémoire présenté par le Prisoners with AIDS/VIH Support Action Network (PASAN) au ministre des Services correctionnels et au ministre de la Santé, juin 1992, p. 2.
37. Commentaires du Dr Diane Rothon, directrice, Health Services, B.C. Corrections, sur le Document de travail du CESP, 7 septembre 1993.
38. Ford, P.M., Connop, P.J., Panaro, L., et coll., *Seroprevalence of HIV-1 in an Ontario Male Medium Security Penitentiary*, document non publié, 1993 (pour en obtenir un exemplaire, s'adresser au Dr P. Ford, Etherington Hall, Queen's University, Kingston (Ontario) Canada K7L 3N6).
39. *Ibid.*
40. Hankins et coll., *supra*, note 22, p. 168.
41. Hankins, C., et coll., «Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus Infection Among Incarcerated Women», *Clinical and Investigative Medicine*, 1990, 13 (Suppl. B59), résumé 371.
42. Hankins, C., et coll., «Infection au VIH-1 chez les hommes incarcérés - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1991, vol. 17-43, p. 233-234.
43. Rothon, D., *supra*, note 23.
44. Rothon, *supra*, note 43, p. 5.
45. Correspondance entre le Dr Roy, directeur général des Services de santé, SCC, et le Dr Hankins, 24 septembre 1991.
46. *Ibid.*
47. Correspondance entre le Dr Hankins et le Dr J. H. Roy, directeur général des Services de santé, SCC, 2^e octobre 1991.
48. *Ibid.*
49. Service correctionnel du Canada, Services de santé, Statistiques sur le VIH/SIDA, février 1994.
50. *Ibid.*
51. Hankins, C., *HIV Behind Bars: Where Do We Stand*, exposé présenté à la Sixième conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA, du 1^{er} au 3 novembre 1992, «Living with HIV/AIDS».
52. *Le SIDA : un défi, Rapport du Comité parlementaire sur le SIDA*, 1990, p. 52.
53. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 762, où il est fait état de Harding, T.W., «AIDS in Prison», *The Lancet*, 1987, 2, p. 1260-1263.
54. Heilpern, H., Egger, S., *AIDS in Australian Prisons - Issues and Policy Options*, Canberra, Department of Community Services and Health, 1989, p. 21.
55. Hammett, M., Daugherty, A.L., *1990 Update : AIDS in Correctional Facilities*, Washington, DC, Department of Justice, 1991, p. 14.
56. US National Commission on AIDS, *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*, Washington, DC, The Commission, 1991, p. 10.

Références

57. Harding, T.W., Schaller, G., *HIV/AIDS and Prisons : Updating and Policy Review*, enquête sur 55 systèmes carcéraux dans 31 pays, Genève, OMS, Programme global sur le sida, 1992, p. 20.
58. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 30.
59. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 762; Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 21.
60. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 762.
61. Vaccher, E., et coll., «Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection Among Prisoners in North Eastern Italy», *Infection*, 1988, 16(4), p. 251-259.
62. Espinoza, P., et coll., «Forte prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et le virus HIV chez les toxicomanes français incarcérés», *Gastroenterology and Clinical Biology*, 1987, 11, p. 288-292.
63. Harding et Schaller, *supra*, note 57, p. 21.
64. Hammett, T. M., *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*, 3^e édition, Washington, D.C., U.S. Department of Justice, 1988, p. 26.
65. US National Commission, *supra*, note 56, p. 15.
66. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 59 (recommandation n° 39).
67. *Ibid.*, p. 54.
68. *Ibid.*
69. Handley, M., Hankins, C., *Feasibility of Epidemiological Research to Determine HIV-1 Prevalence and Associated Risk Factors Among Federal Prison Inmates across Canada*, 2^e conférence nationale annuelle sur le VIH/SIDA, Vancouver, 28-29 mai 1992, résumé n° 59.
70. Lettre du Dr Jacques Roy, 1^{er} avril 1992.
71. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *Draft Statement on HIV/AIDS in Correctional Facilities*, Secrétariat national sur le SIDA, 22 novembre 1991.
72. Hankins, C., mémoire présenté au CESP, 24 octobre 1992, p. 1.
73. Hankins, *supra*, note 47.
74. PASAN, *supra*, note 36, p. 34.
75. *Ibid.*, p. 33.
76. *Ibid.*, p. 24.
77. *Ibid.*
78. Centre fédéral sur le SIDA, «Guidelines on Ethical and Legal Considerations in Anonymous Unlinked HIV Seroprevalence Research», (Working Group on Anonymous Unlinked HIV Seroprevalence), *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1990, 143, p. 625-627.
79. PASAN, *supra*, note 36, p. 24.
80. *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993, p. 9.
81. Commentaires de Glenn Betteridge, étudiant, Faculté de droit, Université McGill, sur le Document de travail du CESP, 12 septembre 1993.

82. Commentaires de la D^{re} Liviana Calzavara, professeure adjointe, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Faculté de Médecine, Université de Toronto, sur le Document de travail du CESP, 11 août 1993.
83. Ford, *supra*, note 38.
84. Commentaires de la D^{re} Diane Rothon sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 37.
85. Centre fédéral sur le SIDA, *supra*, note 78.
86. Association médicale canadienne, *Counselling Guidelines for Human Immunodeficiency Virus Serologic Testing*, Ottawa, 1993.
87. «Recherche de l'anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Recommandations du Comité consultatif national sur le SIDA», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, vol.15-8, p. 37.
88. *Directives de l'OMS*, *supra*, note 80.
89. *Supra*, note 87, p. 41.
90. Ministère de la Justice de Terre-Neuve et du Labrador, Adult Corrections Division, *Policy Directive 16.40.06*, section : Special Health Care Services - HIV/AIDS, révisée le 1^{er} avril 1992.
91. *Dion c. la Reine* (1986), 30 C.C.C. (3^e) 108 (Cour supérieure du Québec).
92. Bartlett, W.C., *Le SIDA, questions juridiques d'intérêt fédéral*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 1988, p. 9.
93. (1990) 55 C.C.C. (3^e) 50.
94. Voir l'article de G. Roy intitulé «L'analyse d'urine : le point de vue juridique», paru dans *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 1990, 2(4), p. 26-30.
95. Comité du caucus du Parti progressiste-conservateur sur les questions familiales. *Recommendations for HIV/AIDS Testing of Federal Prison Inmates on Conditional Release Programs*. Ottawa, 8 juin 1993, p. 2.
96. *Ibid.* p. 2.
97. Linhart M., *An HIV Positive Prisoner's View*, exposé présenté à la sixième conférence annuelle sur le SIDA de la Colombie-Britannique, «Living with HIV/AIDS», Vancouver, 1^{er} au 3 novembre 1992. Voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*, annexe 8.
98. PASAN, *supra*, note 36, p. 25; Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 53-54.
99. PASAN, *supra*, note 36, p. 25.
100. *Ibid.*
101. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71.
102. PASAN, *supra*, note 36, p. 24; Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, résolution adoptée à l'assemblée générale annuelle de 1991 (document présenté au CESP par la Société Elizabeth Fry de Calgary, 14 décembre 1992).
103. PASAN, *supra*, note 36, p. 24-25, extrait de *College Notices* (1992, 24) de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.
104. Hankins, *supra*, note 72, p. 2.

Références

105. Commentaires de Rodger Brock, directeur, établissement Matsqui, sur le Document de travail du CESP, 27 août 1993.
106. Commentaires de Michael Linhart au nom du Prisoners of HIV Group, établissement de Mission, 7 septembre 1993.
107. Commentaires de Julien Delisle, directeur exécutif, Commissariat à la protection de la vie privée au Canada, sur le Document de travail du CESP, 23 août 1993.
108. Toepell, AR., *Prisoners and AIDS--Knowledge, Attitude and Behaviour. A Research Study of Inmates in the Toronto Region*, John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1992, p. 34.
109. Commentaires de Michael Linhart, *supra*, note 106.
110. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 53.
111. Brown J., Major C. et Bowlby A., HIV Anonymous Testing - Does it Make a Difference? *Can J Infect Dis*, 1993; 4(suppl. B):36B.
112. Comité consultatif national sur le SIDA, *Le VIH et les droits de la personne au Canada*, 1992, p. 17.
113. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial, *supra*, note 71 (recommandation n° 2).
114. PASAN, *supra*, note 36, p. 22, recommandation n° 24.
115. *Ibid.*, p. 22.
116. *Discrimination - The Other Epidemic. Report of the Inquiry into HIV and AIDS Related Discrimination*. New South Wales Anti-Discrimination Board, 1992, p. 59 (recommandation n° 56).
117. US National Commission, *supra*, note 56, p. 36.
118. D.C. Prisoners Legal Services Project, Inc. *Proposed HIV Policy for the District of Columbia Department of Corrections*, 1991, p. 29-30.
119. Conseil national du sida. *Prison, SIDA et confidentialité. Rapport et Avis du Conseil national du sida sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire*. Le Conseil, 1993.
120. *Ibid.*, p. 38 à 41.
121. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 5.
122. Commentaires de Julien Delisle sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 107.
123. Commentaires de Rodger Brock sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 105.
124. Commentaires de Cheryl White, coordonnatrice des services d'approche carcéraux, projet sur le sida de Kingston, sur le Document de travail du CESP, 24 août 1993.
125. Note de M. H. Zazulak, avocat général, SCC, au Dr J.H. Roy, directeur général, Services de santé, 13 juillet 1992.
126. Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, *Le SIDA et la Loi sur la protection des renseignements personnels*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1989, p. 40.
127. *Ibid.*
128. *Ibid.*
129. *Ibid.*

130. PASAN, *supra*, note 36, p. 24.
131. *Ibid.*, p. 22 (recommandation n° 23).
132. Bureau régional de l'Ontario du SCC, séminaire «HIV in the Workplace: Knowledge is the key to Prevention», résumé de petits groupes d'étude, p. 3 (présenté au CESP par D. Zoutman, 12 janvier 1993).
133. Harding et Shaller, *supra*, note 16, p. 765.
134. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 73. Pour un aperçu de la situation en Australie, voir B. Schurr, «Prisoner's Rights: Treatment, Testing, Accomodation and Privacy of Documents», dans Norberry, J. et coll. (éd.), *HIV/AIDS and Prisons*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1991, p. 181-191, p. 188.
135. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 765.
136. US National Commission, *supra*, note 56, p. 34.
137. *The National Prison Project, Recommendations of the National Prison Project on Care and Treatment of HIV-Infected Prisoners*, Washington, DC.
138. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 5.
139. Commentaires de Cheryl White sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 124.
140. Kerr, S., «HIV/AIDS: Management of HIV Antibody Positive Offenders», dans Fortuin, J. (éd.), *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System*, Australian Institute of Criminology, Canberra, 1992, p. 45-64, p. 53.
141. Conseil national du sida, *supra*, note 119, p. 18.
142. PASAN, *supra*, note 36, p.21.
143. B.C. Civil Liberties Association, *AIDS Discrimination in Canada*, 1989, p. 23.
144. Association médicale canadienne, «Sommaire de politique de l'AMC - Infection à VIH au travail», Ottawa, L'Association, 1993, Laboratoire de lutte contre la maladie, «Risques de transmission des pathogènes à diffusion hématogène dans les établissements de soins de santé», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1992, 18, p. 177-184, p. 178, Gerberding, J.L., Littell, C., Tarkington, A. et coll., «Risk of Exposure of Surgical Personnel to Patients' Blood during Surgery at San Francisco General Hospital, *New England Journal of Medicine*, 1990, 322, p. 1788-1793.
145. Rapport de la Commission of Inquiry into the Confidentiality of Health Information, [Krever Commission], Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1980, 2, p. 91.
146. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 75.
147. *Ibid.*
148. B. C. Civil Liberties Association, *supra*, note 143, p. 21.
149. John Howard Society of Metropolitan Toronto. *Get the Facts. Surviving in Prison & in the Community*. Toronto : The Society, 1992, p. 77-79.
150. Linhart, *supra*, note 97.
151. PASAN, *supra*, note 36, p. 23.
152. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 766.

Références

153. *Ibid.*, p. 765.
154. *Ratte v. Kingston Penitentiary (Warden)*, Ontario Judgements: [1991] O.J. No. 1745 (Ontario Court of Justice - General Division). Pour plus de détails, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*, Annexe 4 : Jurisprudence canadienne.
155. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71.
156. Centre fédéral sur le SIDA, Groupe de travail sur l'infection à VIH et la santé mentale, *Mettre un terme à l'isolement, l'infection par le VIH et la santé mentale au cours de la deuxième décennie*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1992, p. 83-84.
157. PASAN, *supra*, note 36, p. 23 (recommandation n° 27).
158. *Ibid.*, p. 23.
159. *Ibid.*
160. National Prison Project, *supra*, note 137.
161. *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, 1993, *supra*, note 80, p. 4-5.
162. *Supra*, note 154.
163. *Supra*, note 29.
164. *Supra*, note 70.
165. *Ibid.*
166. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 49.
167. *Ibid.*
168. *Ibid.*
169. Lugosi, Z., «Some Policies Can Not Wait», *Journal of Prisoners on Prisons*, 1991, (3½), p. 81-87, p. 86.
170. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71 (recommandation n° 2).
171. Mémoire présenté par la Société canadienne du SIDA au Comité parlementaire sur le SIDA, 13 mai 1992, p. 6-7.
172. PASAN, *supra*, note 36, p. 11 (recommandations nos 1 à 5).
173. Toepell, AR., *AIDS Education Needs Assessment*, John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1992.
174. *Ibid.*, p. 56.
175. *Ibid.*, p. IV.
176. Toepell, *supra*, note 108, p. III-IV.
177. *Ibid.*
178. Mémoire soumis au CESP par le conseiller en matière de santé auprès des pairs, pénitencier de Kingston, 25 janvier 1993.
179. Mémoire soumis au CESP par le groupe Prisoners of HIV/AIDS, établissement de Matsqui, 11 février 1993.

180. Mémoire soumis au CESP par le HIV and Friends Resource Group, établissement de Mission, 2 décembre 1992.
181. Projet soumis au CESP par le HIV and Friends Support Group, 12 novembre 1992.
182. Lettre de Ole Ingstrup, commissaire, Service correctionnel, à Gerald Benoît, pénitencier de Dorchester, 21 octobre 1991.
183. Lettre de Benoît Bouchard à Gerald Benoît, AIDS Prison Group, pénitencier de Dorchester, reçue par le CESP le 18 janvier 1993.
184. *Discrimination -- The Other Epidemic*, *supra*, note 116, p. 57.
185. *Ibid.*
186. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 56-57.
187. Centre for Education and Information on Drugs and Alcohol, en collaboration avec The Prison AIDS Project of the N.S.W. Department of Corrective Services, *National Prisons HIV Peer Education Program : Training Manual*, Sydney, 1991.
188. *Ibid*, p. 5.
189. *Ibid*, p. 19.
190. *Ibid.*
191. *Ibid.*
192. Walsh, T., «Women Prisoners and HIV/AIDS,» dans Norberry, J. et coll., *supra*, note 134, p. 269-271, p. 269.
193. US National Commission, *supra*, note 56, p. 17.
194. *Ibid.*, p. 18-21 (recommandations à l'intention de la National Commission on AIDS, élaborées par Nicholas Freudenberg, professeur en santé communautaire et directeur exécutif, Center for Community Action to Prevent AIDS, Hunter College School of Health Sciences, CUNY, et conseiller en matière d'éducation sur le SIDA, Montefiore Rikers Island Prison Health Services, août 1990).
195. *Ibid*, p. 21.
196. The National Prison Project, *supra*, note 137.
197. *Ibid.*
198. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 2-3.
199. Commentaires du Dr Rothon sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 37.
200. Commentaires de Andréa Riesch Toepell sur le Document de travail du CESP, 20 septembre 1993.
201. Réponse d'un détenu de l'établissement Mission au questionnaire du CESP.
202. PASAN, *supra*, note 36, p. 34-35.
203. US National Commission, *supra*, note 56, p. 18.
204. *Ibid.*, p. 19.
205. Réponse d'un détenu du pénitencier de Kingston au questionnaire du CESP.
206. Eno, J., «La lutte contre la toxicomanie», *Entre nous*, Ottawa, SCC, novembre 1992, p. 4.

Références

- 207. *Ibid.*
- 208. *Ibid.*
- 209. Rapport final du Groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1991, p. 48.
- 210. *Ibid.*, p. 48.
- 211. Eno, *supra*, note 206, p. 7.
- 212. *Ibid.*
- 213. *Ibid.*
- 214. PASAN, *supra*, note 36, p. 17 (recommandation n° 11).
- 215. Riley, *supra*, note 11, p. 9.
- 216. *Directives de l'OMS, supra*, note 80, p. 3-4.
- 217. Commentaires du Dr Hankins sur le Document de travail du CESP, 30 août 1993.
- 218. Commentaires de Michael Linhart sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 106.
- 219. Eno, *supra*, note 206, p.7.
- 220. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 93.
- 221. Résultats de l'enquête sur la disponibilité des lubrifiants menée par la Direction des services de santé du SCC et soumis au CESP le 30 août 1993.
- 222. Thomas, P.A., «HIV/AIDS in Prisons», *The Howard Journal of Criminal Justice*, 1990, 29, p. 1-13, p. 5.
- 223. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 40, où il est fait état de Hough, A., Schwartz, D.M., *Aids and Prisons : Working our Way out of the Maze*, document présenté dans le cadre de l'Industrial Issues Workshop, Conférence nationale [australienne] sur le SIDA, 1985.
- 224. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 52.
- 225. Decker, M.D. et coll., «Seroepidemiology of Hepatitis B in Tennessee Prisons», *Journal of Infectious Diseases*, 150 p. 450; Nacci, P., Kane, T., *Sex and Sexual Aggression in Federal Prisons*, Washington, Federal Bureau of Prisons, 1982, p. 7-9.
- 226. Pagliaro, L.A., Pagliaro, A.M., «Sentenced to Death ? HIV Infection and AIDS in Prisons--Current and Future Concerns», *Revue canadienne de criminologie*, 1992, p. 201, p. 205, où il est fait état de Morse, D., et coll., «The Epidemiology of AIDS among New York State Prison Inmates», *International Conference on AIDS*, 5, p. 761 (résumé); Vlahov, D., et coll., «Temporal Trends of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Infection among Inmates Entering a Statewide Prison System», 1985-1987, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1989, 2(3), p. 283.
- 227. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 767.
- 228. US National Commission, *supra*, note 56, p. 16.
- 229. Comité consultatif national sur le SIDA, procès-verbal de la réunion tenue à Ottawa le 22 avril 1987, et *Déclaration relative au milieu correctionnel* du Groupe de travail sur l'infection au VIH et l'utilisation de la drogue par injection du CCN-SIDA, approuvée par le Comité le 14 décembre 1989. La déclaration figure en annexe au rapport du Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52. Voir aussi *Rapport : Le*

- Premier atelier national sur l'infection au VIH et l'injection de drogue : Stratégies de prévention*, Montréal (Québec), 26-27 mars 1990. Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1991, p. 5.
230. Société royale du Canada, *SIDA : L'État de la question au pays - Rapport de synthèse et recommandations*. La Société, 1988, p. 20 (recommandation 27).
231. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 52-59 (recommandation 38).
232. Mémoire présenté par la Société canadienne du SIDA au Comité parlementaire sur le SIDA, 13 mai 1992, p. 6.
233. Harding and Schaller, *supra*, note 16, p. 767.
234. Comité consultatif sur le VIH et le SIDA de la région de l'Ontario, SCC, région de l'Ontario, *Regional Strategy for the Health Education, Assessment, Treatment and Community Follow-Up for HIV/AIDS Offender Patients*, mémoire présenté au Comité de gestion régionale, mai 1992, p. 10.
235. *Ibid.*
236. PASAN, *supra*, note 80, p. 14 (recommandation n° 6).
237. Australian National HIV/AIDS Strategy (recommandation n° 5.8.4., citée dans *National HIV/AIDS Strategy : Beyond 1993*, Canberra, Australian Federation of AIDS Organizations, juin 1992, p. 83 (recommandation n° 10.51.2).
238. Conseil national du SIDA, *supra*, note 119, p. 37.
239. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 3.
240. Commentaires de Michael Linhart sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 106.
241. Commentaires de Rodger Brock sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 105.
242. US National Commission, *supra*, note 56, p. 16, où il est fait état du *Montefiore Medical Center Rikers Island Health Service 1990 Handout*, p. 14.
243. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 39.
244. Voir, p. ex., *The Globe and Mail*, 7 novembre 1991, p. A1.
245. Comité régional de l'Ontario, *supra*, note 234, p. 10 (recommandation n° 10).
246. PASAN, *supra*, note 36, p. 14 (recommandation n° 7).
247. Commentaires de Roger Brock sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 105.
248. Mémoire de E.F. Cormier, sous-directeur adjoint de l'Établissement Westmorland, au sujet du Document de travail du CESP, annexé aux commentaires de John Gillis, directeur de l'Établissement Westmorland, sur le Document de travail du CESP, datés du 25 août 1993.
249. *Weatherall c. Canada (procureur général)*, Cour suprême du Canada, jugement rendu le 12 août 1993, dossier n° 22633 (non publié).
250. *Sexual Assault in the Correctional Environment: [Draft] Guidelines for Staff and Inmates*, p. 1.
251. *Ibid.*
252. Dwyer J., «Minimizing the Spread of the Human Immunodeficiency Virus Within the Australian Prison System», dans Norberry J. et coll., *supra*, note 134, p. 109-114, p. 111.
253. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 41.

Références

254. Hankins, C., «AIDS and the Correctional System», *SIECCAN*, 1988, 3(4), p. 43-46, p. 43.
255. *Ibid.*, p. 43-44.
256. PASAN, *supra*, note 36, p. 14.
257. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 42.
258. *Ibid.*, p. 91.
259. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 3.
260. Coates, L., «La lutte contre la toxicomanie dans le système carcéral fédéral», *News/Action/Nouvelles* [Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies], 1991, 2(2):6-9, p. 7.
261. Riley, *supra*, note 11, p. 3, où il est fait mention du Service correctionnel du Canada, Direction de la recherche et de la statistique, Conclusions de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 1990, vol. 2, n° 4, p. 3-6, Ottawa, Service correctionnel du Canada.
262. Rapport du Groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie, *supra*, note 209, p. 13.
263. Appleby, T., «AIDS Adds Lethal Element to Widespread Drug Use in Jails», *The Globe and Mail*, 5 novembre 1991, p. A2.
264. Riley, D., *Drug Use in Prisons*, document présenté à la 6^e Conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA, Vancouver, 1^{er} au 3 novembre 1992.
265. PASAN, *supra*, note 36, p. 15.
266. Coates, *supra*, note 260, p. 7.
267. *Ibid.*
268. Appleby, *supra*, note 263.
269. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 47.
270. Appleby, *supra*, note 263, p. A1.
271. Groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie, *supra*, note 190, p. 12.
272. *Ibid.*
273. *Ibid.*, p. 23, où il est fait état de l'Étude du contrôle des objets interdits du SC.
274. Appleby, *supra*, note 263.
275. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 47.
276. Appleby, *supra*, note 263, p. A1.
277. Millson, P., *supra*, note 17.
278. PASAN, *supra*, note 36, p. 33.
279. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 38, où il est fait état de Mathews, B., «The Untold Story from Within», dans *Report of the Third National Conference on AIDS*, Canberra, Australian Government Printing Service, 1988, p. 630-634; Frape, G., *Aids and Prisons*, News South Wales Department of Correctional Services, mai 1985; Wodak, A., *AIDS and Intravenous Drug Users*, actes des séminaires et

- des séances scientifiques, Melbourne, Department of Community Medicine, St. Vincent's Hospital, 1986, p. 179-185.
280. *Ibid.*, où il est fait mention de Frape, *supra*, note 279; Mathews, *supra*, note 279; et NAC-AIDS Prison Sub-Committee, *Minimizing the Spread of Human Immunodeficiency Virus that may cause AIDS within the Australian System*, NAC-AIDS, 1987.
281. Wodak A. Behind Bars: HIV Risk-Taking Behavior of Sydney Male Drug Injectors While in Prison. Dans Norberry et coll., *supra*, note 134, 239-244, p. 240 et 241.
282. Thomas, *supra*, note 222, p. 7-10; Pickering H., Stimson, G.V., «Syringe Sharing in Prison», *The Lancet*, 1993, n° 342, p. 621-622.
283. Turnbull, P.J., Dolan, D.A., Stimson G.V., *Prison Decreases the Prevalence of Behaviours but Increases the Risks*, Poster Abstract No. PoC 4321, Huitième conférence internationale sur le SIDA, Amsterdam, 19-24 juillet 1992.
284. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 36, où il est fait mention de Vlahov, D., Polk, B.F. «Intravenous Drug Use and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Prison», *AIDS and Public Policy*, 1988, vol. 3; Harding, T.W., «AIDS in Prison», *The Lancet*, 1987, p. 1260-1263; Hammet, *supra*, note 62; Wodak, *supra*, note 279.
285. Heilpern et Egger *supra*, note 54, p. 36.
286. Tomáševski, K., «AIDS in Prisons», *AIDS*, 1991, 5 (suppl. 2), S245-S251, p. S246, et de nombreuses références.
287. Mémoire de la Société canadienne du SIDA, *supra*, note 232, p. 6.
288. Oscapella, E., *The Impact of Drug Policy on the Risk of HIV Infection in Prisons: Prohibition vs. Harm Reduction*, mémoire présenté au CESP le 24 janvier 1993.
289. Tomáševski, *supra*, note 286, p. S246.
290. Voir, p. ex., Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 93-94.
291. Comité consultatif national sur le SIDA, *supra*, note 112, p. 17.
292. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 92, où il est fait état de Norton R., «AIDS Education in United States Prisons: What Needs to be Done», dans *Report of the Third National Conference on AIDS*, Canberra, AGPS, 1988, p. 620-627.
293. Programme de prévention et de lutte contre le SIDA dans les prisons espagnoles, ministère de la Justice de l'Espagne, mai 1992, p. 1.
294. Mémoire présenté au CESP par le Dr Karl Bolli, Kantonale Strafanstalt Regensdorf, daté du 25 août 1992.
295. Harding et Schaller, *supra*, note 57, tableau 4.1.
296. Toepell, *supra*, note 173, p. 53, et de nombreuses références; voir également le Comité fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71; *Discrimination - The Other Epidemic*, *supra*, note 116, p. 58; Conseil national, *supra*, note 119, p. 36.
297. Société royale du Canada, *supra*, note 230, recommandation n° 29.
298. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 52 (recommandation n° 38).
299. Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA, *supra*, note 234, p. 12 (recommandation n° 13).

Références

300. PASAN, *supra*, note 80, p. 16 (recommandation n° 9).
301. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 4.
302. Commentaires de J. Linklater sur le Document de travail du CESP, 4 août 1993.
303. HIV/AIDS Prevention Bulletin. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, Atlanta, 19 avril 1993.
304. *Ibid.* citant *MMWR* 1982:31:577-80; *Lancet* 1984; 2:899-990; *J Infect Dis* 1985; 152:400-3; *JAMA* 1986; 255:1887-91.
305. *Ibid.*, citant Flynn et coll. Septième conférence internationale sur le SIDA, San Francisco, 1990. Abstract S.C. 761; n° 3, p.279.
306. *Ibid.*, citant Vlahov D. et coll., *Epidemiology*, 1991; vol. 2, p. 444-6, et données non publiées.
307. *Ibid.*, citant Shapshak et coll. *J AIDS* 1993; 6:218-9 [lettre].
308. *Ibid.*, citant Gleghorn A. Données non publiées.
309. *Ibid.*
310. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 767.
311. Commentaires de Kate Dolan sur le Document de travail du CESP, 14 octobre 1993.
312. Mémoires présentés au CESP par S. Bernasconi du Bureau fédéral suisse de la santé publique le 17 août 1992 et le 13 octobre 1993; voir également Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 767.
313. Riley, D., McCrimmon, C., Sheyka, K., *AIDS and Substance Use Education and Prevention : A Community Based Approach*. Abstract ThDP 85. Cinquième conférence internationale sur le SIDA, Montréal, juin 1989.
314. Communications présentées le 1^{er} mars et le 13 septembre 1993 aux D^{rs} Norbert Gilmore, président du CESP, et Ralf Jürgens, coordonnateur de projet du CESP, par M^{me} Betsy Mackenzie, consultante principale, Services d'information et d'éducation sur le SIDA, Promotion de la santé; Santé et Bien-être social Canada.
315. *Ibid.*
316. Centers for Disease Control and Prevention. *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusions and Recommendations*. The Centers, septembre 1993, p. iii-vii.
317. Kirby, M., «AIDS in Prisons in Australia», *Medico-Legal Journal*, 1991, vol. 59, n° 4, p. 252, p. 263.
318. «Guards Abhor Needles for Inmates», *The Globe and Mail*, 5 novembre 1991, p. A7.
319. PASAN, *supra*, note 36, p. 16.
320. *Ibid.*
321. *Ibid.*
322. Mémoire présenté au CESP par la Société Elizabeth Fry de Calgary, daté du 14 décembre 1992.
323. PASAN, *supra*, note 36, p. 15 (recommandation n° 8).
324. *Ibid.*, p. 16.

- 325. *Ibid.*, p. 16-17 (recommandation n° 10).
- 326. *Ibid.*, p. 17.
- 327. *Ibid.*, p. 33.
- 328. Hankins, *supra*, note 42, p. 234.
- 329. Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA, *supra*, note 234, p. 12 (recommandation n° 12).
- 330. *Ibid.*, p. 11.
- 331. Conseil de l'Europe, *Recommandation n° 1080 (1988) relative à une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons*. Le Conseil, 30 juin 1988, alinéas 14(A)i) à 14(A)viii).
- 332. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 4.
- 333. Commentaires de Brent Taylor sur le Document de travail du CESP, 24 août 1993.
- 334. *Ibid.*
- 335. Commentaires de Joan Anderson, au nom de la Société canadienne du Sida, sur le Document de travail du CESP, 23 septembre 1993.
- 336. Commentaires de Brent Taylor sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 333.
- 337. Commentaires de Glenn Betteridge sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 81.
- 338. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 768.
- 339. McLeod, F., «Methadone, Prisons and AIDS» dans Norberry et coll., *supra*, note 134, p. 248.
- 340. *Ibid.*, p. 250.
- 341. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 94.
- 342. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 4.
- 343. Lynes, D., «Methadone Maintenance in Prison: A Realistic Programme», *Journal of Prisoners on Prisons*, 1988-1989, vol. 1, n° 2, p. 9-15, p. 13.
- 344. Riley, D., «The Policy and Practice of Harm Reduction», dans Brisson, P. (éd.), *L'Usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal; Gaetan Morin (à paraître), citant Ball, JC., Lange, WR., Myers, CP. et coll., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Reducing IV Drug Use and Needle Sharing among Heroin Addicts at Risk for AIDS*, Quatrième conférence internationale sur le SIDA, Stockholm, juin 1988, Abstract 8503; Hubbard, RL., Marsden, ME., Cavanaugh, E. et coll., «Role of Drug Abuse Treatment in Limiting the Spread of Aids», *Rev Inf Dis*, 1988, vol. 10, p. 377-383; Yancovitz, S., Des Jarlais, D., Peyser, N. et coll., *Innovative HIV Risk Re-education Project*, Interim Methadone Clinic, Quatrième conférence internationale sur le SIDA, Stockholm, juin 1989, Abstract 8547; Truman, B., Schmann, JS., Brown, L. et coll., *HIV Infection among Intravenous Drug Users (IVDU) in NYC*, Cinquième conférence internationale sur le SIDA, Montréal, juin 1989, Abstract TAP 54; Novick, DM., Joseph, H., Croxson, TS. et coll., «Absence of Antibody to HIV in Long Term Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients», *Arch Internal Med*, 1990, vol. 150, p. 97-99; Williams, A., Vranzican, K., Gorter, R. et coll., *Methadone Maintenance, HIV Serostatus and Race in Injection Drug Users (IDUs) in San Francisco, Ca.*, Sixième conférence internationale sur le SIDA, San Francisco, juin 1990, Abstract SC 748; Blix, O., Grondbladh, L., *AIDS and IV Heroin Addicts : The Preventive Effect of Methadone Maintenance in Sweden*, Quatrième conférence internationale sur le SIDA, Stockholm, juin 1988,

Références

- Abstract 8548; Shoenbaum, EE., Hartel, D., Selwyn, PA. et coll., *Low Seroconversion and Change in High Risk Behaviour in Intravenous Drug Users (IVDU) from 1986 to 1988 in the Bronx, NYC*, Cinquième conférence internationale sur le SIDA, Montréal, juin 1988, Abstract ThDP 59.
345. Renseignements communiqués par Timothy Harding. Les résultats de l'étude sur lesquels est fondée cette conclusion seront publiés en 1994.
346. Des Jarlais et coll., *supra*, note 15; Kaplan, E., «Needle Exchange or Needless Exchange? The State of Debate», *Infectious Agents and Disease*, 1992, vol. 1 n° 2, p. 92-98; et Kaplan, E., «Evaluating Needle-Exchange Programs via Syringe Tracking and Testing (STT)», *AIDS & Public Policy Journal*, 1991, vol. 6 n° 3, p. 109-115. Voir aussi Centers for Disease Control and Prevention, *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad*, vol. 1, The Centers, septembre 1993, p. 343-378.
347. Freedman, SR., de Jong, W., Wodak, A., «Community Development as a Response to HIV among Drug Injectors», *AIDS*, 1993, 7(suppl. 1) : à paraître. Voir aussi Des Jarlais, D., Friedman, SR., «HIV and Intravenous Drug Use», *AIDS*, 1988, vol. 2, p. S65-69; Dolan, KA., Stimson, GV., Donoghoe, MC., «Reductions in HIV Risk Behaviour and Stable HIV Prevalence in Syringe-Exchange Clients and Other Injectors in England», *Drug and Alcohol Review*, 1993; vol. 12, p. 133-142. Voir aussi Centers for Disease Control, *supra*, note 346, p. 401-425.
348. Des Jarlais D. et coll., *supra*, note 15, p. 1064.
349. *Ibid.*
350. *Ibid.*
351. Riley, *supra*, note 11, p. 10.
352. Wilson D., «Needle-Exchange Van Rolls Again», *The Globe and Mail*, 2 août 1991.
353. Jürgens, R., *International Legal Standards for AIDS-prevention Work in Prisons*, publié dans les actes du colloque sur le SIDA et la détention, 1992, p. 6., où il est fait état de Somerville, M. A., *Consent to Medical Care*, étude préparée pour la Commission de réforme du droit du Canada, ministère des Approvisionnements et Services du Canada, 1979, p. 96.
354. Kirby M., *supra*, note 317, p. 260.
355. Millson, *supra*, note 17.
356. Riley, *supra*, note 11, p. 9.
357. PASAN, *supra*, note 36, p. 16.
358. *Ibid.*
359. *Ibid.*
360. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 768.
361. Curran, L., McHugh, M., Nooney, K., «HIV Counselling in Prisons», *Counselling Psychology Quarterly*, 1989, vol. 2, n° 1, p. 33-51, p. 35.
362. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 42.
363. Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA, *supra*, note 234, p. 13 (recommandation n° 14).
364. PASAN, *supra*, note 36, p. 17.

- 365. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 92.
- 366. Commentaires de Michael Linhart sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 106.
- 367. Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA, *supra*, note 234, p. 13 (recommandation n° 15).
- 368. Lignes directrices provisoires sur la lutte contre l'infection chez le personnel, Service correctionnel du Canada, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1989, p. 7.
- 369. *Ibid.*, p. 2.
- 370. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71.
- 371. PASAN, *supra*, note 36, p. 11 (recommandation n° 1).
- 372. *Ibid.*
- 373. *Ibid.*, p. 12 pour une liste exhaustive des sujets suggérés.
- 374. *Ibid.*, p. 13 (recommandation n° 5).
- 375. Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA, *supra*, note 234, p. 14.
- 376. *Ibid.*, p. 5 (recommandation n° 1).
- 377. *Ibid.*, p. 19 (recommandation n° 21).
- 378. SCC, région de l'Ontario, *supra*, note 132, p. 1-2.
- 379. *Ibid.*, p. 3-4.
- 380. *Ibid.*, p. 5-6.
- 381. *Ibid.*, p. 6-7.
- 382. Ébauche du rapport du sous-comité sur le matériel et les vêtements de protection pour le personnel afin de le protéger contre les maladies infectieuses, préparé par Joan Gibson, directrice adjointe, Services du matériel et de l'administration, 3 décembre 1992, p. 2.
- 383. *Ibid.*, p. 3.
- 384. *Ibid.*, p. 4.
- 385. *Ibid.*, p. 3-6.
- 386. *Ibid.*, p. 10.
- 387. Heilpern et Egger, *supra*, note 60, p. 105.
- 388. *Ibid.*, p. 106, où il est fait état de *AIDS: A Time to Care, A Time to Act*, Canberra, Australian Government Printing Service, 1988. ³⁸⁹ Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 105.
- 390. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 2-3.
- 391. Commentaires de la D^{re} Dianne Rothon sur le document de travail du CESP.
- 392. SCC, région de l'Ontario, *supra*, note 132, p. 4.
- 393. *Ibid.*
- 394. Ébauche de rapport, *supra*, note 382, p.5
- 395. *Ibid.*³⁹⁶391. Blickstead, M., «Les services de santé» *Entre Nous*, juillet 1992, p.8-9.

Références

- 397. Normes des services de santé, *supra*, note 20.
- 398. *Ibid.*, p. 2.
- 399. *Ibid.*, p. 2-3.
- 400. *Ibid.*
- 401. Blickstead, *supra*, note 397, p. 9.
- 402. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71.
- 403. PASAN, *supra*, note 36, p. 5.
- 404. Hankins, *supra*, note 72, p. 3.
- 405. Comité consultatif régional de l'Ontario sur le VIH/SIDA, *supra*, note 234, p. 7 (recommandation 4).
- 406. Montaner, J.S., *Review of HIV/AIDS and Related Issues at the Matsqui Institution*, 23 juin 1993.
- 407. Tomăevski, *supra*, note 286, p. S248.
- 408. Réunion préparatoire du Huitième congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, San José, Costa Rica, 8-12 mai 1989, Doc. A/CONF./144/RPM.3, 25 août 1989, p. 3-5.
- 409. Conseil de l'Europe. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 3^e rapport général, Le Conseil, Strasbourg, 1993.
- 410. Organisation mondiale de la santé, 1987, *supra*, note 19, et *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 1.
- 411. Commission présidentielle sur l'épidémie du VIH, *Rapport 1988*, p. 135 (recommandation 9-82).
- 412. US National Commission, *supra*, note 56, p. 13.
- 413. *Ibid.*
- 414. *Ibid.*, p. 15.
- 415. *Ibid.*, p. 34.
- 416. National Prison Project, *supra*, note 137.
- 417. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 102.
- 418. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 767.
- 419. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p.5-6.
- 420. Commentaires de Michael O'Shaughnessy sur le document de travail du CESP, au nom de NAC-AIDS, 21 septembre 1993.
- 422. Note d'information au Solliciteur général, préparée par les Services de santé du SCC, en date du 2 novembre 1992.
- 423. *Ibid.*
- 424. Statistiques sur les services de santé du SCC, février 1994.
- 425. Iseman, M.D., Cohen, D., Sbarbaro, J.A., «Directly Observed Treatment of Tuberculosis», *The New England Journal of Medicine*, 1993, vol. 328, n° 8, p. 576-578, p. 576.

426. Bayer, R., Neveloff Dubler, N., Landesman, S., «The Dual Epidemics of Tuberculosis and AIDS: Ethical and Policy Issues in Screening and Treatment», *American Journal of Public Health*, 1993, 83(5), p. 649-654, à p. 649.
427. Paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, vol. 147, n° 4, p. 475.
428. «European TB Incidence Mirroring Emerging Epidemic in United States», *Aids Policy and Law*, 1993;8(17);3-4; Horsburgh CR, Pozniak A., «Epidemiology of tuberculosis in the era of HIV», *AIDS*, 1993, 7(suppl. 1):S109-S114.
429. *La tuberculose au Canada*, notes préparées par R. St. John pour le National Workshop on Tuberculosis: HIV and Other Emerging Issues, p. 3-5, mai 1993, Toronto.
430. *Ibid.*
431. *Ibid.*
432. Tomáševski, K., Prison Health, *International Standards and National Practices in Europe*, Helsinki, Institut d'Helsinki pour la prévention et la lutte contre le crime, 1992, p. 88.
433. *The British Medical Journal*, 1989, vol. 299, 7 octobre, p. 874 où il est fait état de Braun, M.M., Trumen, B.I., Maguire, B. et coll., «Increasing Incidence of Tuberculosis in a Prison Inmate Population : Association with HIV Infection», *JAMA*, 1989, 261, p.393-397.
434. «Current Trends : Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Institutions : Recommendations of the Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1989, vol. 38, n° 18, p. 313-320, p. 325, où il est fait état de données non publiées du New Jersey State Department of Health.
435. Atlantic Information Services, *AIDS Reference Guide*, mars 1992, *Summary Bulletin*, p. 3.
436. Bellin, E.Y., Fletcher, D.D., Safyer, S.M., «Association of Tuberculosis Infection With Increased Time in or Admission to the New York Jail System», *JAMA*, 1993; 269:2228-2231, p. 2228.
437. Harding et Schaller, *supra*, note 16, p. 769.
438. Mémoire présenté au CESP le 2 février 1993.
439. US National Commission, *supra*, note 56, p. 13-14.
440. *Supra*, note 434.
441. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 6.
442. Commentaires du D^r Earl Hershfield sur le document de travail du CESP, en date du 3 août 1993.
443. L.R.C. 1985, ch. C-6, al. 2c).
444. Harding, T.W., *Health Problems Facing Prison Administrations* (référence spéciale concernant les maladies transmissibles, y compris le SIDA), rapport présenté à la huitième conférence des directeurs de l'administration pénitentiaire, version modifiée, Genève, Conseil de l'Europe, juin 1987.
445. *Ibid.*
446. Linhart, *supra*, note 97.
447. Tomáševski, K., *supra*, note 432, p. 130.

Références

- 448. *Ibid.*, p. 131-132, citation d'Arpo, L., *Prison Medicine — An Identity Diffusion?*, document présenté à l'European Seminar on Prison Health: Standards, Goals and Ethics, Tampere, du 24 au 27 septembre 1991, p. 5.
- 449. Tomáševski, *supra*, note 432, p. 134.
- 450. Conseil de l'Europe, résultats de l'enquête du Comité spécial d'experts sur l'incidence de l'épidémie du SIDA sur les services de santé et la planification en Europe, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1991, document ACDSP 90.20, p. 58.
- 451. *Ibid.*, p. 59.
- 452. Commentaire d'André Simard sur le Document de travail du CESP, 21 septembre 1993.
- 453. Tomáševski, *supra*, note 432, p. 149.
- 454. Jean, J.-P., «Ce que le sida peut apprendre», *Le monde diplomatique*, février 1993, p. 26-27, p. 27.
- 455. Comité parlementaire sur le SIDA, *supra*, note 52, p. 54 (recommandation n° 41).
- 456. Conseil national, *supra*, note 119, p. 41.
- 457. Commentaires de Michael Linhart sur le Document de travail du CESP, *supra*, note 106.
- 458. Mémoire présenté au CESP par Fred E. Gibson, président de la Commission nationale des libérations conditionnelles, le 8 octobre 1992.
- 459. *Ibid.*
- 460. *Ibid.*
- 461. Rapport du Groupe de travail, Étude du Solliciteur général sur la mise en liberté sous condition, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services du Canada, 1981, p. 69.
- 462. «La mise en liberté sous condition», *Révision du droit correctionnel*, Document de travail n° 3, 1987, p. 18.
- 463. *Ibid.*
- 464. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA, *supra*, note 71.
- 465. National Prison Project, *supra*, note 137.
- 466. US National Commission, *supra*, note 56, p. 29.
- 467. *Ibid.*
- 468. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 8.
- 469. Étude citée dans Greenspan, J., «HIV Infection among Prisoners», *Focus*, 1989, vol. 4, n° 2.
- 470. PASAN, *supra*, note 36, p. 27.
- 471. *Ibid.*, p. 27-28.
- 472. US National Commission, *supra*, note 56, p. 28.
- 473. *Ibid.*, p. 36.
- 474. D.C. Prisoners Legal Services Project, *supra*, note 118.
- 475. *Ibid.*, p. 74.

- 476. Conseil de l'Europe, *L'impact de l'épidémie du sida sur les services de santé et leur planification en Europe*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1992, p. 30.
- 477. Conseil national, *supra*, note 119, p. 39.
- 478. Hankins, *supra*, note 22.
- 479. Rothon, *supra*, note 23.
- 480. Exemples tirés de Harding et Schaller, *supra*, note 57, p. 23, et de Rothon, *supra*, note 23. Voir aussi Pagliaro, L. et Pagliaro, A., «Sentenced to Death?, HIV Infection and AIDS in Prisons - Current and Future Concerns», *Revue canadienne de criminologie*, avril 1992, p. 201-214, p. 205 où il est fait état de Dixon, P., DeBuono, B., Carpenter, C. et coll., «A Comprehensive Program of Health Care for HIV-Infected Prisoners», *International Conference on AIDS*, 1990, vol. 6, n° 1, p. 349 (résumé) et de Horsburgh, C., Jarvis, J., McArthur, T. et coll., «Seroconversion to Human Immunodeficiency Virus in Prison Inmates», *American Journal of Public Health*, 1990, vol. 80, p. 209-210.
- 481. US National Commission, *supra*, note 56, p. 25.
- 482. *Ibid.*
- 483. *Ibid.*, p. 26.
- 484. Herbert, Daniel, cité dans Hamblin, J., Reid, E., *Women, the HIV Epidemic and Human Rights: A Tragic Imperative*, document préparé pour l'Atelier international sur le SIDA: «Une question de droits et d'humanité», Cour internationale de justice, La Haye, mai 1991.
- 485. PASAN, *supra*, note 36, p. 29.
- 486. *Ibid.*
- 487. Hamblin et Reid, *supra*, note 484, p. 4.
- 488. Heilpern et Egger, *supra*, note 54, p. 96.
- 489. PASAN, *supra*, note 36, p. 30.
- 490. *Proposal for Women's Health Education and Support Program for the Prison for Women*, document présenté au CESP par Tracy Brownlee.
- 491. US National Commission, *supra*, note 56, p. 25.
- 492. *Ibid.*
- 493. Richard, C., *Femmes incarcérées et sida — Expérience montréalaise*, exposé présenté le 8 mai 1989 à Port-au-Prince, Haïti.
- 494. Walsh, T., «Women Prisoners and HIV/AIDS» dans Norberry et coll., *supra*, note 134, p. 269.
- 495. «Women in Prison», *The Body Positive*, décembre 1991, p. 19-20.
- 496. *Directives de l'OMS*, 1993, *supra*, note 80, p. 7.
- 497. Walsh, *supra*, note 494, p. 270.
- 498. *Faits et chiffres*, *supra*, note 21, p. 26-27.
- 499. Centre canadien de la statistique juridique, *supra*, note 31, p. 65.
- 500. *Ibid.*, p. 15, où il est fait état du *Rapport annuel du ministère des Services correctionnels de 1991*.

