



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

Documentation

HV
8844
.C2
E91
1994
F
c.2

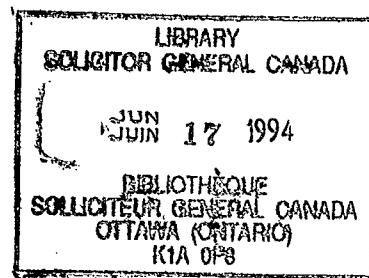
Canada

HV
884.4
.C2
E91
1994
F
C.2

Le VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL

Documentation



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
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. JS82-68/3-1994F
ISBN 0-662-98683-0
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 du 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

REMERCIEMENTS

Le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP) est reconnaissant aux nombreuses personnes qui ont contribué à l'établissement de la présente documentation. Le Comité tient tout particulièrement à remercier de leur apport les nombreux membres du Service correctionnel du Canada ainsi que les détenus et comités de détenus qui ont répondu au questionnaire qu'il leur a envoyé pour connaître leurs opinions et préoccupations en ce qui a trait aux nombreuses questions que soulèvent l'infection à VIH et le SIDA en milieu carcéral.

Il remercie aussi les personnes et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont répondu en grand nombre à ses demandes de renseignements et qui lui ont fait part de leurs commentaires sur le Document de travail. Ils ont joué un rôle inestimable dans la compilation de certaines des annexes de la *Documentation*.

Le Comité tient à remercier les personnes qui ont présenté des exposés sur le VIH et le SIDA dans les prisons lors des sixième et septième conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA et qui ont autorisé la publication d'une version légèrement modifiée de leurs textes dans la *Documentation*. Malheureusement, le Comité n'a pu incorporer tous les exposés et il lui a été difficile de choisir parmi tant d'excellents textes. Il a toutefois intégré les deux témoignages de Michael Linhart, un prisonnier infecté par le VIH qui lui a fait part de son expérience personnelle du VIH en milieu carcéral. Le Comité adresse des remerciements spéciaux à M. Linhart pour lui avoir communiqué, depuis le tout début, son point de vue sur diverses questions que le Comité a étudiées.

Le Comité remercie enfin les gens suivants pour leur contribution à la préparation de la *Documentation* : Garry Bowers, qui a contribué à la révision des documents; Glenn Betteridge, qui a collaboré à la rédaction des annexes 1 et 3; Patricia DiMeco, qui a effectué l'entrée des données provenant des questionnaires adressés au personnel du Service correctionnel et aux comités de détenus (annexes 5 et 6), ainsi que Maria Hooey, qui a assisté l'analyse de ces données et la rédaction des annexes 5 et 6; les traducteurs des Services de traduction du ministère du Secrétariat d'État, Section Santé et Criminologie, Montréal, auxquels on doit la version française des documents; ainsi que Jean Dussault, qui a contribué à la révision finale de la traduction française.

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 Comité d'experts sur le SIDA et les prisons 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 du projet 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

Annexe 1 : Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA	1
Alberta	2
Colombie-Britannique	6
Manitoba.....	10
Nouveau-Brunswick.....	13
Terre-Neuve.....	17
Nouvelle-Écosse.....	21
Ontario.....	23
Île-du-Prince-Édouard	28
Québec.....	31
Saskatchewan	34
Territoires du Nord-Ouest.....	37
Yukon.....	39
Résumé	42
Conclusion.....	44
Annexe 2 : Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA	47
Nations Unies.....	47
Organisation mondiale de la santé.....	48
Déclaration de 1987 découlant de la Consultation sur la prévention et le traitement du SIDA dans les prisons	48
Directives de 1993 sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons	49
Conseil de l'Europe.....	51
Annexe 3 : Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA	55
Australie.....	56
Autriche	61
Angleterre et Pays de Galles.....	63
Finlande.....	66
France	68
Allemagne.....	70
Islande	73
Italie	74
Pays-Bas	75
Norvège	77
Portugal	79
Espagne	81
Suisse.....	83
États-Unis	85
Annexe 4 : Jurisprudence canadienne.....	93
Plaintes déposées auprès des commissions des droits de la personne.....	93
Commission ontarienne des droits de la personne	93
Commission des droits de la personne du Québec.....	94

Causes	94
Plaintes auprès de la commission des relations de travail dans la fonction publique	96
Annexe 5 : Résultats du questionnaire destiné au personnel	99
Contexte	99
Méthodologie	100
Caractéristiques du personnel	101
Résultats.....	102
Conclusion.....	110
Sommaire de résultats	112
Copie du questionnaire destiné au personnel.....	116
Annexe 6 : Résultats du questionnaire destiné aux détenus	125
Contexte	125
Méthodologie	126
Participants.....	127
Résultats.....	127
Conclusion.....	132
Sommaire des résultats	133
Copie du questionnaire destiné aux détenus	137
Annexe 7 : Jürgens, R., Gilmore, N., Communication de renseignements médicaux sur les détenus – Analyse juridique et éthique.....	141
Introduction.....	141
Analyse des aspects juridique, éthique et politique	142
L'obligation de confidentialité	142
Le droit.....	142
Les obligations éthiques.....	143
La politique carcérale	144
Exceptions à l'obligation de confidentialité.....	145
Le droit.....	145
Les obligations éthiques.....	147
La politique carcérale	147
Résumé.....	148
Le «besoin de savoir» ou la nécessité de la communication	149
L'objectif de la communication	149
Communication avant l'exposition au VIH	150
Communication après l'exposition au VIH.....	150
La communication est-elle nécessaire ?	150
Les modes de transmission du VIH.....	150
Les précautions nécessaires	152
Divulgaration après l'exposition.....	156
Conclusion	157
Préoccupations particulières relatives à la communication de renseignements médicaux personnels.....	158
Communication de renseignements médicaux sur un détenu au personnel	158

Communication de renseignements médicaux sur un détenu au directeur de l'établissement.....	158
Communication de renseignements médicaux sur un détenu à l'agent de gestion des cas et à l'agent de libération conditionnelle	159
Communication de renseignements médicaux sur un détenu aux autorités de la collectivité	159
Communication de renseignements médicaux sur un détenu à ses pairs	159
Communication de renseignements médicaux sur un détenu au partenaire qui lui rend visite	159
Communication de renseignements médicaux sur un membre du personnel aux détenus.....	160
Communication de renseignements médicaux sur un membre du personnel aux collègues	160
Communication de renseignements médicaux à un membre du personnel ou à un détenu qui a subi une exposition importante au sang d'un détenu ou d'un membre du personnel.....	160
Test de dépistage chez les délinquants sexuels déclarés coupables.....	160
Conclusion.....	161

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.....	163
Sixième Conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA.....	163
Michael Linhart : Point de vue d'un détenu infecté par le VIH.....	164
Diane Riley : La consommation de drogues dans les prisons	169
Septième Conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA	181
Diane Rothon : Résultats de l'étude sur la prévalence du VIH chez les détenus des prisons de la Colombie-Britannique.....	181
Liviana Calzavara : Résultats préliminaires d'une étude anonyme et non reliée de la séroprévalence du VIH chez les détenus de l'Ontario.....	189
Jim Cairns : Expérience de la Colombie-Britannique par rapport à la fourniture d'eau de Javel dans les prisons	191
Michael Linhart : Point de vue d'un détenu infecté par le VIH : un an plus tard	192
Andrea Riesch Toepell : Sensibilisation des détenus au VIH/SIDA : objet, pratique et intervention politique	197

Annexe 9 : Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le <i>Document de travail</i>.....	203
Liste des mémoires.....	203
Ministères de la Santé.....	203
Ministères responsables de la prestation des services correctionnels aux détenus d'âge adulte et aux jeunes contrevenants	204
Commissions des droits de la personne	205
Commissions portant sur les toxicomanies.....	205
Personnes et groupes du Canada qui s'intéressent à la question.....	205
Correspondants internationaux.....	206
Liste des commentaires formulés sur le <i>Document de travail</i> du CESP.....	208
Ministères de la Santé.....	208
Ministères responsables de la prestation des services correctionnels aux détenus d'âge adulte et aux jeunes contrevenants	208

LE VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 1

POLITIQUES CARCÉRALES CANADIENNES SUR LE VIH/SIDA*

Le Centre de Médecine, d'Éthique et de Droit de l'université McGill a compilé et analysé les politiques carcérales des provinces canadiennes sur le VIH et le SIDA, dans une publication à feuilles mobiles intitulé *Responding to HIV/AIDS in Canada*. Son analyse portait sur les points suivants:

- test de détection des anticorps anti-VIH;
- confidentialité des dossiers médicaux;
- placement des prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA;
- programmes éducatifs à l'intention du personnel et des détenus;
- mesures préventives à l'intention des détenus, notamment fourniture de condoms, fourniture d'aiguilles et de seringues stériles ou du matériel nécessaire à leur décontamination;
- mesures de protection à l'intention du personnel;
- accès aux soins de santé.

Au cours de l'été 1992, le CESP adressait aux ministres provinciaux et territoriaux chargés de la prestation des services correctionnels aux adultes

et aux jeunes contrevenants, une lettre leur demandant de lui transmettre des informations sur leurs politiques carcérales et de lui soumettre des mémoires à ce sujet. Le comité les priait notamment de lui faire parvenir tout énoncé de politique, rapport ou document concernant le VIH et le SIDA, les prisons et l'usage de drogues illicites en milieu carcéral dans leur province ou territoire respectif. Il désirait ainsi obtenir des informations sur les sujets suivants:

- les politiques carcérales sur le VIH et le SIDA ou sur les maladies transmissibles, y compris les projets de politique;
- la prestation des services de santé aux populations carcérales, notamment l'accès aux traitements de la toxicomanie et aux traitements expérimentaux pour les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA;
- les programmes d'éducation sur le VIH et le SIDA à l'intention des détenus et du personnel, notamment le type de participation (obligatoire ou volontaire) à ces programmes, leur format, leur durée et les personnes chargées de les mettre en oeuvre;
- la fourniture de condoms (notamment depuis combien de temps et de quelle façon les condoms sont distribués ou, lorsqu'ils ne sont pas encore offerts, s'il est prévu de les offrir et quand);

* Le Coordonnateur de projet du CESP, M. Ralf Jürgens, remercie M. Glenn Betteridge pour sa contribution à la rédaction de cette annexe.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

- la fourniture d'eau de Javel (depuis combien de temps et les raisons pour lesquelles on en fournit);
- la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles (à défaut, envisage-t-on de le faire et de quelle façon?);
- l'accès au test de détection des anticorps anti-VIH, et les conditions dans lesquelles est fait le test;
- les statistiques sur le nombre de prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA (des études de séroprévalence anonymes non reliées des personnes admises dans les établissements correctionnels ont-elles notamment été effectuées ou sont-elles prévues?);
- les politiques sur les visites conjugales;
- les noms et adresses des groupes ou organisations qui travaillent auprès des prisonniers, et notamment des prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA ou qui ont des antécédents de toxicomanie.

Le document de travail du CESP comportait une brève analyse des politiques carcérales à la lumière des travaux effectués au Centre de Médecine, d'Éthique et de Droit de l'université McGill et des documents envoyés au Comité par les ministères provinciaux et territoriaux par suite de sa demande d'informations.

On trouvera ci-dessous un examen plus détaillé des politiques carcérales canadiennes en matière de VIH et de SIDA. Pour chaque province et territoire, on fait d'abord un bref résumé des politiques en vigueur, puis on les examine à la lumière de neuf points concernant le VIH et le SIDA dans les prisons. La structure de cette analyse reprend celle du document de travail et du rapport final, et la plupart des questions soulevées dans ces documents sont abordées. Les questions des libérations pour raisons humanitaires et de l'assistance postpénale des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, de même que celles qui concernent

particulièrement les détenus de sexe féminin et les autochtones ne sont pas abordées étant donné que les politiques provinciales et territoriales ne les mentionnent généralement pas et que le CESP n'a pas demandé d'information à leur sujet.

ALBERTA

Un document d'orientation établissant des normes et des lignes directrices concernant le traitement des cas d'infection à VIH et de SIDA dans le système carcéral de la province a été publié le 1^{er} novembre 1988 par la Correctional Services Division de l'Office of the Solicitor General.¹ Cette politique aborde les sujets suivants: le dépistage du VIH et du SIDA chez les détenus à leur première admission dans un centre correctionnel; le placement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA; les mesures préventives à l'intention du personnel; la formation du personnel en matière de lutte contre les maladies infectieuses et le rôle de soutien des comités de santé et sécurité à ce chapitre; et le rôle du coordonnateur provincial de la formation et de l'information sur le SIDA (Provincial Coordinator, AIDS Training and Information) et des coordonnateurs des soins de santé des centres.

La politique a été revue le 12 juillet 1991 et comporte maintenant des dispositions précises sur le placement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA.

Surveillance et études de séroprévalence

Aucune étude de séroprévalence des personnes admises dans les établissements correctionnels de l'Alberta n'a été entreprise ni n'est prévue à l'heure actuelle.

Selon l'article 15(b) de la politique susmentionnée, le coordonnateur provincial de la formation et de

1. Le Attorney General Department et le Solicitor General Department ont récemment été fusionnés pour former le Justice Department de l'Alberta.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

l'information sur le SIDA, doit tenir un inventaire des cas de SIDA et des syndromes connexes dans les centres correctionnels. Un rapport sur le VIH et le SIDA dans les établissements correctionnels de la province, publié deux fois par année, présente les statistiques sur le nombre de séropositifs admis dans les établissements correctionnels de la province, dresse le profil des détenus infectés par le virus ou atteints du SIDA, donne les résultats des diagnostics et des tests de détection, et fait le point sur les programmes éducatifs en matière de VIH et de SIDA. Entre le mois d'août 1985 et le mois de juillet 1993, 76 détenus connus comme étant séropositifs ont été admis dans les établissements correctionnels de l'Alberta.

Test de détection des anticorps anti-VIH

La politique du 12 juillet 1991 comporte les dispositions suivantes sur la détection des anticorps anti-VIH:

2. Dans le cadre de la première évaluation de santé, il faut demander à tous les détenus s'ils ont déjà contracté des maladies transmissibles sexuellement, s'ils utilisent des drogues injectables ou s'ils ont partagé des aiguilles ou des seringues. Il faut aussi s'informer s'ils sont infectés par le VIH ou atteints du SIDA... On peut aussi leur demander s'ils ont des raisons de se croire séropositifs...
3. Les détenus qui prétendent être séropositifs, qui sont reconnus l'être ou qui présentent des symptômes qui le laissent croire doivent être adressés immédiatement au médecin du centre. Le consentement éclairé du détenu doit être obtenu avant d'exécuter un test de détection du VIH.

Selon les renseignements transmis au CESP, tout détenu qui en fait demande est soumis au test de détection des anticorps anti-VIH. Le personnel des

services de santé encourage les détenus qui reconnaissent avoir eu des comportements à risque élevé à se soumettre au test.²

Renseignements médicaux sur les détenus

La disposition de la politique de 1988 stipulant que les employés chargés directement de la garde et de la prestation de services auprès d'un cas confirmé d'infection à VIH ou de SIDA doivent en être informés et recevoir des instructions sur les mesures préventives à adopter figure toujours dans la politique révisée de 1991. On exige également toujours que le coordonnateur provincial communique au Directeur, Planification et soutien des opérations (Planning and Operations Support), le nom, la date de naissance, le numéro d'identification (CoMIS), le diagnostic médical de tout détenu séropositif ou atteint du SIDA, de même que l'emplacement du centre où il est détenu. Dans son mémoire au CESP, le solliciteur général de l'Alberta affirme que les résultats des tests demeurent confidentiels.³ Le coordonnateur provincial a par ailleurs informé le CESP qu'en pratique, il ne communiquait pas au directeur, Planification et opérations, le numéro d'identification (CoMIS), etc. des détenus.⁴

Placement et activités

La politique du 1^{er} novembre 1988 permettait de placer un détenu séropositif asymptomatique dans une cellule individuelle au sein de la population carcérale générale. Quant aux prisonniers atteints du SIDA ou présentant des symptômes d'infection à VIH, ils devaient être placés en isolement lorsque leur état de santé le requiert et que le médecin de l'établissement le prescrit; dans une unité désignée avec lit et installations sanitaires séparés; ou encore en isolement, lorsque les

2. Mémoire daté du 27 août 1992 présenté au CESP par Stephen C. West, Solliciteur général de l'Alberta.

3. Ibid.

4. Communication de John Connor, Health Care Manager, Lethbridge Correctional Centre, à M. Ralf Jürgens, coordonnateur du projet CESP, le 30 novembre 1993.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

autres placements ne conviennent pas à sa propre sécurité, à celle des autres détenus ou à celle du personnel.

La politique révisée de 1991 comporte des dispositions plus claires sur le placement des détenus séropositifs ou atteints du SIDA. Mentionnons notamment que la première version ne faisait que recommander de placer les détenus séropositifs asymptomatiques au sein de la population carcérale générale, mais en cellule individuelle, alors que la nouvelle politique ordonne qu'ils soient placés au sein de la population générale. Elle stipule par ailleurs de ne pas confier aux détenus séropositifs ou atteints du SIDA des tâches comportant la manipulation d'aliments.

Programmes éducatifs pour les détenus

En ce qui concerne l'éducation sur le VIH et le SIDA, l'article 1 de la politique exige que l'on remette des brochures sur le sujet et sur les mesures de prévention aux nouveaux détenus au moment de leur admission dans l'établissement, pendant qu'ils attendent leur évaluation de santé.

Il n'existe aucun programme éducatif normalisé sur le VIH/SIDA destiné aux détenus dans les établissements correctionnels de l'Alberta.⁵ Il incombe à chaque centre de détention pour jeunes ou pour adultes d'organiser des ateliers d'information sur le sujet. Tous les programmes d'orientation des détenus comportent la projection d'un vidéo sur le VIH/SIDA, à laquelle il est en général obligatoire d'assister. Tous les centres organisent, une ou deux fois par année, des séances formelles d'information sur le VIH/SIDA où sont invités des conférenciers d'organisations s'occupant du SIDA ou de cliniques de santé de l'extérieur.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Des condoms sont offerts à tous les détenus adultes depuis février 1992. Ces condoms sont distribués par les médecins de l'établissement et à leur discrétion. Une politique sur la fourniture de condoms aux détenus («Issuing of Condoms to Offenders») a été adoptée le 27 janvier 1992.⁶ Cette politique reconnaît que, malgré l'interdiction des relations sexuelles entre détenus dans les établissements des services correctionnels de l'Alberta, il peut arriver que de telles relations aient lieu en milieu carcéral, en contravention du règlement. Son objectif avoué est double: réduire la probabilité de grossesses dans les établissements correctionnels et réduire la transmission des maladies infectieuses telles que le SIDA. La politique souligne par ailleurs que le personnel est tenu de faire respecter le règlement interdisant les relations sexuelles. Les détenus peuvent cependant s'entendre avec le médecin de l'établissement pour obtenir confidentiellement des contraceptifs ou un counselling sur les maladies infectieuses; le médecin déterminera s'il accède ou non à la demande de contraceptifs, y compris les condoms, en tenant compte de l'esprit de la politique.

La politique fixe les normes suivantes: (1) tous les détenus doivent être informés dès leur admission qu'ils peuvent obtenir des contraceptifs ou un counselling sur les maladies infectieuses dans le cadre d'une consultation confidentielle avec le médecin de l'établissement; (2) les détenus peuvent remplir un formulaire de demande de consultation confidentielle avec le médecin de l'établissement, et celui-ci pourra leur remettre des contraceptifs suite à la consultation accordée; (3) les détenus possédant des condoms au moment de leur admission doivent les remettre

5. Renseignement communiqué au CESP par John Connor, Health Care Manager/AIDS Coordinator, Correctional Services Division, Solicitor General, le 27 août 1992.

6. Alberta Solicitor General, Correctional Services Division (Section Health Services), politique n° 20.15.07, adoptée le 27 janvier 1992.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

avec leurs effets personnels et ne peuvent y avoir accès avant leur libération; (4) les employés des services correctionnels qui trouvent des condoms dans les effets d'un détenu ne peuvent les confisquer; (5) les détenus soupçonnés d'utiliser des condoms pour passer des articles en contrebande doivent être traités conformément à la procédure disciplinaire normale; (6) rien n'empêche de prendre des mesures administratives ou disciplinaires contre un détenu qui a des relations sexuelles en contravention du règlement.

EAU DE JAVEL

Les établissements correctionnels de l'Alberta ne fournissent pas d'eau de Javel aux détenus et ne prévoient pas le faire.⁷

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

Les établissements correctionnels de l'Alberta ne fournissent pas d'aiguilles ou de seringues stériles aux détenus et ne prévoient pas le faire.⁸

Mesures de protection à l'intention du personnel

La politique ordonne que tout le personnel reçoive une formation sur le VIH et le SIDA et stipule qu'il incombe au directeur de l'établissement de voir à ce que tous les employés soient informés des méthodes de lutte contre les maladies infectieuses et de prévention de l'infection à VIH et autres infections, et à ce que la formation soit mise à jour au besoin; les mesures appropriées doivent être prises rapidement lorsque ces exigences ne sont pas respectées. Il incombe également au directeur de s'assurer qu'un stock suffisant de vêtements protecteurs et de solution de nettoyage se trouve aux endroits stratégiques de

l'établissement et que les employés sont au courant de l'emplacement de ce matériel et de la façon de l'utiliser. Une brochure d'information sur les maladies infectieuses, dont l'infection à VIH, le SIDA et l'hépatite B, a été préparée à l'intention du personnel en avril 1993.

La politique définit en outre les procédures que doivent suivre les employés des services de santé lorsqu'ils manipulent du sang, des liquides organiques et des objets pointus, et les autres employés exposés accidentellement à du sang ou à des liquides organiques; elle comporte aussi des dispositions sur la déclaration des incidents.

Les employés dits «à risque» (les agents de correction, les travailleurs des services correctionnels, les infirmiers et infirmières, les administrateurs de soins de santé et les gestionnaires des opérations) sont encouragés à se faire vacciner contre l'hépatite B dans le cadre d'une politique sur l'immunisation du personnel contre l'hépatite B.⁹

Une politique sur la tuberculose, adoptée le 5 juin 1990¹⁰, stipule que les programmes éducatifs doivent encourager les employés à subir un test de dépistage de la tuberculose à intervalles réguliers.

Soins de santé

Selon les renseignements communiqués au CESP, les détenus jeunes et adultes placés dans les établissements de l'Alberta ont accès à tous les services de santé offerts dans la province par l'entremise des médecins d'établissement. L'accès aux programmes de traitement des toxicomanes et aux traitements expérimentaux de l'infection à VIH et du SIDA est déterminé de concert par le médecin et le détenu. Un détenu qui suit un

7. Renseignement communiqué au CESP par Stephen C. West, voir ci-dessus, note 2.

8. Ibid.

9. Alberta Solicitor General, Correctional Services Division (Section Health Services), politique n° 20.15.06, révisée le 28 mars 1991.

10. Alberta Solicitor General, Correctional Services Division (Section Health Services), politique n° 20.15.05.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

traitement contre le VIH/SIDA au moment de son admission peut poursuivre ce traitement.¹¹

Tuberculose

En vertu de la politique relative à la tuberculose, seuls les détenus appartenant à des groupes «à haut risque» sont normalement soumis à des tests de dépistage. Parmi les groupes à haut risque définis dans la politique figurent notamment les autochtones, les immigrants, les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA, et les détenus affectés d'une toux productive. Les autorités de chaque établissement peuvent, à leur discrétion, offrir un dépistage plus général.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

C'est en 1985 qu'a été adoptée la première politique sur le VIH et le SIDA dans les établissements correctionnels de la Colombie-Britannique. Cette politique traite les détenus dits «AIDS Alert» (Alerte au SIDA) fort différemment des autres. On devait notamment présumer au départ qu'ils avaient une mauvaise hygiène et les loger séparément du reste de la population carcérale. Des dispositions spéciales régissaient également leur prise en charge quotidienne: leurs effets personnels devaient être décontaminés et nettoyés au moment de leur admission et on devait leur attribuer des couverts de cuisine permanents, qu'ils devaient laver eux-mêmes. Ces détenus devaient aussi être transportés séparément des autres. Quant aux tests de détection des anticorps anti-VIH, la Corrections Branch avait pour politique de décourager d'y recourir, même sur une base volontaire. Jugeant difficile de garder les résultats confidentiels, la Direction craignait les

conséquences néfastes que pourrait avoir leur éventuelle divulgation pour le détenu.¹²

Une nouvelle politique, adoptée le 17 mai 1989¹³, donnait des lignes directrices sur la protection du personnel et des détenus en insistant sur le fait que tous les détenus, comme leurs liquides organiques, devaient être considérés comme potentiellement infectieux. Cette politique soulignait notamment l'importance de l'éducation sur le VIH et le SIDA et prévoyait l'adoption d'un programme éducatif complet sur les maladies transmissibles en général et sur le VIH et le SIDA en particulier destiné à tous les employés et détenus. Elle établissait par ailleurs que le placement spécial ou séparé ne devait constituer qu'une solution de dernier recours et qu'il fallait le plus possible tenter d'intégrer le détenu concerné à l'ensemble de la population carcérale. Quant aux tests de détection du VIH, la politique stipulait qu'ils ne devaient être effectués qu'à la demande des détenus ou sur instruction d'un professionnel de la santé, et que les établissements correctionnels devaient offrir des services permanents de counselling et de soutien aux détenus qui obtiennent des résultats positifs.

Le 15 juin 1992, une nouvelle version de la politique, passablement différente de la précédente, était adoptée¹⁴. Elle stipule notamment que les tests de détection des maladies transmissibles doivent être offerts à tous les détenus, au moment de leur admission dans l'établissement correctionnel ainsi qu'en tout temps pendant leur détention, sur demande. Ces tests doivent toutefois demeurer volontaires. La politique précise en outre que les précautions universelles doivent s'appliquer à tous les détenus. Dans certains cas, des informations particulières sur la façon de traiter un détenu peuvent devoir être diffusées: seules des informations ne révélant pas le diagnostic particulier de la personne concernée peuvent alors

11. Renseignement communiqué au CESP par Stephen C. West, voir ci-dessus, note 2.

12. British Columbia Corrections Branch, Medical Services - Manual of Operations, AIDS Alert, 5 novembre 1985, révisé le 14 avril 1986.

13. B.C. Corrections Branch, Manual of Operations - Adult Institutional Services, 17 mai 1989.

14. B.C. Corrections Branch, Manual of Operations - Adult Institutional Services, section C3, p. 11, daté du 15 juin 1992. Les références à cette politique de la Direction dans le texte qui suit renvoient à cette version, à moins d'indication contraire.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

être échangées, et encore, uniquement entre employés susceptibles d'avoir avec elle des contacts directs.

Surveillance et études de séroprévalence

Une étude de séroprévalence a été effectuée dans les établissements correctionnels pour adultes de la Colombie-Britannique à l'automne 1992. Ses résultats figurent à l'annexe 8 de la Documentation.

Test de détection des anticorps anti-VIH

L'article 12 de la politique comporte les dispositions suivantes relativement aux tests de détection des maladies transmissibles chez les détenus:

- 12.01 Au moment de l'admission du détenu dans un établissement correctionnel, l'infirmier ou l'infirmière responsable lui offrira de subir un test de détection des maladies transmissibles.
- 12.02 Tous les tests sont volontaires. Les détenus qui désirent subir un test de détection des maladies transmissibles doivent en faire la demande à l'infirmier, à l'infirmière ou au médecin de l'établissement.
- 12.04 Un counselling antérieur et postérieur au test sera donné aux détenus demandant de subir un test de détection des anticorps anti-VIH. Des services continus de counselling et de soutien seront offerts aux personnes obtenant des résultats positifs au centre de santé de l'établissement.

Renseignements médicaux sur les détenus

En vertu de la politique de 1989, lorsqu'il était informé par un professionnel de la santé qu'un détenu était infectieux et devait être logé séparément ou faire l'objet d'un programme

spécial, le directeur d'un établissement devait transmettre l'information à tous les employés susceptibles d'avoir des contacts directs avec le détenu en question. Les employés directement responsables du détenu devaient aussi recevoir des instructions sur les mesures d'hygiène et de sécurité à appliquer. Les employés susceptibles d'avoir des contacts physiques étroits avec le détenu, dans le cadre de l'administration de premiers soins ou d'une confrontation physique, par exemple, devaient être informés de la nature précise de la maladie infectieuse dont était atteint le détenu. Les détenus partageant une cellule avec le détenu en question devaient eux aussi être avisés de l'état de celui-ci et informés des mesures d'hygiène et de sécurité préventives à respecter.

Dans la nouvelle politique, les dispositions relatives à l'échange d'information diffèrent sensiblement de celles de 1989 et insistent davantage sur l'importance des précautions universelles que sur le «besoin de savoir»:

- 11.05 Tout en reconnaissant que l'approche normale consiste à appliquer les précautions universelles à tous les détenus..., il peut être nécessaire, ponctuellement, de diffuser des informations particulières sur la façon de traiter certains détenus. Par conséquent, lorsqu'un professionnel de la santé avise le directeur de l'établissement qu'un détenu présente un risque d'ordre médical, celui-ci peut transmettre des informations ne révélant pas le diagnostic précis à tous les employés susceptibles d'avoir des contacts directs avec le détenu en question.

Placement et activités

La politique de 1985 stipulait qu'un détenu séropositif confirmé devait être logé séparément du reste de la population carcérale. Dans la nouvelle politique, le placement séparé ou spécial pour cause de maladie infectieuse ne doit être envisagé que sur recommandation d'un médecin.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Programmes éducatifs pour les détenus

L'article 11.03 de la politique de 1992 stipule que tous les établissements doivent mettre en place un programme éducatif complet à l'intention des détenus et du personnel. Tous les directeurs d'établissement doivent mettre ce programme en place de concert avec les professionnels de la santé de la collectivité. Divers programmes traitant des maladies transmissibles, notamment du VIH, du SIDA et de l'hépatite, ont été élaborés. Ces programmes doivent comporter, au minimum, les éléments suivants: (1) un volet d'information destiné aux détenus au moment de leur admission, donnant des renseignements sur la façon de prévenir la transmission des maladies infectieuses et les précautions à prendre pour réduire les risques de transmission au minimum; (2) des instructions sur le bon usage du condom, du lubrifiant et de l'eau de Javel; et (3) des mises à jour périodiques informant les employés et les détenus des nouveaux développements en la matière.

Selon les renseignements communiqués au CESP, tous les détenus admis dans les centres correctionnels régionaux reçoivent, au moment de leur orientation, une formation sur la prévention de la transmission des maladies infectieuses. Au cours de cette séance de formation donnée par des employés des services de santé, les détenus visionnent également un vidéo sur le VIH et le SIDA.¹⁵

Au cours de l'été 1993, le Federal/Provincial Corrections Health Education Steering Committee of British Columbia a présenté une demande de financement pour un programme éducatif sur le VIH/SIDA et les maladies infectieuses, qui a été acceptée en octobre. Ce programme sera exécuté par des éducateurs engagés conjointement par les services correctionnels fédéraux et provinciaux. Cette entreprise concertée vise à uniformiser et à

harmoniser les informations diffusées dans tous les établissements correctionnels.¹⁶

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Une politique sur la fourniture et l'utilisation de condoms dans les établissements correctionnels de la C.-B. a été approuvée par le sous-ministre adjoint le 29 juillet 1992.¹⁷ Jugeant qu'il est du devoir de la B.C. Corrections Branch de tenter de réduire les risques de propagation des maladies transmissibles sexuellement chez les détenus, cette politique stipule que tous les établissements correctionnels pour adultes de la province doivent offrir des condoms aux détenus dont ils ont la garde; que les employés doivent s'assurer que la confidentialité est maintenue pour protéger la vie privée des détenus qui demandent des condoms ou sont trouvés en leur possession; que les condoms doivent être distribués gratuitement aux détenus dans les services de santé et être facilement disponibles dans les dortoirs et les unités résidentielles; que des sachets de lubrifiant hydrosoluble à usage unique doivent être fournis avec les condoms; que des programmes d'éducation sur l'utilisation des condoms doivent être offerts à tous les détenus; que les employés qui trouvent des paquets de condoms ou de lubrifiant non ouverts dans les effets d'un détenu ne peuvent les confisquer; et que les détenus soupçonnés d'utiliser des condoms pour passer des articles en contrebande doivent faire l'objet des mesures disciplinaires normales.

Conformément à cette politique, condoms et lubrifiants sont donc offerts dans tous les établissements correctionnels de la province depuis le 4 août 1992.¹⁸ Des condoms et des

15. Renseignement communiqué au CESP par Colin Gabelmann, Procureur général de la Colombie-Britannique, le 17 septembre 1992.

16. Réponse du Dr Diane Rothon, directrice, Health Services, B.C. Corrections Services, au document de travail du CESP, datée du 7 septembre 1993.

17. B.C. Corrections Branch – Manual of Operations, Adult Institutional Services, article C3, p. 13.

18. Renseignements communiqués au CESP par Colin Gabelmann, voir ci-dessus, note 15.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

digues dentaires sont offerts aux détenus de sexe féminin.

EAU DE JAVEL

On trouve de l'eau de Javel pour le nettoyage dans toutes les unités résidentielles (pour en savoir davantage, voir Jim Cairns, B.C. Ministry of Solicitor General, Corrections Branch, Expérience de la Colombie-Britannique par rapport à la fourniture d'eau de Javel dans les prisons, Annexe 8 de la Documentation).

Un projet de politique datant du 16 novembre 1993 (approbation en attente) donne des directives sur la distribution d'eau de Javel. On y souligne notamment que, pour vraiment réduire la propagation des maladies infectieuses, l'eau de Javel doit être utilisée pure. Les détenus devraient donc pouvoir s'en procurer facilement selon l'une ou l'autre des formules suivantes: (1) en petites bouteilles (50 mL ou formats semblables) offertes dans les unités de santé; (2) en petites bouteilles offertes librement dans les unités résidentielles; (3) dans de grosses bouteilles en vrac permettant de remplir des bouteilles plus petites ou des gobelets de papier dans les unités résidentielles; et (4) en même temps que les produits de nettoyage ordinaires. La politique stipule en outre qu'un contenant unique d'eau de Javel fourni par l'établissement ne peut être considéré comme un article de contrebande; par contre, la possession de plusieurs contenants doit être considérée comme un acte de contrebande.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

Dans son mémoire présenté au CESP, le Procureur général de la Colombie-Britannique souligne que la distribution d'aiguilles et de seringues stériles n'est pas envisagée dans la province à l'heure actuelle.

Mesures de protection à l'intention du personnel

Dans le cadre de leur formation initiale, tous les agents de correction reçoivent une formation sur les mesures anti-infectieuses. Des cours sont offerts en permanence par l'entremise du Justice Institute of British Columbia.¹⁹

La politique recommande d'appliquer les précautions universelles lorsqu'on manipule des liquides organiques; elle s'attarde aux mesures particulières à prendre dans ces cas, explique comment utiliser le matériel protecteur et nettoyer le sang et les liquides organiques, et insiste sur l'importance de l'hygiène personnelle. Elle donne également une liste d'instructions pour la protection du personnel: (1) des gants de latex jetables doivent être remis à tous les employés du service correctionnel, qui doivent les avoir sur eux en tout temps, dans le sac porté à la ceinture prévu à cet effet, lorsqu'ils travaillent; (2) lorsqu'il y en a sur place, des masques protecteurs munis d'une soupape anti-retour doivent être utilisés pour le bouche à bouche; (3) les articles suivants, qui forment la «trousse de lutte contre l'infection» (Infection Control Kit), doivent se trouver dans tous les établissements: masques protecteurs, protecteurs oculaires, combinaisons, matériel de nettoyage, gants de latex jetables et valve anti-retour (anti-reflux).

Tous les employés travaillant dans les établissements correctionnels de la Colombie-Britannique peuvent, s'ils le désirent, être vaccinés contre l'hépatite B aux frais de l'employeur.²⁰

Soins de santé

D'après les renseignements transmis au CESP, tous les détenus séropositifs ou atteints du SIDA ont accès aux mêmes soins que l'ensemble de la population. Les médicaments utilisés pour traiter l'infection à VIH et le SIDA sont distribués par

19. Ibid.

20. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

l'intermédiaire des hôpitaux locaux, et beaucoup de détenus sont traités à l'hôpital. Des programmes de désintoxication sont également offerts à tous les détenus des établissements correctionnels de la province.²¹

Tuberculose

Le test de dépistage de la tuberculose est effectué «lorsqu'il est justifié»: on le fait subir à tout détenu qui semble atteint, de même qu'aux personnes qui présentent des antécédents d'exposition récente à la tuberculose et aux détenus séropositifs. La Direction revoit actuellement la nécessité d'offrir systématiquement le test aux membres des groupes à incidence élevée, comme les autochtones et les immigrants de certains pays. Un seul cas de tuberculose pulmonaire évolutive a été confirmé chez les détenus des centres correctionnels de la Colombie-Britannique.²²

MANITOBA

Le ministère de la Santé du Manitoba a publié, en juillet 1987, des lignes directrices provisoires sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH et du SIDA en milieu de travail dans les établissements correctionnels et les centres de détention de la province.²³ Ces Interim Guidelines donnent des informations sur les mesures à prendre pour prévenir la transmission du VIH dans les établissements correctionnels et les centres de détention. Elles ne recommandent pas le dépistage systématique des personnes admises dans ces établissements; les cas séropositifs confirmés peuvent être détenus dans des lieux séparés pour leur propre sécurité; tous les détenus/résidents et employés doivent recevoir

des informations et des conseils sur le VIH et le SIDA. Ces lignes directrices ont été remplacées en 1991 par un document sur la santé et la sécurité au travail élaboré de concert par les ministères de la Santé et du Travail de la province.

Une politique de lutte contre les maladies infectieuses a été adoptée par la Direction des services correctionnels aux adultes le 3 juillet 1990,²⁴ dans le but de prévenir l'infection et la propagation des maladies transmissibles dans les établissements correctionnels pour adultes et de prendre en charge les personnes infectées sans exercer plus de contrôle et de contrainte qu'il n'est nécessaire pour protéger les autres. Cette politique sera révisée une fois terminé l'examen des Lignes directrices de 1991.²⁵

La Direction des services aux jeunes contrevenants a adopté, en janvier 1991, une politique et des procédures de lutte anti-infectieuse²⁶ qui ressemblent beaucoup à la politique de la Direction des services correctionnels aux adultes.

Surveillance et études de séroprévalence

Aucune étude de séroprévalence des personnes admises dans les établissements correctionnels du Manitoba n'a été effectuée ni n'est prévue.

Dans son mémoire au CESP, M. D.J. Demers, Sous-ministre adjoint, ministère de la Justice du Manitoba, Services correctionnels, signale que deux à trois cas séropositifs confirmés sont admis dans les établissements correctionnels de la

21. Ibid.

22. Communication du Dr Diane Rothson, directeur médical, British Columbia Corrections Branch, datée du 3 décembre 1993.

23. Santé Manitoba, Workplace Prevention and Management of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV): Interim Guidelines for Correctional and Detention Facilities, juillet 1987.

24. Ministère de la Justice du Manitoba - Corrections, Adult Corrections Branch Policy, Infectious Disease Control, 3 juillet 1990.

25. Note de service de Wayne Scarth, Directeur général, Services correctionnels aux adultes, à D.J. Demers, Sous-ministre adjoint de la Justice, datée du 2 décembre 1993.

26. Manitoba Community and Youth Corrections, Infectious Disease Control, 9 janvier 1991.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

province chaque année et que beaucoup ne purgent que des peines de courte durée.²⁷

Test de détection des anticorps anti-VIH

Les Interim Guidelines de 1987 stipulent que les détenus ne doivent pas être systématiquement soumis à des tests de détection des anticorps anti-VIH au moment de leur admission ou pendant leur incarcération; des services de dépistage et de counselling n'en doivent pas moins être offerts à toute personne qui désire subir le test. Les personnes appartenant à des groupes à haut risque d'infection à VIH devraient être encouragées à recourir à ces services.

La politique de la Direction des services correctionnels aux adultes n'aborde nulle part la question du dépistage des anticorps anti-VIH. Dans son mémoire au CESP, M. Demers, Sous-ministre adjoint, ministère de la Justice du Manitoba, Services correctionnels, affirme qu'en pratique, les tests sont faciles à obtenir et sont effectués lorsque le personnel médical estime qu'ils sont indiqués ou, souvent, à la demande des détenus.²⁸ Les prélèvements sanguins sont effectués par le médecin de l'établissement et les échantillons envoyés au laboratoire provincial sous forme codée pour garantir la confidentialité.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les Interim Guidelines de 1987 font les recommandations suivantes sur la protection de la confidentialité des renseignements médicaux:

1. Les informations sur les personnes qui subissent un test de détection ou qui font l'objet d'une évaluation pour le VIH devraient demeurer dans le dossier médical. L'accès aux informations contenues dans ce dossier devrait être limité au personnel médical qui en a besoin.

2. Les renseignements personnels concernant les détenus diagnostiqués comme ayant une infection à VIH doivent être limités au personnel médical. Au besoin, le personnel médical doit aviser les travailleurs d'appliquer à la lettre les mesures de précaution relatives à la manipulation du sang et des liquides organiques.

La politique de la Direction des services correctionnels aux adultes comporte les dispositions suivantes:

6. Seuls les employés qui ont besoin de savoir doivent être informés de l'état d'un détenu, selon le jugement du directeur de l'établissement en consultation avec un médecin:
 - 6.1 les employés qui apprennent qu'un détenu est infecté ou soupçonné de l'être doivent immédiatement en aviser le service médical et n'en parler à personne d'autre;...
 - 6.2 l'information ne peut être transmise à des personnes de l'extérieur que si le détenu y consent par écrit ou si le directeur de l'établissement, en consultation avec le médecin, juge que cela relève de la sécurité publique.

Placement et activités

Les Interim Guidelines de 1987 recommandaient que les détenus séropositifs soient placés avec la population carcérale générale, mais non dans des cellules ou des chambres communes, et qu'ils aient le même accès que les autres aux activités récréatives, aux travaux divers, aux visites, aux douches et installations sanitaires, aux services d'alimentation et aux autres programmes. Selon ces lignes directrices, un détenu séropositif ne peut être gardé en isolement que si sa sécurité personnelle est menacée.

27. Ibid., et mémoire au CESP de D.J. Demers, Sous-ministre adjoint de la justice du Manitoba, daté du 17 septembre 1992.

28. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

La politique de la Direction des services correctionnels aux adultes stipule qu'aucun détenu ne doit faire l'objet de discrimination ou être exclu des procédures normales même s'il appartient à un «groupe à risque élevé» ou prétend être infecté ou séropositif, sauf (1) pour des raisons d'ordre médical, telles que définies par un médecin ou par le personnel médical, ou (2) pour des raisons de sécurité (comportement irresponsable, imprévisible ou agressif), telles que déterminées par l'officier supérieur responsable, décision qui doit alors être examinée le plus tôt possible par le directeur de l'établissement ou une personne désignée. La politique établit en outre que les détenus doivent obtenir l'autorisation du service médical pour pouvoir travailler dans les cuisines.

Programmes éducatifs pour les détenus

La politique de la Direction des services correctionnels aux adultes stipule que tous les détenus doivent recevoir, au moment de leur orientation, des informations écrites sur les mesures de prévention à observer dans l'établissement. Des séances de suivi doivent être organisées et mettre l'accent sur la personnalisation des risques et l'adoption de comportements qui réduisent ces risques; le personnel médical doit rencontrer individuellement les détenus «à risque élevé» et leur donner des conseils en vue d'éviter les comportements à risque élevé.

Des programmes éducatifs sur le VIH/SIDA sont offerts autant au personnel qu'aux détenus. Le contenu de ces programmes varie considérablement d'un établissement à l'autre. Des conférences sont données soit par des médecins, soit par les infirmiers ou les infirmières du personnel ou du ministère de la Santé; des films sont parfois projetés et des dépliants sont distribués.²⁹

29. Ibid.

30. Note de service de W. Scarth à D.J. Demers, voir ci-dessus, note 25.

31. Ibid.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Des condoms sont offerts aux détenus de tous les établissements provinciaux depuis 1993. Au moment de la rédaction du présent rapport, les établissements mettaient à l'essai diverses méthodes de distribution. Dans la plupart des cas, les condoms sont donnés aux détenus sur demande par les services médicaux.³⁰

EAU DE JAVEL

On peut obtenir, sous la surveillance du personnel, de l'eau de Javel pour le nettoyage dans toutes les prisons de la province. Au moment de la rédaction du présent rapport, on envisageait de mettre en tout temps une solution d'eau de Javel diluée à la disposition des détenus qui leur permettrait de désinfecter les aiguilles.³¹

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

On n'offre ni aiguilles ni seringues stériles dans les établissements de la province et on n'envisage pas de changer cette politique.

Mesures de protection à l'intention du personnel

La politique de la Direction des services correctionnels aux adultes prévoit une formation obligatoire sur les mesures de prévention et d'urgence pour le personnel, ainsi que des séances de suivi donnant notamment des informations sur: (1) les modes de transmission; (2) les méthodes de prévention de la transmission; (3) la disponibilité et l'utilisation du matériel de protection; (4) les procédures de fouille qui permettent de réduire les risques au minimum;

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

(5) l'élimination et le lavage des objets contaminés; (6) les questions d'ordre juridique et les questions de responsabilité (notamment, l'obligation d'accomplir les tâches et les risques associés à l'emploi); et (7) le dépistage.

La politique prescrit en outre certaines mesures préventives que doivent observer en tout temps les employés et les détenus, dont les suivantes: (1) manipulation et élimination circonspectes des instruments pointus; (2) utilisation de bandages stériles et secs pour couvrir les plaies ouvertes, lésions ou égratignures; (3) fouille aveugle circonspectes des personnes et des endroits dérobés en vue d'éviter d'être piqué par des aiguilles ou autres instruments pointus; (4) application de saines pratiques d'hygiène; (5) port de gants pour les fouilles ordinaires; (6) éducation et formation sur l'utilisation du matériel de prévention; et (7) adoption des mesures appropriées pour prévenir les comportements à risque tels que l'utilisation de drogues, les activités sexuelles non-protégées, le tatouage, etc.

On insiste aussi sur les mesures de précaution universelles à adopter pour manipuler le sang et les liquides organiques renversés et sur les procédures à suivre en cas de morsure ou de piqûre d'aiguille.

Des comités santé et sécurité au travail surveillent et évaluent régulièrement les mesures de lutte anti-infectieuses.

Soins de santé

Toutes les prisons provinciales comptent des infirmiers ou des infirmières parmi leurs effectifs. Les grandes prisons sont dotées d'infirmières licenciées 24 heures sur 24. Des médecins visitent les gros établissements chaque jour, et les établissements de moindre importance moins souvent. Il n'y a de psychiatres que dans les établissements de Winnipeg et les patients psychiatriques des établissements éloignés sont

transférés à Winnipeg ou adressés à des psychiatres locaux. Tous les établissements offrent des programmes de désintoxication en plus de services offerts à l'extérieur.³²

Les détenus séropositifs sont traités au Health Sciences Centre ou à la Winnipeg Village Clinic.

Tuberculose

La politique de la Direction des services correctionnels aux adultes n'aborde pas la question de la tuberculose. En pratique, les détenus et les employés ne font pas l'objet d'un dépistage systématique, sauf lorsque cela est indiqué pour des raisons d'ordre médical, par exemple lorsqu'un détenu se révèle infecté.

NOUVEAU-BRUNSWICK

La Division des services correctionnels du ministère du Solliciteur général a adopté une nouvelle version de son manuel de lutte contre l'infection au mois de mai 1991. Ce manuel contient des «Directives en matière de lutte contre l'infection - détenus atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)» dont le but est de «donner aux professionnels de la santé des moyens de protéger le personnel infirmier, le personnel de l'établissement correctionnel, les détenus et la population, tout en assurant le respect du patient». Ces directives doivent être appliquées «en gardant à l'esprit que le patient doit continuer ses activités habituelles et ne doit pas se sentir isolé, mis à l'écart». Il souligne en outre que le professionnel de la santé doit s'assurer que le patient comprend les raisons qui justifient les mesures de lutte contre l'infection et a «la possibilité d'exprimer [ses] sentiments afin de pouvoir résoudre tout conflit que peut susciter la mise en application de ces mesures».

Les directives reconnaissent que les risques «de contamination par le virus HIV» que courent les

32. Ibid,

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

travailleurs de la santé sont extrêmement faibles et mettent l'accent sur les précautions à prendre pour éviter les blessures causées par les aiguilles.

En janvier 1992, le ministère du Solliciteur général créait un Comité ministériel sur le SIDA. Ce comité a formulé une politique sur le VIH/SIDA à l'intention du ministère dans le cadre de son engagement à maintenir un milieu de travail sain, à donner à ses employés et à ses clients des services de qualité, et à respecter et à défendre les droits de ses employés et de ses clients.³³ Au moment de la rédaction du présent rapport, cette politique en était encore à l'état d'ébauche et n'avait pas encore été approuvée.

Cette nouvelle politique insiste sur l'importance de protéger les travailleurs et les clients contre les infections et précise que le ministère du Solliciteur général doit fournir aux employés l'information, l'éducation et le matériel nécessaires à leur protection. Une partie de la politique porte sur les droits des employés et des clients, et établit ce qui suit: (1) aucune discrimination fondée sur la séropositivité ou le fait d'être atteint du SIDA ne peut être exercée dans la sélection des employés, à moins que les qualités requises pour le poste aient été approuvées d'avance par la Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick; (2) aucune discrimination fondée sur l'appartenance à un groupe identifié au VIH/SIDA ou sur la relation avec une personne infectée par le virus ou atteinte du SIDA ne peut être exercée contre un employé ou un éventuel employé; (3) un employé atteint du SIDA ou infecté par le VIH peut continuer à occuper son poste tant il est capable de répondre aux normes de rendement normales exigées pour le poste en question; (4) l'employé atteint du SIDA ou infecté par le VIH a droit à la confidentialité de son état médical; (5) employés et clients ont le droit de recevoir des services sans que soit exercée de discrimination fondée sur la maladie ou la présomption de maladie; (6) le ministère du Solliciteur général ne tolérera aucune discrimination ou harcèlement

contre un employé ou un client atteint du SIDA ou infecté par le VIH, et ne tolérera pas non plus qu'un employé refuse de travailler avec un collègue ou un client uniquement à cause de l'état de santé de celui-ci. Tout acte discriminatoire à l'endroit d'un employé ou d'un client atteint du SIDA ou infecté par le VIH est inacceptable et peut donner lieu à des mesures disciplinaires.

Surveillance et études de séroprévalence

Aucune étude de séroprévalence des personnes admises dans les établissements correctionnels du Nouveau-Brunswick n'a été effectuée.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Les Directives en matière de lutte contre l'infection ne prévoient pas le dépistage systématique des anticorps anti-VIH chez les détenus. Ce test est volontaire et «doit être justifié».³⁴ Les détenus qui désirent le subir doivent signer un formulaire de consentement au test de détection des anticorps anti-VIH et recevront un counselling avant et après le test. L'infirmière chargée du test et du counselling doit remplir et signer un formulaire de pré-counselling décrivant les sujets abordés et discutés avec le détenu, de même qu'un formulaire de post-counselling. Le counselling antérieur au test doit donner des explications sur les points suivants: (1) le test et ses conséquences; (2) la façon dont le VIH peut ou non se transmettre; (3) la différence entre l'infection à VIH et le SIDA; (4) les avantages et les inconvénients du fait de subir le test; (5) la façon de réduire les risques de contracter une infection à VIH. Le counselling postérieur au test porte sur la signification du résultat et met l'accent sur la réduction des risques. Le counselling destiné aux détenus qui obtiennent un résultat positif traite des conséquences psychologiques de cette nouvelle et aborde les questions des

33. Le terme «clients» est défini comme les personnes qui reçoivent un service quelconque des divisions des Services correctionnels, des Services de police, et du Shérif-coroner du ministère du Solliciteur général.

34. Mémoire au CESP de Bruce A. Smith, Solliciteur général du Nouveau-Brunswick, 9 septembre 1992.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

changements de comportement nécessaires pour prévenir la transmission de la maladie, de l'importance du suivi médical et psychologique, et de la notification du ou des partenaires.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les Directives en matière de lutte contre l'infection précisent que toute information sur la séropositivité d'un détenu constitue un renseignement médical confidentiel et que cette information ne peut être communiquée au personnel de surveillance sans le consentement du détenu concerné. Seul le directeur de l'établissement ou son remplaçant désigné peut en être informé par le personnel des services de santé sans le consentement du détenu s'il y a des motifs de croire que les actes du détenu peuvent présenter un danger pour lui-même ou pour autrui. Toutefois, au moment de l'admission d'un détenu séropositif, le personnel de surveillance doit être informé de son état si le conseiller médical juge cela nécessaire à la bonne marche de l'établissement. En pratique, le conseiller médical n'informe le personnel de surveillance que rarement, lorsque le comportement du détenu en question constitue un risque pour autrui.³⁵

En ce qui a trait à la notification des autorités de santé publique, les Directives précisent que la déclaration de l'infection à VIH doit se faire conformément aux lois et aux pratiques en matière de santé publique du Nouveau-Brunswick et qu'il incombe à l'infirmier de l'établissement d'aviser le bureau local de santé publique.

Placement et activités

Les Directives recommandent de placer les détenus séropositifs asymptomatiques avec les

autres détenus. Toutefois, des décisions individuelles relativement au placement en établissement peuvent devoir être prises pour tenir compte des caractéristiques médicales et autres propres à chaque cas.

Selon la politique sur le VIH/SIDA (approbation en attente), la décision de garder un détenu séropositif au sein de la population carcérale générale des établissements correctionnels de la province doit être prise cas par cas. L'isolement est jugé acceptable dans les cas suivants: (1) le détenu risque de transmettre la maladie à cause de son comportement; (2) le détenu séropositif ou atteint du SIDA doit être placé en détention protégée à cause de la réaction des autres détenus; (3) l'état de santé du détenu le justifie.

Quant aux activités, les Directives précisent que les détenus séropositifs ou soupçonnés de l'être ne doivent pas être traités différemment des autres à moins que cela soit indiqué pour des raisons d'ordre médical.

Programmes éducatifs pour les détenus

Selon les renseignements communiqués au CESP, quelques programmes éducatifs sont offerts aux détenus par le personnel médical dans les établissements correctionnels de la province. Le contenu et l'offre de ces programmes varient d'un établissement à l'autre.³⁶

La politique sur le VIH/SIDA (approbation en attente) affirme la volonté du ministre du Solliciteur général de donner aux détenus une éducation continue et à jour sur le VIH et le SIDA et stipule que les employés et les clients ont le droit d'avoir accès à du matériel éducatif sur le sujet.

35. Correspondance personnelle de Cheryl MacIntyre, présidente, Comité du protocole sur le sida, ministère du Solliciteur général, 30 mars 1992.

36. Renseignement communiqué au CESP par Bruce A. Smith, voir ci-dessus, note 34.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Les Directives ne prévoient pas la fourniture de condoms aux détenus. Elles établissent par ailleurs que le directeur de l'établissement peut décider d'isoler un détenu qui refuse de collaborer et continue d'avoir des activités sexuelles qui risquent de transmettre le VIH aux autres. On y affirme craindre notamment que les condoms servent à des activités illicites, comme la contrebande ou le stockage de produits de contrebande, reliées surtout à l'utilisation de drogues, et que leur fourniture ne fasse qu'accroître ces activités et menace donc le maintien de la sécurité et de l'ordre dans l'établissement. Un deuxième argument à l'encontre de la fourniture de condoms aux détenus à titre de mesure préventive contre le SIDA est que le service aurait l'air ainsi de mettre en oeuvre des politiques contradictoires.

Dans son mémoire au CESP, le Solliciteur général du Nouveau-Brunswick fait valoir que la Division des services correctionnels a étudié les caractéristiques de la population carcérale avant d'élaborer sa politique. Il note ainsi qu'en 1991, le profil du détenu des établissements correctionnels de la province était le suivant: homme célibataire de 31 ans ayant complété une neuvième année de scolarité, incarcéré pour conduite avec facultés affaiblies. Bien que la durée moyenne des peines soit de 84 jours, la durée réelle d'incarcération est de 33 jours. En conséquence, le profil et les besoins des détenus des établissements provinciaux diffèrent considérablement de ceux des détenus des établissements fédéraux.³⁷

La politique sur le VIH/SIDA (approbation en attente) n'aborde pas la question des condoms.

37. Ibid.

38. Ibid.

EAU DE JAVEL

Comme le mentionne son mémoire, le ministère du Solliciteur général du Nouveau-Brunswick n'envisage pas de fournir de l'eau de Javel aux utilisateurs de drogues injectables. Le solliciteur souligne qu'on n'a signalé aucun cas de confiscation d'aiguilles destinées à l'injection de drogues au bureau central des services correctionnels depuis deux ans. Il mentionne en outre que, bien que les autorités aient été informées de quelques tentatives de contrebande d'autres types de drogues dans les établissements correctionnels de la province, la drogue préférée des détenus du Nouveau-Brunswick semble être l'alcool. Compte tenu de ces facteurs et des exigences en matière de sécurité, il conclut qu'on ne doit pas fournir d'eau de Javel aux détenus.³⁸

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

On ne fournit pas d'aiguilles ou de seringues stériles aux détenus au Nouveau-Brunswick.

Mesures de protection à l'intention du personnel

Tous les nouveaux agents de correction doivent suivre une séance d'information sur le VIH/SIDA pendant leur stage d'orientation. Chaque année, trois ateliers sur le sujet sont également offerts à tous les employés qui le désirent.

Les Directives en matière de lutte contre l'infection contiennent des lignes directrices en la matière.

La politique sur le VIH/SIDA (approbation en attente) souligne que le ministère du Solliciteur général a, à l'égard de ses employés, le devoir de mettre en place un mécanisme visant à promouvoir la prévention et la prise de décisions éclairées en présence d'un cas de VIH/SIDA sur les lieux de travail. Elle stipule notamment que des mesures appropriées doivent être prises pour

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

protéger la santé des travailleurs lorsque les tâches qu'ils doivent accomplir comportent un risque d'exposition à des liquides organiques. On recommande l'application stricte des précautions universelles prescrites par le Laboratoire de lutte contre la maladie. Des directives en matière de lutte contre l'infection s'appliquent aux cas d'exposition à du sang et à des liquides organiques en milieu de travail. Cette section de la politique portant sur la protection des travailleurs et des clients affirme, en guise de conclusion, que le ministre du Solliciteur général donnera aux employés l'information, l'éducation et le matériel nécessaires pour se protéger adéquatement.

La politique énumère les procédures détaillées à suivre en cas d'exposition professionnelle au VIH et fait des recommandations sur la façon d'exécuter les fouilles de façon sécuritaire et de se protéger contre l'infection dans les cas d'agression.

Soins de santé

Comme le mentionne le mémoire du Solliciteur général au CESP, les détenus infectés par le VIH ont droit au même niveau de soins de santé que toute autre personne. Ils ont accès aux programmes de traitement des toxicomanies lorsque ceux-ci sont offerts par les établissements correctionnels provinciaux et peuvent être adressés au besoin à un organisme compétent de l'extérieur. Les détenus peuvent obtenir des médicaments lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant.³⁹

La politique sur le VIH/SIDA (approbation en attente) stipule que les personnes atteintes d'une infection à VIH ou du SIDA doivent avoir un accès raisonnable aux soins et au soutien connexes nécessités par leur état, de façon à leur procurer le meilleur bien-être possible, et que les employés et les clients doivent avoir accès à l'information sur les organisations et agences communautaires

compétentes qui offrent des services de soutien et pouvoir y faire appel.

Tuberculose

Le Manuel de lutte contre l'infection contient une section sur la lutte contre la tuberculose et les tests cutanés. On y souligne l'importance capitale du diagnostic précoce dans la lutte contre la maladie: «Il est souhaitable de connaître la réaction d'une personne au test à la tuberculine lorsque cette personne entreprend des activités où [elle risque d'être exposée à] la maladie (les détenus des établissements provinciaux, particulièrement lorsqu'ils partagent un dortoir, et les employés de ces mêmes établissements, par exemple).»

Cette section stipule en outre que tous les détenus purgeant des peines supérieures à 30 jours qui n'ont pas eu de réaction positive reconnue aux tuberculines purifiées doivent subir le test de Mantoux. Les détenus qui obtiennent des résultats positifs à ce test doivent subir une radiographie pulmonaire, mais n'ont pas besoin d'être isolés à moins de présenter des symptômes. Les cas de tuberculose évolutive, confirmés par une radiographie pulmonaire et/ou une culture d'expectorations positive pour BAR, doivent être isolés en milieu hospitalier.

TERRE-NEUVE

L'Adult Corrections Division du Newfoundland and Labrador Department of Justice a adopté une politique sur le VIH/SIDA (Policy Directive on HIV/AIDS) entrée en vigueur le 1^{er} juin 1988 et révisée le 1^{er} avril 1992.⁴⁰ Dans la nouvelle version, certaines expressions périmées ou trompeuses de la version précédente, telles que «AIDS carrier», etc. ont été remplacées par les expressions mieux adaptées utilisées aujourd'hui.

39. Ibid.

40. Newfoundland and Labrador Department of Justice, Adult Corrections Division Policy Directive (Health Care Services) 16.40.06, révisée le 1^{er} avril 1992.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Le contenu de la politique est par ailleurs demeuré inchangé.

Le but de cette politique est d'offrir en tout temps aux employés et aux détenus un programme sur le SIDA qui permette de les protéger raisonnablement contre la transmission de la maladie, de donner aux détenus infectés le traitement médical adéquat, et d'assurer la confidentialité des interventions conformément aux normes médicales reconnues et aux exigences de sécurité et d'ordre dans les établissements correctionnels.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Le chapitre V d'un projet de Manuel de lutte contre l'infection intitulé *Infection Control Manual for Youth Corrections Secure Custody and Remand Services* aborde la question du VIH et du SIDA.⁴¹ Ce manuel insiste sur l'importance des précautions universelles pour assurer aux employés et aux jeunes contrevenants un niveau de protection raisonnable contre les maladies transmissibles, la séropositivité des détenus n'étant pas nécessairement connue.

Surveillance et études de séroprévalence

Aucune étude de séroprévalence dans les populations carcérales de Terre-Neuve et du Labrador n'a été effectuée. Dans son mémoire au CESP, Joyce Gosse, infirmière du H.M. Penitentiary à Saint-Jean, signale que, s'il est facile de connaître le nombre de détenus ayant subi le test, il est par contre difficile d'établir avec certitude le nombre de ceux qui sont séropositifs, car certains détenus peuvent avoir obtenu des résultats positifs au test hors de l'établissement et ne pas en aviser le personnel médical.⁴²

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

En date du mois de novembre 1993, un cas de SIDA et un cas connu d'infection à VIH avaient été signalés chez les jeunes détenus.⁴³

Test de détection des anticorps anti-VIH

La politique stipule que personne ne peut être contraint de subir un test de détection des anticorps anti-VIH et que ce test ne peut être effectué que par un professionnel de la santé avec le consentement éclairé du patient. Elle précise en outre que toute tentative d'obliger un détenu à subir le test sans son consentement peut non seulement contrevenir aux droits fondamentaux de la personne garantis par la Charte des droits (le «droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne» et le «droit à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives»), mais aussi être considérée comme une infraction au *Code criminel*.

Toujours selon cette politique, un employé qui soupçonne un détenu d'être infecté par le VIH parce qu'il ou elle présente des symptômes de la maladie ou s'adonne à des activités à haut risque doit toutefois voir à ce que le médecin de service en soit informé. Si, de l'avis de ce dernier, il y aurait lieu de faire subir le test de détection des anticorps anti-VIH au détenu en question, on peut certes l'encourager à s'y soumettre, mais non l'y contraindre.

En pratique, le test est offert à tout détenu sur demande, en consultation avec le médecin; la confidentialité de la procédure est assurée le mieux possible.⁴⁴

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Selon le projet de manuel de lutte contre l'infection, le test de détection volontaire doit être offert lorsqu'il est cliniquement indiqué, mais

41. Newfoundland and Labrador Department of Social Services, Division of Youth Corrections, *Infection Control Manual for Youth Corrections Secure Custody and Remand Services* (ébauche).

42. Renseignements communiqués au CESP par Joyce Gosse, infirmière, H.M. Penitentiary, le 17 décembre 1992.

43. Correspondance de Betty Reid White, infirmière, Newfoundland & Labrador Youth Centre, 7 décembre 1993.

44. Renseignement communiqué au CESP par Joyce Gosse, voir ci-dessus, note 42.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

seulement avec le consentement éclairé du patient. Le test doit en outre être précédé et suivi du counselling adéquat.

L'infection à VIH est une maladie transmissible à déclaration obligatoire et doit à ce titre être signalée au ministère de la Santé.

Renseignements médicaux sur les détenus

En vertu de la politique, les renseignements médicaux concernant un détenu infecté par le VIH ou atteints du SIDA ne peuvent être divulgués au personnel autre que le personnel médical sans le consentement écrit du détenu, à moins qu'il y ait des raisons de croire que ses activités constituent un danger pour lui-même ou pour autrui.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Les dispositions du projet de manuel ressemblent beaucoup à celles de la politique. Elles stipulent notamment que les informations sur l'état de santé d'un jeune détenu ne peuvent être divulguées par le médecin aux personnes qui en ont la charge directe que si les activités du jeune en question posent un danger pour lui-même ou pour autrui.

Placement et activités

La politique précise que les détenus séropositifs ne doivent pas être automatiquement isolés du reste de la population carcérale à moins que cela s'impose pour prévenir la transmission du virus, pour protéger le détenu infecté contre d'autres infections, ou pour assurer sa sécurité personnelle.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Le projet de manuel stipule que les résidents qui obtiennent des résultats positifs au test de

détection des anticorps anti-VIH n'ont pas besoin d'être isolés à moins que leur comportement soit de nature à constituer une menace ou un risque élevé, ou que leur état nécessite un isolement médical pour les protéger des autres infections.

En ce qui a trait à la participation aux programmes d'activités, le manuel établit que, quel que soit son état de santé, aucun détenu ne peut s'en voir refuser l'accès sans motifs raisonnables. Lorsqu'il est impossible d'offrir au détenu les programmes normaux, des efforts doivent être faits pour lui offrir des programmes de rechange comparables.

Programmes éducatifs pour les détenus

En vertu de la politique, un programme permanent d'éducation sur le VIH/SIDA doit être offert tant au personnel qu'aux détenus. Ce programme doit avoir comme premier objectif de démystifier la maladie et de faire connaître le niveau de risque réel et les mesures de précaution à prendre.

En décembre 1993, des discussions étaient en cours entre le Newfoundland and Labrador Department of Health et le Newfoundland and Labrador AIDS Committee en vue de mettre au point conjointement des ateliers d'information sur le VIH/SIDA à l'intention des employés et des détenus.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Une séance d'éducation est offerte individuellement, au besoin, aux résidents en internement sécuritaire par l'infirmier ou l'infirmière ou le médecin de l'établissement. Un programme traitant de la sexualité, des MTS, etc. a été élaboré à cette fin. Ce programme est offert à tous les nouveaux détenus ainsi qu'aux résidents sur le point d'être libérés. Des organismes communautaires, comme Public Health Street Nurse, ont en outre organisé des ateliers portant précisément sur le VIH et le SIDA.⁴⁵

45. Renseignement communiqué au CESP par Betty Reid White, le 17 novembre 1992, et correspondance, voir ci-dessous, note 43.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Conformément à la politique, aucun condom n'est fourni aux détenus «à cause des risques qu'ils présentent pour la sécurité du fait qu'ils peuvent servir à la contrebande». Au mois de décembre 1993, cette politique était toujours en vigueur, bien que le sujet faisait l'objet de discussions.⁴⁶

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Le manuel de lutte contre l'infection n'aborde pas la question des condoms. Selon les renseignements transmis au CESP, les condoms ne sont pas offerts aux détenus étant donné que les contacts sexuels sont interdits. Toutefois, le personnel de santé estime qu'on devrait en fournir aux résidents en libération conditionnelle ou qui sont libérés. Des discussions sont en cours à ce sujet. Les pourvoyeurs de soins de santé se servent de condoms à des fins éducatives.⁴⁷

EAU DE JAVEL

On trouve de l'eau de Javel pour le nettoyage et la désinfection dans les unités résidentielles, mais aucune décision n'a été prise quant à en offrir pour désinfecter les aiguilles.⁴⁸

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

De l'eau de Javel est fournie dans toutes les unités du Newfoundland and Labrador Youth Centre depuis son ouverture. On l'utilise pour la lessive et pour essuyer le sang et les liquides organiques.⁴⁹

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

On ne fournit ni aiguilles ni seringues stériles aux détenus et on ne prévoit pas mettre en place de programme d'échange d'aiguilles.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

On ne fournit pas d'aiguilles et de seringues stériles aux détenus.

Mesures de protection à l'intention du personnel

En matière d'éducation et de formation, les dispositions de la politique sont les mêmes pour les employés que pour les détenus.

Un chapitre sur les mesures préventives aborde la question de la disponibilité et de l'utilisation de vêtements protecteurs et insiste sur l'importance de recourir aux mesures de précaution universelles. Le Institutional Service Operations Manual contient un protocole détaillé portant notamment sur le port de vêtements protecteurs, la désinfection, et l'élimination des matières contaminées.

Soins de santé

Les détenus séropositifs ou atteints du SIDA ont accès à du personnel médical spécialisé dans le diagnostic et le traitement du VIH/SIDA. D'après les renseignements communiqués au CESP, les détenus ont le même accès au traitement que les non-détenus et ont droit à tout médicament, expérimental ou pas, pourvu qu'il ait été prescrit par un médecin.⁵⁰

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Le personnel de santé du Newfoundland and Labrador Youth Centre comprend 1.6 poste

46. Communication personnelle de Joyce Gosse, 1^{er} décembre 1993.

47. Mémoire présenté au CESP par Betty Reid White, voir ci-dessus, note 45, et correspondance voir ci-dessus, note 43.

48. Communication personnelle de Joyce Gosse, le 1^{er} décembre 1993.

49. Mémoire présenté au CESP par Betty Reid White, voir ci-dessus, note 45.

50. Renseignement communiqué au CESP par Joyce Gosse, voir ci-dessus, note 44.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

d'infirmier; un médecin de la collectivité y donne des consultations deux après-midi par semaine et un psychiatre consultant, deux fois par mois.

Tuberculose

La politique n'aborde pas la question de la tuberculose. En pratique, aucun test systématique de dépistage de la tuberculose n'est effectué.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

L'Infection Control Manual juge inutile de soumettre les résidents et le personnel à un dépistage systématique de la tuberculose (test de Mantoux) vu la faible prévalence de la maladie dans la province. Un programme de dépistage pour les employés «n'aurait en outre qu'une valeur limitée, car de nombreux Terre-neuviens ont déjà été exposés ou atteints de la maladie infraclinique: ils obtiendraient par conséquent des résultats positifs ou auraient déjà reçu le BCG, ce qui rendrait difficile l'interprétation des résultats et donnerait un taux faussement élevé de résultats positifs au dépistage».

Chaque résident fait l'objet d'une évaluation individuelle au moment de son admission en vue de déterminer si il ou elle a été exposé à un cas de tuberculose active. Une attention spéciale est accordée aux personnes appartenant aux groupes «à risque», comme les autochtones et les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA. Lorsqu'on juge qu'un résident a effectivement été exposé, l'infirmier ou l'infirmière recueille ses antécédents médicaux complets et les transmet au médecin consultant. Les travailleurs de la santé et l'administration déterminent s'il est nécessaire de restreindre les déplacements du résident à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et s'il faut organiser

un dépistage préventif pour tous les résidents et employés.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Les services correctionnels de la Nouvelle-Écosse adoptaient une première politique sur le VIH/SIDA le 1^{er} février 1989 et la révisaient un an plus tard.⁵¹ Cette politique stipule que les services correctionnels doivent faire en sorte que les détenus infectés par le VIH soient détectés rapidement, qu'ils reçoivent les traitements médicaux nécessaires et qu'ils bénéficient de conditions de détention sécuritaires; ils doivent aussi fournir au personnel et aux détenus une information complète sur le VIH et le SIDA, et distribuer régulièrement du matériel éducatif à jour aux employés. La politique est en cours de révision.

Surveillance et études de séroprévalence

Aucune étude de séroprévalence n'a été effectuée en Nouvelle-Écosse.

Dans son mémoire au CESP, la sollicitrice générale adjointe signale que, bien qu'aucun cas de SIDA n'ait encore été signalé dans les établissements correctionnels de la province, environ six détenus ont été signalés comme séropositifs.⁵²

Test de détection des anticorps anti-VIH

La politique contient la disposition suivante sur le test de détection des anticorps anti-VIH:

1. Lorsqu'on estime qu'un détenu appartient à un groupe à haut risque de SIDA⁵³ ou lorsque le

51. Nova Scotia Solicitor General, Correctional Services (section: Medical and Health Care Services), sujet n° 13.14, 1^{er} janvier 1990.

52. Mémoire présenté au CESP par Nadine Cooper Mont, Sollicitrice générale adjointe de la Nouvelle-Écosse, 29 septembre 1992.

53. Selon la politique, ces groupes à haut risque sont les hommes homosexuels ou bisexuels ayant de multiples partenaires, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes ayant reçu des transfusions sanguines avant 1985, les hétérosexuels ayant un partenaire appartenant à l'un ou l'autre de ces groupes et les nouveau-nés de mères infectées.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

médecin de l'établissement juge qu'il y a des motifs suffisants de croire qu'un détenu est infecté par le VIH, un test sanguin de détection du VIH doit être offert au détenu en question, accompagné du counselling adéquat, sur une base volontaire seulement et avec le consentement écrit du détenu.

Renseignements médicaux sur les détenus

La politique stipule que tous les renseignements médicaux personnels sur les détenus doivent demeurer dans les dossiers médicaux de ceux-ci et que l'accès à ses dossiers soit limité au directeur et au personnel de santé de l'établissement. Tous les employés sont en outre tenus de respecter rigoureusement les règles de confidentialité relatives à l'échange de renseignements, médicaux ou autres, sur les détenus dont ils ont la charge. Le médecin de l'établissement peut cependant, avec l'autorisation du directeur, «conseiller les personnes qui ont besoin d'informations particulières pour remplir leurs tâches». Lorsqu'un détenu informe un employé qu'il pourrait être atteint du SIDA, celui-ci doit aviser le détenu de le signaler immédiatement au directeur; la stricte confidentialité doit par ailleurs être respectée.

Placement et activités

Les détenus dont le formulaire médical d'admission révèle qu'ils sont séropositifs ou appartiennent à un «groupe à haut risque de SIDA» doivent être examinés par le médecin de l'établissement. Lorsque, à la suite de cet examen, on estime qu'il y a des motifs suffisants de croire que le détenu peut être infecté par le VIH ou lorsque sa séropositivité est confirmée, le détenu en question doit être transféré dans un établissement correctionnel désigné équipé des installations médicales nécessaires pour poursuivre l'évaluation. Un test sanguin doit être offert au détenu, mais ne peut être effectué que

sur une base volontaire. Lorsque le détenu refuse de consentir au test, il ou elle peut être renvoyé dans la population carcérale générale où il fera l'objet d'une surveillance étroite en vue de déceler l'apparition de tout symptôme.

Le détenu qui obtient des résultats positifs au test ne peut être transféré à l'infirmierie ou dans l'unité d'isolement de l'établissement, ni dans un autre établissement à moins: (1) que son comportement soit de nature menaçante et commande ainsi l'isolement; (2) qu'il soit rejeté par les autres détenus et que son placement en garde de protection soit jugé nécessaire; (3) que son état de santé nécessite l'isolement médical pour prévenir d'autres infections.

La politique stipule en outre que les «cas confirmés de SIDA» ne peuvent se voir confier de tâches dans les cuisines.

Mesures éducatives pour les détenus

Les détenus reçoivent du matériel éducatif sur le VIH/SIDA au moment de leur orientation. Les détenus adultes peuvent obtenir des informations sur demande; un programme proactif à l'intention des établissements correctionnels pour adultes est en cours d'élaboration.⁵⁴

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Les condoms ne sont pas distribués aux détenus, mais la province envisage de mettre sur pied un programme à cette fin.

EAU DE JAVEL

Il n'y a pas de distribution d'eau de Javel aux détenus à des fins hygiéniques, bien qu'on en utilise pour le nettoyage.

54. Mémoire présenté au CESP par Nadine Cooper Mont, voir ci-dessus, note 52.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

Aiguilles et seringues stériles ne sont pas distribuées aux détenus et le ministère ne prévoit pas le faire.

Mesures de protection à l'intention du personnel

Un cours sur les maladies infectieuses est offert à tout nouvel employé des services correctionnels.

La politique stipule que tout employé doit appliquer les mesures de précaution appropriées lorsqu'il accomplit une activité ou se trouve dans une situation présentant un risque potentiel d'exposition au sang ou à d'autres liquides organiques. Ces mesures de précaution incluent l'utilisation de matériel protecteur, tel que gants de caoutchouc, blouses, masques, lunettes de sûreté et appareils respiratoires, selon la situation.

Tout employé ou détenu exposé de manière significative à des liquides organiques doit immédiatement signaler l'incident au directeur et être examiné dans les plus brefs délais par le médecin de l'établissement. La politique stipule en outre que le directeur de l'établissement doit, sur avis du médecin, prendre des mesures de précaution spéciales si nécessitées par l'état de santé d'un détenu.

Soins de santé

Selon les renseignements communiqués au CESP, la Nouvelle-Écosse n'a guère d'expérience en matière d'infection à VIH chez les détenus. Jusqu'à présent, tous les besoins médicaux nécessités par ces détenus ont été comblés par les médecins des établissements ou par les hôpitaux locaux.⁵⁵

55. Ibid.

56. Ministère des Services correctionnels, Communicable Diseases Policy, avril 1989.

Tuberculose

La politique ne comporte aucune disposition relative à la tuberculose.

ONTARIO

En 1989, le ministère des Services correctionnels de l'Ontario élaborait une nouvelle politique sur les maladies transmissibles.⁵⁶ Il voulait ainsi consolider et améliorer les directives, normes et procédures appliquées par le ministère en matière de soins et de surveillance des détenus dans les établissements correctionnels et dans la collectivité. Le ministère entend en effet prendre en charge les détenus atteints d'une maladie transmissible au sein même de la population carcérale générale ou dans la collectivité, lorsque cela est possible sur le plan clinique ou opérationnel. Il espère ainsi aider les détenus à poursuivre leurs activités habituelles et à ne pas se sentir isolés ou mis à l'écart.

La politique a été approuvée par la Commission ontarienne des droits de la personne, le Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario et le médecin hygiéniste principal de la province.

Reconnaissant que le risque d'infection par le VIH/SIDA et le virus de l'hépatite B est faible, cette politique comporte les huit énoncés de politique suivants:

Les normes formulées de concert avec les médecins hygiénistes locaux seront maintenues pour aider le personnel médical à repérer et à prendre en charge les détenus présentant des symptômes de maladies transmissibles.

Des tests de détection volontaires seront offerts lorsqu'ils sont cliniquement indiqués ou

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

nécessaires et ne seront effectués qu'avec le consentement éclairé du patient. Un counselling adéquat sera offert avant et après le test. Aucun test sanguin ne sera exigé, comme c'est d'ailleurs le cas à l'heure actuelle.

Des lits d'infirmerie (unité médicale ou de soins spéciaux) seront fournis aux détenus infectés qui en ont besoin pour des raisons d'ordre médical.

Les procédures de classification normales seront appliquées aux cas qui, de l'avis du personnel médical, n'ont pas besoin de recourir aux lits d'infirmerie.

Les activités hétéro- ou homosexuelles ne sont pas permises dans les établissements du ministère et pour prévenir toute infraction éventuelle à la sécurité (utilisation de condoms comme ligature ou comme arme potentielle, pour boucher les serrures ou passer de la drogue en contrebande), les condoms ne seront pas offerts dans les établissements du ministère.⁵⁷

Pour protéger la santé des employés du ministère, le personnel continuera de recevoir une formation sur les soins et le traitement des maladies transmissibles mettant l'accent sur le VIH/SIDA et l'hépatite B.

Des trousseaux d'information sur la prévention du SIDA et de l'hépatite B seront offertes aux détenus.

La planification prélibératoire des détenus infectés verra à assurer la continuité des soins.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants:

Le ministère ontarien des Services sociaux et communautaires est responsable de la prestation des services de garde en milieu fermé et de

détention aux jeunes contrevenants âgés de 12 à 15 ans. En 1988, le ministère élaborait et publiait un document intitulé «*Understanding and Coping with Blood-Borne Infections Including AIDS*»⁵⁸ et en commandait un autre intitulé «*HIV Infection and AIDS: A Policy Development Framework for Children and Youth Social Services Agencies*». Ce document établit qu'on ne peut refuser à aucun enfant des soins en établissement ou en foyer de groupe à cause de l'infection à VIH.

Dans une politique intitulée *Young Offender Services Communicable Diseases Policy* datée du 7 janvier 1991, on affirme que la clé de la prévention des maladies transmissibles réside dans la mise en place d'un programme d'éducation exhaustif destiné à la fois aux résidents et au personnel. Cette politique établit des normes et des procédures pour l'éducation en santé, la prévention des maladies et la lutte contre la maladie, et comporte diverses dispositions sur l'éducation du personnel et des résidents, sur l'utilisation des précautions universelles, sur la prévention des maladies transmissibles sexuellement, sur les tests de détection des maladies transmissibles, sur l'isolement médical et sur la confidentialité.

Surveillance et études de séroprévalence

Une étude sur la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons et les centres de détention de l'Ontario a été réalisée en 1992-1993. On a utilisé une méthode non-reliée anonyme pour déterminer le taux d'infection à VIH-1 chez les détenus des deux sexes, jeunes et adultes, à leur entrée dans le système correctionnel de la province. Plus de 11 000 échantillons ont été recueillis dans 42 prisons et centres de détention au cours d'une période de six mois. Les résultats de cette étude sont présentés à l'annexe 8 du document *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation*.

57. Ce paragraphe a été modifié récemment comme suit:

Les activités hétéro- et homosexuelles ne sont pas permises dans les établissements du ministère; toutefois, compte tenu des graves conséquences de l'infection à VIH, condoms et digues dentaires seront offerts dans les établissements pour adultes et les établissements fermés pour jeunes contrevenants.

58. Ministère des services sociaux et communautaires, *Understanding and Coping with Blood-Borne Infections Including AIDS*, 6 avril 1988.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Tel qu'indiqué dans l'énoncé de principes de la *Communicable Diseases Policy*, le test est offert aux détenus en cas d'indication clinique ou à la demande, mais seulement après que leur consentement éclairé a été obtenu. Obliger les détenus à subir un test de détection est considérée comme étant une mesure non seulement inacceptable aux termes de la loi, mais également difficile, voire impossible à appliquer et non justifiée à ce stade-ci. Toutefois, les membres du personnel médical sont invités à faire preuve de vigilance et à rechercher les signes et symptômes associés à diverses maladies transmissibles durant l'évaluation médicale qu'ils font subir aux nouveaux détenus à leur entrée dans le système carcéral.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

D'après des renseignements communiqués au CESP, le test de détection est offert aux jeunes détenus qui en font la demande⁵⁹.

La *Communicable Diseases Policy* stipule que tout employé soupçonnant qu'un détenu est atteint d'une maladie transmissible doit en aviser le médecin traitant, qui évaluera s'il y a lieu ou non de recommander le test. Cette même politique prévoit qu'aucun test ne peut être effectué sans le consentement du jeune contrevenant et qu'aucune pression ne doit être exercée sur ce dernier en vue d'obtenir son consentement.

Renseignements médicaux sur les détenus

En ce qui a trait aux renseignements médicaux personnels concernant les détenus atteints d'une maladie transmissible, la politique stipule qu'aucun employé du Ministère ne peut divulguer de tels renseignements sans en avoir obtenu l'autorisation

et que la confidentialité doit être assurée. Les principes généraux qui régissent la cueillette, la conservation, l'utilisation et la divulgation de telles informations sont énoncés dans un document du Ministère intitulé *Freedom of Information and Protection of Privacy Policy and Procedures Manual*.

En ce qui concerne la divulgation de renseignements médicaux, la politique comporte les deux exigences suivantes : 1) le personnel des soins de santé doit informer l'administrateur principal lorsqu'il constate qu'un détenu nécessite des soins spéciaux parce qu'il est atteint d'une maladie transmissible ou d'un trouble médical grave; 2) tous les cas de maladie transmissible à déclaration obligatoire doivent être signalés au médecin hygiéniste local et au Bureau du conseiller médical principal du Ministère, afin que ceux-ci donnent leur avis sur la ligne de conduite à tenir dans chaque cas⁶⁰.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

Tel qu'indiqué dans le document intitulé *HIV Infection and AIDS : A Policy Framework for Children and Youth Social Services Agencies*, seuls le directeur de l'établissement, le conseiller médical et le fournisseur de soins primaires doivent être avisés de l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH ou du fait qu'il est à risque. Cette politique souligne qu'il est inutile d'informer les autres employés de la situation si des précautions universelles sont prises et qu'il pourrait être dangereux pour le détenu que son état sérologique ou son statut de «sujet à risque» soit divulgué à tous les employés et aux détenus.

Placement et activités

Tel que stipulé dans l'énoncé de politiques de la *Communicable Diseases Policy*, les procédures normales de classification s'appliquent dans le cas

59. Renseignements communiqués au CESP par Patrick Ford, agent de projet, Direction de la coordination des opérations, ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, le 8 septembre 1992.

60. Le SIDA est considérée comme étant une maladie à déclaration obligatoire en vertu des règlements d'application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

des détenus qui, selon le personnel médical, n'ont pas besoin d'être alités. La politique prévoit que l'administrateur en chef d'un établissement peut recommander l'isolement d'un détenu pour des raisons comportementales ou non médicales et propose la ligne de conduite suivante pour la prise en charge des détenus atteints d'une maladie transmissible grave, dont le SIDA : 1) les détenus atteints d'une maladie transmissible aiguë, en particulier le SIDA, doivent être traités dans des hôpitaux communautaires; 2) les détenus qui ne nécessitent pas de soins actifs mais dont l'état justifie une surveillance médicale ou des soins plus intensifs seront traités à l'unité des soins médicaux de l'établissement; 3) les détenus qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés ou envoyés à l'unité de soins médicaux de l'établissement mais qui ne peuvent demeurer au sein de la population carcérale en raison de leurs besoins particuliers peuvent être placés dans une unité de besoins spéciaux; 4) les détenus infectés par le VIH sont placés au sein de la population carcérale.

Pour ce qui est de la participation aux activités de l'établissement, la politique prévoit que la participation aux programmes correctionnels des détenus dont l'état de santé nécessite des précautions médicales sera limitée par les exigences du traitement médical et par le degré de risque que ces activités posent tant pour le principal intéressé que pour les autres détenus. Dans les cas où il se révélera impossible de permettre à un détenu d'avoir accès ou de continuer de participer à un programme donné, on s'efforcera de lui favoriser l'accès à un programme comparable.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

La *Communicable Diseases Policy* stipule que chaque établissement doit prévoir des mesures d'isolement médical pour les détenus atteints d'une maladie transmissible ou d'une infection, mais elle ne fournit aucune indication sur le

placement des contrevenants infectés par le VIH ou atteints du SIDA.

Programmes éducatifs pour les détenus

La *Communicable Diseases Policy* mentionne que le Ministère s'efforcera de fournir aux détenus de la documentation et/ou des programmes éducatifs sur les maladies transmissibles, en particulier le SIDA et l'hépatite B, adaptés aux divers degrés d'alphabétisation présent dans la population carcérale. Tous les enseignants associés aux programmes du Ministère dispenseront aux jeunes contrevenants le programme d'éducation sur le SIDA, qui est obligatoire dans les écoles de la province⁶¹.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

La *Communicable Diseases Policy* indique également qu'un cours sur les maladies transmissibles devrait être offert aux détenus dans le cadre d'un programme plus global d'acquisition de connaissances pratiques et ce, dès leur entrée dans le système carcéral. Ce cours devrait contenir les éléments suivants : une description des différents types de maladies transmissibles, des symptômes et des modes de transmission; des clarifications concernant les idées préconçues et les stéréotypes associés aux modes de transmission; des renseignements sur les règles d'hygiène, les précautions universelles et les pratiques sexuelles à faible risque, en particulier l'utilisation du condom.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Depuis le 18 octobre 1993, on offre des condoms aux détenus adultes et aux jeunes contrevenants gardés en milieu fermé et des digues dentaires

61. Pour en savoir plus long sur certains des problèmes pratiques qui se rattachent à l'élaboration et la diffusion de matériel éducatif à l'intention des détenus des prisons provinciales de l'Ontario, voir à l'annexe 8 de la partie *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : documentation* l'exposé présenté par Andréa Riesch Toepell à la 7^e Conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

aux détenus de sexe féminin. Ces moyens de prévention sont disponibles sur demande auprès du personnel médical.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

La décision d'offrir ou non des condoms aux jeunes contrevenants gardés en milieu ouvert est laissée à la discrétion des administrateurs de ces établissements. Dans la plupart des cas, on n'offre pas de condoms aux contrevenants.

EAU DE JAVEL

Les membres du personnel peuvent se procurer de l'eau de Javel, mais non les détenus.

SERINGUES ET AIGUILLES STÉRILES

On ne distribue pas de seringues et d'aiguilles stériles dans les établissements correctionnels de l'Ontario.

Mesures de protection à l'intention du personnel

Dans l'énoncé de politiques de la *Communicable Diseases Policy*, il est indiqué qu'on continuera de dispenser aux membres du personnel une formation sur les soins à fournir aux personnes atteintes d'une maladie transmissible, en particulier le SIDA et l'hépatite B, et sur les mesures préventives. Cette formation, qui sera obligatoire pour tous les nouveaux employés appelés à avoir des contacts avec les détenus dans le cadre de leurs fonctions, comprendra également des séances de mise à jour des connaissances et d'orientation de base. Cette formation, dont le contenu sera périodiquement révisé à la lumière des plus récentes découvertes dans le domaine, portera une attention particulière à la question de la confidentialité.

Une section sur les précautions universelles permettra de faire en sorte que ces précautions soient appliquées dans tous les établissements et bureaux du Ministère. Toutefois, à l'occasion, le personnel médical pourrait recommander

l'adoption de précautions additionnelles s'il juge que l'apparence physique d'un détenu ou les symptômes présentés par ce dernier, ou encore les résultats d'un examen clinique le justifie.

Tous les employés appelés à avoir des contacts avec les détenus dans le cadre de leurs fonctions auront également accès à un programme de vaccination volontaire contre l'hépatite B.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

La *Communicable Diseases Policy* contient des normes et des directives en vertu desquelles le fournisseur de services est tenu de voir à ce que tous les employés connaissent les politiques et les procédures de l'établissement qui s'appliquent aux maladies transmissibles. Il doit également veiller à ce que tous les employés soient adéquatement renseignés sur les maladies transmissibles et sur les façons de les prévenir.

La politique stipule également que les précautions universelles doivent être appliquées de façon systématique dans tous les établissements, que des cas confirmés ou soupçonnés d'infection y aient été signalés ou non.

Soins de santé

La *Communicable Diseases Policy* indique seulement que des lits d'infirmerie devront être mis à la disposition des détenus infectés dont l'état de santé justifie un tel placement et que le plan de préparation à la libération des détenus infectés doit inclure des mesures visant à assurer la continuité des soins après leur libération.

Tuberculose

Une nouvelle politique globale de lutte contre la tuberculose a été mise en oeuvre le 2 novembre 1993.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

La *Young Offender Services Communicable Diseases Policy* ne fournit aucune indication particulière concernant la tuberculose.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

En 1990, la Community and Correctional Services Division du Department of Justice and Attorney General a publié un document intitulé *Infection Control Manual*, qui présente les mesures à appliquer pour prévenir la propagation du VIH dans les établissements de détention pour jeunes contrevenants et détenus adultes. Ce manuel comporte une section sur la prévention des infections à VIH en milieu carcéral et la prise en charge des détenus séropositifs; une politique sur la manipulation de sang et d'autres liquides organiques et la lutte contre les maladies transmissibles parmi la population carcérale⁶², qui vise à assurer une prise en charge adéquate aux détenus atteints d'une maladie à diffusion hémotogène ou soupçonnés de l'être; et une politique relative à la manipulation de sang et d'autres liquides organiques et à la lutte contre les maladies transmissibles en milieu de travail⁶³, dont l'objet est d'informer adéquatement les employés sur la question.

Les employés des établissements correctionnels tant pour jeunes contrevenants que pour détenus adultes sont tenus de se familiariser avec le contenu du *Infection Control Manual*⁶⁴.

Surveillance et études de séroprévalence

À ce jour, aucune étude de séroprévalence de l'infection à VIH n'a encore été réalisée auprès des détenus des prisons provinciales de l'Île-du-Prince-Édouard. En date de septembre 1992,

aucun cas confirmé d'infection à VIH ou de SIDA n'avait été signalé au sein des établissements provinciaux. Seulement quatre tests de détection des anticorps anti-VIH ont été effectués, et tous se sont révélés négatifs⁶⁵.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Selon des renseignements communiqués au CESP, les détenus qui souhaitent subir un test de détection des anticorps anti-VIH doivent s'adresser au médecin de l'établissement. L'analyse sanguine est effectuée au laboratoire provincial et tous les renseignements sont traités de façon confidentielle, dans la mesure où, dans la province, l'identification des échantillons destinés à faire l'objet de tests se fait à l'aide de codes numériques plutôt que de noms⁶⁶.

Selon le *Infection Control Manual*, c'est au médecin de l'établissement qu'il appartient de décider s'il convient d'autoriser un détenu qui a déjà eu des activités à risque élevé pour le VIH à subir un test de détection. Les détenus qui désirent subir un test doivent remplir un formulaire afin d'indiquer qu'ils reconnaissent que le résultat, si positif, devra être divulgué non seulement au médecin et à l'infirmière de l'établissement, mais également au gestionnaire de ce même établissement, à l'administrateur provincial, à l'agent de probation, à l'intervenant de première ligne, au parent/tuteur responsable et au médecin hygiéniste principal de la province. Ils reconnaissent en outre comprendre que les personnes susceptibles d'être exposées à leur sang ou à leurs liquides organiques doivent prendre des précautions appropriées.

62. Department of Justice and Attorney General, Community and Correctional Services. *Infection Control : Control of Blood and Body Fluids, and Transmitted Diseases Among Offenders in Custody* (Policy NO. 4:03:29P), révisé le 1^{er} janvier 1991.

63. Department of Justice and Attorney General, Community and Correctional Services. *Infection Control : Control of Blood and Body Fluids and Transmitted Diseases in General Line of Duty* (Policy NO. 4:03:30P), révisé le 1^{er} janvier 1991.

64. Renseignements communiqués au CESP par Allan J. Curley, administrateur provincial adjoint des établissements pour adultes, le 1^{er} septembre 1992.

65. Ibid.

66. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Renseignements médicaux sur les détenus

Dans la politique sur la manipulation des produits sanguins et des autres liquides organiques et la lutte contre les maladies transmissibles parmi la population carcérale, il est indiqué que les renseignements médicaux concernant les détenus reconnus comme étant atteints d'une infection hématogène ou soupçonnés de l'être doivent être conservés dans des dossiers médicaux auxquels seuls le gestionnaire du centre de détention, l'administrateur provincial et le personnel médical peuvent avoir accès. En outre, seuls les employés appelés à dispenser des services ou des soins directs à ces détenus seront informés de leur état de santé.

Dans les cas où est porté un diagnostic d'infection hématogène chez un détenu ou lorsqu'un détenu avise l'infirmière qu'il est atteint d'une telle infection, celle-ci doit l'avertir qu'elle devra communiquer cette information au gestionnaire du centre. Une équipe de planification composée de l'infirmière, d'un médecin, d'un intervenant de première ligne, du gestionnaire du centre, de l'administrateur provincial, du parent/tuteur et de l'agent de probation décidera, après consultation du directeur, sur le placement, la surveillance et le traitement médical du détenu.

Placement et activités

La politique stipule que l'isolement pour des raisons médicales d'un détenu atteint d'une infection hématogène n'est pas justifié à moins que, selon le médecin traitant, ce dernier ne représente un danger pour les autres détenus et/ou le personnel ou ne se comporte de façon irresponsable.

En ce qui a trait à la participation aux activités de l'établissement, la politique relative à la manipulation de sang et d'autres liquides organiques et à la lutte contre les maladies transmissibles en milieu de travail stipule que les détenus atteints d'une infection hématogène ou

soupçonnés de l'être peuvent continuer de participer aux activités récréatives et aux travaux, utiliser les douches et les toilettes, conserver leurs droits de visite et prendre part aux autres activités, mais ne peuvent assumer de fonctions dans les cuisines.

Programmes éducatifs pour les détenus

Selon le *Infection Control Manual*, les Correctional Services doivent élaborer et mettre en oeuvre un programme éducatif à l'intention du personnel et des détenus. Ce programme comporte deux volets, soit : a) préparation, à l'intention du personnel et des nouveaux détenus, de matériel éducatif sur les modes de transmission du VIH, les mesures de lutte contre l'infection et les précautions à prendre pour réduire le risque de transmission du VIH; b) mise à jour annuelle de la documentation, mesure visant à faire en sorte que les membres du personnel et les détenus soient suffisamment informés des plus récents progrès réalisés dans le domaine du VIH et du SIDA.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

On ne fournit pas de condoms aux détenus et on n'envisage pas de le faire dans un avenir rapproché.

EAU DE JAVEL

On ne fournit pas d'eau de Javel aux détenus et on n'envisage pas de le faire dans un avenir rapproché.

SERINGUES ET AIGUILLES STÉRILES

On ne fournit pas de seringues et d'aiguilles stériles aux détenus et on n'envisage pas de le faire dans un avenir rapproché.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Mesures de protection à l'intention du personnel

Tous les employés sont tenus de se familiariser avec le contenu du *Infection Control Manual*. De la documentation additionnelle sur le VIH et le SIDA est également fournie au personnel et aux détenus et des exposés sur le VIH et le SIDA ont été présentés par le personnel du service de santé⁶⁷.

La politique sur la manipulation de sang et d'autres liquides organiques et la lutte contre les maladies transmissibles parmi la population carcérale stipule que les membres du personnel doivent recevoir au moins une fois par année une formation en cours d'emploi sur les politiques et procédures de l'établissement visant à promouvoir l'adoption de pratiques adéquates pour réduire le risque de transmission des infections hématogènes. Tous les nouveaux employés reçoivent en outre une trousse documentaire et une formation sur la lutte contre les infections hématogènes.

La politique insiste sur l'importance d'appliquer des précautions universelles et de considérer le sang et les autres liquides organiques comme étant infectieux, quelle que soit leur origine et sans égard au fait qu'ils peuvent provenir d'un détenu «à risque élevé».

Un programme de vaccination volontaire contre l'hépatite B est également offert à tous les membres du personnel. Ceux qui ne veulent pas être immunisés doivent signer une formule attestant de leur choix.

Soins de santé

Selon certains renseignements communiqués au CESP, aucun cas confirmé de HIV/SIDA n'a été signalé à ce jour dans les établissements de la

province. Toutefois, si un cas était signalé et si le médecin recommandait l'utilisation de médicaments de nature expérimentale, cette recommandation serait prise en considération⁶⁸.

Comme le stipule la politique sur la manipulation de sang et d'autres liquides organiques et la lutte contre les maladies transmissibles parmi la population carcérale, les détenus infectés ont droit à divers services de counselling et d'aide. En vertu de cette politique, les détenus peuvent recevoir ces services avant et après avoir passé des examens et subi des tests. Une infirmière ou les gestionnaires du centre serviront d'intermédiaires dans l'évaluation des besoins de ces détenus en matière de services médicaux, psychologiques et sociaux. Les détenus infectés pourront obtenir auprès des membres du corps médical de l'établissement des conseils sur les précautions et les mesures de prévention à prendre. Le personnel médical devra veiller à ce que les détenus infectés aient accès, une fois libérés, à tous les services communautaires, médicaux et autres requis compte tenu de leur état de santé.

Dans les centres de détention pour adultes, les détenus ont accès à un programme de sensibilisation, d'une durée de 36 heures, aux dangers associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Il s'agit essentiellement d'un programme de préparation au traitement, et la majorité des détenus qui participent à ce programme suivent ensuite un traitement de quatre semaines avec hospitalisation offert dans le cadre du programme provincial de traitement des toxicomanies⁶⁹.

Tuberculose

Les politiques ne fournissent aucune indication concernant la tuberculose. Dans les faits, tous les détenus incarcérés dans des centres de détention subissent un examen physique. Lorsqu'un détenu

67. Ibid.

68. Ibid.

69. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

obtient des résultats positifs au test de détection de la tuberculose, le médecin hygiéniste principal de la province en est immédiatement avisé et les Correctional Services appliquent les directives fournies par ce dernier⁷⁰.

QUÉBEC

La politique relative aux maladies infectieuses en milieu carcéral élaborée par la Direction générale des Services correctionnels du Québec⁷¹ est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1992. Cette politique, qui doit être révisée tous les trois ans, est assortie de lignes directrices relatives à un programme éducatif sur les maladies infectieuses destiné aux détenus et au personnel des établissements correctionnels⁷², d'un plan d'action/évaluation des besoins pour 1992-1995⁷³ et de lignes directrices à l'intention des intervenants ayant subi une exposition à une maladie infectieuse dans le cadre de leurs fonctions⁷⁴.

L'application de cette politique repose sur trois principes de base : 1) le détenu est responsable de son comportement; 2) les membres du personnel de l'établissement doivent traiter tous les détenus, y compris ceux qui sont atteints d'une maladie infectieuse, d'une manière visant à favoriser la dignité et le respect des détenus; 3) la prestation de services médicaux aux détenus, y compris ceux qui sont atteints d'une maladie infectieuse, doit se faire conformément au protocole «Les services de santé et les services sociaux pour la personne contrevenante», intervenu entre le ministère de la Santé et des

Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique.

Surveillance et études de séroprévalence

Une étude de séroprévalence a été réalisée à Montréal dans un établissement provincial à sécurité moyenne pour femmes. Dans le cadre de cette étude, qui s'est prolongée sur une longue période, les tests étaient administrés sur une base volontaire et anonyme. Un peu plus de 7 pour cent des détenues se sont révélées séropositives pour le VIH⁷⁵. Une étude similaire a été effectuée dans deux établissements provinciaux pour hommes à Montréal; le taux de séropositivité parmi les détenus qui ont pris part à cette étude s'élevait à 3,6 pour cent⁷⁶.

Test de détection des anticorps anti-VIH

La politique ne comporte aucune disposition concernant les tests de détection.

Renseignements médicaux sur les détenus

La politique insiste sur le fait que les règles générales qui régissent la protection de la confidentialité des dossiers médicaux s'appliquent à tous les détenus et n'autorisent, que dans deux situations exceptionnelles, la divulgation des renseignements médicaux concernant les détenus infectés par le VIH ou atteints d'hépatite B, à savoir : 1) lorsqu'un détenu autorise un

70. Ibid.

71. Gouvernement du Québec, Ministère de la Sécurité publique, Direction générale des Services correctionnels, Direction de la détention. Politique relative aux maladies infectieuses en milieu carcéral, avril 1992.

72. Programmes d'information et de sensibilisation sur la problématique des maladies infectieuses en milieu carcéral, avril 1992.

73. Plan d'action : Évaluation des besoins 1992-1995, avril 1992.

74. Guide de procédures sur les interventions à effectuer à l'égard d'un intervenant qui a subi une exposition professionnelle dans l'exercice de ses fonctions, avril 1992.

75. Hankins C. et al. Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada* 1989; 15-33:168.

76. Hankins C et al. Infection au VIH-1 chez des hommes incarcérés -Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada* 1991:17-43:233. Pour obtenir plus de renseignements concernant ces deux études, voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

professionnel de la santé à divulguer ces renseignements; 2) lorsqu'un détenu reconnu comme étant infecté par le VIH ou atteint d'hépatite B affiche un comportement irresponsable qui, selon un professionnel de la santé, risque de favoriser la transmission de l'infection aux autres détenus ou aux employés.

Placement et activités

La politique stipule que le simple fait qu'un détenu soit reconnu comme étant atteint d'une maladie infectieuse ne peut justifier sa classification ou reclassification ou sa mise à l'écart du reste de la population carcérale, à moins d'instructions contraires de la part du corps médical.

Programmes éducatifs pour les détenus

La politique prévoit que les détenus et le personnel doivent avoir accès à des programmes d'information ou de sensibilisation concernant le SIDA et la transmission des infections en milieu carcéral. Ces programmes seront élaborés sur place, avec l'aide de groupes de services spécialisés dans le domaine, et refléteront les caractéristiques particulières de chaque établissement.

Ces programmes comportent quatre objectifs :

- 1) fournir des renseignements à jour sur l'infection à VIH et l'hépatite B, plus particulièrement sur la distinction entre infection à VIH et SIDA, l'importance et les limites des tests de détection des anticorps anti-VIH ainsi que sur les modes de transmission et l'importance des porteurs asymptomatiques;
- 2) établir une distinction entre les risques de transmission réels et perçus;
- 3) renseigner les détenus sur les façons de prévenir la transmission du VIH et de l'hépatite B, tant durant leur incarcération qu'après leur libération;
- 4) inciter les détenus à adopter des

attitudes non discriminatoires à l'égard des détenus qui sont infectés par le VIH ou atteints d'hépatite B.

La prestation de séances d'information aux employés et aux détenus est assurée par le personnel de l'établissement, un service d'aide local (services de santé communautaire) ou une organisation communautaire. Ces séances, d'une durée d'une à quatre heures, prévoient l'utilisation de documents écrits et de matériel audiovisuel. La participation à ces séances est volontaire. Les besoins dans ce domaine font actuellement l'objet d'une évaluation⁷⁷.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

On distribue des condoms dans les établissements correctionnels provinciaux du Québec depuis le 16 novembre 1992. Pour s'en procurer, les détenus doivent s'adresser au service médical de l'établissement. Cette stratégie a été préférée à d'autres car elle permet de combiner la distribution de condoms à la diffusion de messages éducationnels⁷⁸.

EAU DE JAVEL

On fournit de l'eau de Javel aux détenus afin qu'ils puissent s'en servir comme désinfectant domestique. Durant les séances d'information, on les informe également que l'eau de Javel peut être utilisée pour désinfecter des aiguilles, en particulier celles qui sont utilisées pour le tatouage, et on les sensibilise aux risques associés à l'utilisation d'aiguilles non-stériles pour l'injection de drogues⁷⁹.

77. Renseignements communiqués au CESP par André Simard, Responsable des Services à la clientèle, Direction de la détention, Direction générale des Services correctionnels, le 27 novembre 1992.

78. Ibid.

79. Ibid.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

On ne fournit pas d'aiguilles et de seringues stériles dans les établissements provinciaux et l'on n'envisage pas de le faire dans un avenir rapproché⁸⁰.

Mesures de protection à l'intention du personnel

La politique stipule que le personnel des établissements correctionnels doit avoir accès à des programmes d'information sur l'infection à VIH et le SIDA. Ces programmes seront élaborés sur place avec l'aide de groupes de services spécialisés dans le domaine et adaptés aux besoins particuliers de chaque établissement. Les objectifs de ces programmes sont les suivants :

1) fournir des renseignements à jour sur l'infection à VIH et l'hépatite B, plus particulièrement sur la distinction entre VIH et SIDA, l'importance et les limites des tests de détection des anticorps anti-VIH, ainsi que sur les modes de transmission et l'importance des porteurs asymptomatiques; 2) faire ressortir les différences entre les risques de transmission réels et perçus et identifier les risques associés au travail; 3) fournir des renseignements utiles sur les méthodes de prévention, en particulier les précautions universelles, en insistant sur les façons d'appliquer ces précautions, en particulier durant les situations de crise; et 4) inciter les membres du personnel à adopter des attitudes non discriminatoires à l'égard des détenus qui sont infectés par le VIH ou atteints d'hépatite B.

Des lignes directrices ont été élaborées à l'intention des employés susceptibles d'être exposés à des maladies infectieuses dans le cadre de leurs fonctions. Ce document décrit les sept mesures à prendre en cas d'exposition. Voici ces mesures : 1) l'employé doit signaler le plus rapidement possible à son supérieur hiérarchique la nature du problème et les circonstances

entourant l'incident, en se servant du formulaire approprié; 2) l'administration doit informer cet employé du risque potentiel de transmission du virus de l'hépatite B; 3) l'administration doit également veiller à ce que cet employé soit examiné par un médecin et reçoive un vaccin contre l'hépatite B ou des immunoglobulines, au besoin; 4) l'administration doit également aviser l'employé du risque potentiel de transmission du VIH et voir à ce qu'il soit examiné par un médecin de façon à établir s'il doit subir un test de détection des anticorps anti-VIH et, s'il y a lieu, d'autres tests par la suite. Dans l'affirmative, le test de détection doit être réalisé le plus rapidement possible, une fois que l'employé aura donné son consentement éclairé; 5) l'administration doit offrir à l'employé des services d'aide psychologique appropriés dans le cadre du programme d'aide aux employés; 6) l'administration doit veiller à ce que le personnel des services médicaux examine le plus rapidement possible le détenu qui est à l'origine de l'exposition afin de déterminer s'il est infecté par le VIH ou atteint de l'hépatite B. Elle doit également voir à ce que ce détenu soit examiné périodiquement, au besoin. Aucune intervention médicale ne peut être effectuée sans le consentement éclairé du détenu à l'origine du problème.

Les lignes directrices stipulent également que la confidentialité de tous les renseignements médicaux concernant les détenus à l'origine d'une exposition professionnelle et les employés exposés doivent être assurée.

Soins de santé

De façon générale, les soins de santé sont fournis par des infirmières du secteur public et des médecins engagés à contrat. Dans treize établissements, les soins de santé sont dispensés, du moins en partie, par des services de santé communautaire de l'extérieur et des centres hospitaliers⁸¹.

80. Ibid.

81. Renseignements communiqués par André Simard en réponse au Document de travail du CESP, le 21 septembre 1993.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Les détenus ont accès à toute une gamme de services médicaux et, dans la majorité des établissements, à des groupes d'entraide tels que Narcotiques Anonymes (NA) et Alcooliques Anonymes (AA). Les détenus qui bénéficient d'une permission de sortir ou d'une libération conditionnelle sont également autorisés à participer à des programmes public ou communautaires conçus à l'intention des utilisateurs de drogues injectables ou des personnes infectées par le VIH ou atteints du SIDA. Dans tous les cas, c'est le médecin de l'établissement qui décide quels traitements sont appropriés.

Les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA ont accès à la même gamme de traitements que l'ensemble de la population. La réglementation actuelle interdit le recours aux médicaments expérimentaux lorsqu'une telle pratique risque de compromettre la santé du détenu⁸².

Tuberculose

La politique du Québec ne comporte aucune disposition concernant la tuberculose.

SASKATCHEWAN

Une directive d'orientation révisée qui établit des normes et des lignes directrices concernant la prise en charge des détenus atteints d'une maladie transmissible est appliquée depuis le 8 août 1989 dans les établissements correctionnels de la province⁸³. Comme il est indiqué dans cette directive, l'efficacité de la stratégie privilégiée par la Corrections Division pour faciliter la prise en charge des détenus atteints d'une maladie infectieuse repose sur le

détection précoce des cas d'infection, la mise en oeuvre de programmes d'éducation et de formation, l'application raisonnable de mesures interdisant chez les détenus tout comportement à risque élevé favorisant la transmission des infections, ainsi que la protection de la confidentialité des renseignements professionnels et personnels.

Un groupe de travail interministériel comptant des représentants de divers ministères [Santé, Services sociaux, Justice (incluant la Corrections Division), Éducation, Santé et Sécurité au travail] et de la Public Service Commission a été chargé d'examiner les diverses facettes de la problématique VIH/SIDA ayant une incidence sur les activités de chaque ministère⁸⁴.

Surveillance et études de séroprévalence

À ce jour, aucune étude sur la séroprévalence de l'infection à VIH n'a été réalisée auprès des détenus des prisons provinciales de la Saskatchewan, et l'on n'envisage pas d'effectuer de telles études dans l'avenir. Entre 1987 et 1992, cinq cas d'infection à VIH ou de SIDA ont été signalés parmi la population carcérale de la province⁸⁵.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Comme le précise la directive, on ne considère pas utile pour l'instant de mettre en oeuvre un programme de détection des anticorps anti-VIH. Les tests sont effectués uniquement avec le consentement du détenu et du médecin traitant. Dans les faits, les détenus qui souhaitent subir un test de détection doivent s'adresser à un médecin

82. Renseignements communiqués au CESP par André Simard, *supra*, note 77.

83. Saskatchewan Justice - Directive de la Corrections Division intitulée «Management of Inmates with Communicable Diseases», Directive 11 - 57 A.

84. Renseignements communiqués au CESP par Linda Strand, Directrice exécutrice de la Laboratory and Diseases Control Services Branch, Saskatchewan Health, le 23 septembre 1992.

85. Renseignements communiqués au CESP par Larry Wilson, Directeur des Institutional Operations, Solicitor General Division, Saskatchewan Justice, le 11 août 1992.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

qui établira si cette mesure est justifiée⁸⁶. La clinique locale de lutte contre les MTS offre un service de détection anonyme⁸⁷.

Renseignements médicaux sur les détenus

En ce qui a trait à la confidentialité des renseignements médicaux, la directive stipule que la présence d'une maladie transmissible dans un établissement peut susciter un émoi considérable, des craintes injustifiées et de la confusion et donner lieu à des écarts de conduite professionnelle susceptibles de compromettre la sécurité et le bon fonctionnement de l'établissement et de brimer les droits à la vie privée des détenus. Les membres du personnel sont tenus d'observer scrupuleusement les dispositions de la Directive n° II-77 concernant l'accès à l'information.

La Directive n° II-57A comporte des dispositions très explicites sur les renseignements et dossiers médicaux et la divulgation de ces informations. Par exemple, lorsqu'un détenu est soupçonné d'être atteint d'une maladie infectieuse grave qui, selon le médecin traitant, risque de se propager aux autres détenus, au personnel et aux visiteurs, le directeur de l'établissement doit être avisé le plus rapidement possible de la situation. On tient pour acquis que le directeur doit être informé de l'identité du détenu infecté, du diagnostic porté par le médecin ainsi que de l'incidence possible de cette maladie sur la sécurité de l'établissement ainsi que des détenus, des employés et des visiteurs.

L'accès aux renseignements contenus dans le dossier médical d'un détenu est habituellement limité aux seules personnes qui ont besoin d'être informées pour des raisons de santé ou de sécurité, à savoir : les membres de l'unité des soins de santé de l'établissement correctionnel et

les directeurs adjoints responsables de la sécurité et des programmes.

La directive fournit également des précisions concernant la divulgation des renseignements médicaux aux membres du personnel des services correctionnels. Ainsi, lorsque le médecin d'un établissement estime qu'il existe un risque de transmission d'une infection, il doit en aviser le directeur qui, après l'avoir consulté, déterminera la nature et l'ampleur des renseignements personnels concernant le détenu qui pourront être divulgués aux employés des services correctionnels. Dans certains cas, seuls les employés qui sont directement exposés au détenu infecté seront mis au courant de la situation.

Cette politique pourrait être modifiée si les changements proposés à la *Public Health Act* sont adoptés. En pareil cas, la divulgation des renseignements médicaux concernant les détenus ne serait possible qu'avec l'autorisation du médecin hygiéniste⁸⁸.

En ce qui concerne la divulgation de renseignements au partenaire sexuel d'un détenu infecté, la directive prévoit, conformément aux ordonnances du ministre de la Santé énoncées dans la *Public Health Act*, que le médecin traitant est tenu de signaler au médecin hygiéniste le nom des personnes atteintes de certaines maladies transmissibles. L'établissement, par l'entremise de son infirmière principale, devra fournir une aide raisonnable au médecin traitant ou au médecin hygiéniste en informant le détenu ainsi que son partenaire sexuel de son état de santé. Les droits de visite du conjoint seront suspendus jusqu'à ce que le directeur de l'établissement soit assuré que le détenu et son conjoint ont été bien informés de la situation. Une fois cette suspension levée, le directeur devra veiller à obtenir du partenaire sexuel du détenu infecté une confirmation écrite indiquant qu'il a été bien informé de l'état de santé du détenu, qu'il comprend les problèmes qui

86. Ibid.

87. Communication de Larry Wilson, Directeur des Institutional Operations, Solicitor General Division, Saskatchewan Justice, le 9 décembre 1993.

88. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

découlent d'une telle situation et qu'il souhaite continuer de visiter le détenu.

Placement et activités

Chaque nouveau détenu qui fait son entrée dans un établissement correctionnel provincial doit fournir un aperçu de ses antécédents médicaux. Il doit notamment indiquer s'il pense être atteint d'une maladie grave pouvant être transmise aux autres détenus. Lorsqu'un détenu affirme croire être atteint de tuberculose infectieuse active, d'hépatite ou de SIDA ou avoir obtenu des résultats positifs au test de détection des anticorps anti-VIH, l'agent d'admission doit avertir le médecin ou l'infirmière de l'établissement. Ce détenu ne pourra pas être placé parmi l'ensemble de la population carcérale tant qu'il n'aura pas été examiné par le médecin ou l'infirmière. Il sera considéré comme présentant des risques sur le plan de l'hygiène (c'est-à-dire, pour les fins d'application de la directive, comme étant susceptible de transmettre une maladie infectieuse parce que ne respectant pas les règles de base en matière d'hygiène personnelle) et gardé en isolement jusqu'à ce qu'on ait planifié la ligne de conduite à tenir dans son cas (évaluation, éducation et prise en charge). Cet exercice de planification devra être mené à bien le plus rapidement possible. Une fois cet exercice achevé, les détenus qui ne respectent pas les règles de base en matière d'hygiène, qui doivent être isolés pour des raisons médicales ou qui affichent un comportement irresponsable susceptible de favoriser la transmission de la maladie dont ils sont atteints seront gardés à l'écart du reste de la population carcérale. De façon générale et à moins de contre-indications médicales, on prendra toutes les mesures raisonnables pour maintenir au sein de la population carcérale les détenus atteints d'une maladie infectieuse, y compris les détenus séropositifs à l'égard du VIH. Il pourrait toutefois être nécessaire d'isoler certains détenus afin d'assurer leur protection et celle des autres détenus et de les soustraire aux tensions qui

pourraient être suscitées par les craintes ou les appréhensions des détenus non-infectés.

Un détenu placé en isolement pour des raisons médicales peut continuer de participer aux programmes offerts à l'ensemble de la population carcérale si son état de santé le permet et à condition qu'il n'entre pas en contact avec les autres détenus. En ce qui a trait aux services de counselling, on portera une attention particulière à ses besoins en matière de soutien psychologique, affectif et social.

Programmes éducatifs pour les détenus

La directive précise que les détenus doivent être bien informés de l'importance de prévenir les maladies infectieuses. On prendra en considération les restrictions pratiques temporelles et la réduction du risque d'exposition associé aux peines de courte durée. Selon des renseignements communiqués au CESP, l'élaboration de certains programmes éducatifs concernant l'infection à VIH et le SIDA se fait avec l'aide des détenus, sur une base volontaire; ces programmes sont dispensés par le personnel médical ou par des organismes oeuvrant dans le domaine du SIDA⁸⁹.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Seuls les détenus qui ont obtenu le droit de visite conjugale et qui en ont demandé peuvent se procurer des condoms.

EAU DE JAVEL

On fournit de l'eau de Javel à tous les détenus afin qu'ils puissent s'en servir pour essuyer les taches de sang ou d'autres liquides organiques renversés. Toutefois, le personnel exerce un

89. Renseignements communiqués au CESP par Larry Wilson, *supra*, note 85.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

contrôle rigoureux de l'accessibilité et l'utilisation de l'eau de Javel.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

On ne distribue pas d'aiguilles et de seringues stériles aux détenus et l'on considère qu'il serait inapproprié de le faire⁹⁰.

Mesures de protection à l'intention du personnel

La directive stipule que chaque membre du personnel doit recevoir une formation de base d'une durée approximative de 4 heures sur la prise en charge des détenus atteints d'une maladie infectieuse dans un centre correctionnel. Des séances de mise à jour des connaissances sont organisées au besoin. Cette formation vise à fournir aux membres du personnel les connaissances pratiques voulues pour assurer leur propre protection ainsi que celle des autres contre les maladies infectieuses.

Dans les faits, chaque membre du personnel doit suivre une formation obligatoire d'une demi-journée. L'arrivée d'un nouveau détenu soupçonné ou reconnu comme étant infecté par le VIH ou atteint du SIDA peut toutefois nécessiter la tenue de séances d'information ponctuelles⁹¹.

La directive insiste sur l'importance d'appliquer des précautions universelles et prévoit que chaque aire d'activité sera munie d'une quantité suffisante et facilement accessible d'équipement, de vêtements et de fournitures de sécurité.

Soins de santé

Tous les grands centres correctionnels possèdent une unité de soins de santé. Sur semaine, des infirmières y dispensent quotidiennement des

services de soins de santé. Les heures de consultation sont réduites durant les fins de semaine. Des soins médicaux, dentaires, optométriques et psychiatriques sont dispensés par un personnel médical engagé à contrat ou par le truchement de centres communautaires. En cas d'urgence, les détenus sont dirigés vers les hôpitaux locaux.

Tous les centres correctionnels offrent des programmes d'éducation sur les dangers associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les détenus qui ont besoin d'un traitement sont autorisés à participer à des programmes communautaires.

Les centres correctionnels de la Saskatchewan possèdent une expérience limitée dans le traitement des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. La nature et l'ampleur du traitement requis dans chaque cas sont déterminées d'après les recommandations du médecin. L'accès aux traitements expérimentaux dépendra des caractéristiques de chaque cas et des recommandations formulées par le médecin⁹².

Tuberculose

La directive ne contient aucune ligne directrice concernant la détection de la tuberculose. On y recommande toutefois l'isolement des patients atteints de tuberculose pulmonaire dont les frottis de l'expectoration sont positifs ou dont les radiographies pulmonaires laissent fortement redouter une tuberculose active.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Tant le *Adult Operations Manual* que le *Young Offenders Operations Manual* de la Corrections Service Division comportent une directive

90. Ibid.

91. Ibid.

92. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

concernant le SIDA⁹³. D'après des renseignements communiqués au CESP, la *Young Offender Directive* résume la position la plus à jour de la Division concernant le SIDA. À l'époque où ces renseignements ont été communiqués au CESP, le *Adult Operations Manual* faisait l'objet d'une révision en profondeur; le CESP a été informé qu'une fois cet exercice achevé, l'*Adult Directive* serait pratiquement identique à la *Young Offender Directive*⁹⁴. Le résumé suivant est donc fondé essentiellement sur le contenu de cette dernière directive (désignée ci-après par la «directive»).

Surveillance et études de séroprévalence

À ce jour, aucune étude de séroprévalence n'a été réalisée auprès de la population carcérale des établissements correctionnels des Territoires du Nord-Ouest.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Conformément à la directive, tout jeune contrevenant qui présente des signes ou des symptômes d'infection à VIH et qui est reconnu comme ayant eu des contacts avec une personne séropositive, ou tout détenu qui demande à subir des tests de détection parce qu'il a eu de nombreux partenaires sexuels a droit à des services de counselling et doit être autorisé à subir des tests de détection. La directive prévoit en outre que les résultats de ces tests doivent être tenus confidentiels et que les tests doivent être répétés tous les six mois durant la période de 18 mois qui suit.

Renseignements médicaux sur les détenus

En ce qui concerne la confidentialité des renseignements médicaux, la directive stipule que les résultats des tests doivent être traités de façon

confidentielle et que l'accès à ces renseignements doit être limité uniquement aux membres du personnel médical. La directive ne mentionne rien concernant la divulgation de ces renseignements à d'autres personnes, y compris la direction de l'établissement. Toutefois, il y est mentionné de façon explicite que tout résultat positif doit être communiqué au bureau de lutte contre les maladies infectieuses des services de santé publique, à Yellowknife.

Placement et activités

Conformément à la directive, les détenus infectés par le VIH mais ne souffrant pas d'une maladie infectieuse secondaire ou d'un cancer peuvent être placés dans n'importe quel établissement des Territoires du Nord-Ouest ou dans le même type d'établissement que les jeunes contrevenants non infectés. Toute discrimination contre un détenu ou un membre du personnel ayant obtenu des résultats positifs au test de détection des anticorps anti-VIH est interdite. En outre, l'application de mesures d'isolement est injustifiée, à moins de circonstances exceptionnelles. Par exemple, un détenu qui chercherait à tirer profit de sa séropositivité pour intimider ou causer un préjudice à un membre du personnel ou à un autre détenu en le menaçant verbalement ou physiquement ou de quelle qu'autre façon que ce soit serait considéré comme un cas exceptionnel.

Les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA peuvent continuer à travailler et à assumer leurs fonctions normales tant et aussi longtemps qu'elles sont considérées comme étant médicalement aptes à le faire par le médecin hygiéniste.

Programmes éducatifs pour les détenus

La directive stipule que le gestionnaire doit veiller à ce que le personnel et les détenus soient bien informés sur l'infection à VIH et le SIDA et

93. Department of Justice, Corrections Service Division. *Adult Operations Manual*, Directive 10.02, «AIDS», 1^{er} octobre 1989; Corrections Service Division. *Young Offenders Operations Manual*, Directive 12.07, «AIDS», 15 janvier 1990, révisé le 10 août 1992.

94. Renseignements communiqués au CESP par Dave Zinck, Agent de programmes, Corrections Service Division, Department of Justice, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, le 26 octobre 1992.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

rappelle que l'éducation joue un rôle capital dans la prévention de la propagation de la maladie. Tous les nouveaux détenus reçoivent dès leur arrivée dans l'établissement de la documentation sur le sujet et des présentations sont organisées. Les renseignements fournis aux détenus portent sur : 1) le VIH et le SIDA; 2) les façons dont le VIH peut ou ne peut pas se transmettre; 3) les façons de se protéger; 4) les attitudes et comportements à adopter à l'égard des personnes atteintes du SIDA.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Les Territoires du Nord-Ouest ont été les premiers à adopter une politique autorisant la distribution de condoms en milieu carcéral (*Adult Directive*), le 1^{er} octobre 1989. Cette mesure s'inscrit dans les sens des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et vise à prévenir la propagation du SIDA.

La *Young Offenders Directive* comporte des dispositions plus détaillées. Ainsi, il y est indiqué que conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, des condoms seront distribués aux jeunes contrevenants par les membres du personnel médical ou, en leur absence, par le coordonateur de programme. Dans le cadre de l'orientation qui leur sera fournie, les jeunes contrevenants seront informés sur la disponibilité des condoms et sur la façon de les utiliser correctement.

Selon cette directive, les jeunes contrevenants qui bénéficient d'une permission de sortir ou obtiennent leur libération peuvent obtenir des condoms s'ils en font la demande.

EAU DE JAVEL

La directive ne comporte aucune indication concernant la fourniture d'eau de Javel aux contrevenants.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

La directive ne comporte aucune précision concernant la fourniture de matériel d'injection stérile aux contrevenants.

Mesures de protection à l'intention du personnel

La directive insiste sur le fait que l'éducation et la fourniture de matériel approprié joue un rôle déterminant dans l'application des précautions universelles.

Tous les membres du personnel reçoivent une formation et de la documentation concernant le SIDA; des mécanismes de mise à jour annuelle des connaissances sont également prévus. Enfin, tous les employés sont avisés d'appliquer les précautions universelles.

Soins de santé

La directive ne comporte aucune indication quant aux soins de santé devant être dispensés aux contrevenants. En revanche, il y est précisé que le personnel médical doit informer les personnes infectées par le VIH qu'elles peuvent transmettre l'infection à d'autres personnes et les renseigner sur les mesures de prévention à prendre pour réduire le risque de transmission. De la même façon, ces personnes doivent être informées qu'elles risquent de contracter des maladies contre lesquelles leur système immunitaire se révélera impuissant.

Tuberculose

La directive ne fait pas allusion à la problématique de la tuberculose.

YUKON

Une politique sur l'infection à VIH et le SIDA applicable aux établissements correctionnels pour adultes est en cours d'élaboration et sera rendue publique dans un avenir rapproché⁹⁵. Cette

95. Department of Justice, Policy and Procedures, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) Policy, ébauche.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

politique présente les responsabilités du Department of Justice à l'égard des détenus et des membres du personnel potentiellement infectés par le VIH. Ces responsabilités sont les suivantes : 1) veiller à ce que tous les membres du personnel soient informés que la Public Service Commission a émis une directive d'orientation qui s'applique à l'ensemble des employés du gouvernement; 2) voir à ce que tous les mécanismes appropriés (formation, équipement et procédures) permettant de protéger les employés qui sont exposés à des populations «à haut risque» soient mis en place; 3) favoriser l'accès des détenus à des programmes d'éducation et d'information.

Services correctionnels aux jeunes contrevenants :

En date de septembre 1992, le centre correctionnel pour jeunes contrevenants de Whitehorse n'avait pas de politique écrite ou de rapports concernant la problématique de l'infection à VIH et du SIDA. Une politique existait sous forme d'ébauche, mais on ne prévoyait pas en achever l'élaboration dans un avenir rapproché⁹⁶.

Surveillance et études de séroprévalence

Aucune étude de séroprévalence n'a été réalisée ou planifiée dans les établissements correctionnels du Yukon, et l'on n'y tient pas de façon systématique des statistiques sur le nombre de détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Selon Margaret Joe, ministre de la Justice, le nombre de cas d'infection à VIH parmi les nouveaux détenus était très faible et, en date de septembre 1992, aucun cas de SIDA n'avait été signalé parmi cette population⁹⁷.

Test de détection des anticorps anti-VIH

La politique précise que les détenus ne peuvent pas être forcés de subir le test de détection et que la Corrections Branch s'emploiera à prévenir la transmission du VIH en veillant, entre autres choses, à ce que les détenus et les membres du personnel aient accès, sur demande, à des services confidentiels de détection des anticorps anti-VIH et, au besoin, de counselling durant la période de suivi.

Dans les faits, le test de détection est offert à tous les détenus qui en font la demande. Les détenus ont également accès à des services de counselling avant et après le test⁹⁸.

Renseignements médicaux sur les détenus

Conformément à la politique, le statut sérologique des détenus à l'égard du VIH doit être traité comme étant un renseignement confidentiel et ne peut être divulgué aux membres du personnel que si cette mesure devient nécessaire pour des raisons médicales ou pour assurer la sécurité des principaux intéressés.

Placement et activités

La politique prévoit qu'étant donné que le VIH ne se transmet pas par simple contact, l'isolement des détenus infectés par le VIH est normalement injustifié. Toutefois, les détenus qui représentent une source de danger pour le personnel ou qui adoptent un comportement irresponsable favorisant la transmission du VIH peuvent être mis à l'écart du reste de la population carcérale sur avis du médecin hygiéniste et avec l'approbation du directeur de l'établissement.

96. Renseignements communiqués au CESP par Joyce Hayden, ministre de la Santé et des Services sociaux, le 16 septembre 1992.

97. Renseignements communiqués au CESP par Margaret Joe, ministre de la Justice, le 24 septembre 1992.

98. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Programmes éducatifs pour les détenus

À l'heure actuelle, les programmes éducatifs ne sont pas offerts de façon régulière aux détenus, mais plutôt de façon sporadique⁹⁹. On planifie toutefois d'offrir régulièrement des programmes éducatifs facultatifs dans l'avenir.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

La politique indique que la Corrections Branch participera aux efforts de prévention du VIH en offrant sur demande des condoms aux détenus qui bénéficient d'une permission de sortir, en s'efforçant de réduire la prévalence de l'activité sexuelle non consensuelle entre détenus et en permettant aux détenus qui ont une activité sexuelle consensuelle de se procurer discrètement des condoms.

Dans les faits, on ne distribue pas de façon systématique des condoms aux nouveaux détenus qui entrent dans le système carcéral parce que le centre correctionnel de Whitehorse consiste en bonne partie en dortoirs, type d'installation qui offre peu d'intimité et permet difficilement l'activité sexuelle consensuelle. Toutefois, la politique précise que les détenus peuvent se procurer discrètement des condoms auprès de l'infirmière, dans la mesure où il s'agit d'une activité sexuelle véritablement consensuelle. Depuis l'automne 1991, on distribue sur demande des condoms aux détenus qui bénéficient d'une permission de sortir ou qui obtiennent leur libération¹⁰⁰.

EAU DE JAVEL

Officiellement, on ne distribue pas aux détenus de l'eau de Javel afin qu'ils puissent nettoyer leur

matériel de tatouage ou leurs autres aiguilles. Dans les faits, comme l'a indiqué la ministre de la Justice au CESP, les détenus peuvent s'en procurer facilement sous forme de désinfectant dilué.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

La politique indique que la Corrections Branch s'efforce de prévenir la transmission du VIH en restreignant l'accès des détenus au matériel de tatouage et aux seringues hypodermiques. On n'envisage donc pas de fournir du matériel d'injection stérile aux détenus.

Mesures de protection à l'intention du personnel

La politique stipule que le Department of Justice veille à ce que tous les mécanismes (formation, équipement et procédures) permettant de protéger les employés qui sont exposés à des populations à haut risque soient mis en place. Les employés peuvent assister sur une base volontaire à des cours sur l'infection à VIH et le SIDA organisés par la Public Service Commission. Un module obligatoire sur l'infection à VIH et le SIDA et l'hépatite sera ajouté au Corrections Officer Basic Training Program¹⁰¹.

La politique insiste également sur l'importance d'appliquer des précautions universelles. Il y est dit, notamment, que la Corrections Branch s'emploie à élaborer et à appliquer des mesures visant à assurer la meilleure protection possible au personnel et aux détenus, en supposant que tous les détenus sont potentiellement séropositifs à l'égard du VIH. Étant donné qu'il a été démontré que le VIH ne se transmet pas par simple contact, les fonctions assumées par les employés et les détenus infectés ne posent aucun risque pour le personnel ou la population carcérale.

99. Communication personnelle avec Elizabeth Lane, Whitehorse Correctional Centre, le 10 décembre 1993.

100. Renseignements communiqués au CESP par Margaret Joe, *supra*, note 97.

101. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

La politique ajoute que la Corrections Branch s'efforce de prévenir la transmission du VIH en :

- 1) appliquant dans toutes les aires des établissements correctionnels des procédures de nettoyage et d'hygiène conformes aux mesures universelles recommandées pour la lutte contre le SIDA; 2) veillant à ce que des mécanismes appropriés soient mis en place pour l'élimination des seringues hypodermiques et autres objets piquants ou tranchants de même nature; 3) et en veillant à ce que le nettoyage et l'élimination des vêtements et de la lingerie souillés par des produits sanguins ou d'autres liquides organiques s'effectuent selon les procédures voulues et à l'aide des installations appropriées.

Soins de santé

La politique ne fournit aucune précision sur les soins de santé à fournir aux détenus. Il y est toutefois mentionné que les autorités accueilleront favorablement, sur avis du médecin hygiéniste, les demandes de permission de sortir qui leur seront adressées par les détenus atteints de SIDA.

Les soins de santé sont dispensés par une infirmière et un médecin visiteur engagés à contrat. Les détenus qui ont des problèmes de toxicomanie peuvent obtenir de l'aide auprès de conseillers et du personnel médical. L'accès à des traitements expérimentaux peut être autorisé si le médecin de l'établissement se montre favorable à une telle mesure et si la sécurité de l'établissement et du public n'est pas compromise¹⁰².

Tuberculose

La politique ne fournit pas de directive concernant la tuberculose. Dans les faits, les détenus sont encouragés mais non obligés à se soumettre à des tests de détection de la tuberculose.

RÉSUMÉ

Surveillance et études de séroprévalence

Des études de séroprévalence ont été effectuées uniquement dans les systèmes correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario ainsi que dans trois prisons provinciales à Montréal. Toutes ces études ont révélé que les taux de prévalence de l'infection à VIH étaient beaucoup plus élevés chez les détenus que parmi l'ensemble de la population. Les taux étaient plus élevés chez les détenus de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin, et particulièrement élevés chez les utilisateurs de drogues injectables.

Dans la plupart des systèmes correctionnels provinciaux, le nombre de détenus connus comme étant infectés par le VIH est relativement faible.

Test de détection des anticorps anti-VIH

La recherche des anticorps anti-VIH sans le consentement du détenu est interdite dans toutes les provinces et tous les territoires. Toutefois, les détenus qui le désirent sont en général autorisés à subir des tests à condition, dans la plupart des cas, de fournir au préalable leur consentement éclairé. Ces tests, souvent, ne peuvent être effectués sans l'approbation du médecin de l'établissement. Certaines politiques encouragent explicitement les détenus qui présentent des signes de la maladie ou qui ont déjà eu des activités à risque élevé à subir le test et la plupart prévoient que les détenus doivent avoir accès à des services de counselling avant et après le test. Seules quelques politiques mentionnent que les membres du personnel peuvent subir le test sur une base volontaire, mais la plupart stipulent que les employés qui ont été exposés à des liquides organiques sont tenus de rapporter l'incident de façon à obtenir l'aide médicale nécessaire.

102. Ibid.

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

Certaines politiques stipulent de façon explicite que les nouveaux détenus doivent, au moment de leur entrée dans le système correctionnel, se soumettre à un examen visant entre autres à détecter les signes d'une infection à VIH, ou s'ils pensent être atteints d'une maladie transmissible, en particulier une infection à VIH, en faire part. Les détenus soupçonnés ou reconnus comme étant séropositifs ou atteints du SIDA doivent habituellement se soumettre à un examen médical permettant de déterminer «les précautions à appliquer dans chaque cas».

Renseignements médicaux sur les détenus

Les politiques insistent habituellement sur la nécessité de protéger la confidentialité des renseignements médicaux des détenus. Il existe toutefois toute une gamme d'exceptions à la règle qui autorisent la divulgation de tels renseignements sans le consentement du détenu. Chaque politique comporte des dispositions particulières à cet égard, mais le plus souvent, c'est l'argument du «besoin de savoir» qu'on invoque pour justifier les dérogations au principe du respect de la confidentialité. Certaines politiques stipulent que les employés qui sont régulièrement en contact avec des détenus infectés doivent être informés (de façon plus ou moins détaillée) de l'état de santé de ces derniers. D'autres politiques autorisent la divulgation des renseignements médicaux lorsqu'il y a de bonnes raisons de croire que le comportement d'un détenu représente un danger tant pour lui-même que pour les autres personnes.

Placement et activités

Il est généralement admis que toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour placer les détenus infectés par le VIH au sein de la population carcérale. Toutefois, l'isolement de ces détenus est souvent autorisé dans trois cas, à savoir lorsque : 1) le comportement d'un détenu favorise la transmission du VIH; 2) les réactions des autres détenus sont telles que le détenu

infecté doit faire l'objet d'un isolement protecteur; 3) l'état de santé du détenu le justifie.

Programmes éducatifs pour les détenus

Les politiques insistent généralement sur l'importance d'offrir aux détenus des programmes éducatifs sur l'infection à VIH et le SIDA. Toutefois, la plupart des politiques ne fournissent aucune description de ces programmes. Il devient dès lors difficile de savoir si ces programmes sont obligatoires, de déterminer à qui incombe leur mise en oeuvre ou encore d'établir quel médium est utilisé pour diffuser l'information. De plus, ces politiques fournissent en général très peu d'indications sur le contenu de ces programmes; certaines politiques, toutefois, précisent qu'il faut informer les détenus sur la nature de la maladie, les façons dont elle se transmet et les moyens de prévenir sa propagation.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Les Territoires du Nord-Ouest ont été les premiers à adopter une politique autorisant la distribution de condoms aux détenus. Depuis l'automne 1991, au Yukon, les détenus qui obtiennent leur libération ou qui bénéficient d'une permission de sortir peuvent se procurer des condoms. Ce n'est qu'après que le Solliciteur général du Canada a décidé d'autoriser, le 1^{er} janvier 1992, la distribution de condoms dans tous les établissements correctionnels fédéraux que d'autres provinces, à savoir l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Québec et l'Ontario, ont emboîté le pas. Chaque province a mis en place ses propres mécanismes de distribution. Toutefois, seuls les détenus des établissements correctionnels de la Colombie-Britannique (et de certains établissements fédéraux) peuvent se procurer facilement et discrètement des condoms. En Saskatchewan, on n'en distribue qu'aux détenus qui ont obtenu le droit de visite conjugale et qui en ont demandé. À Terre-Neuve,

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

en Nouvelle-Écosse, à l'Île du Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, les détenus ne peuvent pas s'en procurer. Selon ces provinces, il est inutile de distribuer des condoms aux détenus car ceux-ci ne séjournent en moyenne que 30 jours dans les établissements provinciaux et ont donc moins de chance d'avoir des relations sexuelles.

EAU DE JAVEL

La distribution d'eau de Javel n'est mentionnée que dans une ébauche de politique élaborée par la British Columbia Corrections Branch. Selon ce document, les détenus pourront se procurer facilement de l'eau de Javel concentrée. Toutefois, on fournit de l'eau de Javel aux détenus pour qu'ils s'en servent comme désinfectant général dans de nombreux établissements.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

Aucune politique ne fait mention de la distribution d'aiguilles stériles. En général, une telle pratique n'est pas envisagée.

Mesures de protection à l'intention du personnel

Les politiques insistent en général sur l'importance d'offrir au personnel des programmes d'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA et décrivent en détail les mesures de prévention contre l'infection à VIH ou le SIDA. Ainsi, ces politiques prévoient la fourniture d'équipement de protection approprié au personnel et fournissent des instructions concernant la manipulation de sang et d'autres liquides organiques et la façon d'effectuer les fouilles sur les détenus. Toutes insistent sur l'importance de considérer tout détenu comme étant potentiellement séropositif à l'égard du VIH et de prendre des précautions universelles.

Soins de santé

La plupart des politiques traitant de l'infection à VIH et du SIDA en milieu carcéral ne fournissent aucune indication sur les soins de santé à fournir

aux détenus. Seules quelques politiques mentionnent brièvement que ces derniers ont droit à des services médicaux de qualité. Certaines provinces n'ont à ce jour signalé aucun ou seulement un très faible nombre de cas d'infection à VIH ou de SIDA parmi la population carcérale placée sous leur responsabilité. De façon générale, les autorités des systèmes carcéraux prétendent que les soins médicaux fournis aux détenus sont de la même qualité que ceux qui sont dispensés à l'ensemble de la population.

Tuberculose

Seuls quelques systèmes correctionnels ont une politique concernant la tuberculose qui expose en détail les exigences relatives aux tests de détection et à la ligne à conduite à tenir à l'égard des détenus ou des employés atteints de tuberculose active. Dans toutes les provinces et tous les territoires, les tests ne sont effectués que si cette mesure est indiquée sur le plan médical.

CONCLUSION

La présente revue montre que toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest se sont doté de politiques qui établissent des normes et des directives concernant l'infection à VIH dans les prisons; le Yukon dispose également d'une politique, mais cette dernière existe sous forme d'ébauche. Si ces politiques diffèrent considérablement l'une de l'autre par leur contenu, elles présentent certains points communs. Ainsi, toutes ces politiques :

- interdisent le test de détection des anticorps anti-VIH sans le consentement des détenus;
- prévoient que toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour permettre aux détenus infectés de demeurer au sein de la population carcérale générale;
- insistent sur la nécessité de veiller à ce que l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH demeure confidentiel;

Politiques carcérales canadiennes sur le VIH/SIDA

- prévoient l'établissement de programmes éducatifs concernant l'infection à VIH et le SIDA à l'intention des détenus et du personnel;
- exposent à l'intention des employés les mesures de protection à prendre pour éviter d'être exposé au VIH.

Toutefois, dans la plupart des systèmes correctionnels, l'accès des détenus aux moyens de protection contre l'infection à VIH est limité, voire inexistant. Un nombre croissant de systèmes autorisent la distribution de condoms aux détenus, mais seule la Colombie-Britannique a mis en place des mécanismes qui permettent aux détenus de s'en procurer facilement et discrètement. Si l'accès à l'eau de Javel est officieusement autorisé dans de nombreux établissements, elle est rarement mise à la disposition des détenus pour qu'ils puissent s'en

servir pour nettoyer du matériel d'injection. L'ébauche de politique de la Colombie-Britannique concernant la distribution d'eau de Javel devrait servir de modèle aux autres provinces et aux territoires. Enfin, les gouvernements provinciaux et fédéral devraient coordonner leurs efforts afin d'uniformiser leurs programmes de lutte contre l'infection à VIH et le SIDA en milieu carcéral. Une telle concertation pourrait faciliter l'élaboration de programmes éducatifs communs et d'une politique modèle commune relative à l'infection à VIH et au SIDA, qui pourraient par la suite être adaptés aux caractéristiques de chaque système. Une telle démarche contribuerait de façon importante à accroître l'efficacité des mesures de prévention contre l'infection à VIH dans les prisons canadiennes et à mieux protéger les détenus, les employés et l'ensemble de la population contre l'infection à VIH.

LE VIH/SIDA EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 2

POLITIQUES CARCÉRALES INTERNATIONALES SUR LE VIH/SIDA

La communauté internationale a élaboré un certain nombre de recommandations relativement au VIH et au SIDA en milieu carcéral, recommandations qui font ressortir l'importance de freiner la propagation de l'infection à VIH.

Nations Unies

Le huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, qui s'est tenu en 1990, a adopté une résolution sur le VIH/SIDA en milieu carcéral où est souligné la nécessité de se pencher sur les problèmes liés au VIH/SIDA dans les prisons. Il y est recommandé que les États membres prennent les mesures nécessaires pour élaborer une politique en matière de prévention du SIDA et de lutte contre cette maladie dans les prisons en fondant leurs stratégies nationales respectives sur la Stratégie globale de l'OMS sur le SIDA.

Le problème du VIH et du SIDA dans les prisons, et plus généralement celui auquel font face les services de santé pénitentiaires, a été examiné lors de la Réunion interrégionale et des diverses réunions régionales préparatoires au huitième Congrès. Les participants à la Réunion interrégionale, tenue à Vienne en 1988, ont conclu que, d'une façon générale, imposer des conditions humiliantes et déshumanisantes aux détenus reviendrait à leur nier leurs droits humains fondamentaux et à mettre leur vie en danger en les exposant, plus que dans un contexte pénitentiaire ordinaire, au SIDA et à d'autres maladies transmissibles¹. Les participants à la Réunion régionale africaine préparatoire ont conclu, pour leur part, qu'il fallait, dans la mesure du possible, traiter les prisonniers atteints du SIDA de la même façon que les autres détenus et mettre sur pied des programmes d'information et de prévention et que la collaboration des organismes d'aide aux prisonniers pourrait être très utile aux détenus libérés qui sont atteints du SIDA². Les participants à la Réunion préparatoire pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes ont proposé l'établissement de principes fondamentaux pour le traitement des prisonniers, dont celui selon lequel «les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans

1. Nations Unies. *Rapport de la Réunion préparatoire interrégionale du huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants*, Vienne, 30 mai-3 juin 1988. U.N. Doc. A/CONF.144/IPM/4, 9 juin 1988, par. 50.

2. Réunion régionale africaine préparatoire au huitième Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, Addis Ababa, Éthiopie, 5-9 juin 1989. U.N. Doc. A/CONF.144/RPM.5, 14 août 1989, par. 98.

Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA

discrimination aucune du fait de leur statut juridique³». Enfin, la Réunion préparatoire pour la région de l'Europe a adopté la Déclaration de Rome, laquelle contient des dispositions détaillées sur les services de santé dispensés aux personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA, en invitant les États à mettre en œuvre les principes suivants :

- a) mettre à la disposition des détenus malades un traitement multidisciplinaire et recourir aux services d'un personnel professionnel spécialisé;
- b) considérer le virus d'immunodéficience humaine, le syndrome d'immunodéficience acquise, l'hépatite et toute maladie transmissible semblable comme un danger croissant pour la santé publique, non seulement pour l'ensemble de la société mais aussi pour la population carcérale et, par conséquent, informer les détenus et le personnel et les encourager à prendre leurs dispositions pour empêcher la propagation de ces maladies et, advenant une infection, pour se faire traiter adéquatement, en suivant des séances de counselling, entre autres choses;
- c) veiller à ce que l'infection ne soit pas motif de discrimination⁴.

Organisation mondiale de la santé

DÉCLARATION DE LA CONSULTATION SUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LES PRISONS (1987)

L'Organisation mondiale de la santé a convoqué une réunion sur la prévention du SIDA et la lutte contre cette maladie dans les prisons en novembre 1987, laquelle a donné lieu à une déclaration officielle de l'OMS⁵. L'OMS a insisté

sur le fait que les efforts de prévention et la lutte contre l'infection à VIH doivent tenir compte de la nécessité d'améliorer considérablement les soins d'hygiène et de santé dans les prisons. Elle a reconnu que, dans de nombreux pays, beaucoup de détenus sont susceptibles d'avoir des antécédents de comportements à risque élevé, tels que la consommation de drogues injectables et la prostitution, et de s'adonner à des activités homosexuelles situationnelles. Aussi l'OMS considère-t-elle que les autorités carcérales doivent s'acquitter d'une «responsabilité spéciale» qui consiste à informer tous les prisonniers du risque de transmission de l'infection à VIH que posent ces comportements. L'OMS est d'avis qu'une bonne proportion de la population carcérale n'a probablement pas reçu d'information sur le VIH/SIDA avant d'être incarcérée. Cela concorde avec l'opinion selon laquelle le milieu carcéral offre d'importantes occasions de prévenir la transmission du VIH puisqu'une proportion importante de la population à risque élevé y séjourne⁶. Fait plus important encore, l'OMS a publié des directives selon lesquelles les principes généraux sur lesquels se fondent les programmes nationaux de lutte contre le SIDA doivent s'appliquer tout autant aux prisonniers qu'à l'ensemble de la société. L'OMS a recommandé l'adoption de politiques carcérales qui énoncent, entre autres choses, les dispositions suivantes :

- les prisonniers devraient être traités de la même façon que les autres membres de la société et jouir du même droit d'accès aux programmes éducatifs destinés à minimiser la propagation de l'infection à VIH;
- les tests de dépistage des anticorps anti-VIH devraient être offerts aux détenus et effectués dans les mêmes conditions que les tests destinés à l'ensemble de la collectivité (consentement, confidentialité des résultats et prestation de services de conseil pré-test et post-test);

3. 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 Jose, Costa Rica, 8-12 mai 1989. Doc. des N. U. A/CONF.144/RPM.3, 25 août 1989, p.5.

4. Déclaration de Rome, U.N. Doc. E/AC.57/1990/L.13, p. 6.

5. *Déclaration de la consultation sur la lutte contre le SIDA dans les prisons*. Genève, OMS, 1987.

6. Brewer, T.F., «HIV in Prisons : The Pragmatic Approach», *AIDS*, 1991, vol. 5, p. 897.

Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA

- les détenus devraient pouvoir recourir à des services médicaux et infirmiers, internes et externes, de la même qualité que les services offerts à l'ensemble des personnes atteintes du SIDA en milieu libre;
- les prisonniers atteints du SIDA devraient se voir accorder une libération anticipée pour des raisons humanitaires;
- les prisonniers ne devraient pas faire l'objet de pratiques discriminatoires en raison de leur séropositivité, telles que subir des tests de dépistage obligatoires, de la ségrégation ou un isolement, sauf si ces mesures sont nécessaires dans l'intérêt du détenu;
- la possibilité de mettre à la disposition des détenus des préservatifs et des aiguilles stériles mériterait d'être envisagée.

DIRECTIVES DE L'OMS SUR L'INFECTION À VIH ET LE SIDA DANS LES PRISONS

Lors de la neuvième Conférence internationale sur le SIDA qui s'est déroulée à Berlin du 7 au 11 juin 1993, l'Organisation mondiale de la santé a diffusé des directives révisées sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons. Ces directives ont été établies à la lumière de conseils techniques dont a bénéficié l'OMS avant et pendant une consultation d'experts convoquée à Genève, en septembre 1992, et à laquelle ont assisté des représentants d'organismes internationaux et non gouvernementaux ainsi que des ministères gouvernementaux possédant une vaste expérience et de grandes connaissances des problèmes posés par le VIH/SIDA dans ses prisons, sur le plan de la santé comme sur celui de la prise en charge des malades et de la protection des droits de l'homme.

D'après les auteurs du document, «dans une perspective de santé publique, [les directives] proposent des normes que devraient observer les autorités pénitentiaires désireuses de prévenir la transmission du VIH en milieu carcéral et de

prendre en charge les individus infectés par le VIH ou atteints du SIDA⁷».

On y énonce les neuf principes généraux suivants :

1. Tous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalant à ceux qui sont mis à la disposition de la communauté sans discrimination aucune, notamment en ce qui concerne leur statut juridique ou leur nationalité.
2. Les principes généraux adoptés par les programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans la population devraient s'appliquer également aux détenus.
3. Dans chaque pays, il conviendrait de définir des politiques spécifiques pour la prévention du VIH/SIDA dans les prisons et pour la prise en charge des détenus infectés par le VIH. Ces politiques et les stratégies appliquées dans les prisons devraient être mises au point dans le cadre d'une étroite collaboration entre les autorités nationales de santé, les administrations pénitentiaires et les représentants compétents de la communauté, y compris les organisations non gouvernementales. Ces stratégies devraient être incorporées à un programme plus large de promotion de la santé chez les détenus.
4. Les mesures de prévention du VIH/SIDA en prison devraient compléter celles prises au sein de la communauté et être compatibles avec elles. Ces mesures devraient également tenir compte des comportements à risque que l'on rencontre effectivement chez les détenus, notamment le partage des seringues chez les toxicomanes I.V. et les rapports sexuels non protégés. L'information et l'éducation données aux détenus devraient viser à provoquer une évolution réaliste

7. Organisation mondiale de la santé, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, 1993.

Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA

dans les attitudes et les comportements à risque, en prison et après.

5. Les besoins des détenus et des autres individus en milieu pénitentiaire devraient être pris en compte dans la planification des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et des services de santé communautaires et de soins de santé primaires, ainsi que dans la distribution des ressources, notamment dans les pays en développement.
6. La participation active des organisations non gouvernementales, la participation des détenus et le traitement non discriminatoire et humain des détenus infectés par le VIH et des détenus atteints du SIDA sont des préalables indispensables à toute stratégie crédible de prévention de la transmission du VIH.
7. Il importe de reconnaître que l'environnement pénitentiaire est fortement influencé à la fois par le personnel pénitentiaire et par les détenus eux-mêmes. L'un comme l'autre de ces deux groupes devrait, par conséquent, participer activement à l'élaboration et à l'application de mesures de prévention effectives, à la diffusion d'informations pertinentes et à la lutte contre la discrimination.
8. Les administrations pénitentiaires ont la responsabilité de définir et de mettre en place des politiques et des pratiques qui soient de nature à créer un environnement plus sain et à diminuer le risque de transmission du VIH aux détenus comme au personnel pénitentiaire.
9. Il conviendrait d'encourager des chercheurs indépendants à entreprendre des recherches sur le VIH/SIDA dans les populations carcérales, afin de jeter quelque lumière notamment sur les interventions entreprises dans ce contexte

qui ont été couronnées de succès. Il faudrait aussi qu'un comité d'examen éthique procède à une étude indépendante de toutes les procédures de recherche dans les prisons et que les règles de l'éthique soient strictement respectées. Les résultats de ces études devraient être utilisés pour améliorer le sort des détenus, par exemple en améliorant les protocoles de traitement ou les politiques de lutte contre le VIH/SIDA en prison. Les administrations pénitentiaires ne devraient pas tenter d'influencer ce type de recherches, que ce soit sur le plan scientifique ou sur celui de leur interprétation ou de leur publication⁸.

Les *Directives* traitent de chacun des points suivants : dépistage de l'infection à VIH dans les prisons, mesures de prévention, prise en charge des détenus infectés par le VIH, confidentialité et VIH/SIDA, soins et appui aux détenus infectés par le VIH, tuberculose et infection à VIH, femmes en prison, pensionnaires des centres de détention pour délinquants juvéniles, détenus étrangers, semi-liberté et libération, libération anticipée, contacts avec la communauté et surveillance, ressources, et évaluation et recherche.

Bon nombre des recommandations émises par l'OMS ont été intégrées aux parties «Débat» du document *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*. Suit un bref aperçu de certains des articles les plus pertinents des *Directives*.

En ce qui a trait au dépistage du VIH dans les prisons, l'OMS souligne que le dépistage volontaire devrait être mis à la disposition des détenus, s'il est déjà offert à l'ensemble de la population, et devrait s'accompagner de l'octroi de conseils pré-test et post-test. Il ne devrait être entrepris qu'avec le consentement éclairé du détenu. Le dépistage obligatoire est «contraire à l'éthique et inefficace, et devrait être interdit⁹». En

8. *Ibid.*, p. 1-2.

9. *Ibid.*, p. 2.

Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA

ce qui concerne les mesures de prévention, l'OMS préconise vivement de mettre des préservatifs à la disposition des détenus. Tandis qu'elle recommandait, dans sa déclaration de 1987, que l'on envisage sérieusement la possibilité de mettre des condoms à la disposition des détenus¹⁰, l'OMS déclare sans aucune équivoque dans ses nouvelles *Directives* que, «puisque 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 [...] et de tout détenu allant en permission ou sur le point d'être libéré¹¹». Les nouvelles directives recommandent également ce qui suit :

- dans les pays où les consommateurs de drogues injectables peuvent se procurer de l'eau de Javel, ce désinfectant dilué ou tout autre agent virocide efficace devrait être disponible dans les prisons;
- dans les pays où les consommateurs de drogues injectables peuvent se procurer des seringues et des aiguilles propres, «il faudrait étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en feront la demande¹²»;
- les détenus traités à la méthadone avant leur incarcération devraient pouvoir poursuivre leur traitement pendant leur séjour en prison; et
- dans les pays où un traitement d'entretien à la méthadone est proposé aux opiomanes, ce traitement devrait également pouvoir être poursuivi en prison.

Dans ses *Directives*, l'OMS fait ressortir l'importance de garantir la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus. Elle déclare que l'état sérologique d'un détenu ne peut être divulgué au directeur d'un établissement 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». Et, plus particulièrement, «le statut sérologique des détenus ne devrait jamais donner lieu à une communication de routine à l'administration pénitentiaire».

Comme l'a signalé le Dr Michael Merson, directeur du Programme global sur le SIDA de l'OMS, les nouvelles directives font ressortir le lien entre les prisons et le monde extérieur. Il fait remarquer que «tout être humain a le droit de bénéficier de soins de santé, y compris des soins de prévention, qu'il soit incarcéré ou non, et que l'accès des détenus aux mêmes méthodes efficaces de prévention que celles qui sont utilisées à l'extérieur des murs d'une prison profitera à tous». Le Dr Merson a également souligné que «les efforts déployés dans le cadre de bon nombre de programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour empêcher la propagation de l'infection à VIH et traiter les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA ont donné des résultats encourageants. Toutefois, les mêmes interventions réussies au sein de la collectivité doivent maintenant viser la prévention et le traitement du SIDA dans les prisons. Nos nouvelles directives adoptent une approche réaliste à ce qui peut et doit être fait dans le milieu pénitentiaire. Si nous nous en inspirons pour formuler les politiques carcérales, elles contribueront grandement à freiner la propagation de l'infection à VIH»¹³.

CONSEIL DE L'EUROPE

Le Conseil de l'Europe a élaboré une politique relative aux services de santé dispensés aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Il

10. OMS, 1987, *supra*, note 5.

11. OMS, 1993, *supra*, note 7, p. 3.

12. *Ibid.*, p. 4.

13. WHO Urges Prison Reform to Help Control the Spread of HIV, communiqué de presse publié à Berlin, le 10 juin 1993, durant la neuvième Conférence internationale sur le SIDA, 7-11 juin 1993.

Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA

y reconnaît expressément l'existence de rapports homosexuels et l'utilisation de drogues injectables dans les prisons et recommande les mesures suivantes :

- fournir aux détenus de la documentation sur les modalités et les conséquences de l'infection à VIH;
- offrir aux détenus la possibilité de subir des tests de dépistage;
- veiller à ce que les détenus infectés par le VIH ne soient pas isolés ni ne fassent l'objet d'une ségrégation, pour autant qu'ils n'agissent pas de manière irresponsable;
- transférer les détenus qui ont développé le SIDA dans des hôpitaux spécialisés et permettre la libération définitive des prisonniers condamnés par la maladie, pour des raisons humanitaires;
- veiller à ce que l'hygiène et l'alimentation dans les prisons soient d'un niveau suffisant pour ne pas accroître pour les détenus déjà infectés par le VIH le risque de développer le SIDA;
- mettre des préservatifs à la disposition des détenus;
- empêcher l'introduction frauduleuse de drogues et de matériel d'injection dans les prisons, offrir de l'aide aux toxicomanes et, en dernier ressort, mettre des seringues et des aiguilles propres et à usage unique à la disposition des détenus qui consomment des drogues par voie intraveineuse¹⁴.

Dans une recommandation formulée en 1989, le Conseil a demandé aux autorités nationales de veiller à ce qu'aucun groupe «captif» de la population, comme les prisonniers, ne soit soumis à un dépistage obligatoire¹⁵.

En 1990, le Select Committee of Experts on Criminological and Prison Aspects of the Control of Transmissible Diseases a réitéré la plupart de ses recommandations antérieures, en allant plus loin toutefois et en recommandant, entre autres choses, que les prisonniers puissent se procurer une solution d'eau de javel à 0,5 %; que soient envisagées, pour les toxicomanes, des solutions de rechange à l'incarcération en vue de les encourager à se faire traiter dans un établissement de santé; et que, en règle générale, les détenus puissent bénéficier des mêmes traitements médicaux et psychologiques que ceux qui sont offerts à l'ensemble de la collectivité¹⁶.

En 1993, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a consacré un chapitre de son troisième rapport à la définition «de certaines des questions majeures qui relèvent de l'attention des délégations du CPT lors de leurs visites dans les services de santé des prisons¹⁷». Comme l'ont signalé Bertrand et Harding¹⁸, le Comité a ainsi de fait dressé à l'intention des services de santé pénitentiaires une série de lignes directrices dont les points essentiels sont les suivants : accès à un médecin jouissant du soutien direct d'un service hospitalier bien équipé, prestation des soins comparables à ceux dont bénéficie la population en milieu libre, respect des principes de la confidentialité et consentement du patient au traitement, et soins de santé préventifs adéquats. Quant aux maladies transmissibles, le rapport énonce les recommandations suivantes :

54. Un service de santé dans une prison doit s'assurer qu'une information sur les maladies transmissibles (en particulier hépatite, sida, tuberculose, affections dermatologiques) est

14. Conseil de l'Europe. *Recommandation 1080 (1988) relative à une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons*, 30 juin 1988, par. 14A(i) à 14A(viii).

15. Conseil de l'Europe. *Recommandation n° R(89) 14 du Comité des Ministres des États membres sur les incidences éthiques de l'infection à VIH dans le cadre sanitaire et social*, 24 octobre 1989, art. 24.

16. Select Committee of Experts on Criminological and Prison Aspects of the Control of Transmissible Diseases, including AIDS and related Health Problems in Prison (y compris le problème posé par le traitement des détenus toxicomanes ou atteints du SIDA). Rapport sommaire de la quatrième réunion, Strasbourg, 5-7 novembre 1990. Conseil de l'Europe, Doc. PC-R-SI (90)8.

17. Conseil de l'Europe. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, *Troisième rapport général d'activités*, Strasbourg, 1993.

18. Bertrand, D., Harding, T., «European Guidelines on Prison Health», *The Lancet*, 1993, vol. 342, p. 253-254.

Politiques carcérales internationales sur le VIH/SIDA

diffusée régulièrement, tant à l'intention des détenus que du personnel pénitentiaire. Le cas échéant, un contrôle médical de l'entourage (co-détenus, personnel pénitentiaire, visiteurs fréquents du détenu en question) doit être mis en oeuvre.

55. En ce qui concerne plus particulièrement le sida, des conseils adéquats devraient être fournis avant et, si nécessaire, après tout test de dépistage. Il faut assurer au

personnel pénitentiaire une formation suivie portant sur les mesures préventives à prendre et les conduites à observer concernant la séropositivité au V.I.H., avec indication de consignes appropriées quant à la non-discrimination et à la confidentialité.

56. Le CPT souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'existe aucune justification médicale à la ségrégation de détenus séropositifs pour le V.I.H. qui sont porteurs sains.

LE VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 3

POLITIQUES DE CERTAINS PAYS SUR LE VIH/SIDA*

Des renseignements sur les politiques, des rapports ou des documents sur les questions associées au VIH/SIDA et à la consommation de drogues en milieu carcéral ont été remis aux CESP par des spécialistes du domaine du VIH/SIDA dans les prisons, dont un bon nombre collaborent au Réseau d'échange d'information sur le VIH/SIDA en milieu carcéral, administré par l'Institut universitaire de médecine légale, Genève. Le CESP demandait l'information suivante:

1. des copies des politiques carcérales sur le VIH/SIDA et (ou) les maladies transmissibles, y compris des politiques encore à l'état de projet (lorsque ces projets de politiques étaient jugés confidentiels, on demandait que cela soit mentionné afin que les documents concernés ne soient communiqués qu'aux membres du Comité);
2. des renseignements sur les services de santé offerts aux populations carcérales, y compris sur l'accès aux traitements pour les toxicomanes, sur les programmes de désintoxication et sur l'accès aux traitements expérimentaux pour les prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA;
3. des renseignements sur les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel. Le CESP voulait également savoir si la participation à ces programmes était obligatoire ou facultative, quelle forme prenaient ces programmes, leur durée et les responsables de leur prestation;
4. des renseignements sur le placement des prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Le CESP voulait surtout savoir si ces prisonniers sont placés parmi la population carcérale générale ou s'ils sont placés en isolement;
5. des condoms sont-ils distribués aux prisonniers et si oui, depuis quand et comment sont-ils distribués; si l'on ne distribue pas encore de condoms aux prisonniers, a-t-on l'intention de le faire et si oui, quand prévoit-on le faire;
6. les détenus ont-ils accès à de l'eau de Javel et si oui, depuis quand et à quelles fins;
7. donne-t-on des seringues et des aiguilles stériles aux prisonniers; songe-t-on à le faire et si oui, de quelle manière va-t-on procéder;
8. des renseignements sur le test de détection des anticorps anti-VIH chez les prisonniers. Le CESP voulait aussi savoir si ce test est obligatoire ou facultatif, si les prisonniers

* Le Coordonnateur de projet du CESP, M. Ralf Jürgens, remercie M. Glenn Betteridge pour sa contribution à la rédaction de cette annexe.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

doivent donner leur consentement éclairé, si des séances de counselling avant et après ce test sont offertes aux prisonniers et si la détection des anticorps anti-VIH peut être faite à la demande des prisonniers;

9. des renseignements sur la confidentialité de l'information médicale. Le CESP voulait aussi savoir si les résultats des tests sont signalés lorsqu'ils sont positifs, et à qui;
10. des statistiques sur le nombre de prisonniers qui sont infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Le CESP voulait aussi savoir si des études de séroprévalence anonymes et non reliées sont entreprises auprès des détenus nouvellement arrivés, ou si on prévoit en entreprendre;
11. des renseignements sur les politiques concernant les visites conjugales;
12. des renseignements sur des dispositions relatives à la libération anticipée des prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA;
13. les noms et les adresses des groupes ou des organismes du pays qui travaillent auprès des prisonniers, surtout des prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA, ou de ceux qui ont des antécédents de toxicomanie.

Des correspondants d'Australie, d'Autriche, d'Angleterre et du pays de Galles, de la Finlande, de la France, de l'Allemagne, de l'Islande, de l'Italie, des Pays-Bas, de la Norvège, du Portugal, de l'Espagne, de la Suisse et des États-Unis ont répondu à la demande d'information que leur avait adressée le CESP.

Voici donc un résumé de l'information reçue par le Comité. Dans la mesure du possible, cette information est complétée par des données tirées d'une étude des publications sur le VIH/SIDA en milieu carcéral parues dans différents pays du monde, réalisée par le Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill. Le résumé, pour chaque pays, comprend une brève étude portant sur neuf questions touchant le VIH/SIDA en milieu carcéral. La présentation est la même que celle employée pour le Document de travail et le *Rapport final*, et la plupart des questions examinées dans ces documents sont incluses dans le résumé.

Vu le manque de temps, ce résumé ne peut être plus complet. Les personnes qui voudraient obtenir des renseignements additionnels au sujet des politiques et des pratiques en vigueur dans les prisons des autres pays peuvent consulter les ouvrages cités dans le texte¹.

AUSTRALIE

En Australie, où le droit pénal relève surtout des États, ce sont les gouvernements de ces États, et non le gouvernement du Commonwealth, qui administrent les prisons. En 1992, on estimait la population carcérale à plus de 14 000 prisonniers²; le taux d'incarcération, fondé sur les données de 1991, était de 79 par 100 000 habitants³.

Il s'est fait beaucoup de recherches sur les questions touchant le VIH/SIDA dans les prisons de l'Australie. L'information contenue dans le présent chapitre est tirée, principalement, de trois publications où l'on trouve le résumé des résultats

1. Voici quelques-unes des publications qui peuvent être consultées: Harding TW, Schaller G. HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. Une enquête réalisée en 1992 et portant sur 55 systèmes carcéraux dans 31 pays (on peut se procurer ce document à l'Institut de médecine légale, 9, av. de Champel, 1211 Genève 4, Suisse); Thomas PA, Moerings M (eds.). *AIDS in Prisons*. UK: Dartmouth, à venir (cet ouvrage va paraître au printemps 1994; on y trouvera une analyse détaillée des politiques et des pratiques carcérales en vigueur dans de nombreux systèmes carcéraux); Tomaševski K. *Prison Health. International Standards and National Practices in Europe*. Helsinki: Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, 1992 (il s'agit d'une analyse en profondeur des questions soulevées par la prestation de soins de santé aux prisonniers).

2. Kerr S. «Management of HIV Antibody Positive Offenders». Dans Fortuin J (ed.), *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System*. Canberra, Australie: Australian Institute of Criminology, 1992, p. 45-64., p. 46.

3. Mauer M. *Americans Behind Bars: One Year Later*. Washington, D.C.: Sentencing Project, 1992, p.5.

de ces recherches. Il s'agit du rapport intitulé *AIDS in Australian Prisons*, par Hans Heilpern et Sandra Egger⁴, des actes d'une conférence sur le VIH/SIDA en milieu carcéral, tenue du 19 au 21 novembre 1990⁵, et d'un ouvrage intitulé *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System* édité par Judi Fortuin⁶.

Surveillance et études de séroprévalence

Tel que rapporté par Heilpern et Egger, aucune source ne parle systématiquement de la prévalence de l'infection par le VIH et du SIDA. De plus, différentes méthodes ont été utilisées pour recueillir les données sur la séroprévalence: la détection obligatoire chez tous les nouveaux arrivés, la détection facultative chez les nouveaux arrivés, le test de dépistage chez les personnes ayant eu des activités à risque élevé et la détection facultative sur demande. Selon les rapports, la prévalence de l'infection par le VIH se situait entre 0 et 2,9 p. 100, la population carcérale féminine de la Nouvelle-Galles du Sud présentant le taux le plus élevé⁷. Le total cumulatif des prisonniers séropositifs connus de 1985 au mois d'octobre 1990, a été estimé à environ 206; le 9 novembre 1990, dans les prisons australiennes, 39 prisonniers étaient connus comme séropositifs⁸.

Une étude sur la prévalence de l'infection par le VIH et sur les comportements présentant un risque de transmission du VIH dans les prisons de l'Australie-Méridionale a révélé qu'au cours de la seconde moitié de 1989, la prévalence de l'infection par le VIH chez les prisonniers de cet État était de 1,4 p. 100. On a estimé à 42 p. 100 environ la proportion des prisonniers qui avaient eu des comportements à risque au moins une fois

pendant leur incarcération. Selon les prisonniers eux-mêmes, environ 36 p. 100 d'entre eux consomment des drogues par voie intraveineuse à un moment ou à un autre de leur séjour en prison, tandis que 12 p. 100 ont pratiqué le coït anal au moins une fois. Des entrevues avec d'anciens prisonniers ayant des antécédents de consommation de drogues injectables, ont montré qu'environ la moitié d'entre eux avait consommé des drogues injectables pendant leur incarcération, que 60 p. 100 d'entre eux avaient partagé des aiguilles et que dans la plupart des cas les aiguilles n'avaient pas été adéquatement nettoyées⁹.

Test de détection des anticorps anti-VIH

À la fin de 1990, la détection des anticorps anti-VIH était obligatoire pour tous les prisonniers et toutes les personnes en détention préventive admis dans les prisons de l'Australie-Méridionale, du Queensland, du Territoire du Nord et de la Tasmanie. En Nouvelle-Galles du Sud, le test de détection est obligatoire depuis le mois de novembre 1990. Dans l'État de Victoria, on encourage les prisonniers à se soumettre au test de détection des anticorps anti-VIH lors de leur admission. Ceux qui hésitent à le faire sont conseillés et on les encourage à s'y soumettre. Le taux de participation est de 99 p. 100. En Australie-Occidentale, le test de détection est facultatif, mais lorsqu'au moment de l'admission le médecin juge qu'un prisonnier s'est adonné à des activités à risque élevé, le test devient obligatoire. Les objectifs des programmes de détection les plus souvent cités sont la prestation de soins médicaux, la surveillance et le traitement des prisonniers séropositifs et la cueillette de données statistiques sur l'épidémie. Toutefois, comme le signalent Egger et Heilpern, il arrive souvent que

4. Heilpern H, Egger S. *AIDS in Australian Prisons – Issues and Policy Options*. Canberra: Department of Community Services and Health, 1989.

5. Norberry J, Gaughwin M, Gerull S-A. *HIV/AIDS and Prisons. Proceedings of a Conference held 19-21 November 1990*. Canberra: Australian Institute of Criminology, 1991.

6. Issues in HIV/AIDS, *supra*, note 2.

7. Heilpern et Egger, *supra*, note 4, p. 29-30.

8. Egger S, Heilpern H. «HIV/AIDS and Australian Prisons». Dans *HIV/AIDS and Prisons*, *supra*, note 5, p. 65-83, p. 67.

9. Gaughwin MD et al. «HIV Prevalence and Risk Behaviours for HIV Transmission in South Australian Prisons». *AIDS* 1991, 5:845-851, p. 845.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

ces objectifs ne sont pas atteints en raison de lacunes sur le plan de la collecte des données, d'une surveillance inadéquate et de l'incapacité de recueillir systématiquement de l'information sur les facteurs de risque¹⁰.

Dans tous les États, on offre aux prisonniers des services de counselling avant le test de détection. Toutefois ce counselling se limite à de l'information au sujet du test: il ne porte pas sur les conséquences médicales, psychologiques et comportementales d'un résultat positif ou négatif. Tous les États offrent cependant des services de counselling après le test aux prisonniers dont les résultats sont positifs; seuls l'Australie-Méridionale et l'Australie-Occidentale offrent ce genre de services aux prisonniers qui ont un résultat négatif¹¹.

Renseignements médicaux sur les détenus

Dans l'État de Victoria, seul le surintendant médical est informé lorsqu'un prisonnier se révèle séropositif. À l'autre extrême, dans le Territoire du Nord, tout les membres du personnel de la prison sont informés, en particulier ceux qui sont en contact direct avec le prisonnier infecté. Dans la plupart des autres États, le surintendant médical, le chef du département et le surintendant de la prison sont informés; parmi le personnel médical et les gardiens, seuls «ceux qui doivent savoir» sont mis au courant. En Australie-Méridionale, le service médical de la prison rédige, à l'intention du personnel, des conseils sur la façon de traiter les prisonniers infectés. Ces conseils indiquent uniquement que le prisonnier souffre d'une maladie transmissible et ne précisent pas la nature de cette maladie.

Toujours en Australie-Méridionale, la famille d'un prisonnier infecté par le VIH est informée de son

état si celui-ci est admissible à la détention à domicile, à une visite familiale ou à un congé non escorté, au cours duquel il pourrait avoir des relations sexuelles.

Egger et Heilpern soulignent qu'en Australie la question de la confidentialité n'a pas acquis toute l'importance qu'on lui accorde aux États-Unis. Ils en donnent deux raisons: premièrement, les politiques de ségrégation à l'endroit des prisonniers séropositifs ou les autres politiques administratives en vigueur dans certains États entraînent la révélation automatique du statut sérologique; deuxièmement, dans certains États, le nombre de prisonniers infectés par le VIH est si petit qu'il a été possible de traiter chaque cas individuellement. Les auteurs concluent toutefois que cette situation pourrait changer à l'avenir et qu'il faudra alors définir des politiques plus rigoureuses¹².

Placement et activités

La ségrégation des prisonniers infectés par le VIH est la méthode que privilégient les systèmes carcéraux de l'Australie. Alors que l'Australie-Méridionale, la Tasmanie et la Nouvelle-Galles du Sud ont des politiques de placement des prisonniers séropositifs dans la population carcérale générale, les autres États ont adopté des politiques qui visent à les tenir à part. Dans deux de ces systèmes, les prisonniers infectés par le VIH sont tenus à part et placés avec des volontaires choisis qui ont eux-mêmes des antécédents d'usage de drogues injectables. Cette politique vise à atténuer l'isolement dont souffraient les prisonniers séropositifs qui étaient tenus à part des autres, et à réduire le coût du maintien d'une unité distincte réservée au SIDA¹³.

10. HIV/AIDS and Australian Prisons, *supra*, note 8, p. 66.

11. *Ibid.* p. 72-73.

12. *Ibid.*, p. 72.

13. *Ibid.*, p. 71.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA pour les détenus et le personnel

Tous les systèmes carcéraux australiens ont mis sur pied des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA; certains de ces programmes prônent une approche originale, notamment les programmes d'éducation par les pairs. Cependant, ils varient beaucoup sur les plans de la structure et de la régularité. De plus, ces programmes (traduction) «souffrent souvent des nombreuses restrictions qui sont imposées (à ceux qui doivent les mettre en vigueur) par leurs départements respectifs. Alors que les autorités carcérales ont essayé d'offrir aux prisonniers et au personnel des programmes d'information, d'éducation et de formation, il est malheureux qu'ils n'aient pas abordé les questions plus difficiles, notamment l'usage de drogues, l'activité sexuelle, et le principe de réduction des méfaits (harm-minimization)¹⁴». Voici quelques exemples de programmes existants:

Dans la Nouvelle-Galles du Sud, le programme d'éducation sur le VIH/SIDA est divisé en deux parties: sensibilisation-information et modification des comportements. La première partie comprend des programmes permanents de conférences et de discussions sur les stratégies de réduction des méfaits. La deuxième, porte sur la création, dans chaque prison, de comités d'action sur le SIDA pour les prisonniers et le personnel, ainsi que de programmes d'apprentissage de la méthode de soutien par les pairs à l'intention des prisonniers; au cours de cette deuxième partie, on encourage également les prisonniers à participer à des programmes éducatifs permanents, notamment les programmes d'orientation et de prélibération, les présentations de bandes vidéo, les pièces de théâtre et les groupes de discussion. Le projet vise principalement à amener le personnel et les

détenus de toutes les prisons à s'intéresser personnellement aux questions touchant le SIDA et à travailler à leur trouver des solutions. Des programmes spécifiques ont été conçus pour répondre aux besoins des détenus aborigènes et de ceux qui présentent des troubles du développement. Généralement, on fournit de l'information tant sur l'activité sexuelle à risque réduit que sur le nettoyage d'aiguilles¹⁵.

En Tasmanie, les nouveaux détenus et les nouveaux membres du personnel sont tenus d'assister à des cours obligatoires sur le HIV/SIDA. Pour le personnel, cet enseignement fait partie de la formation initiale, tandis que les détenus reçoivent l'information dans les 24 heures qui suivent leur admission, et avant de subir le test de détection des anticorps anti-VIH. D'autres séances d'information facultatives sont aussi offertes; elles comprennent des conférences, des discussions axées sur des bandes vidéo, ainsi que du matériel écrit. Ces cours sont donnés par le personnel médical, le personnel du service de psychologie et des spécialistes de la santé communautaire¹⁶.

En Australie-Méridionale, les cours d'éducation sur le VIH/SIDA font partie du cours de formation du personnel de la prison; ils sont aussi donnés aux nouveaux détenus. Le programme d'information à l'intention des détenus est fondé sur le «modèle d'apprentissage expérimental», lequel découle de la théorie selon laquelle les gens apprennent mieux lorsqu'ils ont été appelés à donner leur opinion au sujet de la méthode d'apprentissage et de l'objet de cet apprentissage, et qu'on les rend responsables de leur propre apprentissage¹⁷. Des rencontres avec des groupes communautaires aident les détenus à nouer des liens avec des organismes qui pourront leur être utiles une fois libérés.

14. Chappell D, Norberry J. «HIV/AIDS: Policy Trends in Prisons». Dans *Issues in HIV/AIDS*, *supra*, note 2, p. 23-43, p. 39.

15. Heilpern et Egger, *supra*, note 4, p. 52.

16. *Ibid.*

17. Fitzsimmons L. *AIDS Education and Prevention Programs in Correctional Institutions Worldwide*. Ottawa: Unité des 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, p. 8.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

En 1990, aucun système carcéral australien ne distribuait de condoms ou d'autre matériel permettant une activité sexuelle à risques réduits, le personnel des prisons s'opposant farouchement à la distribution de condoms. En 1988, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud avait annoncé un programme pilote de distribution de condoms dans un établissement. L'année suivante, le ministère de la Santé distribuait également des condoms dans un autre établissement carcéral. Mais ces deux initiatives ont dû être abandonnées devant la menace de grève brandie par le personnel des prisons. Des milliers de condoms, qui avaient été livrés dans les prisons, ont dû être détruits car ils n'ont jamais été distribués aux détenus¹⁸.

EAU DE JAVEL

Selon une source, les détenus des systèmes carcéraux australiens n'ont pas accès à l'eau de Javel pour nettoyer le matériel servant aux injections de drogues. Les seules exceptions, toujours selon cette source, sont les prisons de la Nouvelle-Galles du Sud, où des comprimés Milton, une forme concentrée d'eau de Javel, sont distribués par les services médicaux des prisons, et les prisons de Victoria où les prisonniers ont accès à de l'eau de Javel¹⁹. Toutefois, selon Egger et Heilpern, dans la plupart des systèmes²⁰ l'eau de Javel est disponible pour d'autres fins, tandis que Harding et Schaller ont constaté, dans un sondage fait dans 55 systèmes carcéraux du monde, que des désinfectants sont mis à la disposition des détenus dans quatre systèmes carcéraux australiens²¹.

MATÉRIEL STÉRILE POUR LES INJECTIONS

Aucun système pénitentiaire de l'Australie ne permet la distribution de matériel stérile pour les injections dans les prisons. La *Prisons (Syringe Prohibition) Amendment Act (1991)* prévoit, outre les pénalités déjà en vigueur pour ceux qui font de la contrebande, des pénalités plus sévères pour les personnes qui introduisent des seringues dans les prisons ou qui en fournissent aux détenus.

Soins de santé

En 1989, selon Heilpern et Egger, les services médicaux des prisons n'avaient pas encore à faire face à l'épidémie de SIDA parce qu'il n'y avait encore, dans la plupart des systèmes carcéraux, qu'un très petit nombre de prisonniers souffrant de maladies associées au VIH. Dans la plupart des États et Territoires, les services médicaux des prisons offraient des services de counselling avant les tests, ainsi que les tests de détection et de diagnostic du VIH; mais peu d'efforts étaient faits en matière de planification de services de traitement à la suite d'un diagnostic. Dans les États de la Nouvelle-Galles du Sud et de Victoria, le traitement médical courant du SIDA était confié aux services communautaires spécialisés dans le domaine²². Le Prison AIDS Project du New South Wales Department of Corrective Services a mis sur pied une unité offrant un programme d'amélioration de la qualité de vie à l'intention des détenus séropositifs. La participation à ce programme, offert à tous les détenus séropositifs, est facultative. Le programme est divisé en trois parties principales: santé et bien-être (nutrition et régime alimentaire, habitudes de vie, gestion du stress, travail en groupe, traitement médical, besoins spirituels), administration carcérale (réseaux de soutien, questions touchant le travail, éducation par les pairs, trousse de survie en

18. «HIV/AIDS and Australian Prisons», *supra*, note 8, p. 74.

19. Chappell et Norberry, *supra*, note 14, p. 38.

20. «HIV/AIDS and Australian Prisons», *supra*, note 8, p. 76.

21. Harding et Schaller, *supra*, note 1, tableau 4.1.

22. Heilpern et Egger, *supra*, note 4, p. 103.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

milieu carcéral), et administration communautaire (santé, réseaux de soutien, questions touchant la famille). Il importe de noter que sur le plan du traitement médical, les stratégies comportent tous les tests de détection, les soins prophylactiques lorsqu'ils sont indiqués, de l'éducation et de l'information sur le traitement des infections dues au VIH, la possibilité d'entreprendre des traitements expérimentaux et l'accès à la méthadone.

Visites conjugales

En 1989, aucun système carcéral australien ne permettait les visites conjugales. En Australie-Méridionale, cependant, les visites privées étaient permises aux détenus des établissements carcéraux à sécurité minimale, tandis que des programmes de congés pour réinsertion sociale étaient conçus pour ceux qui arrivaient à la fin d'une longue sentence²³.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Le CESP n'a reçu aucune information à ce sujet.

AUTRICHE

L'information qui suit a été transmise au CESP par le Dr Jörg Pont, qui est l'un des collaborateurs du Réseau d'échange d'information sur le VIH/SIDA en milieu carcéral.

Surveillance et études de séroprévalence

En 1988-1989, 1989-1990 et 1991-1992, 19 p. 100, 15 p. 100 et 10 p. 100 respectivement de tous les détenus admis dans les prisons

autrichiennes ont subi le test de détection des anticorps anti-VIH. Pendant ces mêmes années, 0,5 p. 100, 1,3 p. 100 et 0,9 p. 100 respectivement de tous les détenus nouvellement admis dans les établissements correctionnels, où plus de 80 p. 100 de tous les nouveaux détenus avaient subi ce genre de test, se sont révélés séropositifs²⁴.

Le 27 février 1992, 56 des 6 854 personnes détenues dans les prisons autrichiennes étaient séropositives.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Dans les prisons autrichiennes, le tests de détection du VIH est facultatif; il peut aussi être fait sur demande. Ce serait enfreindre la loi du pays que de rendre le test obligatoire. On rapporte toutefois des taux «étonnamment élevés» de tests chez les détenus nouvellement admis, taux qui s'élèvent même à 100 p. 100 dans certains établissements.

Renseignements médicaux sur les détenus

Toute l'information médicale est confidentielle et les résultats des tests de détection du VIH ne sont communiqués qu'au personnel médical. Dans des cas exceptionnels, ces résultats peuvent être divulgués à d'autres membres du personnel «lorsqu'il existe un véritable danger de transmission de l'infection (dans des cas de violence sexuelle, par exemple) à un autre détenu» (le soulignement est dans le texte original).

Placement et activités

Les détenus séropositifs sont placés parmi la population carcérale générale. Sauf quelques

23. *Ibid.*, p. 89.

24. Les établissements où moins de 80 p. 100 des nouveaux détenus avaient subi le test de détection des anticorps anti-VIH ont été exclus de l'étude car on a supposé que dans ces établissements le test avait surtout été fait chez les sujets à risque élevé d'infection à VIH.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

exceptions, cette façon de faire n'a pas suscité de problèmes pour l'administration des établissements correctionnels.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA pour les détenus et le personnel

Depuis 1985, des activités éducatives sur le VIH/SIDA sont organisées à l'intention des détenus et du personnel. Pour les détenus, la participation à ces activités est facultative, mais elles ont suscité beaucoup d'intérêt. Pour le personnel, la participation est obligatoire. L'information est transmise par le biais de discussions de groupe, de matériel imprimé et de séances individuelles avec le médecin au moment de l'admission du détenu. L'information est donnée par les médecins de la prison, des médecins-experts du ministère de la Justice et des membres de l'organisme de services communautaires autrichien, «AIDS-Hilfe», spécialisé dans le domaine du SIDA.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Dans certains établissements, les condoms sont distribués aux détenus par les services médicaux. En général, cependant, beaucoup s'inquiètent de cette distribution de condoms aux détenus et le débat se poursuit sur la pertinence d'étendre cette pratique à tous les établissements.

EAU DE JAVEL

Les détenus n'ont pas accès à l'eau de Javel dans les prisons autrichiennes. On continue toutefois de s'interroger sur la pertinence de mettre de l'eau de Javel à leur disposition.

MATÉRIEL STÉRILE POUR LES INJECTIONS

Des aiguilles et des seringues stériles ne sont pas officiellement mises à la disposition des prisonniers. Toutefois un marché noir d'aiguilles et de seringues stériles existe dans certaines prisons.

Soins de santé

Dans chaque prison, les soins de santé sont fournis à tous les prisonniers par au moins un omnipraticien. Cependant, si nécessaire, les détenus peuvent aussi bénéficier des soins de spécialistes et être traités dans les hôpitaux publics. Le Centre pulmonaire de la Communauté de Vienne dispose de cinq lits dans une unité surveillée, pour le traitement des détenus atteints du SIDA²⁵. En outre, tous les grands établissements correctionnels comptent un psychiatre parmi leur personnel permanent.

Un établissement pénitencier (le «Sonderanstalt Wien Favoriten») sert de centre spécial de traitement pour les détenus toxicomanes. Ces derniers peuvent être condamnés à la détention et au traitement dans cet établissement ou peuvent demander à y être transférés. Le programme de traitement à la méthadone, qui est recommandé en Autriche pour le traitement des héroïnomanes qui ne répondent pas au traitement ordinaire, «doit être poursuivi pendant la détention», sous la surveillance de psychiatres qui connaissent ce genre de programme.

La loi autrichienne ne permet pas que des prisonniers reçoivent des traitements expérimentaux ou prennent part à des essais cliniques.

Visites conjugales

Les visites conjugales ne sont pas permises dans les prisons autrichiennes.

25. AIDS in Austria: Facts and Legal Situation with Special Regard to the Situation in Prison (1988, Dok.Nr. 5384F), p. 8, présenté au CESP par le Dr Pont.

Libération anticipée de prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Aucune information n'a été transmise au CESP à ce sujet.

ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

Une bonne partie de l'information qui suit a été tirée du matériel présenté au CESP par le Dr Roger A. Ralli, médecin principal, Directorate of Health Care of HM Prison Service²⁶. À cette information s'ajoutent un certain nombre d'articles et de rapports sur le VIH/SIDA dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles²⁷.

Une politique sur le VIH/SIDA a été émise au mois d'octobre 1991 et est actuellement à l'étude²⁸.

Surveillance et études de séroprévalence

De mars 1985 à avril 1991, 344 cas de détenus séropositifs ont été signalés à la Prison Service Directorate à la suite de tests facultatifs de détection des anticorps anti-VIH²⁹, alors qu'en 1990-1991, 52 prisonniers étaient connus comme étant séropositifs. À la lumière de ces données, le Home Office a estimé à 0,1 p. 100 la proportion de la population carcérale infectée. Mais, selon certains, vu qu'on ne sait pas combien de tests

ont été faits, il n'est pas possible de calculer le taux de prévalence de l'infection par le VIH dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles³⁰, et il est probable que les taux réels d'infection sont beaucoup plus élevés. Par exemple, selon l'estimation de l'ancien directeur des Prison Medical Services, de 350 à 500 détenus seraient séropositifs; de son côté, le porte-parole de la National Association of Probation Officers a déclaré que le nombre réel de détenus infectés par le VIH dans les prisons est dix fois plus élevé que ce que montrent les chiffres mis de l'avant par le gouvernement³¹.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Selon la politique sur le VIH/SIDA, le test de détection du VIH ne peut être fait qu'à la demande du détenu ou si le médecin le recommande pour des raisons cliniques. Dans l'un ou l'autre cas, le détenu doit donner son consentement éclairé et le test doit être précédé et suivi de séances de counselling. Il est interdit, en vertu des lignes directrices du Prison Service, de contraindre les détenus à subir le test s'ils ne le veulent pas³². Dans la pratique, cependant, on demande à tous les prisonniers, au moment de leur admission, de déclarer s'ils se sont adonnés à des activités à «risque élevé», et certains prisonniers ont été tenus à l'écart des autres jusqu'à ce qu'ils se soient «volontairement» soumis au test de détection des anticorps anti-VIH. Ceux qui se révèlent séropositifs font l'objet de restrictions (Viral Infectivity Restriction (VIR) order): ils sont tenus à l'écart des autres prisonniers et ne peuvent travailler dans les cuisines ni en aucun autre endroit où il y a possibilité d'épanchement

26. Mémoire présenté au CESP par le Dr Roger A. Ralli, médecin principal, Directorate of Health Care, HM Prison Service, London, daté du 28 août 1992.

27. Voir, par exemple, Turnbull PJ, Dolan KA, Stimson GV. *Prisons, HIV and AIDS: Risks and Experiences in Custodial Care*. London: Avert; 1991, Thomas PA. «AIDS in Prisons: England and Wales». Dans *AIDS in Prisons*, *supra*, note 1.

28. HIV/AIDS: Organization and Procedures at Establishment Level (Circular Instruction 30/1991). Annex A: HIV/AIDS: Prison Service Policy and Practice in England and Wales, octobre 1991. Voir également Annex B: Coordinated Care Management of HIV Infected Individuals; Annex C: HIV/AIDS: A Booklet for Prisoners (London: Terrence Higgins Trust, 1991); Annex D: Viral Infectivity Restrictions; et Annex E: HIV/AIDS Operational Guidance Checklist.

29. *AIDS and HIV Infection: A Multidisciplinary Approach In the Prison Environment*. London: H.M. Prison Service, Medical Directorate, 1991, Section 2, Tableau C.

30. Turnbull et al., *supra*, note 27, p. 5.

31. «AIDS in Prisons: England and Wales». Dans *AIDS in Prisons*, *supra*, note 1.

32. HIV/AIDS: Prison Service Policy and Practice in England and Wales, *supra*, note 28, p. 4, para. 16.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

sanguin. Dans un rapport d'enquête sur les conditions dans les prisons anglaises, il était déclaré:

[TRADUCTION]

Il n'est pas surprenant, vu les conditions qui attendent les prisonniers infectés par le virus du SIDA, que les détenus qui croient être infectés hésitent à faire part de leurs inquiétudes aux autorités carcérales. Nous ne pouvons imaginer conditions plus propres à encourager un prisonnier de faire tout en son pouvoir pour éviter de révéler qu'il est, ou pourrait être, séropositif, que les conditions que nous avons constatées à Wandsworth. Ces conditions étaient un simulacre de justice³³.

Lors d'une étude faite en 1990 auprès de 452 prisonniers, 66 des sujets interrogés ont déclaré qu'ils avaient subi un test de détection des anticorps anti-VIH lors de leur dernière incarcération. Trente-six pour cent d'entre eux avaient trouvé l'expérience désagréable, 17 p. 100 n'avaient pas donné leur consentement et 55 p. 100 ont déclaré n'avoir pas bénéficié de séances de counselling³⁴.

Renseignements médicaux sur les détenus

Dans la politique sur le VIH/SIDA, il est dit que «la politique du gouvernement est stricte en ce qui concerne la nécessité de respecter la confidentialité des données médicales pour ce qui est des cas d'infection par le VIH ou de SIDA, et que les directives données aux médecins traitants et au personnel soignant sont tout à fait conformes à cette politique». La politique se poursuit de la façon suivante: «vu que les

restrictions imposées en raison d'une infection virale peuvent s'appliquer tant aux cas d'infection par le VIH qu'aux cas d'hépatite B, et vu que la divulgation de ces restrictions n'exige pas que le diagnostic soit dévoilé, on peut soutenir que le fait de laisser savoir, «au personnel qui a besoin de savoir», qu'un prisonnier fait l'objet de ce genre de restrictions n'est pas en contradiction avec un code strict de confidentialité des données médicales». Le document reconnaît toutefois que «tout le monde n'est pas d'accord avec cette vision des choses et que la décision a été prise de réviser les restrictions imposées à ceux qui sont atteints d'une infection virale³⁵». En pratique, la confidentialité n'est pas respectée car la plupart des détenus soupçonnés d'être séropositifs, ou qui sont séropositifs, sont tenus à l'écart des autres; les unités où sont placés ces prisonniers sont en outre appelées «ailes du SIDA»³⁶.

Placement et activités

Dans les lignes directrices à l'intention des administrateurs de prison il est recommandé que les détenus séropositifs soient en général placés dans une aile ou un étage ordinaire, qu'ils aient accès aux mêmes installations que les autres détenus et qu'ils ne devraient pas être régulièrement exclus d'aucun type d'emploi ni d'aucun programme d'éducation ou de loisirs³⁷. Les autorités carcérales peuvent passer outre à cette recommandation dans certains cas, pour des raisons d'ordre, de discipline, de santé ou de sécurité; ils peuvent notamment avoir recours aux restrictions en raison d'une infection virale³⁸. Ces restrictions, qui ont été émises en 1985, permettent aux médecins de la prison d'imposer aux prisonniers séropositifs diverses précautions et restrictions arbitraires qui avaient été élaborées pour les cas d'hépatite B, notamment le placement dans une cellule simple ou dans une

33. «HIV/AIDS in Prisons: England and Wales». Dans *AIDS in Prisons*, *supra*, note 1, avec référence au Rapport Woolf.

34. Turnbull PJ, Dolan KA, Stimson GV. «HIV Testing, and the Care and Treatment of HIV Positive People in English Prisons». *AIDS CARE* 1993; 5(2):199-206, p. 199.

35. HIV/AIDS: Prison Service Policy and Practice in England and Wales, *supra*, note 28, p. 5, para. 22.

36. «AIDS in Prisons: England and Wales». Dans *AIDS in Prisons*, *supra*, note 1.

37. HIV/AIDS: Prison Service Policy and Practice in England and Wales, *supra*, note 28, p. 4, para. 17-21.

38. Viral Infectivity Restrictions, *supra*, note 28.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

cellule commune avec d'autres prisonniers également soumis aux mêmes restrictions, l'accès à une brosse à dents, une serviette et un rasoir personnels, l'exclusion de tout programme d'emploi où ils risquent d'être en contact avec de la machinerie, des aiguilles, des couteaux et autres objets tranchants ainsi que de tout rapport avec la préparation ou la distribution des aliments.

Une étude réalisée en Angleterre auprès d'ex-prisonniers a montré que la plupart des prisonniers séropositifs, supposés ou confirmés, étaient placés dans un «endroit spécial», qu'ils ne pouvaient entrer en relation avec les autres prisonniers et qu'ils n'avaient pas accès aux ateliers ni aux installations de loisirs³⁹. Toutefois il a été annoncé, en juillet 1993, que toute ségrégation des prisonniers séropositifs serait bientôt abolie.

Programmes éducatifs pour les détenus et le personnel

Une trousse éducative, mise au point par le AIDS Advisory Committee du Prison Medical Service, intitulée «AIDS Inside and Out», est utilisée depuis 1989; elle comprend une bande vidéo, un manuel et une brochure. Les risques que présentent l'activité sexuelle sans protection et la consommation de drogues injectables avec du matériel non stérile sont traités «dans les termes les plus clairs, tant à l'intention de ceux qui ont eu des activités à risque avant leur incarcération que pour ceux qui pourraient avoir des comportements qui risqueraient de les exposer au VIH pendant leur séjour en prison». Des feuillets d'information sur le VIH/SIDA, à l'intention des détenus, ont été préparés par le Health Information Trust et le Terrence Higgins Trust. Ces feuillets sont mis à la disposition des prisonniers dans la salle de réception et à l'hôpital de la prison ainsi que dans d'autres endroits appropriés. Des séances de counselling individuel peuvent remplacer les programmes d'éducation en groupe.

On a préparé, à l'intention du personnel carcéral, une trousse éducative appelée «AIDS Inside»; elle comprend une bande vidéo, un manuel et une brochure. Les membres du personnel qui proposent leurs services comme animateurs suivent un cours de formation d'une durée de quatre jours, qui porte sur la sensibilisation au VIH, le VIH en milieu carcéral, les attitudes, l'activité sexuelle et la consommation de drogues à risques réduits, et qui comprend également un examen des modules de formation pour les détenus. On encourage ces animateurs à préparer des programmes éducatifs d'une durée d'une heure et demie à deux heures, qui portent sur les besoins particuliers des détenus et tiennent compte de l'âge et du sexe des détenus et de la durée prévue de leur incarcération.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Dans la politique sur le VIH/SIDA, il est déclaré que «malgré le fait que les ministres du Home Office soient d'avis que tout doit être fait pour prévenir la transmission de l'infection par le VIH, ils ne sont pas convaincus qu'il soit pertinent ou utile de distribuer des condoms dans les prisons». Cependant, certaines autorités carcérales font en sorte que tous les détenus sur le point d'être libérés, et dans certains cas ceux qui bénéficient d'un congé pour visiter leur famille, aient discrètement accès à une petite quantité de condoms gratuits.

EAU DE JAVEL

Les détenus n'ont pas accès à de l'eau de Javel.

AIGUILLES ET SERINGUES STÉRILES

On ne distribue pas d'aiguilles ni de seringues stériles. Selon la politique sur le VIH/SIDA, le Prison Service ne peut envisager la possibilité de

39. Turnbull et al., *supra*, note 34, p. 199.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

créer des programmes d'échange d'aiguilles dans les prisons; le Advisory Council on the Misuse of Drugs a aussi «convenu qu'il serait tout à fait mal à propos qu'une prison fournisse les aiguilles et les seringues à des fins de consommation de drogues non surveillée». Conscients que certains détenus vont réussir à obtenir de la drogue et vont continuer à partager le matériel d'injection, les auteurs de la politique leur conseillent de nettoyer ce matériel avec de l'eau savonneuse.

Soins de santé

Depuis de nombreuses années, le Prison Medical Service fait l'objet d'intenses critiques; on lui reproche, notamment, la piètre formation du personnel médical et infirmier. En 1992, le programme de santé dans les prisons a été restructuré de fond en comble; à cette occasion, on a reconnu officiellement le «principe de l'équivalence» selon lequel les prisonniers doivent recevoir des soins d'une qualité équivalente à celle des soins offerts hors du milieu carcéral. Dans les lignes directrices cliniques qui ont été préparées, il est recommandé que les soins fournis aux détenus séropositifs soient «proactifs, non réactifs». Selon un manuel de travail intitulé «HIV and AIDS: A Multi-Disciplinary Approach in the Prison Environment», tous les détenus infectés par le VIH devraient faire l'objet d'une évaluation physique et psychologique aux moins tous les trois mois; ils devraient avoir accès aux organismes de services pour les personnes atteintes du SIDA, bénéficier d'une intervention thérapeutique rapide comprenant l'accès à la zidovudine (AZT) ou à d'autres antirétroviraux, ainsi que des mesures de prophylaxie primaire contre la pneumonie interstitielle à pneumocystis carinii. À leur arrivée, et tous les six mois par la suite, les détenus séropositifs devraient faire l'objet d'une surveillance régulière des paramètres hématologiques et immunologiques⁴⁰.

Visites conjugales

Il n'y a pas de visites conjugales dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles. Toutefois, les congés dans la famille sont actuellement permis pour les contrevenants à risques faibles ou moyens, une fois le tiers de leur sentence servie, quelle que soit la nature de leur offense⁴¹.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Il n'existe pas de dispositions particulières relativement à la libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, mais il y a une politique de libération de toute personne à la phase terminale d'une maladie. La politique sur le VIH/SIDA prévoit le transfert hors de la prison, dans un hôpital du National Health Service, ou dans tout autre établissement approprié, des patients qui, en raison de leur état, ne peuvent être adéquatement traités en milieu carcéral.

FINLANDE

L'information qui suit a été mise à la disposition du CESP par le Dr Leena Arpo, médecin chef de la Finlandic Prison Administration. Le Dr Arpo a fait remarquer qu'en raison du nombre relativement faible de personnes consommant des drogues injectables en Finlande, l'épidémie d'infection par le VIH n'y a pas atteint les mêmes proportions que dans les autres pays de l'Europe de l'Ouest. On estime à 600, dans tout le pays, le nombre total de personnes infectées par le VIH (la Finlande compte 5 millions d'habitants). Le nombre moyen de prisonniers est de 3 500, et environ 8 800 personnes sont emprisonnées chaque année.

Il n'existe aucun énoncé de politique officiel sur l'infection à VIH ou sur d'autres maladies

40. *AIDS and HIV Infection: A Multidisciplinary Approach*, *supra*, note 29, de 12.3 à 12.5.

41. «AIDS in Prisons: England and Wales». Dans *AIDS in Prisons*, *supra*, note 1.

transmissibles dans les établissements carcéraux en Finlande. La politique nationale sur le SIDA et les recommandations formulées par le Conseil de l'Europe et l'Organisation mondiale de la santé semblent respectées. Ces directives ont fait l'objet de discussions lors de rencontres avec les directeurs des établissements correctionnels, le personnel des services de santé et d'autres employés. Des directives officielles sur l'utilisation de condoms et sur la disponibilité d'eau de Javel ont été émises. Des directives sur la prévention des maladies transmissibles et sur la gestion des détenus infectés sont actuellement à l'étude.

Surveillance et études de séroprévalence

Environ un millier de tests de dépistage du VIH sont effectués chaque année dans les prisons finlandaises; en moyenne, un test sur mille donne des résultats positifs. Parmi les détenus ayant subi les tests de dépistage, 25 % ont déclaré qu'ils consommaient de la drogue; à ce jour, tous les détenus séropositifs ont des antécédents d'usage de drogues.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Le test est strictement volontaire et fait sur demande; on le pratique uniquement après avoir obtenu le consentement éclairé du détenu. Il peut être recommandé aux prisonniers qui, eu égard à leurs activités, sont susceptibles d'avoir contracté une infection à VIH.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les renseignements médicaux sont confidentiels et ne peuvent être divulgués qu'avec le consentement éclairé du détenu ou si la loi le permet. Les résultats des tests de détection des anticorps anti-VIH ne sont connus que du personnel médical.

Placement et activités

Les détenus infectés par le VIH sont placés au sein de la population carcérale générale.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

Le personnel reçoit de l'information sur le VIH/SIDA dans le cadre de leur formation de base et parfois de conférences données dans les prisons et lors de séminaires. Les détenus peuvent se procurer des dépliants sur le VIH/SIDA et sur l'utilisation de drogues. À leur arrivée en milieu carcéral et tous les ans par la suite, ils reçoivent également une «trousse de produits d'hygiène» qui contient de l'information de base sur les soins de santé et les comportements à risque. À l'occasion, ils peuvent assister à des séances d'information données par les médecins de la prison ou des spécialistes de l'extérieur. De l'avis du personnel médical, les détenus et le personnel sont bien informés sur le VIH.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Depuis 1987, les détenus peuvent se procurer des condoms au moment de leur mise en liberté et à l'occasion de congés autorisés; ils peuvent également s'en procurer pour les visites conjugales. Depuis l'automne 1991, des condoms sont mis à la disposition des détenus dans les prisons. Il est recommandé que les préservatifs soient accessibles au moins aux services de santé, car la distribution de condoms est considérée comme faisant partie de l'éducation sur les soins de santé.

EAU DE JAVEL

Depuis janvier 1992, les autorités carcérales doivent s'assurer qu'un désinfectant sûr et efficace est mis à la disposition des détenus dans les toilettes; en outre, le personnel médical devrait être consulté quant au choix du désinfectant. On a également demandé au personnel infirmier et médical de montrer aux détenus comment désinfecter les aiguilles et les seringues.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Les détenus ne peuvent obtenir d'aiguilles et de seringues. Comme l'a mentionné le Dr Arpo, «nous attendons les résultats d'expériences menées dans d'autres pays ou qui y seront menées dans un avenir rapproché».

Soins de santé

En Finlande, le principe de l'égalité des soins de santé disponibles dans les prisons avec les services dans la collectivité est le principal critère sur lequel repose les soins de santé. Des spécialistes internes ou externes peuvent être consultés et le traitement requis peut être offert dans un hôpital en milieu carcéral ou dans un hôpital de l'extérieur. Les prisonniers infectés par le VIH peuvent consulter un médecin dans une polyclinique et ont accès à des traitements comparables à ceux prodigués aux personnes infectées par le VIH dans l'ensemble de la société. Les détenus séropositifs ont la possibilité de participer à des essais cliniques, à la condition de donner leur consentement éclairé.

Il y a des «unités sans drogue» dans certaines prisons et certains hôpitaux en milieu carcéral. Le traitement à la méthadone n'est pas disponible.

VISITES CONJUGALES

Les visites conjugales sont permises entre des partenaires stables, y compris des partenaires du même sexe. Des condoms sont accessibles dans les salles de visite.

LIBÉRATION ANTICIPÉE

Les détenus atteints d'une maladie grave peuvent se voir accorder une libération anticipée.

FRANCE

De l'information sur le VIH/SIDA dans les prisons françaises a été présentée au CESP par le Conseil national du sida qui, à sa séance plénière du 12 janvier 1993, a adopté un rapport et des recommandations sur le SIDA et sur la confidentialité dans les prisons,⁴² et par deux correspondants du réseau d'échange de l'information sur le VIH/SIDA en milieu carcéral.⁴³

Surveillance et études de séroprévalence

En 1991, 4,3 % des personnes incarcérées dans les établissements français étaient infectées par le VIH, ce qui représente une augmentation de 0,7 % par rapport à 1988 (3,6 %). Dans certains établissements, le pourcentage variait de 10 à 15 %. La proportion de cas de SIDA a également augmenté, passant de 0,11 % de la population carcérale en 1988 à 0,33 % en 1991.⁴⁴

Test de détection des anticorps anti-VIH

Le test de détection ne peut être administré sans le consentement des détenus, mais les services de santé doivent l'offrir à tous les prisonniers au moment de leur entrée dans le système carcéral. En 1991, 29 631 tests ont été pratiqués (au 31 décembre 1991, la population carcérale totale était de 50 035 détenus). Dans plus du tiers des établissements français, des tests anonymes sont maintenant accessibles dans les «Centres de dépistage anonyme et gratuit». On prévoit améliorer l'accessibilité à ces tests.

Renseignements médicaux sur les détenus

Le rapport du Conseil national contient une analyse exhaustive de la confidentialité des renseignements relatifs au VIH/SIDA dans les

42. 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*. Paris, Le Conseil, 1993.

43. Mémoire présenté au CESP par M. Pierre Darbéda, Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice, Paris, 14 octobre 1992 et par le Dr Yves Bissuel, Service médico-psychologique régional, Lyon, 16 septembre 1992.

44. Conseil national du sida, *supra*, note 42, p. 8.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

établissements carcéraux français. Dans ce rapport, 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 en 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 relativement à l'importance du respect de la confidentialité des renseignements médicaux.⁴⁵

Placement et activités

Les détenus infectés par le VIH sont placés au sein de la population carcérale générale et peuvent participer aux travaux et à d'autres activités.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

Depuis 1987, des programmes d'information sur le VIH/SIDA sont offerts aux détenus et au personnel dans tous les établissements carcéraux.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

D'après les résultats d'une enquête menée par les administrateurs de prison en 1991, les condoms étaient accessibles dans 75 % des établissements carcéraux. Dans la plupart des prisons, des condoms sont également remis aux détenus au moment de leur libération permanente ou provisoire. Le Conseil national du sida a

recommandé que des condoms soient plus facilement et plus discrètement accessibles et qu'ils soient distribués à tous les détenus au moment de leur entrée dans le système carcéral.⁴⁶

EAU DE JAVEL

En France, les détenus n'ont pas accès à l'eau de Javel pour désinfecter les aiguilles.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Les détenus n'ont pas accès à du matériel d'injection stérile.

Soins de santé

Les autorités de grands établissements carcéraux et les hôpitaux et «centres d'information et de soins pour les patients infectés par le VIH» ont signé des ententes en vertu desquelles les soins prodigués aux détenus séropositifs seront équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population.

Visites conjugales

Aucune information n'a été transmise au CESP concernant les visites conjugales dans les établissements carcéraux en France.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

En cas de graves problèmes médicaux et lorsque les conditions d'incarcération ont un effet préjudiciable sur la santé d'un détenu, ce dernier peut se voir accorder une remise de peine et une libération.⁴⁷

45. *Ibid.*, p. 38-41.

46. *Ibid.*, p. 36-37.

47. Art. 17 de la Constitution de 1958. Ce pouvoir est détenu par le Président de la République.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

ALLEMAGNE

De l'information sur le VIH/SIDA dans les prisons allemandes a été transmise au CESP par des correspondants de six systèmes pénitentiaires. D'autres renseignements ont été tirés d'un article sur le SIDA dans les prisons allemandes rédigé par Feest et Stöver.⁴⁸

Il y a 16 systèmes pénitentiaires d'État («Land») en Allemagne; chacun applique ses propres règles et politiques concernant le VIH/SIDA.

Surveillance et études de séroprévalence

Selon les estimations, un millier de détenus environ sont infectés par le VIH dans les prisons allemandes. Ces estimations sont basées sur des tests effectués à grande échelle dans certains systèmes, qui ont révélé qu'en moyenne 1 à 3 % des détenus sont séropositifs. Toutefois, la prévalence du VIH varie considérablement d'un établissement à l'autre. Les prisons situées en milieu rural ne semblent abriter aucun détenu séropositif, tandis que les taux d'infection dans les régions métropolitaines peuvent atteindre 9 %. Les taux d'infection chez les femmes sont plus élevés que chez les hommes, et la grande majorité des détenus séropositifs a déjà fait usage de drogues injectables. Dans les prisons berlinoises, 95 % des détenus séropositifs et plus de 99 % des femmes détenues séropositives sont des consommateurs de drogues.

La Deutsche AIDS-Hilfe (le principal organisme communautaire qui s'occupe du SIDA) a mené une enquête auprès de détenus séropositifs; plus de 90 % d'entre eux ont admis avoir déjà utilisé des drogues; plus de 80 % ont déclaré avoir accès à des drogues illicites en prison; enfin, plus de 70 % ont dit qu'ils pensaient avoir été infectés par le partage de seringues ou d'aiguilles. Les données empiriques montrent que 40 à 50 % des

utilisateurs de drogues injectables ayant déjà été incarcérés continuent de consommer des drogues pendant leur séjour en prison.

Près de 20 % des consommateurs de drogues injectables qui ont participé à une vaste étude épidémiologique étaient infectés par le VIH et près de 60 % d'entre eux avaient séjourné dans un établissement pénitentiaire. Dix pour cent seulement des détenus rejoints n'ayant jamais été emprisonnés auparavant ont été diagnostiqués comme étant séropositifs, mais 26 % des sujets ayant déjà servi des peines d'emprisonnement se sont révélés séropositifs; 67 % des participants ont indiqué qu'ils continuaient de consommer des drogues injectables en prison. Une autre étude a révélé que la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables ayant déjà été emprisonnés était presque deux fois plus élevée (23,7 %) que chez les utilisateurs de drogues qui n'avaient jamais été incarcérés.

Dans l'étude menée par Deutsche AIDS-Hilfe, environ 17 % des participants séropositifs ont déclaré qu'ils croyaient avoir été infectés par le VIH pendant leur séjour en prison. L'auteur de l'étude a fait les commentaires suivants : «Il est probable que de nombreux ministères de la justice diront que c'est une opinion subjective non fondée sur des preuves solides. Je me demande toutefois pourquoi ces détenus mentiraient.»⁴⁹

Test de détection des anticorps anti-VIH

En Bavière, en vertu de la loi, les personnes appartenant à des «groupes à risque élevé» peuvent être soumises obligatoirement au test de détection. En réalité, le test est effectué sur une base «volontaire». Presque tous les détenus «acceptent» de se soumettre au test, lequel est administré lors de l'examen médical que subissent les détenus à leur entrée dans le système carcéral et au moment de leur mise en liberté. Dans les autres états allemands, on encourage les détenus à subir le test et jusqu'à 90 % d'entre eux

48. Feest J. et H. Stöver. AIDS in German Prisons. Dans *AIDS in Prisons*, *supra*, note 1.

49. *Ibid.*

acceptent. Toutefois, la principale raison de cette participation massive tient au fait que ceux qui refusent sont traités comme s'ils étaient séropositifs. C'est la politique explicite dans certains systèmes.⁵⁰

Par ailleurs, dans le système carcéral de Brême, le test est non seulement strictement volontaire, mais il est aussi anonyme.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les règles s'appliquant à la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus varient selon les établissements pénitentiaires. Dans certains établissements, les résultats des tests sont divulgués à l'administration de la prison, laquelle décide ensuite de la pertinence de communiquer ces renseignements au personnel carcéral et ce, au cas par cas. D'aucuns ont prétendu «qu'en pratique, la confidentialité des renseignements médicaux n'est pas respectée» et que le personnel «est informé soit directement et officiellement, soit par le système du «téléphone arabe»». ⁵¹

Placement et activités

Les restrictions appliquées aux détenus connus comme étant séropositifs varient d'un État à l'autre. Dans de nombreux systèmes, ils étaient initialement exclus des travaux effectués dans certains lieux comme les cuisines et les salons de barbier. Ces restrictions ont été levées dans certains états.

En ce qui a trait au logement, les détenus infectés par le VIH sont normalement logés dans des cellules individuelles et peuvent partager une cellule seulement s'ils informent l'autre occupant de leur état sérologique. Les prisonniers

séropositifs ont indiqué qu'ils obtenaient plus difficilement des «permissions de sortir» comme un congé pour se rendre à leur domicile; la raison serait la crainte d'une couverture médiatique défavorable. Toutefois, les détenus séropositifs peuvent bénéficier d'un régime alimentaire spécial qui comprend des produits laitiers et des fruits. Ils peuvent recevoir des soins médicaux particulier et, dans certains systèmes, ils peuvent participer en priorité à des programmes de traitement à la méthadone. Ils peuvent également avoir un accès privilégié aux «unités sans drogue».

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

Il existe divers programmes éducatifs à l'intention des détenus et du personnel correctionnel dans les prisons allemandes, mais, dans de nombreux systèmes, ils se limitent à la distribution de matériel écrit.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Tous les répondants ont déclaré que des condoms sont accessibles aux détenus dans leurs systèmes carcéraux respectifs. Dans certains systèmes, ils sont disponibles gratuitement, par exemple aux services médicaux, tandis que dans d'autres, ils doivent être achetés.

EAU DE JAVEL

Les détenus des prisons allemandes n'ont pas accès à l'eau de Javel pour désinfecter les aiguilles.

50. *Ibid.*

51. *Ibid.*

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Les détenus n'ont pas accès aux aiguilles ni aux seringues dans les prisons. Toutefois, comme l'ont signalé Feest et Stöver «on considère de plus en plus que la distribution d'aiguilles stériles est un moyen de prévenir la transmission du VIH». Ce point de vue est renforcé du fait de l'existence de programmes d'échanges d'aiguilles à l'extérieur des prisons comme moyens de prévenir la transmission du VIH et du SIDA. Les personnes qui appuient ces programmes prétendent que des aiguilles sont déjà disponibles dans les prisons et que le fait que leur nombre est réduit n'empêche pas les détenus de consommer ou de commencer à consommer des drogues. Ils ont ajouté : «En fait, l'inverse est vrai; l'absence d'aiguilles stériles donne lieu au partage des aiguilles ou à l'utilisation de matériel encore plus dangereux, comme des pointes de stylos à billes». Le milieu carcéral est tel que les détenus sont inévitablement en contact avec les drogues, soit par l'administration légale de médicaments psychotropes ou de sédatifs, soit à travers le mode de vie en milieu carcéral. L'introduction d'aiguilles stériles protégerait les utilisateurs de drogues contre l'infection à VIH et l'hépatite B.⁵²

Soins de santé

Aucune information n'a été communiquée au CESP à propos de la qualité et de l'accessibilité des soins médicaux.

Le traitement à la méthadone fait partie des soins prodigués aux utilisateurs de drogues injectables par certains médecins en milieu carcéral. Il est considéré comme une stratégie de prévention du VIH/SIDA grâce à laquelle on espère empêcher les héroïnomanes de s'injecter des drogues et de partager des aiguilles.⁵³

52. *Ibid.*

53. *Ibid.*

54. *Ibid.*

Visites conjugales

Les visites conjugales ne sont pas permises dans les prisons allemandes. Toutefois, des visites dites «à long terme» par les familles de détenus incarcérés pour de longues périodes sont autorisées à titre expérimental dans quelques prisons.

Une autre caractéristique importante des systèmes carcéraux allemands est la possibilité d'obtenir d'assouplissements des règles («Lockerungen»). Mentionnons, par exemple, les permissions de sortir accordées aux détenus pour se rendre à leur domicile ou à leur travail. À l'heure actuelle, chaque détenu a droit à sept sorties par année en moyenne pour se rendre à son domicile. Plus du tiers de tous les prisonniers quittent ainsi leur établissement carcéral pour 21 jours au maximum par année, conformément à la loi. On dit que ces «Lockerungen» ont une incidence sur presque tous les aspects de la vie en milieu carcéral, de l'activité sexuelle à l'accessibilité des drogues.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Les détenus peuvent obtenir la liberté conditionnelle après avoir purgé les deux tiers ou, exceptionnellement, la moitié de leur peine. Une clause du Code de procédures pénales de l'Allemagne prévoit la libération des détenus atteints d'une maladie grave, en particulier si leur vie est en danger. Toutefois, cette clause est rarement invoquée et les détenus sont généralement transférés dans des hôpitaux en milieu carcéral. Même dans le cas des détenus en phase terminale, la libération anticipée n'est pas garantie, notamment s'il y a risque de récidive.⁵⁴

ISLANDE

L'information suivante a été envoyée au CESP par le Dr Sigurdur Arnason de l'Administration pénitentiaire islandaise.⁵⁵ Le Dr Arnason mentionne que l'Islande est un petit pays de moins de 250 000 habitants et que, par conséquent, le problème du VIH/SIDA est négligeable dans les prisons islandaises. Il ajoute que le système carcéral a élaboré des lignes directrices de concert avec «l'équipe du VIH/SIDA» dans la collectivité en général; la politique est de prodiguer des traitements équivalents à toutes les personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA, à l'intérieur comme à l'extérieur du milieu carcéral.

Surveillance et études de séroprévalence

En tout temps, parmi les quelque 120 détenus incarcérés dans les prisons islandaises, un ou deux sont séropositifs à l'égard du VIH.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Depuis 1985, l'examen médical que subissent les détenus peu après leur entrée dans le système carcéral comprend un test de détection des anticorps anti-VIH. Toutefois, le consentement éclairé préalable des détenus est obligatoire. Pendant l'incarcération, le test peut être effectué sur demande. Des services de counselling sont offerts avant et après le test par le personnel médical et/ou l'équipe VIH/SIDA «au besoin ou sur demande».

Renseignements médicaux sur les détenus

Tous les renseignements médicaux, y compris les résultats des tests de détection des anticorps anti-

VIH, sont strictement confidentiels. Les résultats des tests ne peuvent être divulgués au personnel des établissements carcéraux ni aux familles.

Placement et activités

Les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA sont placés au sein de la population carcérale générale.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

À leur arrivée en prison, tous les détenus reçoivent de l'information sur le VIH/SIDA du personnel médical. Par la suite, ils ont accès à du matériel écrit et, sur demande, à des séances d'information «en direct».

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Depuis 1987, les détenus qui en font la demande peuvent obtenir des condoms.

EAU DE JAVEL

L'eau de Javel est accessible uniquement au personnel carcéral.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

En vertu de la loi, les détenus n'ont pas accès aux seringues ni aux aiguilles. Comme l'a mentionné le Dr Arnason, «les cas connus d'usage abusif de drogues intraveineuses en milieu carcéral sont très rares en Islande.»

55. Mémoire présenté au CESP par le Dr Sigurdur Arnason, directeur de l'Administration pénitentiaire islandaise, daté du 26 novembre 1992.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

Soins de santé

Peu après leur arrivée, les détenus subissent un examen médical administré par un médecin de la prison. Cet examen comprend un examen physique complet et des tests sanguins, y compris la numération sanguine, des tests de l'exploration fonctionnelle hépatique et des tests de dépistage de l'hépatite B. Tous les détenus ont accès à des médecins spécialistes, tant dans les hôpitaux communautaires que dans les hôpitaux généraux, et à des programmes de désintoxication pour alcooliques et toxicomanes. Les prisonniers ont accès à des traitements expérimentaux, et les règles touchant l'admissibilité, le consentement, etc. sont équivalentes à celles qui s'appliquent à l'ensemble de la société.

Visites conjugales

Les visites conjugales sont permises.

Libération anticipée

À l'instar des personnes souffrant d'autres maladies graves comme le cancer, les détenus atteints du SIDA peuvent se voir accorder une libération anticipée pour des raisons médicales.

ITALIE

L'information sur le VIH/SIDA dans les prisons italiennes a été fournie au CESP par M^{me} Morelli du centre d'études sur le SIDA de l'hôpital San Raffaele, à Milan.⁵⁶

Surveillance et études de séroprévalence

Parmi les 46 968 détenus recensés dans les prisons italiennes le 31 décembre 1992,

3 530 (7,1 %) étaient infectés par le VIH. En 1992, 40 848 des 94 363 détenus nouvellement incarcérés ont subi le test de détection des anticorps anti-VIH et 5 054 étaient infectés par le VIH.

Test de détection des anticorps anti-VIH

En vertu de la loi italienne, les tests obligatoires ne sont pas autorisés.⁵⁷ Le test de détection des anticorps anti-VIH est offert sur une base volontaire à tous les détenus lors de l'examen médical pratiqué au moment de leur arrivée en milieu carcéral. Toutefois, les médecins des prisons italiennes, en accord avec les administrateurs de ces établissements, prétendent qu'il serait préférable de soumettre tous les détenus au test de détection des anticorps anti-VIH et ce, sur une base obligatoire. Ils affirment que les objections aux tests obligatoires présentées par la Commission nationale italienne sur le SIDA et par le Conseil de l'Europe sont «attribuables à une méconnaissance des conditions de vie réelles dans les prisons italiennes.»⁵⁸

Renseignements médicaux sur les détenus

Les résultats des tests ne peuvent être divulgués qu'au personnel médical.

Placement et activités

Tous les détenus séropositifs sont placés au sein de la population générale et participent à toutes les tâches. Toutefois, ils sont exclus des cuisines et de la distribution de nourriture en raison non pas du risque de transmission, mais par crainte de la réaction des autres détenus et du personnel.⁵⁹

56. Mémoire présenté au CESP par Daniela Morelli, Centro Studi AIDS, H San Raffaele, Milan, daté du 27 octobre 1992.

57. Art. 5, *legge* 135/1990.

58. Monarca R. et coll. *HIV Infection Among Italian Prisoners. The Incompatibility of AIDS Diagnosis and Imprisonment*. Mémoire présenté à la IX^e Conférence internationale sur le SIDA à Berlin, 6-11 juin 1993 (WS-D11-2).

59. *Ibid.*

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

Programmes éducatifs sur le HIV/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

Dans la plupart des régions, des séances d'information sur le HIV/SIDA sont offertes au personnel. Le CESP n'a reçu aucune information concernant l'éducation des détenus.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Des condoms sont disponibles dans certains établissements à titre expérimental.⁶⁰

EAU DE JAVEL

Aucune information n'a été transmise au CESP quant à l'accessibilité de l'eau de Javel.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Les détenus incarcérés dans les prisons italiennes n'ont pas accès à ce matériel.

Soins de santé

En vertu de la loi italienne, les soins médicaux prodigués aux détenus doivent être équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population. Les administrateurs de prison garantissent l'accès à des soins médicaux de base en milieu carcéral; pour ce qui est des soins spécialisés ou de traitements diagnostiques, des ententes prévoient l'accès à des médecins spécialistes privés ou au système de santé nationale.

Visites conjugales

Les visites conjugales ne sont pas permises dans les prisons italiennes.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

En 1993, le gouvernement a adopté deux lois qui stipulent que le fait d'être atteint du SIDA est incompatible avec l'incarcération. Ces lois s'appliquent également à tous les détenus séropositifs atteints d'une immunodéficience «grave» ou «considérable».

PAYS-BAS

La majeure partie de l'information qui suit a été fournie au CESP par le Dr Hans de Man, inspecteur médical au ministère de la Justice des Pays-Bas, à La Haye.⁶¹

Un énoncé de principes sur le VIH/SIDA dans les prisons a été publié en août 1987 et est encore en vigueur. Selon cet énoncé, «tout prisonnier, qu'il soit de sexe masculin ou féminin, ou un jeune contrevenant doit être considéré comme séropositif, et toutes les mesures de prévention devraient être prises à chaque fois que l'on entre en contact avec du sang ou d'autres liquides organiques.»⁶²

Surveillance et études de séroprévalence

Dans le rapport annuel de 1991 du ministère de la Justice, les inspecteurs médicaux signalent que 172 des quelque 21 000 détenus ont déclaré être séropositifs au moment de leur entrée dans le système carcéral; 405 détenus ont demandé à

60. Mémoire présenté du CESP par D. Morelli, *supra*, note 56.

61. Mémoire présenté au CESP par le Dr Th.J. Hans de Man, inspecteur médical, ministère de la Justice, daté du 22 septembre 1992.

62. *Ibid.*

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

subir le test de détection des anticorps anti-VIH durant leur incarcération; 348 demandes ont été acceptées par le médecin de la prison et le test a donné des résultats positifs dans 22 cas. À 35 occasions, un médecin a pris l'initiative et proposé qu'un détenu en particulier subisse le test; six de ces détenus se sont avérés séropositifs. En 1991, 24 prisonniers étaient connus comme atteints du SIDA; le diagnostic a été posé à l'extérieur de la prison dans 18 cas et à l'intérieur de la prison dans les six autres cas. Comparativement à l'année précédente, ces statistiques montrent une augmentation pour toutes les catégories considérées. D'après le nombre de détenus consommateurs de drogues injectables et la prévalence élevée de l'infection à VIH chez ces derniers, on soutient que les taux réels d'infection par le VIH dans les prisons sont beaucoup plus élevés, et qu'environ 500 détenus (8 % de la population carcérale) sont infectés par le VIH.⁶³

Une étude de séroprévalence visant plus d'un millier de détenus masculins et féminins a été entreprise à la fin de 1992 dans huit établissements correctionnels différents des Pays-Bas. Les résultats de cette étude n'étaient pas accessibles au CESP au moment de la rédaction du rapport.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Le test est accessible sur demande et sur une base volontaire et est assorti de séances de counselling avant et après son administration. Il peut être conseillé par un médecin sur la base d'indications cliniques ou si le détenu affiche un comportement à risque.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les résultats des tests ne peuvent être divulgués qu'au personnel médical et infirmier. Ils ne sont

pas transmis aux agents de correction ni à d'autres employés des services correctionnels ou gouvernementaux.

Placement et activités

Les prisonniers séropositifs sont placés au sein de la population carcérale générale et ne peuvent être ségrégués que si leur comportement le justifie.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

Des programmes éducatifs sur le VIH/SIDA, de même que sur l'usage de drogue, sont offerts dans tous les établissements. La participation à ces programmes est volontaire, mais elle est fortement encouragée. Des bureaux de consultation locaux pour alcooliques et toxicomanes aident à élaborer ces programmes. En 1990, l'Administration pénitentiaire néerlandaise a commencé à former du personnel infirmier dans tous les établissements, dans le but de mettre sur pied un réseau de professeurs qualifiés.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Conformément à l'énoncé de principes de 1987, des condoms doivent être vendus à prix réguliers aux détenus qui en font la demande. Dans la pratique, ils sont accessibles dans les magasins et les services de santé en milieu carcéral et «devraient être utilisés pendant les visites conjugales non surveillées.» Toutefois, «l'intérêt manifesté par les détenus à l'égard des condoms a été très mitigé.»⁶⁴

63. Moerings, M. *Prisons and AIDS in the Netherlands*. In *Aids in Prisons*, supra, note 1.

64. Mémoire présenté au CESP par le Dr Hans de Man, supra, note 61.

EAU DE JAVEL

Au mois de septembre 1992, les détenus n'avaient pas accès à l'eau de Javel pour désinfecter les seringues. Toutefois, on prévoyait introduire de l'eau de Javel diluée pour nettoyer les installations sanitaires dans les cellules.⁶⁵

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Des aiguilles et des seringues stériles ne sont pas mis à la disposition des détenus. La possession et l'utilisation d'aiguilles et de seringues sont sévèrement punies.

Soins de santé

Dans la mesure du possible, les services de santé en milieu carcéral sont équivalents à ceux qui existent dans la collectivité. Dans toutes les prisons et les établissements de détention provisoire, il y a un service de santé doté de personnel infirmier et d'omnipraticiens à temps partiel. Si nécessaire, les détenus peuvent être admis à l'hôpital pénitentiaire de Scheveningen ou ils peuvent consulter des spécialistes dans un hôpital civil. Les détenus ont accès à des thérapies expérimentales.⁶⁶

Dans certains établissements carcéraux, des unités dites «sans drogue» sont à la disposition des toxicomanes. Tout détenu qui désire être placé dans une telle unité doit signer un contrat dans lequel il autorise le personnel à effectuer des tests d'urine pour déceler la présence de drogues. Les prisonniers, placés dans des groupes de 12 à 24 détenus, sont logés dans des unités dotées d'installations de traitement mais où la méthadone n'est pas accessible. L'utilisation prouvée de drogues entraîne le retour du prisonnier dans une

unité ou une prison à régime normal. Aux termes de l'article 47 du règlement sur les prisons, les prisonniers peuvent également être transférés dans un centre de désintoxication ou de traitement pendant les six derniers mois de leur peine. Plusieurs «fermes de désintoxication» ont été établies à cette fin. Les détenus peuvent choisir de poursuivre le traitement à leur sortie de prison.⁶⁷

Visites conjugales

Des visites conjugales mensuelles dans une pièce non surveillée sont autorisées dans les prisons où sont incarcérés les détenus purgeant une longue peine. Dans les prisons ouvertes, où les résidents peuvent purger les derniers mois de leur sentence, des congés de fin de semaine sont accordés.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Les prisonniers atteints du SIDA peuvent être admis dans un hôpital pénitentiaire ou bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils sont en phase terminale.

NORVÈGE

L'information qui suit provient de deux sources : un mémoire présenté au CESP par M^{me} Sundrehagen, directrice-générale adjointe intérimaire, Direction de la santé de la Norvège;⁶⁸ et l'article sur le SIDA dans les prisons norvégiennes, rédigé par Lill Scherdin, département de criminologie, Université d'Oslo.⁶⁹

65. *Ibid.*

66. *Ibid.*

67. *Prisons and AIDS in the Netherlands, supra*, note 63.

68. Mémoire au CESP présenté par Hilde Sundrehagen, directrice-générale adjointe intérimaire, Direction générale de la santé, Oslo, daté du 6 juillet 1993.

69. Scherdin, L. *Aids in Norwegian Prisons*. In *Aids in Prisons, supra*, note 1.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

En 1992, les prisons norvégiennes ont accueilli quelque 12 000 détenus, pour une moyenne quotidienne d'environ 2 500 prisonniers.

Surveillance et études de séroprévalence

Dans les prisons nationales d'Ullersmo, de Bredtveit et d'Ila, l'ensemble de la population carcérale a été soumis volontairement au test de détection des anticorps anti-VIH entre 1985 et 1989. Parmi les prisonniers testés, 65 % ont avoué consommer des drogues. Tous les détenus séropositifs appartenaient à ce groupe. Un taux de prévalence minimal de 10 % a été relevé chez les utilisateurs de drogues. À l'époque, selon les estimations officielles, 70 à 80 % des consommateurs de drogues à l'extérieur des prisons avaient subi le test. Le taux de prévalence était estimé à près de 7 %. Le taux plus élevé enregistré en milieu carcéral concorde avec l'opinion selon laquelle les consommateurs les plus « actifs » qui ont les plus longs antécédents d'usage de drogues se trouvaient en prison.⁷⁰

En janvier 1993, la Direction de la santé a estimé qu'en tout temps, il y a entre dix et vingt sujets séropositifs (sur quelque 2 500 prisonniers) dans les prisons norvégiennes.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Le test de détection des anticorps anti-VIH ne peut être effectué qu'avec le consentement éclairé du détenu.

Renseignements médicaux sur les détenus

Le CESP n'a reçu aucune information concernant la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus.

Placement et activités

Dans un établissement carcéral, pendant une brève période en 1985, les prisonniers ont exigé

que les détenus infectés par le VIH soient placés dans une aile spéciale de la prison. Toutefois, l'éducation et la sensibilisation des prisonniers ont atténué les craintes de ces derniers et la demande a été retirée.⁷¹

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

Les employés affectés au soin des prisonniers et aux services de santé des établissements carcéraux ont reçu de l'information et de la formation sur le VIH/SIDA. Du matériel d'information et du matériel pédagogique ont été mis au point à l'intention des employés et des détenus.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

En 1990, le service pénitentiaire a émis des directives sur le VIH/SIDA dans les prisons. Conformément à ces directives, des condoms ont été mis à la disposition des détenus. Toutefois, ils ne sont pas toujours discrètement accessibles; de plus, dans certains établissements, les détenus doivent demander des draps et des préservatifs à un agent de correction à l'extérieur de la salle des visites conjugales.

EAU DE JAVEL

En janvier 1993, la Direction de la santé a reconnu que, malgré les mesures prises en vue de les interdire, des drogues injectables sont utilisées dans les prisons. Vu que l'accès à du matériel d'injection stérile « n'est pas facile », des situations comportant des risques élevés d'infection peuvent surgir. Dès 1987, on avait mentionné que « en ce qui a trait aux mesures préventives générales concernant l'infection à VIH,

70. *Ibid.*

71. *Ibid.*

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

le personnel des services de santé carcéraux devraient montrer à tous les détenus comment nettoyer les aiguilles». La Direction de la santé a déclaré qu'elle mettrait l'accent sur l'importance de rendre le chlore accessible aux détenus, conformément aux directives émises en 1990 par le service pénitentiaire.

Des détenus qui ont été interrogés sur l'accessibilité de l'eau de Javel ont indiqué que celle-ci n'était pas facilement ni largement accessible, mais qu'ils pouvaient s'en procurer auprès du prisonnier chargé du nettoyage. De l'avis général des détenus, ils n'auraient aucune difficulté à se procurer de l'eau de Javel, mais aucun n'a essayé.⁷²

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Dans les prisons norvégiennes, les détenus n'ont pas accès au matériel d'injection stérile.

Soins de santé

À l'heure actuelle, le système de soins de santé en milieu carcéral subit d'énormes changements. En 1989, la responsabilité des soins aux prisonniers est passée du ministère de la Justice au ministère de la Santé et des Affaires sociales, de manière à garantir aux détenus la prestation de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population. Les services de soins de santé en milieu carcéral font désormais partie intégrante des services de santé publique et sont dirigés par les services de santé municipaux et régionaux.

Visites conjugales

La loi sur les prisons de 1958 n'interdit pas les visites conjugales. Les prisons ont des pièces réservées aux visites. Toutefois, celles-ci ne sont pas complètement privées, des agents de correction pouvant y jeter un coup d'œil de temps en temps. Les circonstances, le temps limité, la

tension et l'aménagement font souvent en sorte que la pièce sert d'endroit où les détenus et leurs visiteurs se contentent de converser.⁷³

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Les prisonniers peuvent se voir accorder des congés après avoir purgé le tiers de leur peine. Ce pouvoir discrétionnaire est exercé par l'administration pénitentiaire qui, si elle rejette la demande de congé, doit en préciser les raisons. La période maximale de congé est de 18 jours par année et de 24 jours pour les prisonniers sous tutelle judiciaire. Le nombre maximal de jours d'absence consécutifs est de cinq, et il n'y a aucune surveillance.

Des congés pour traitement médical sont accordés sur la base du droit des détenus à recevoir un tel traitement à l'instar de la population en général. Si le service médical de l'établissement carcéral n'est pas en mesure de dispenser le traitement, le prisonnier peut se voir accorder un congé.⁷⁴

Dans un document rédigé par la Direction de la santé en janvier 1993, il est mentionné que «les sujets séropositifs gravement infectés par le VIH ou atteints du SIDA requièrent une attention spéciale. Ces patients ne devraient pas être gardés en prison. Le service pénitentiaire précise... qu'une libération anticipée ou le transfert dans un hôpital ou un établissement où le détenu pourra recevoir un traitement médical adéquat, devraient être envisagés.»

PORTUGAL

L'information qui suit a été transmise au CESP par M^{me} Teresa Alves Martins, l'un des correspondants du réseau d'échange de l'information sur le VIH/SIDA en milieu carcéral.

72. *Ibid.*

73. *Ibid.*

74. *Ibid.*

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

Surveillance et études de séroprévalence

En 1987, l'ensemble de la population carcérale du Portugal a été examinée dans le but d'évaluer l'état de santé de tous les prisonniers. Le test de détection des anticorps anti-VIH était volontaire et anonyme et des questionnaires ont été distribués pour obtenir des données sur les comportements à risque des détenus avant leur incarcération. Environ 90 % des détenus ont accepté de subir le test. De 1988 à 1990, le dépistage systématique a été pratiqué uniquement dans certains établissements carcéraux du pays. Les résultats des derniers tests, effectués en 1990, sont les suivants :

- Dans une prison du nord du Portugal, 0,9 % des 1 651 détenus ayant subi le test de détection se sont avérés séropositifs. Quatre-vingt-douze pour cent des détenus ont accepté de se soumettre au test.
- Dans deux prisons de la région de Coimbra, 0,3 % et 1 % respectivement des détenus ayant subi le test de détection étaient séropositifs.

Dans les prisons de la région de Lisbonne, les résultats suivants ont été obtenus :

- Dans la prison de Caxias, 86 % des détenus ont subi le test de détection et 3,4 % d'entre eux se sont révélés séropositifs.
- Dans la prison de Linho, tous les prisonniers ont subi le test de détection et 1,1 % d'entre eux étaient séropositifs.
- Dans la prison pour femmes de Tyres, toutes les détenues ont subi le test de détection et 3,8 % d'entre elles étaient séropositives.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Tout médecin qui suspecte qu'un détenu est séropositif peut ordonner qu'il soit testé. Le test sera également pratiqué avant une opération chirurgicale. De plus, comme il est stipulé dans la loi sur les prisons, les détenus ont le droit de subir des examens médicaux et des tests à leurs propres frais.

Renseignements médicaux sur les détenus

Aux termes de la loi portugaise, les renseignements médicaux sur les détenus ne peuvent être divulgués sans le consentement de ces derniers. Dans les prisons, seuls le médecin et le personnel infirmier ont accès aux renseignements consignés dans les dossiers médicaux.

Placement et activités

Les détenus séropositifs ne sont pas isolés; ils sont placés au sein de la population carcérale générale. Les prisonniers qui désirent recevoir un traitement pour des maladies liées au VIH sont transférés à l'hôpital pénitentiaire; dès leur rétablissement, ils réintègrent la population générale.

Programmes éducatifs sur le VIH/SIDA à l'intention des détenus et du personnel

En 1987, les administrateurs des établissements pénitentiaires ont lancé des campagnes d'information sur le VIH/SIDA dans toutes les prisons, dans le but d'informer à la fois les détenus et le personnel sur le VIH/SIDA, les risques d'infection et les méthodes de prévention. Des rencontres informelles, organisées par une équipe médicale formée de médecins de l'extérieur et de médecins œuvrant en milieu carcéral, ont été tenues dans chaque prison. Les détenus et le personnel ont eu droit à des séances distinctes; la participation était volontaire. Des vidéos ont été projetées et les détenus et le personnel ont été encouragés à participer et à parler de leurs problèmes et à poser des questions. Des programmes éducatifs ont été mis en oeuvre jusqu'en 1991, mais à une échelle plus réduite. Récemment, une commission pour la promotion de la santé en milieu carcéral a été mise sur pied et l'on prévoit que des projets

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

éducatifs seront instaurés sur une base plus régulière dans l'avenir.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

En 1989, le directeur général de l'administration des établissements correctionnels a ordonné aux gouverneurs de tous les établissements de mettre en vente des condoms. Des condoms sont habituellement en vente dans les cantines, et, dans une prison, ils sont vendus dans les distributeurs de cigarettes. Dans le mémoire qu'elle a soumis au CESP, M^{me} Martins a signalé qu'on prévoyait inclure des condoms dans la «trousse de sortie» qui devrait être remise à chaque détenu au moment où il quitte un établissement. On devrait aussi inclure des condoms dans les «trousses sanitaires» remises aux détenus lorsqu'ils sont admis en prison, et en distribuer dans les rangées et les toilettes.

EAU DE JAVEL

En 1992, on a mis de l'eau de Javel à la disposition des détenus pour des «raisons d'hygiène» dans certains établissements. On prévoit étendre l'application de cette mesure aux autres établissements.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

On ne met pas d'aiguilles ou de seringues stériles à la disposition des détenus, et on ne prévoit pas le faire dans l'avenir.

Soins de santé

Selon la loi portugaise, tous les prisonniers doivent être examinés dans les 72 heures qui suivent leur admission en prison. Ils ont accès aux mêmes soins de santé et traitements que la population en générale, y compris les traitements dans les hôpitaux publics. Les prisonniers peuvent suivre des traitements expérimentaux ou participer à des essais cliniques, à condition qu'ils donnent leur consentement éclairé.

Visites conjugales

Les visites conjugales ne sont autorisées que dans le cadre d'un projet pilote mis sur pied dans une prison située près de Lisbonne.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Les libérations anticipées sont accordées conformément aux dispositions de la loi actuelle.

ESPAGNE

En 1989, un programme de prévention et de lutte contre le SIDA a été mis en oeuvre dans toutes les prisons espagnoles. Un résumé des éléments de ce programme a été soumis au CESP, et la plupart des renseignements contenus dans la section suivante sont tirés de ce résumé⁷⁵.

Surveillance et études de séroprévalence

Selon un document préparé pour le séminaire sur les soins de santé en milieu carcéral, tenu à Tampere, en Finlande, du 24 au 27 septembre⁷⁶,

75. Programme de prévention et de lutte contre le SIDA dans les prisons espagnoles. Ministère de la Justice, directeur général des établissements correctionnels, mai 1992.

76. Ministerio de Justicia, Secretaria General de Asuntos Penitenciarios. La salud en las prisiones – objetivos, normas y etica – servicios medicos en los centros penitenciarios espanoles. Informe para el Consejo de Europa. Seminario de Tampere (Finlandia), 24-27 de Septiembre. Juillet 1991.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

dans les prisons espagnoles 24 p. 100 des hommes détenus, 26 p. 100 des femmes détenues, 31 p. 100 des détenus de moins de 21 ans et 55,4 p. 100 des utilisateurs de drogues injectables ont des résultats positifs au test de détection des anticorps anti-VIH effectué lors de leur admission en prison.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Le test est offert sur une base volontaire à tous les détenus au moment de leur admission en prison et pendant leur incarcération. Il arrive souvent que les détenus qui subissent le test au moment de leur admission ne puissent recevoir de services de counselling avant le test en raison des contraintes de temps; cependant, tous les détenus sont informés de la possibilité de subir le test et de leur droit de refuser de s'y soumettre. Le médecin des soins primaires de l'établissement fournit toujours du counselling après le test.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les résultats obtenus aux tests de détection des anticorps anti-VIH demeurent strictement confidentiels. Seuls le détenu et un médecin ont accès aux données médicales.

Placement et activité

Les détenus séropositifs ne sont nullement isolés. Ils peuvent continuer de travailler, de suivre des cours et de participer aux loisirs. Toutefois, l'isolement d'un détenu peut être nécessaire pour des raisons médicales, par exemple, s'il est atteint de tuberculose pulmonaire.

Programmes éducatifs sur l'infection à VIH et le SIDA pour les détenus et le personnel

Dans toutes les prisons espagnoles, on offre des activités éducatives sur l'infection à VIH et le

SIDA, les facteurs de risque et la prévention de l'infection. Ces activités sont variées et englobent la distribution de documents écrits, des conférences et du counselling individuel. Plusieurs films vidéo produits par le ministère des services correctionnels sont également disponibles.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Des condoms sont distribués gratuitement à tous les détenus espagnols. Ils sont inclus dans les trousseaux sanitaires que les détenus reçoivent lors de leur admission et, par la suite, tous les mois. Ils sont également distribués dans les chambres réservés aux visites conjugales et dans les rangées, de telle sorte que les détenus n'aient pas à en demander.

EAU DE JAVEL

L'eau de Javel fait également partie de la trousse sanitaire que les détenus reçoivent au moment de leur admission et, par la suite, tous les mois. Des contenants supplémentaires d'eau de Javel sont fournis aux détenus chaque fois qu'ils en ont besoin. Les instructions sur le mode d'emploi de l'eau de Javel sont données dans le cadre des activités d'éducation sanitaire offertes en prison.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

On ne met pas d'aiguilles ou de seringues stériles à la disposition des prisonniers, en Espagne. À l'exception de deux villes où des machines d'échange de seringues ont été installées, il n'existe pas non plus de programmes d'échange ou de distribution d'aiguilles ou de seringues à l'extérieur des prisons.

Soins de santé

Tous les prisonniers connus comme étant séropositifs connus subissent un examen complet

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

effectué par le médecin des soins primaires de la prison et un spécialiste du SIDA. Les services de traitement et de suivi sont fournis conformément aux normes en vigueur dans la société. Lorsqu'un détenu doit être hospitalisé, il est transporté à l'hôpital du système national de santé le plus proche.

Visites conjugales

Les visites conjugales sont permises dans les prisons espagnoles.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

La loi espagnole permet la libération anticipée de détenus lorsqu'ils sont atteints de maladie grave. Donc, les détenus qui en sont au stade terminal de l'infection à VIH se voient accorder une libération anticipée.

SUISSE

Le CESP a reçu la plupart des renseignements suivants de deux correspondants en Suisse : le Dr Bolli de la prison de Regensdorf, et M^{me} Bernasconi de la Section du SIDA, Division de la promotion de la santé, Bureau fédéral de la santé publique, à Berne⁷⁷. Comme l'a fait remarquer M^{me} Bernasconi, le système correctionnel de la Suisse relève principalement des Cantons. Puisque le gouvernement fédéral exerce peu d'influence sur les politiques relatives aux prisons, il est difficile d'obtenir une information complète ou un aperçu général de la situation qui existe dans les prisons suisses en ce qui concerne l'infection à VIH et le SIDA. M^{me} Bernasconi a de plus souligné qu'une partie

des 167 prisons suisses ont mis sur pied de bons programmes de prévention et de counselling et que ces programmes devraient faire l'objet d'une évaluation. Le Bureau fédéral de la santé publique considère qu'il faudrait mettre en œuvre dans les prisons, les mêmes stratégies de santé publique, les mêmes politiques sur le SIDA et les mêmes mesures de prévention que dans l'ensemble de la société, et que le même niveau de soins médicaux et psycho-sociaux devraient être offert dans les prisons que dans l'ensemble de la société.

Surveillance et études de séroprévalence

Il n'y a pas de données épidémiologiques fiables et représentatives sur la séroprévalence de l'infection à VIH et les comportements à risque des prisonniers. On estime qu'entre 2 et 10 p. 100 des détenus sont infectés par le VIH⁷⁸. Quelques données ont été recueillies pour certaines prisons :

- En 1988, environ 6,5 p. 100 des détenus de la prison de Lenzburg étaient infectés par le VIH.
- En 1991, 40 p. 100 des détenus dans les prisons de Berne qui recevaient un traitement d'entretien à la méthadone étaient séropositifs.
- En 1991, 18,8 p. 100 des femmes détenues de la prison d'Hindelbank étaient séropositives⁷⁹.

Test de détection des anticorps anti-VIH

Dans la prison de Regensdorf, les test est fait sur une base volontaire et à la demande des prisonniers. Des séances de counselling sont offertes avant et après le test⁸⁰. Selon une enquête effectuée par Harding et coll. en 1990,

77. Les mémoires soumis au CESP par M^{me} Bernasconi, Section du SIDA, Division de la promotion de la santé, Bureau fédéral de la santé publique, étaient datés du 17 août 1992 et du 19 juillet 1993; le mémoire présenté par le Dr Karl Balli, Kantonale Strafanstalt Regensdorf, était daté du 25 août 1992.

78. *Prévention du VIH en Suisse : buts, stratégies, mesures*. Berne : Bureau fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, 1993.

79. *Ibid.*

80. Mémoire présenté au CESP par le Dr Bolli, *supra*, note 77.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

cette pratique est commune à celle de la plupart des prisons qui ont pris part à l'enquête⁸¹.

Renseignements médicaux sur les détenus

Les résultats des tests de détection des anticorps anti-VIH sont des renseignements médicaux confidentiels. Leur communication à de tierces personnes doit être autorisée par le détenu.

Placement et activités

Les détenus séropositifs et ceux qui sont atteints du SIDA sont placés avec les autres détenus⁸².

Programmes éducatifs sur l'infection à VIH et le SIDA pour les détenus et le personnel

Dans 12 des 16 prisons qui ont fait l'objet de l'enquête menée par Harding et coll., des feuilles d'information sont remises au personnel depuis 1985. Ces documents contiennent de l'information sur les modes de transmission du VIH et sur les mesures à prendre lorsqu'on entre en contact avec des liquides organiques. Dans d'autres prisons, on distribue des textes rédigés par les administrateurs et les services médicaux de l'établissement. Par ailleurs, les agents de correction reçoivent aussi des renseignements supplémentaires durant les cours offerts par l'École suisse de formation pénitentiaire.

Dans la plupart des établissements, de l'information a été communiquée aux détenus un

ou deux ans après l'information destinée au personnel. Dans presque tous les établissements ayant fait l'objet de l'enquête de Harding et coll., l'information est communiquée sous la forme de feuilles d'information remises aux détenus au moment de leur admission. Le contenu de ces feuilles varie selon les établissements. Certains établissements préparent leurs propres feuilles d'information, tandis que d'autres distribuent le matériel rédigé à l'intention de l'ensemble de la population et élaboré par le Bureau fédéral de la santé publique. La plupart des établissements exigent des prisonniers qu'ils apposent leur signature au bas de la feuille d'information de façon à attester le fait qu'ils ont été informés. Certaines prisons installent aussi des affiches d'information. Des possibilités de discussion en groupe sont offertes dans quelques établissements⁸³.

L'un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale sur la prévention du SIDA consiste à faire en sorte que les détenus reçoivent de l'information sur l'infection à VIH et le SIDA⁸⁴.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

En 1990, la plupart des prisons mettaient déjà des condoms à la disposition des détenus ou prévoyaient le faire dans un proche avenir⁸⁵. D'ici la fin de 1997, des condoms et du lubrifiant devaient «être mis à la disposition des détenus de façon à ce que tous puissent en obtenir discrètement»⁸⁶.

81. Harding, T.W., Manghi, R., Sanchez, G., *Le SIDA en milieu carcéral : Les stratégies de prévention dans les prisons suisses*, Genève : Institut universitaire de médecine légale, 1990, p. 16.

82. Mémoire présenté au CESP par le Dr Bolli, *supra*, note 77.

83. *Le SIDA en milieu carcéral*, *supra*, note 81, p. 24.

84. *Prévention du VIH en Suisse : buts, stratégies, mesures* (version abrégée). Berne : Bureau fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, 1993, p. 51.

85. *Le SIDA en milieu carcéral*, *supra*, note 81, p. 30.

86. *Prévention du VIH en Suisse* (version abrégée), *supra*, note 84, p. 51.

EAU DE JAVEL

Dans la prison de Regensdorf, l'eau de Javel est incluse dans la trousse de premiers soins depuis juin 1991⁸⁷. Le CESP n'a pas reçu d'information à cet effet sur les autres prisons. L'un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale sur la prévention du SIDA consiste à mettre du matériel désinfectant à la disposition des détenus qui font usage de drogues avant la fin de 1997⁸⁸.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Un projet pilote qui englobe la distribution de seringues sera mis sur pied en 1994, dans une prison pour femmes, dans le Canton de Berne. D'ici la fin de 1977, «les projets pilotes de prévention du SIDA, axés sur la distribution de seringues, devraient être évalués et leurs résultats devraient être inclus dans le plan d'ensemble des modèles de programme actuels à l'intention des utilisateurs de drogues injectables»⁸⁹.

Soins de santé

Le CESP n'a reçu aucun renseignement sur les soins de santé offerts aux détenus dans les prisons suisses.

Visites conjugales

Les visites conjugales sont permises dans certains établissements.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

La loi constitutionnelle suisse prévoit la libération des détenus en phase terminale d'une maladie.

ÉTATS-UNIS

Il est difficile de compiler de l'information sur les politiques correctionnelles aux États-Unis, étant donné que le gouvernement fédéral, les gouvernements des États et les administrations municipales sont tous chargés de gérer certains types d'établissements correctionnels. Hammett et coll. ont mené sept enquêtes sur l'infection à VIH et le SIDA dans des prisons américaines, et la plupart des renseignements contenus dans cette section sont tirés de leur excellent ouvrage *1992 Update: AIDS in Correctional Facilities*⁹⁰.

Surveillance et études de séroprévalence

L'information suivante a été publiée en septembre 1993 dans le cadre d'un rapport spécial du Bureau of Justice Statistics du U.S. Department of Justice⁹¹.

- En 1991, 2,2 p. 100 (17 479 sur 792 176) détenus des établissements du gouvernement fédéral et des États étaient infectés par le VIH; 0,6 p. 100 des détenus étaient symptomatiques et 0,2 p. 100 étaient atteints du SIDA.

87. Mémoire présenté au CESP par le Dr Bolli, *supra*, note 77.

88. *Prévention du VIH en Suisse* (version abrégée), *supra*, note 84, p. 51.

89. *Ibid.*

90. Hammett, T.M. et coll., *1992 Update: AIDS in Correctional Facilities – Issues and Options*. Abt Associates Inc.: Cambridge, MA, 1993. Une enquête postale sur l'infection à VIH et le SIDA dans les établissements correctionnels des États-Unis a été menée. Entre novembre 1992 et mars 1993, des réponses ont été reçues de tous des départements correctionnels des 50 États et du Federal Bureau of Prisons. Trente-sept questionnaires ont été envoyés dans les systèmes correctionnels des grandes villes et des comtés; trente et une réponses ont été reçues. Par ailleurs, le CESP a également reçu un mémoire de Stephen Machon, du AIDS in Prison Project, de la Correctional Association of New York, daté du 28 septembre 1992, ainsi qu'un mémoire de Jackie Walker, AIDS Information Coordinator, du National Prison Project de l'ACLU Foundation, daté du 11 septembre 1992.

91. Réimprimé dans le *AIDS Reference Guide*. Atlantic Information Services, Inc., novembre 1993 (texte intercalé 1722). Vu que les politiques sur le test de détection des anticorps anti-VIH diffèrent grandement d'un système correctionnel à l'autre, les chiffres signalés par certains systèmes, à partir desquels on a obtenu une estimation nationale de la séroprévalence, peuvent sembler douteux. Par exemple, les estimations de la séroprévalence du VIH établies par la minorité de systèmes dans lesquels le test est obligatoire sont vraisemblablement beaucoup plus exactes que celles des systèmes dans lesquels le test est effectué sur une base volontaire. Voir Hammett et coll., *supra*, note 90, p. 36.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

- Les prisons des États ont signalé que 2,3 p. 100 des détenus étaient séropositifs, alors que les prisons fédérales en ont signalés 1,0 p. 100.
- Les États qui ont signalé le plus haut pourcentage de détenus infectés par le VIH sont les suivants : New York (13,8 p. 100), Connecticut (5,4 p. 100), Massachusetts (5,3 p. 100), New Jersey (4,0 p. 100), Rhode Island (3,5 p. 100) et Georgia (3,4 p. 100). Dans les États du Nord-est, on a relevé en moyenne un taux de séropositivité de 8,1 p. 100. Les taux les plus bas ont été relevés dans le Maine (0,1 p. 100) et au Kansas (0,2 p. 100).
- En 1991, 28 p. 100 de tous les décès dans les prisons fédérales et les prisons des États étaient attribuables au SIDA (528 décès sur 1 863). Dans les États de New York et du New Jersey, les deux tiers des décès signalés étaient dus au SIDA.
- Un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes (3,3 p. 100 par rapport à 2,1 p. 100) étaient séropositifs. Selon les estimations, 6,8 p. 100 des femmes hispaniques, 3,5 p. 100 des femmes noires et 1,9 p. 100 des femmes blanches étaient infectées par le VIH.
- Dans l'ensemble, 3,7 p. 100 des détenus hispaniques, 2,6 p. 100 des détenus noirs et 1,1 p. 100 des détenus blancs étaient infectés par le VIH.
- Environ 0,8 p. 100 des détenus ayant subi un test et qui ont déclaré n'avoir jamais fait usage de drogues étaient séropositifs, au même titre que 2,5 p. 100 des détenus qui avaient déjà fait usage de drogues, que 4,9 p. 100 qui utilisaient des aiguilles pour s'injecter des drogues et que 7,1 p. 100 qui partageaient des aiguilles.
- Dans les prisons à sécurité maximale, moyenne et minimale, on a relevé essentiellement les mêmes taux d'infection à VIH.

Selon Hammett et coll., en tout, 11 565 cas de SIDA ont été signalés chez les détenus des prisons fédérales, des prisons des États et des prisons des comtés et des grandes villes, entre novembre 1992 et mars 1993. Sur ce total, 8 525 cas ont été relevés chez les détenus des 48 systèmes correctionnels des États (deux systèmes d'État n'ayant signalé aucun cas de SIDA) et du Federal Bureau of Prisons, tandis que 3 040 cas ont été signalés par 31 systèmes correctionnels des villes et des comtés. Ces chiffres doivent être considérés comme des estimations minimales de l'incidence cumulée des cas de SIDA chez les détenus des États-Unis⁹².

Test de détection des anticorps anti-VIH

Comme l'ont fait remarquer Hammett et coll., «à l'extérieur des murs des prisons, depuis quelques années, le débat entourant le test de détection des anticorps anti-VIH semble avoir changé d'orientation. En effet, il ne porte plus sur l'utilisation du test comme un outil de prévention de la propagation de l'infection, mais plutôt sur l'acceptation générale de services de counselling et de dépistage *volontaire* en tant que partie intégrante d'une intervention médicale... En revanche, pour les établissements correctionnels, les nouveaux arguments en faveur du test, basés sur l'intervention médicale plutôt que sur la prévention, sont moins convaincants. En fait, dans certains systèmes, on continue d'appuyer les tests *obligatoires* dans le cadre d'une stratégie de lutte contre l'infection»⁹³ (passage souligné dans le texte original). Seize systèmes correctionnels des États et le Federal Bureau of Prisons signalent avoir en place des mesures de dépistage de masse obligatoire de l'infection à VIH chez leurs détenus⁹⁴. Les 16 systèmes des États procèdent à un dépistage chez tous les détenus. Pour sa part, le Federal Bureau of Prisons teste, au mois de novembre de chaque année, tous les détenus qui

92. Hammett et coll., *supra*, note 90, p. 27 et 28.

93. *Ibid.*, p. 82.

94. On définit le dépistage obligatoire comme la détection obligatoire des anticorps anti-VIH au moyen de tests, généralement nominatifs, chez tous les nouveaux détenus, chez tous les détenus mis en liberté et chez tous les détenus actuels, qu'ils présentent ou non des signes cliniques d'infection à VIH. *Ibid.*, p. 82 et 83.

sont admis dans un établissement fédéral ou qui sont mis en liberté, et, au mois d'août de chaque année, procède à un échantillonnage aléatoire stratifié chez 10 p. 100 de tous les détenus du système. Dans un État, le dépistage du VIH chez tous les détenus au moment de leur admission en prison est autorisé par la loi, mais le personnel médical désapprouve cette politique et néglige de l'appliquer. Aucun des systèmes correctionnels des grandes villes ou des comtés qui ont pris part à l'enquête n'a de politique de dépistage de masse obligatoire.

Certains systèmes correctionnels ont des politiques dans le cadre desquelles on tente d'identifier les détenus «à risque» et de les soumettre à un test.

Le test est offert sur demande à tous les détenus dans 77 p. 100 des systèmes correctionnels (fédéral et d'États) et dans 87 p. 100 des systèmes des villes et des comtés qui ont répondu à l'enquête. Par ailleurs, 14 p. 100 des systèmes (fédéral et d'États) et 10 p. 100 des systèmes des villes et des comtés offrent le test sur demande à certaines catégories de détenus. Soixante et un pour cent des systèmes du gouvernement fédéral et des États et 90 p. 100 des autres systèmes exigent le consentement écrit de tous les détenus qui subissent un test de détection des anticorps anti-VIH.

Des tests anonymes sont offerts aux détenus de l'État de New York par l'intermédiaire des départements de santé publique.

Quatre-vingt-dix pour cent des systèmes correctionnels (fédéral et d'États) et 87 p. 100 des systèmes des villes et des comtés ayant répondu à l'enquête signalent offrir des services de counselling avant le test, tandis que 75 p. 100 des systèmes (fédéral et d'États) et 94 p. 100 des systèmes des villes et des comtés signalent offrir à tous les détenus des services de counselling personnels, en tête-à-tête, après le test. Dans

29 p. 100 des systèmes (fédéral et d'États), la séance de counselling dure en moyenne de 5 à 20 minutes, dans 50 p. 100 des systèmes, elle dure de 21 à 45 minutes et dans 21 p. 100 des systèmes, elle dure plus de 45 minutes.

Renseignements médicaux sur les détenus

Très peu de systèmes correctionnels ont adopté des politiques officielles selon lesquelles l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH est communiqué aux agents de correction. En fait, moins de 50 p. 100 des systèmes informent de façon officielle un administrateur quelconque du système correctionnel. Comme l'indiquent Hammett et coll., «la politique n'est pas nécessairement mise en pratique, cependant. Le personnel et les détenus de nombreux établissements signalent que l'identité des détenus infectés par le VIH est largement connue»⁹⁵. De l'avis des auteurs, il faudrait établir des politiques valables et détaillées visant à protéger le caractère confidentiel des renseignements médicaux et à éviter leur divulgation sans autorisation. Les auteurs ont fait remarquer que de telles politiques ne devraient pas être basées sur des expressions aussi vagues que «le besoin de savoir», car «dans les prisons, en pratique, *tout le monde a besoin de savoir*». (passage souligné dans le texte original) Ces politiques devraient plutôt préciser qui a besoin de savoir et dans quelles circonstances particulières ces personnes ont besoin de savoir⁹⁶. Plusieurs États ont promulgué des lois concernant la confidentialité des résultats des tests de détection des anticorps anti-VIH effectués chez les détenus. Certaines de ces lois sont vagues, alors que, par exemple, la politique du système correctionnel de l'État de New York sur la divulgation des renseignements sur le VIH et le SIDA est bien définie. Cette politique commence par énoncer le principe selon lequel aucun renseignement sur l'état sérologique d'un patient à l'égard du VIH ne

95. *Ibid*, p. 90.

96. *Ibid*, p. 92.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

doit être divulgué sans l'autorisation écrite de ce dernier. La politique définit ensuite les cas faisant exception à cette règle et énumère les personnes qui peuvent recevoir de tels renseignements sans l'autorisation écrite du détenu. Il convient de souligner que les agents de correction et les autres membres du personnel chargés de la sécurité d'un établissement ne figurent pas sur cette liste⁹⁷.

Vingt-huit pour cent des systèmes correctionnels (fédéral et d'États) et 19 p. 100 des systèmes des villes et des comtés ayant répondu à l'enquête ont en place des politiques qui prévoient la communication de l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH aux conjoints et aux partenaires sexuels. Comme l'ont fait remarquer Hammett et coll., «la communication de tels renseignements aux partenaires sexuels soulève des questions complexes pour les agents de correction. D'une part, la confidentialité est importante, et dans de nombreux États, la loi interdit la divulgation de l'état sérologique d'un détenu à l'égard du VIH sans autorisation. D'autre part, plusieurs responsables croient, en toute bonne foi, que les détenus n'assumeront pas leur responsabilité pour ce qui est d'informer leurs partenaires sexuels et que les autorités qui sont en possession de l'information devraient faire en sorte que ces derniers soient informés. Les responsables se préoccupent également de la possibilité de litiges, si un partenaire sexuel qui n'a pas été informé, était infecté par un détenu mis en liberté. Mais on se demande dans quelle mesure le partenaire en question pourrait gagner sa cause»⁹⁸.

Placement et activités

Selon l'enquête entreprise par Hammett et coll., depuis plusieurs années les systèmes correctionnels des États-Unis appliquent de moins en moins de politiques exigeant l'isolement

général des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. De plus en plus, ces détenus sont placés avec les autres détenus et sont autorisés à participer aux mêmes programmes et activités que les autres. Alors qu'en 1985, 42 p. 100 des systèmes du gouvernement fédéral et des États et 60 p. 100 des systèmes des villes et des comtés ayant pris part à l'enquête appliquaient des politiques exigeant l'isolement d'au moins quelques détenus infectés par le VIH, en 1992-1993, seulement 8 p. 100 des systèmes du premier groupe et aucun système du second groupe n'appliquaient de telles politiques. Ce n'est qu'en Alabama et au Mississippi que tous les détenus infectés par le VIH connus sont isolés à l'heure actuelle. La grande majorité des systèmes placent maintenant les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA dans l'ensemble de la population carcérale, ou prennent des dispositions concernant leur placement en analysant chaque cas individuellement. Dans l'État de New York, il est illégal d'isoler les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA⁹⁹. D'après Hammett et coll., «les arguments en faveur de l'intégration des détenus séropositifs et contre leur isolement général sont irréfutables,» bien qu'il «semble raisonnable de les séparer des autres détenus sur demande et de se réserver la possibilité d'isoler certains détenus si leur comportement le justifie»¹⁰⁰.

Programmes éducatifs sur l'infection à VIH et le SIDA pour les détenus et le personnel

Depuis plusieurs années, la vaste majorité des systèmes correctionnels offrent des séances d'information et du matériel d'information. Comme l'ont souligné Hammett et coll., «la réaction proche de l'hystérie à laquelle a donné lieu le SIDA dans la plupart des établissements correctionnels s'est

97. *Ibid*, avec le renvoi suivant : New York State Department of Correctional Services. Release of AIDS/HIV Information. Dans : *Policies, Procedures, and Guidelines Manual*, Records Section, Item #71, 23 mai 1990.

98. *Ibid*, p. 93 et 94.

99. Mémoire de Stephen Machon, présenté au CESP, *supra*, note 90.

100. Hammett et coll., *supra*, note 90, p. 103.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

dissipée depuis le milieu des années quatre-vingt. Toutefois, certains détenus et membres du personnel sont encore mal informés. C'est pourquoi il est essentiel d'accroître et d'améliorer l'éducation et l'intervention en matière d'infection à VIH et de SIDA dans les établissements correctionnels»¹⁰¹. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) se chargent de répondre aux besoins constants des prisons en matière d'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA en finançant des programmes dans les départements de santé de 20 États et dans le District of Columbia qui fournissent des services d'éducation et de réduction des risques dans les établissements correctionnels. Ces programmes peuvent être offerts par les départements de santé mêmes ou par des organisations communautaires. En fait, les CDC exigent que tous les départements de santé qui présentent des demandes d'ententes de collaboration en matière d'éducation sanitaire et de réduction des risques pour une année financière prévoient également des programmes pour les détenus et le personnel des établissements correctionnels et pour les personnes qui travaillent dans le système de justice pénale¹⁰².

L'enquête menée par Hammett et coll. a fait état d'une légère diminution, entre 1990 et 1992-1993, du nombre de programmes d'éducation «en direct» sur l'infection à VIH et le SIDA, et, par contre, d'une augmentation du nombre de programmes d'éducation par des pairs, en particulier dans les systèmes correctionnels du gouvernement fédéral et des États. Le pourcentage de systèmes du gouvernement fédéral et des États qui offrent une éducation «en direct» dans tous les établissements a baissé pour passer de 80 p. 100, en 1990, à 57 p. 100, en 1992-1993. En revanche, le pourcentage de ces systèmes qui offrent une éducation par des pairs pour les détenus a augmenté pour passer de 22 p. 100, en 1990, à 33 p. 100, en 1992-1993.

D'après Hammett et coll., «de nombreux faits viennent indiquer que l'éducation par des pairs est un outil inestimable lorsqu'il s'agit de communiquer aux détenus de l'information sur l'infection à VIH et le SIDA. Les pairs chargés de l'éducation parlent le même langage que les détenus et peuvent répondre aux questions et offrir un soutien 24 heures sur 24. Ils peuvent inspirer aux détenus une confiance et une crédibilité que des personnes de l'extérieur ne pourraient jamais leur inspirer. De surcroît, les pairs sont peut-être plus conscients des activités à risque qui ont lieu dans l'établissement et peuvent réagir en donnant une information claire et précise. Les détenus peuvent discuter avec leurs pairs de leurs préoccupations au sujet des activités interdites sans craindre de représailles ou sans avoir peur que leurs propos soient répétés... Par ailleurs, en raison de leur rentabilité, les programmes d'éducation par des pairs devraient être intéressants pour les administrateurs d'établissements correctionnels. Ces programmes sont moins coûteux à établir et à gérer que les programmes d'éducation courants pour lesquels il faut faire appel à des éducateurs de l'extérieur»¹⁰³.

L'un des médias courants d'éducation des détenus sont les journaux produits par ces derniers. Dans le Connecticut, dans l'Illinois et dans d'autres États, les directeurs médicaux des établissements correctionnels répondent aux questions des détenus sur l'infection à VIH et le SIDA par l'intermédiaire de leur journal. La section du journal réservée aux questions et réponses porte sur l'infection à VIH de façon générale et donne des conseils pratiques sur la prévention de ce type d'infection en milieu carcéral¹⁰⁴.

La très grande majorité des systèmes correctionnels (98 p. 100 des systèmes du gouvernement fédéral et des États et 90 p. 100 des systèmes des villes et des comtés) offrent à leur personnel une éducation «en direct». En

101. *Ibid.*, p. 52.

102. *Ibid.*, p. 54, avec renvoi au document suivant : Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV Prevention in the U.S. Correctional System, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 41, no 22 (5 juin 1992): p. 389 à 391, p. 397.

103. *Ibid.*, p. 64. Les programmes d'éducation par des pairs pour les détenus (hommes et femmes) sont décrits dans les pages 65 à 68.

104. Fitzsimmons, *supra*, note 17, p. 25.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

général, l'éducation sur l'infection à VIH fait partie de l'orientation donnée aux nouveaux employés des établissements. Dans l'enquête menée par Hammett et coll., 94 p. 100 des employés (médiane sur une échelle de 0 à 100 p. 100) ont signalé avoir reçu au moins une heure d'éducation «en direct» sur l'infection à VIH au cours de l'année écoulée. Selon Hammett et coll., «dans les établissements correctionnels, il peut y avoir le risque d'actes de violence ou le risque de transmission de maladies infectieuses. Le personnel doit être tenu au courant de la menace potentielle de l'infection. Cependant, il est tout aussi important que la vigilance et la conscience du danger ne se transforment pas en une peur irraisonnée. Dans un tel contexte, l'éducation et la mise à jour des connaissances en matière de transmission de l'infection à VIH et de lutte contre l'infection deviennent essentielles»¹⁰⁵.

Mesures de prévention à l'intention des détenus

CONDOMS

Six systèmes correctionnels distribuent des condoms; ceux du Mississippi, de la ville de New York, de Philadelphia, de San Francisco, du Vermont et du District of Columbia. Le mode de distribution des condoms varie selon le système correctionnel. Dans la ville de New York et au Vermont, les détenus peuvent recevoir seulement un condom par consultation médicale. Au Mississippi, les détenus peuvent acheter un nombre illimité de condoms à la cantine, pour 25 cents l'unité. Deux systèmes ont rattaché la distribution des condoms à des services : à San Francisco, les détenus peuvent obtenir des condoms dans le cadre des programmes d'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA, et, à Philadelphia, dans le cadre des séances de counselling se rattachant au test de détection des anticorps anti-VIH ou au cours

des visites aux malades. Dans les prisons du District of Columbia, les condoms sont mis à la disposition des détenus à l'infirmerie et lors des séances de counselling et d'éducation.

Selon Hammett et coll., «quelques systèmes mettent les condoms à la disposition des détenus, malgré qu'ils continuent d'interdire l'activité sexuelle et de punir les détenus surpris en train de s'y adonner»¹⁰⁶. Les auteurs ajoutent que dans les systèmes où l'on distribue des condoms, on a relevé peu de problèmes (sinon aucun) se rattachant à l'utilisation de condoms en tant qu'armes ou pour la contrebande. Ils indiquent également que dans de nombreux systèmes, on s'est penché sur la question de la distribution de condoms ou sur des propositions concernant leur distribution. Il est ressorti de ces débats que le personnel médical des établissements se prononce souvent en faveur de la distribution des condoms, alors que les administrateurs des établissements et le personnel chargé de la sécurité s'y opposent.

EAU DE JAVEL

Bien que certains systèmes correctionnels aient discuté de la distribution d'eau de Javel ou aient reçu des propositions concernant la distribution de ce produit et que de nombreux systèmes abordent la question du nettoyage des aiguilles dans leurs programmes d'éducation, aucun système ne distribue de l'eau de Javel explicitement pour la désinfection du matériel d'injection et aucun système ne prévoit le faire dans l'avenir. Toutefois, dans plusieurs systèmes correctionnels, l'eau de Javel est facilement mise à la disposition des détenus, et l'utilisation de ce produit ne fait pas l'objet de contrôles stricts. Dans ces établissements, les détenus peuvent avoir accès *de facto* à de l'eau de Javel pour nettoyer le matériel d'injection¹⁰⁷.

105. Hammett et coll., *supra*, note 90, p. 57.

106. *Ibid.*, p. 78.

107. *Ibid.*, p. 80.

MATÉRIEL D'INJECTION STÉRILE

Aucun système correctionnel ne distribue d'aiguilles ou de seringues stériles. Toutefois, on en trouve dans des nombreux établissements, mais leur rareté «a pour effet d'encourager le partage et d'autres pratiques à risque»¹⁰⁸.

Soins de santé

Aux États-Unis, les tribunaux exigent généralement que les systèmes correctionnels satisfassent aux normes de la société en ce qui concerne les soins médicaux, sans pour autant offrir des services d'avant-garde. Paradoxalement, les détenus sont pour ainsi dire la seule catégorie de personnes qui, dans ce pays, jouissent d'un droit constitutionnel en matière de soins de santé.

Cependant, de nombreux observateurs considèrent que les soins médicaux offerts aux détenus en général, et aux détenus infectés par le VIH en particulier, sont tout à fait médiocres. Comme l'ont fait remarquer Hammett et coll., plusieurs personnes qui ont témoigné devant la National Commission on AIDS, en 1990, ont fait état d'obstacles sérieux à la prestation de soins de santé appropriés : des installations inadéquates, du personnel mal formé, les coûts élevés des médicaments et des soins et de dures contraintes budgétaires. Un expert dans le domaine des soins de santé en milieu carcéral a déclaré que «le système de santé carcéral, dangereusement inadéquat, est menacé par deux fléaux : le premier, l'incarcération massive d'utilisateurs de drogues noirs et hispaniques financièrement démunis, et, le second, les besoins médicaux considérables entraînés par l'épidémie du SIDA»¹⁰⁹. D'après les audiences qu'elle a tenues et les visites qu'elle a effectuées dans plusieurs établissements de l'État de New York, la National Commission a publié, en 1991, un

rapport dans lequel elle concluait que la plupart des détenus infectés par le VIH recevaient des soins et un traitement inadéquats.

La Commission a conclu que la qualité des soins médicaux varie grandement d'un système correctionnel à l'autre et que les préoccupations soulevées en ce qui concerne certains systèmes nous font oublier le fait que des soins exemplaires sont fournis dans de nombreux États. De façon générale, la qualité des soins dans les prisons «subi les conséquences fâcheuses du conflit qui existe entre les priorités sur le plan correctionnel et les priorités sur le plan de la santé»¹¹⁰. B. Jaye Anno, de la National Commission on Correctional Health Care, a fait le commentaire suivant :

Selon les prestataires de soins, une vigilance constante, une prise de conscience permanente et une remise en question périodique sont essentielles si l'on veut éviter d'être assimilé aux autorités correctionnelles, à leurs buts, à leurs modes de pensée, à leur conception des relations avec les détenus, et éviter de s'y identifier. Ce sentiment d'alliance avec les autorités correctionnelles pose un problème, car le modèle médical va fondamentalement à l'encontre du modèle correctionnel. Il faut reconnaître cette incompatibilité, et la respecter. Les deux points de vue doivent être pris en compte lorsqu'on élabore des politiques¹¹¹.

En ce qui a trait aux médicaments utilisés à des fins prophylactiques et thérapeutiques, l'enquête de 1992-1993, menée par Hammett, a révélé que la zidovudine (AZT) est mise à la disposition des détenus dans tous les systèmes correctionnels qui ont participé à l'enquête, sauf un, et que d'autres traitements antirétrovirus sont offerts de façon moins fréquente.

108. *Ibid.*

109. *Ibid.*, p. 110, avec un renvoi à l'ouvrage «Prison's Care Systems Swamped by AIDS Epidemic, Panel Told», *AIDS Policy and Law*, 5 septembre 1990, p. 3.

110. *Ibid.*, p. 112.

111. Anno, B.J., *Prison Health Care: Guidelines for the Management of an Adequate Delivery System*. Washington: National Institute of Corrections, mars 1991, p. 53 et 54.

Politiques de certains pays sur le VIH/SIDA

Les détenus ont été exclus en grande partie des essais cliniques par les règlements fédéraux de 1983 qui visaient à protéger les prisonniers contre leur exploitation dans la recherche médicale. Certains préconisent l'exclusion permanente des détenus des expériences médicales, en soutenant qu'il est impossible d'obtenir le consentement éclairé d'une personne et d'assurer le respect de la confidentialité dans les établissements correctionnels. D'autres prônent l'assouplissement des règlements de façon à permettre la participation de détenus aux phases II et III (efficacité) des essais sans placebo¹¹².

Des programmes de désintoxication sont offerts aux détenus dans tous les systèmes du gouvernement fédéral et des États, sauf deux, et dans 77 p. 100 des systèmes des villes et des comtés ayant répondu à l'enquête effectuée par Hammett et coll.. Toutefois, le nombre de détenus qui suivent un traitement de désintoxication dans les établissements correctionnels est inférieur au nombre de détenus qui en ont besoin. Dans le rapport du General Accounting Office, de 1991, on estimait que les systèmes correctionnels des États ont la capacité de traiter moins de 20 p. 100 du nombre de détenus qui ont un problème de toxicomanie¹¹³.

Visites conjugales

Certains systèmes autorisent les visites conjugales¹¹⁴.

Libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Comme l'ont mentionné Hammett et coll. dans leur rapport, «il est peu probable que les détenus qui en sont à des stades avancés de l'infection à VIH représentent une menace pour la société. La plupart d'entre eux sont gravement malades et sont incapables de commettre des actes de violence ou d'autres actes criminels, même s'ils le voulaient. Par conséquent, il est tout à fait justifié d'accorder à de tels détenus une libération anticipée ou pour des raisons humanitaires»¹¹⁵. Cependant, relativement peu de détenus ont été libérés, malgré les arguments invoqués pour la libération anticipée et le fait qu'un nombre considérable de systèmes sont dotés de politiques qui permettraient la libération anticipée des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA.

112. Hammett et al., *supra*, note 90, p. 114.

113. *Ibid.*, p. 122 et 123, avec renvoi à l'ouvrage suivant : U.S. General Accounting Office, *Drug Treatment: State Prisons Face Challenges in Providing Services*. Rapport présenté au Committee on Government Operations, House of Representatives. Sept. 1991, GAO/HRD-91-128.

114. Hammett, T.M.. *The Policy Response to HIV/AIDS in Prisons Worldwide*. Document présenté à la 8^e Conférence internationale sur le SIDA. Amsterdam 1992.

115. Hammett et coll., *supra*, note 90, p. 103.

LE VIH/SIDA EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 4

EXAMEN DE LA JURISPRUDENCE CANADIENNE¹

Le Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill a analysé la jurisprudence canadienne ayant porté expressément sur le VIH/SIDA en milieu carcéral ou pouvant s'appliquer à des situations qui s'y rattachent afin de déceler les tendances des problèmes liés au VIH/SIDA dans les prisons canadiennes.

PLAINTES DÉPOSÉES AUPRÈS DES COMMISSIONS DES DROITS DE LA PERSONNE

Commission ontarienne des droits de la personne

Les premières plaintes relatives au VIH/SIDA déposées auprès de la Commission ontarienne des droits de la personne avaient trait, dans de nombreux cas, au traitement inégalitaire qu'auraient subi des détenus atteints du SIDA ou infectés par le VIH dans des établissements

correctionnels de l'Ontario. En général, ces détenus prétendaient que, par suite de la détection de l'anticorps anti-VIH dans leur sang, ils avaient été mis à l'écart et n'avaient plus eu la possibilité, comme avant, de manger en compagnie des autres détenus et de s'adonner à des activités sociales et récréatives avec eux. Ils prétendaient aussi avoir été traités d'une manière humiliante : selon leurs dires, les gardiens s'approchaient d'eux les mains gantées et les obligeaient à nettoyer à fond les douches et les téléphones après usage. De plus, de nombreux détenus ont dit n'avoir pas reçu des médicaments qui leur étaient essentiels et n'avoir pu suivre le régime alimentaire approprié à leur état de santé².

Après que le ministère des Services correctionnels de l'Ontario eut adopté sa nouvelle politique sur les maladies transmissibles en 1989, la Commission ontarienne des droits de la personne a exprimé le souhait que les détenus atteints du SIDA ou infectés par le VIH ne soient plus victimes de discrimination en Ontario et que, conformément à l'esprit de cette politique, les membres du personnel et les détenus, mieux éclairés sur cette question, soient moins susceptibles d'avoir des réactions de peur et de colère face aux détenus infectés³. Cependant,

1. L'enquête qui suit a été publiée en partie dans Hamblin, J., Somerville, M.A. et coll., *Responding to HIV/AIDS in Canada*, Toronto, Carswell, 1990.

2. Lettre de Bruce Drewett, analyste des politiques à la Commission ontarienne des droits de la personne, datée du 28 mars 1990.

3. *Ibid.*

Examen de la jurisprudence canadienne

selon les renseignements tirés de la base de données de la Commission, quatre nouvelles plaintes ont été déposées en 1991-1992 par des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA qui prétendaient avoir été victimes d'un traitement inégalitaire en raison de leur état de santé⁴.

Commission des droits de la personne du Québec

Au Québec, en 1990, la Commission des droits de la personne a recommandé explicitement, en deux occasions, que le ministre responsable du système pénitentiaire prenne sans délai les mesures nécessaires pour que les détenus infectés par le VIH reçoivent les soins appropriés à leur état. Ce n'est que le 1^{er} avril 1992 que le gouvernement a adopté une politique sur le VIH/SIDA dans les prisons.

Dans le jugement *Sylvain A.*⁵, le plaignant, un détenu du Centre de détention de Montréal appelé communément la prison de Bordeaux, avait été transféré à l'infirmierie de l'établissement après un test de détection des anticorps anti-VIH positif. Il a prétendu que son transfert avait constitué un traitement inhumain. Il a soutenu que le fait de garder les détenus infectés par le VIH à l'infirmierie constituait une violation de leur droit à l'intégrité physique, et que l'exposition aux virus et aux microbes plus nombreux dans ce service leur faisait courir un risque important. Le plaignant a aussi déclaré que les membres du personnel se tenaient à distance des détenus infectés par le VIH et qu'ils pointaient du doigt ces derniers, révélant ainsi leur état à tout le monde. Enfin, il a affirmé qu'on lui avait refusé le droit de travailler et qu'il ne pouvait sortir dehors qu'une heure par jour, en compagnie d'autres détenus et d'employés qui étaient au courant de son état. La Commission des droits de la personne du Québec

a jugé que le transfert du détenu à l'infirmierie ne constituait pas en soi un traitement inhumain, mais que le droit du plaignant, en vertu de l'article 26 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, à un «régime distinct» approprié à son sexe, à son âge et à sa condition physique ou mentale durant l'incarcération avait été violé, car il avait été indûment exposé au risque de contracter d'autres maladies durant son séjour à l'infirmierie⁶. La Commission a aussi statué que les résultats des tests de détection des anticorps anti-VIH devaient demeurer confidentiels et que cette règle ne souffrait aucune exception.

Dans le jugement *Pierre M.*⁷, un détenu a prétendu que le personnel de l'établissement où il avait été placé n'avait pas respecté le caractère confidentiel des renseignements médicaux, car il semble que tout le monde était au courant du fait qu'il était séropositif avant même son arrivée à cet établissement. Il avait été isolé à l'infirmierie le jour même de son arrivée, et cet isolement avait entraîné des conditions d'incarcération plus difficiles. La Commission des droits de la personne du Québec a conclu, là encore, que le détenu n'avait pas été traité de façon inhumaine, mais qu'il n'avait pas reçu un traitement approprié à son état physique.

CAUSES

Les causes dont il est fait mention ci-dessous donnent une idée de certaines des principales questions qui ont été soulevées devant les tribunaux.

1. En 1989, dans le jugement *R. c. Downey*⁸, la Cour de district de l'Ontario a indiqué que les centres de détention de Toronto, en général, n'avaient pas pris les mesures nécessaires en ce qui concerne le problème de l'incarcération des

4. Mémoire daté du 14 octobre 1992, présenté au CESP par Calvin Bernard, directeur intérimaire de l'Unité des politiques, Commission ontarienne des droits de la personne.

5. Décision «Sylvain A.», numéro 8906005371-0001-0; COM-351-5.10 (C.D.P.Q.).

6. Le Centre de détention de Montréal a mis fin, au milieu de l'année 1990, à sa politique d'isolement des détenus séropositifs pour le VIH.

7. Décision «Pierre M.», numéro 8906005490-0001-0; COM-351-5.9 (C.D.P.Q.).

8. *R. c. Downey*, [1989] 42 C.R.R. 286 (Cour de district de l'Ontario).

détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA, c'est-à-dire : a) fournir des installations où ces détenus pourraient recevoir les soins appropriés à leur état, et b) informer les membres du personnel, et en particulier les gardiens, non seulement de la nature et de l'importance de cette maladie au sein du centre de détention, mais aussi des risques, s'il en est, pour les autres détenus et le personnel.

Dans cette affaire, la Cour devait décider si on pouvait libérer sous caution un accusé qui s'était vu refuser la libération auparavant en raison des nombreuses et graves infractions qu'il avait commises par le passé et de la probabilité qu'il en commette d'autres. L'une des raisons invoquées à l'appui d'une ordonnance de mise en liberté était que, cinq semaines après son incarcération, le test de détection des anticorps anti-VIH qu'il avait subi s'était révélé positif. D'autres tests avaient indiqué qu'il souffrait d'une maladie reliée à cette infection. La Cour a jugé que l'accusé ne recevait pas les soins que sa maladie requérait, qu'il était isolé dans une cellule 24 heures par jour, qu'il faisait l'objet de menaces et qu'il n'avait pas un régime alimentaire approprié. Elle a établi que l'accusé avait subi un traitement cruel et inusité, en violation de l'article 12 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui prévoit que chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités. La Cour a décidé que l'ordonnance de maintien en incarcération devait être annulée et a accordé au requérant la mise en liberté sous engagement.

2. En 1991, Downey a agressé un agent de correction du Centre correctionnel de Guelph, le mordant au bras. La Cour de l'Ontario (Division provinciale) l'a accusé de voies de fait contre un agent de la paix, aux termes de l'article 270 du *Code criminel*, et l'a condamné à trois mois d'emprisonnement⁹. Elle a mentionné dans son jugement que cette agression contre un agent de la paix ne devait pas être prise à la légère et

qu'elle aurait pu causer de graves préjudices. Dans la peine qu'elle a imposée, elle a mis l'accent sur le principe de la dissuasion générale et a indiqué qu'elle voulait tenter de livrer à tout le moins un message de soutien à ce principe afin d'assurer une certaine protection aux gardiens, qui seraient «vraiment à la merci du système».

3. Dans le jugement *Ratte c. Kingston Penitentiary*¹⁰, M. Ratte, un détenu infecté par le VIH qui avait été placé en isolement cellulaire, a demandé à retourner au sein de la population carcérale générale. La Cour de justice de l'Ontario a rejeté sa demande. Elle a reconnu qu'il était injustifié, en général, de placer un détenu en isolement à cause de son état séropositif, mais elle a précisé que M. Ratte avait été placé en isolement non pas parce qu'il était infecté mais parce que son comportement constituait une menace à l'ordre et à la discipline. Selon le personnel correctionnel, le requérant aurait tenté en une occasion d'inciter à l'émeute les détenus de sa rangée et, en trois occasions, il aurait menacé de tuer, de mordre ou de poignarder des membres du personnel. Autrement dit, la Cour a jugé que l'isolement ne peut être justifié par le fait qu'un détenu est infecté par le VIH, mais il peut être justifié lorsque le comportement d'un détenu infecté a pour effet d'exposer les autres au risque d'infection par le VIH.

4. Dans le jugement *R. c. McAllister*¹¹, il s'agissait de décider si la Cour d'appel de la Colombie-Britannique avait le pouvoir de réduire une peine à cause d'une circonstance dont le juge de première instance n'était pas au courant, en l'occurrence que l'accusé était atteint du SIDA. La Cour d'appel a statué que les principes ordinaires de la détermination de la peine ne permettent pas de déclarer que la peine infligée à l'origine était impropre, mais elle a ajouté que le juge de première instance aurait peut-être infligé une peine différente s'il avait été au courant du fait que l'accusé était atteint du SIDA, «une maladie

9. *R. c. Downey*, Cour de l'Ontario (Division provinciale), jugement non publié rendu le 31 octobre 1991.

10. *Ratte c. Kingston Penitentiary (Warden)*, Ontario Judgments [1991] O.J. No. 1745 (Cour de justice de l'Ontario - Division générale).

11. *R. c. McAllister* [1990] B.C.J. No. 2534 (Cour d'appel de la Colombie-Britannique).

Examen de la jurisprudence canadienne

presque toujours fatale». La Cour d'appel a conclu qu'il était justifié de réduire la peine de cinq à trois ans.

5. Dans le jugement *R. c. Johnston*¹², la Cour a pris en considération le fait que l'accusé était atteint du SIDA et elle a ordonné la mitigation de la peine.

6. Dans le jugement *R. c. Marjerrison*¹³, l'accusé, séropositif pour le VIH, a été reconnu coupable de fraude. La Cour a décidé de ne pas s'aligner sur l'arrêt *R. c. Newby*¹⁴. Dans cette affaire, la Cour d'appel de l'Alberta a rejeté un appel interjeté par la Couronne contre une condamnation avec sursis portant sur une fraude commise par une personne souffrant du syndrome de fatigue chronique. La Cour d'appel de l'Alberta a pris en considération, dans la peine imposée, que l'accusé ne pouvait être traité qu'aux États-Unis et risquait de se suicider s'il était incarcéré. Dans l'arrêt *Marjerrison*, la Cour a condamné l'accusé à quatre mois d'emprisonnement et a cité des arrêts du Royaume-Uni dans lesquels l'état sérologique de l'accusé à l'égard du VIH n'avait pas été considéré comme un facteur atténuant dans l'imposition de la peine.

7. Dans le jugement *R. c. Clement*¹⁵, la Cour a refusé de considérer l'état sérologique de l'accusé à l'égard du VIH comme un facteur atténuant dans la détermination de la peine et a rejeté l'affirmation selon laquelle il était, au moment où les infractions pertinentes ont été commises, déprimé après avoir obtenu un résultat positif au test de détection du VIH, disant que c'était là une excuse commode. L'accusé a appris par la suite qu'il n'était pas infecté par le VIH.

8. Dans le jugement *R. c. Lee*¹⁶, la Cour a rejeté un appel interjeté contre une peine de six mois d'emprisonnement dans le cas d'un détenu séropositif pour le VIH qui avait fait usage de drogues injectables par le passé.

9. Dans le jugement *R. c. Lesieur*¹⁷, l'accusé avait été incarcéré à l'établissement à sécurité maximale de Donnacona en mars 1992. Il a agressé des membres du personnel qui tentaient de le retenir dans sa cellule. Il savait qu'il était séropositif. Il a essayé de mordre les employés, puis les a aspergés de son sang, leur disant que le sang contaminé les tuerait. Il a été accusé de plusieurs infractions, notamment de tentative de meurtre. Le 17 février 1993, un jury l'a reconnu coupable de voies de fait sur un agent de la paix, de menaces de mort ou de lésions corporelles graves ainsi que de voies de fait ayant causé des lésions corporelles. Fait important, il n'a pas été reconnu coupable de tentative de meurtre. Il a été condamné à quatre ans d'emprisonnement¹⁸.

PLAINTES AUPRÈS DE LA COMMISSION DES RELATIONS DE TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Dans le jugement *Walton c. Conseil du Trésor (Service correctionnel du Canada)*¹⁹, le requérant, un agent de correction, avait refusé de travailler avec certains détenus soupçonnés d'être atteints du SIDA ou de l'hépatite B, affirmant que le fait de travailler auprès d'eux constituait un danger pour sa santé. La plainte avait été rejetée par un agent de sécurité, qui avait conclu qu'il n'y avait pas de danger. À la demande du requérant, la décision a

12. *R. c. Johnston*, Ontario Judgments [1991] O.J. No. 25 (Cour d'appel de l'Ontario).

13. *R. c. Marjerrison*, Cour de l'Ontario - Division générale, jugement non publié rendu le 22 juin 1993.

14. (1991) 14 *W. Crim. Bul.* 544.

15. *R. c. Clement*, Cour provinciale de l'Alberta, 31 août 1992 (jugement non publié).

16. Cour d'appel de la Colombie-Britannique, 11 mai 1993 (jugement non publié).

17. *R. c. Daniel Lesieur*, Cour supérieure du Québec, district de Québec, numéro 200-01-008541, jugement non publié rendu en 1993.

18. De même, en novembre 1992, un autre détenu séropositif sous responsabilité fédérale a été reconnu coupable de voies de fait et a été condamné à six mois d'emprisonnement après avoir mordu un agent de correction de l'établissement de Port-Cartier.

19. *Walton c. Conseil du Trésor (Service correctionnel du Canada)* (1987), 16 C.C.E.L. 190 (CRTFP).

Examen de la jurisprudence canadienne

été renvoyée devant la Commission des relations de travail dans la fonction publique. La Commission a rejeté en partie la décision de l'agent de sécurité, et a admis une partie de la requête. En ce qui concerne les craintes du requérant face au SIDA, la Commission a statué qu'il n'y avait pas de preuve que les contacts du genre de ceux que craignait le requérant, c'est-à-dire se faire lancer des matières fécales, de l'urine ou du sperme, ou se faire cracher sur le corps ou être mordu par un détenu infecté par le

VIH, pouvaient entraîner la transmission de l'infection. Cependant, la preuve indiquait que le virus de l'hépatite B pouvait être transmis par «simple contact». La Commission a conclu que l'hépatite B, mais non le SIDA, constituait un danger pour les agents de correction. Elle a enjoint à l'employeur d'offrir aux agents de correction la possibilité de se faire vacciner contre l'hépatite B et de donner à chacun d'eux des conseils sur les précautions à prendre pour ne pas contracter la maladie.

LE VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 5

Résultats du questionnaire destiné au personnel*

CONTEXTE

Introduction

À la connaissance du CESP, aucune donnée n'a été publiée à ce jour sur les attitudes du personnel des établissements correctionnels concernant les questions soulevées par le VIH/SIDA dans leur milieu de travail. Une étude a été effectuée sur les connaissances, les attitudes et les comportements de détenus dans les prisons canadiennes. Cette étude, menée par Andréa Riesch Toepell dans deux prisons provinciales de la région de Toronto, avait pour objet de cerner les attitudes des prisonniers vis-à-vis des détenus infectés par le VIH, vis-à-vis du personnel correctionnel et des groupes communautaires, et vis-à-vis du test de dépistage des anticorps anti-VIH.¹

L'un des principaux aspects examinés par le Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP) est la santé et la sécurité du personnel du

Service correctionnel du Canada (SCC). Le CESP est très conscient des préoccupations du personnel à l'égard des maladies infectieuses. Le SCC a répondu à ces préoccupations en appliquant diverses mesures pour protéger le personnel contre l'exposition au VIH et à d'autres agents infectieux et à la transmission de ceux-ci. Parmi ces mesures, mentionnons la formation sur les maladies infectieuses, la prestation de matériel de protection et l'établissement de lignes directrices sur la lutte contre l'infection. Ces lignes directrices 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 de travail, du matériel et des fournitures, le nettoyage des cellules, de la cuisine et la buanderie, et «les précautions à prendre avec les détenus qui ont une maladie infectieuse.» Selon ces lignes directrices, il faut prendre des précautions universelles avec le sang et les liquides organiques, «qu'il y ait ou non un risque déterminé» et «le fait de supposer que tout individu peut être infecté par une maladie transmissible accroît la sécurité du personnel.» Le personnel a reçu des vêtements et du matériel de protection. Malgré les mesures prises par le SCC, le personnel craint toujours de contracter des

* Le Coordonnateur de projet du CESP, Ralf Jürgens, remercie Maria Hooley pour sa contribution à la rédaction de l'annexe 5.

1. Toepell, A.R. *Prisoners and AIDS - Knowledge, Attitude and Behaviour*. John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1992.

Résultats du questionnaire destiné au personnel

maladies infectieuses, en particulier le VIH, pendant l'exercice de ses fonctions.

Le CESP a donc défini diverses mesures que le SCC pourrait prendre pour améliorer la protection du personnel et atténuer ses craintes et ses préoccupations. Mentionnons, entre autres, l'amélioration des programmes de formation et d'éducation, l'examen périodique et, au besoin, la mise à jour des lignes directrices sur la lutte contre l'infection, la formation accrue sur la façon de réagir dans les «situations à risque», le suivi de tout incident mettant en cause une exposition à du sang ou à des liquides organiques, et l'appui de la famille et/ou des partenaires.²

Le Comité croit fermement que, pour atteindre son objectif de réduire les risques par la promotion et la protection de la santé des détenus et du personnel et de prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels fédéraux, il faut tenir compte non seulement des préoccupations des détenus mais également de celles du personnel à l'égard de sa sécurité. Toute mesure prise pour prévenir la transmission devra être acceptable pour les prisonniers, le personnel et la société.

Raison d'être de l'étude : buts et objectifs

Le CESP a entrepris cette étude afin d'obtenir l'opinion du personnel du SCC au sujet de son travail, et en particulier, de ses recommandations, qui auront une incidence directe ou indirecte sur la sécurité des employés dans l'exercice de leurs fonctions. Le CESP estimait que le personnel devait avoir davantage la possibilité de faire connaître ses points de vue sur les nombreuses questions soulevées dans le rapport du CESP et de faire des suggestions, des recommandations ou des commentaires concernant le VIH/SIDA et l'usage de la drogue dans les établissements carcéraux ainsi que de proposer des mesures à prendre pour régler les problèmes connexes. Un

autre objectif était de mieux renseigner le personnel sur les questions soulevées et sur le travail accompli par le CESP en général. Enfin, le Comité voulait obtenir des renseignements sur l'acceptation des mesures déjà appliquées dans les prisons et visant à prévenir l'infection à VIH, telles que la distribution de condoms, de même que sur l'acceptation de certaines mesures qui, de l'avis du Comité, devraient être prises ou examinées, telle que l'accessibilité des détenus à l'eau de Javel ou à des aiguilles stériles. Parce qu'il estime que l'éducation sera une composante importante de tout effort visant à prévenir la transmission du VIH dans les prisons, le Comité a inclus dans le questionnaire une série de questions visant à cerner les besoins perçus du personnel en matière d'éducation. Les réponses à ces questions aideront le SCC à mettre au point des programmes d'éducation pour le personnel.

MÉTHODOLOGIE

Instrument

Pour recueillir les données, le Comité a décidé de recourir à un questionnaire. Conçu par le coordonnateur de projet du CESP, ce questionnaire était aligné sur les objectifs particuliers de l'étude. Les membres du CESP, des observateurs et certains membres du personnel du SCC ont revu le questionnaire, dont une copie vous est fournie à la fin de l'Annexe.

Conception de l'étude et collecte de données

On a envoyé des copies du questionnaire au personnel des établissements correctionnels fédéraux et des bureaux de libération conditionnelle afin d'obtenir de l'information sur ses opinions et préoccupations concernant les questions soulevées par le VIH/SIDA et l'usage de drogues dans les prisons. Plus particulièrement,

2. Pour de plus amples renseignements, se reporter à *Le VIH/SIDA en milieu carcéral - Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*.

Résultats du questionnaire destiné au personnel

les employés devaient indiquer : (1) les besoins des employés en matière d'éducation sur le VIH/SIDA et l'usage de drogues; (2) si à leur avis, les mesures de protection existantes permettent de prévenir la transmission du VIH en milieu de travail; (3) s'ils ont besoin de connaître l'état sérologique à l'égard du VIH des détenus et de leurs collègues; (4) si l'accessibilité de condoms entraîne des problèmes dans leur établissement; (5) si les détenus devraient être renseignés sur la façon de désinfecter le matériel d'injection; et (6) si de l'eau de Javel ou des aiguilles stériles devraient être mises à la disposition des détenus.

Le 5 mars 1993, le Dr J.H. Roy, directeur général des Services de soins de santé du SCC, a envoyé une note de service aux directeurs des établissements et aux bureaux de libération conditionnelle. Il sollicitait leur aide dans la distribution des questionnaires et leur demandait d'encourager le personnel à les remplir et à les retourner au coordonnateur de projet du CESP. M. Irving Kulik, commissaire adjoint, Programmes et opérations correctionnels, a envoyé une deuxième note de service aux sous-commissaires dans laquelle il précisait que l'information consignée dans les questionnaires constituait un «élément clé du travail du CESP et était essentielle à l'élaboration des recommandations finales sur le VIH/SIDA qui seront formulées au Commissaire du Service correctionnel.» Il demandait aux sous-commissaires d'inciter le personnel régional à remplir et à retourner le questionnaire du coordonnateur de projet du CESP.

CARACTÉRISTIQUES DU PERSONNEL

L'information qui suit a été fournie par les membres du personnel : sexe, emploi actuel, années de service au SCC ou dans les systèmes correctionnels provinciaux, et le niveau de sécurité de l'établissement dans lequel ils travaillent actuellement. La prestation de cette information était facultative et tout renseignement fourni est confidentiel. Au départ, quelque 2 200 questionnaires ont été distribués, ce qui représente environ 20 % du personnel

pénitentiaire et du personnel des libérations conditionnelles. 462 employés ont rempli le questionnaire, ce qui correspond à près de 5 % du personnel du SCC.

Sexe

Une proportion plus grande de répondants était de sexe masculin, ce qui est représentatif de l'ensemble du personnel du SCC. Les répondants étaient répartis comme suit :

- Hommes 71 %
- Femmes 29 %

Emploi actuel

Les répondants qui ont indiqué leur emploi actuel se répartissent comme suit :

- Agents de correction 31 %
- Professionnels de la santé 11 %
- Autres catégories d'emploi 58 %

Les statistiques obtenues du SCC indiquent que cet échantillon est représentatif de l'ensemble du personnel du SCC. On a comparé les réponses fournies par le personnel médical à celles des agents de correction afin de déterminer s'il y avait des différences importantes dans la façon dont les questions soulevées par le VIH/SIDA et l'usage de drogues sont perçues par des deux groupes d'employés. En général, les réponses données par les professionnels de la santé ne diffèrent pas sensiblement de celles des agents de correction. Les réponses sont donc présentées par catégorie d'emploi seulement dans les cas où des différences majeures ont été relevées.

Années de service

Le nombre d'années de service à l'emploi du SCC des employés qui ont répondu au questionnaire varie beaucoup, soit de 2 mois à 30 ans. L'employé moyen est à l'emploi du SCC depuis 11 ans environ ($\overline{ET}=7$).

Résultats du questionnaire destiné au personnel

Établissements

Au total, des employés de 37 établissements carcéraux et de 7 bureaux de libération conditionnelle ont rempli le questionnaire. Un seul questionnaire a été reçu d'un établissement et jusqu'à 49 d'un autre établissement ($M=10,4$). Dans trois cas, l'origine du questionnaire rempli n'a pu être déterminée. Même si le questionnaire ne demandait pas cette information, les enveloppes contenant les questionnaires retournés au coordonnateur de projet du CESP ont permis d'identifier l'origine de l'expéditeur, de sorte qu'elle a également été recueillie. L'information a donc été consignée, puis les enveloppes ont été détruites. La distribution des réponses par région desservie par le SCC est la suivante :

- Atlantique 6 %
- Québec 34 %
- Ontario 22 %
- Prairies 21 %
- Pacifique 18 %

Niveau de sécurité de l'établissement

Les membres du personnel ont été regroupés selon le niveau de sécurité de l'établissement dans lequel ils travaillent. La distribution du personnel rejoint, par niveau de sécurité, est assez représentative des chiffres réels fournis par le SCC. Toutefois, il faut préciser que les employés travaillant dans des établissements à sécurité minimum sont légèrement surreprésentés (+10 %), tandis que le personnel des bureaux de libération conditionnelle sont légèrement sous-représentés (-7 %). Les employés sont répartis comme suit, en fonction du niveau de sécurité :

- Établissement à sécurité maximum 30 %
- Établissement à sécurité moyenne 47 %
- Établissement à sécurité minimum 21 %

- Bureau de libération conditionnelle 2 %

RÉSULTATS

Introduction

Les résultats des questionnaires reçus des membres du personnel sont présentés sous les rubriques suivantes:

1. Éducation sur le VIH/SIDA
2. Éducation sur les drogues
3. Mesures de protection pour le personnel
4. «Besoin de savoir»
5. Accessibilité des condoms
6. Désinfection des aiguilles/Programmes d'échange d'aiguilles
7. Groupes d'entraide
8. Services de santé
9. Autres questions

Sous chaque rubrique, vous trouverez un bref exposé des réponses fournies à chacune des questions et le compte rendu de certaines réponses, légèrement adaptées, fournies par le personnel là où l'on demandait aux répondants de préciser les raisons justifiant leur réponse. Un tableau résumant les résultats du questionnaire figure à la fin de la présente annexe.

ÉDUCATION SUR LE VIH/SIDA

Information sur le VIH/SIDA

La plupart des répondants (79 %) ont indiqué avoir reçu de l'information sur le VIH/SIDA (sous la forme de brochures ou de dépliants par exemple) dans leur établissement. La grande majorité (85 %) de ceux qui ont mentionné que le personnel de leur établissement ne recevait pas d'information sur le VIH/SIDA ont indiqué qu'il devrait en recevoir.

Résultats du questionnaire destiné au personnel

Lorsqu'on a demandé aux répondants de préciser pourquoi le personnel devrait recevoir de l'information sur le VIH/SIDA, la majorité d'entre eux a répondu qu'ils estimaient devoir être informés sur le sujet. Certains ont ajouté que les détenus en savaient davantage qu'eux. D'autres ont mentionné que des brochures avaient été distribuées au personnel, mais que cela remontait déjà à quelque temps et qu'une mise à jour s'imposait.

Programmes d'éducation sur le VIH/SIDA

La majorité des répondants (67 %) a indiqué que des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA (p. ex., conférences, présentations vidéo) sont offerts aux employés dans leur établissement, mais que «l'enseignement en direct» est moins fréquent que la distribution de brochures. À peu près tous les répondants (96 %) qui ont indiqué ne pas avoir accès à des programmes d'éducation «en direct» ont précisé que de tels programmes devraient être accessibles.

Lorsqu'on a demandé aux répondants de préciser pourquoi ils devraient avoir accès à ce type de programmes, ils ont souvent indiqué qu'ils n'entendent pas assez souvent parler des questions soulevées par le VIH/SIDA et qu'ils avaient besoin de se maintenir à jour. Ils estimaient que «l'information peut aider à prévenir la transmission du VIH/SIDA de même que les préjugés sur ce sujet controversé.»

Participation aux programmes d'éducation sur le VIH/SIDA

De l'avis des deux tiers des répondants (65 %), le personnel devrait être obligé de participer aux programmes d'éducation et ce, pour diverses raisons. Maints employés ont estimé «qu'il est essentiel que le personnel soit bien informé sur le VIH et le SIDA et sur les effets de ceux-ci sur le comportement avec les détenus. La diffusion d'une bonne information à jour fait taire les fausses rumeurs et atténue les craintes; en outre, les employés peuvent ainsi se comporter de façon adéquate avec les détenus et avec leurs

collègues.» Un autre point soulevé était que de «nombreux employés de l'établissement ne sont pas prêts à donner de leur temps pour quoi que ce soit et que la question est suffisamment importante pour que la participation aux programmes d'éducation soit obligatoire.» Les répondants ont également laissé entendre que «les employés qui se plaignent le plus des risques pour la santé sont ceux qui n'assistent jamais aux séances d'information.»

Les quelques répondants qui ont indiqué que la participation devrait être facultative affirment que de nombreux employés sont déjà bien informés. Un répondant a mentionné que, «à son avis, les différents médias transmettent suffisamment d'information sur ce sujet.» Il ajoute être bien informé et estime que bon nombre de ses collègues le sont également. D'autres ont mis en doute l'efficacité des programmes d'éducation lorsque la participation est obligatoire. On estime que «si les employés ne sont pas intéressés à participer aux programmes sur une base facultative, ils n'apprendront probablement pas beaucoup de choses si la participation est obligatoire.»

Prestation de l'éducation sur le VIH/SIDA

Un peu moins de la moitié des répondants (47 %) ont indiqué que des membres du personnel du SCC ou de Santé Canada devraient dispenser de l'éducation sur le VIH/SIDA. Près du quart (28 %) ont indiqué que des personnes ou des organismes de l'extérieur (domaine de la santé, secteur communautaire) devraient s'en charger, et une plus faible proportion (20 %) a mentionné que des membres du personnel du SCC ou de Santé Canada et des organismes de l'extérieur devraient mettre en œuvre des programmes d'éducation. Six pour cent des répondants ont indiqué que quiconque est mieux qualifié devrait être choisi.

La majorité des répondants en faveur de la prestation de programmes d'éducation par le personnel du SCC ou de Santé Canada a indiqué que l'éducation du personnel relève du SCC et devrait donc être dispensée par des fonctionnaires du SCC ou d'autres organisations

Résultats du questionnaire destiné au personnel

gouvernementales. «Les organisations gouvernementales sont sensibilisées aux conditions de travail et seraient en mesure de comprendre nos préoccupations.»

Les employés en faveur de la prestation de programmes d'éducation par des organismes de l'extérieur ont le plus souvent indiqué que ces organismes «peuvent être plus qualifiés dans ce domaine» que le personnel du SCC ou de Santé Canada.» Selon eux, les employés croiraient davantage ce que disent les organismes de l'extérieur, de sorte que l'information transmise serait plus crédible.

Quelques répondants ont indiqué que des membres du personnel du SCC ou de Santé Canada ainsi que des organismes de l'extérieur devraient mettre en œuvre des programmes d'éducation. «On pourrait ainsi mieux cerner le problème et obtenir des points de vue différents.»

Parmi les répondants qui préféreraient que l'information soit dispensée par quiconque est mieux qualifié, quelques-uns ont indiqué qu'«ils avaient besoin d'être bien renseignés et ce, par l'organisme qui possède l'information la plus à jour.» Un employé a mentionné que «le SCC est un service très spécialisé. Par conséquent, nous avons besoin de l'information du SCC. Cependant, il est important que nous soyons renseignés sur la situation qui existe à l'extérieur du SCC afin que nous puissions bien informer les détenus.»

Information requise

Soixante-et-onze pour cent des répondants ont indiqué que de l'information ou de l'éducation «générale» (mise à jour globale sur le VIH/SIDA) est requise. Lorsqu'on a demandé aux répondants de déterminer leurs besoins par ordre de priorité, la plus grande proportion d'entre eux (73 %) a mentionné qu'ils avaient besoin d'information sur la façon de communiquer avec les détenus infectés par le VIH. Soixante-cinq pour cent ont indiqué avoir besoin d'information ou d'éducation sur les précautions générales et sur les ressources et les services existants pour les

personnes infectées par le VIH. Les traitements existants (42 %) ou de l'information sur la façon plus sécuritaire d'utiliser des aiguilles et des drogues (38 %) ont suscité moins d'intérêt.

ÉDUCATION SUR LES DROGUES

Information sur les drogues

Un peu plus de la moitié des répondants (57 %) ont indiqué que le personnel de leur établissement recevait de l'information (p. ex., sous forme de brochures ou de dépliants) sur les drogues. Parmi les employés qui ont indiqué que le personnel de leur établissement ne recevait pas d'information, 75 % ont mentionné que ce type d'information devrait être offert à chaque membre du personnel.

Lorsqu'on a demandé de préciser les raisons pour lesquelles tous les employés devraient recevoir de l'information sur les drogues, les répondants ont indiqué le plus souvent que «les drogues font partie de la culture et de l'univers carcéraux» et que leur usage est «répandu dans les établissements où elles représentant l'un des facteurs responsables du VIH/SIDA.» À leur avis, «nombreux sont les employés qui ignorent quels sont les effets des drogues et qui ont besoin d'être renseignés» et de recevoir de l'information à jour. Certains employés ont indiqué qu'ils avaient besoin d'information pour mieux «pouvoir identifier les toxicomanes et se comporter avec eux.»

Programmes d'éducation sur les drogues

Près de la moitié des répondants (51 %) ont indiqué que des programmes d'éducation sur les drogues sont offerts au personnel dans leur établissement. Dans les établissements où ces programmes ne sont pas offerts, la plupart des employés (89 %) ont déclaré qu'ils devraient l'être. De l'avis général, le «personnel devrait être sensibilisé aux problèmes croissants associés à la consommation de drogues dans les établissements et recevoir régulièrement de l'éducation.»

Résultats du questionnaire destiné au personnel

Participation aux programmes d'éducation sur les drogues

Un peu plus de la moitié des répondants (53 %) ont indiqué que la participation à ces programmes devrait être obligatoire et ce, pour les mêmes raisons que celles invoquées pour les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA. Ils estiment que «les personnes qui ont besoin d'information ne l'obtiennent pas autrement. Les personnes déjà renseignées sont celles qui participent volontairement aux séances d'éducation.» D'autres estiment que la participation devrait être obligatoire parce que «souvent, les personnes les plus touchées par le problème ne participent pas autrement, de crainte d'être identifiées [comme étant des consommateurs de drogues].

Cependant, près de la moitié des répondants (46 %) ont indiqué que la participation à ce genre de programmes devrait être facultative. Selon eux, «si vous obligez les gens à y participer, ils adopteront une attitude négative.»

Personnes chargées d'offrir des programmes d'éducation sur les drogues

À la question concernant la prestation de l'éducation sur les drogues, les réponses ont été très semblables à celles données à la rubrique sur les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA. Près de la moitié des répondants (47 %) ont indiqué que des membres du personnel du SCC ou de Santé Canada devraient offrir ces programmes. À leur avis, les organisations gouvernementales seraient mieux placées pour comprendre la sous-culture des établissements carcéraux.» Ils estiment aussi qu'«il incombe au SCC» d'assurer cette éducation.

À peu près la même proportion de répondants (47 %) a indiqué que les programmes d'éducation devraient être offerts par des organismes de l'extérieur ou être complétés par ces derniers. Les membres du personnel estiment que «les organismes de l'extérieur en connaissent davantage sur les drogues qui sont consommées

et sur la façon dont elles sont introduites en milieu carcéral.» Certains ont mentionné que «la participation de personnes séropositives aux programmes d'information sur le VIH/SIDA destinés aux membres du personnel et aux détenus avait des résultats concluants» et que le même principe «pouvait s'appliquer aux consommateurs de drogues».

MESURES DE PROTECTION POUR LE PERSONNEL

Au total, près de 70 % des répondants ont indiqué que, à leur avis, les mesures de protection dont disposent les employés sont suffisantes pour les protéger contre une infection par le VIH en milieu de travail. Une très forte proportion d'employés des services de soins de santé (90 %) ont mentionné que les mesures de protection dont ils disposent sont suffisantes, comparativement à la moitié seulement (54 %) des agents de correction.

Diverses mesures de protection supplémentaire ont été proposées par les personnes qui estimaient qu'elles étaient nécessaires. Fait des plus importants, il semble que de nombreux employés s'inquiètent de leur sécurité. Ils indiquent que «des vêtements de protection devraient être plus facilement accessibles». En particulier, dans certains cas, «des gants et des vêtements de protection ne sont pas facilement accessibles». Un autre exemple d'équipement qui n'a pas été mis à la disposition du personnel dans tous les établissements est «le matériel de réanimation bouche à bouche qui permet de réanimer en toute sécurité les détenus et les employés.» Non seulement, ce matériel devrait-il être fourni, mais «le personnel devrait être formé sur la façon d'utiliser cet équipement dans des situations qui se présentent tous les jours.»

Outre les précautions universelles, des employés ont suggéré que «les détenus puissent être isolés s'ils constituent un danger pour eux-mêmes, pour les autres détenus ou pour le personnel. Le test de détection des anticorps anti-VIH devrait être obligatoire, et le personnel devrait connaître l'identité des détenus qui ont des maladies transmissibles afin d'assurer la protection des

Résultats du questionnaire destiné au personnel

autres détenus ainsi que leur propre protection.» De même, «les détenus qui consomment des drogues ne devraient pas recevoir des aiguilles «de remplacement» pour les seringues, car cela accroît les risques d'abandon des aiguilles (laissées dans des tiroirs).»

«BESOIN DE SAVOIR»

Prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA

On a demandé aux membres du personnel si, à leur connaissance, il y avait des prisonniers séropositifs ou atteints du SIDA dans leur établissement. Soixante-dix-sept pour cent ont répondu par l'affirmative et ont indiqué que 3,9 détenus en moyenne étaient connus comme séropositifs. Dans un établissement, un employé a indiqué qu'il connaît 40 détenus séropositifs. Fait surprenant, 20 % moins d'employés des services de santé que d'agents de correction ont indiqué connaître des prisonniers séropositifs dans leur établissement.

Employés infectés par le VIH ou atteints du SIDA

Trois % des employés savaient que certains de leurs collègues étaient séropositifs ou atteints du SIDA.

Besoin pour les employés de connaître les prisonniers séropositifs à l'égard du VIH

De nombreux employés (82 %) ont estimé qu'ils ont «besoin de savoir» l'état sérologique des détenus à l'égard du VIH. La proportion est plus forte chez les agents de correction (86 %) que chez le personnel des services de santé (58 %).

Une proportion élevée d'employés (84 %) ont indiqué des raisons pour lesquelles le personnel devrait connaître l'état sérologique des détenus incarcérés dans leur établissement. Certains croient toujours que s'ils possèdent cette information, ils pourront mieux se protéger et prendre des précautions supplémentaires avec les

détenus connus comme étant infectés par le VIH. Un répondant a précisé que «si les employés connaissent l'identité des détenus infectés, ils se sentiront plus à l'aise avec eux et face au SIDA en général».

D'autres employés ont indiqué qu'ils se préoccupaient du «bien-être des détenus». Ils pensent qu'ils «devraient savoir qui des détenus requiert l'aide de conseillers spécialisés,» et que l'information sur le status sérologique des détenus «permettrait aux autorités carcérales d'évaluer les besoins en matière de programme.» Certains ont démontré une inquiétude particulière au sujet des détenus sexuellement actifs. «Si un détenu a des relations sexuelles dans l'établissement, il est important que, si ces activités sont découvertes, le personnel soit conscient que les répercussions pour le détenu et son partenaire sont plus graves qu'une simple violation des règlements.»

De l'avis de certains membres du personnel, seuls les employés qui, dans l'exercice de leurs fonctions, entrent en contact physique avec les détenus ont besoin de savoir»; d'autres prétendent que «tous les employés devraient savoir.»

D'autres employés (18 %) ont indiqué qu'ils n'avaient pas besoin de connaître l'état sérologique des détenus. Ils ont souligné l'importance de «traiter tous les détenus comme s'ils étaient séropositifs à l'égard du VIH» et de prendre des précautions universelles. Un employé a mentionné que, même si «le personnel n'a pas besoin de savoir», il saura de toute manière.» Un autre a indiqué que les employés «ne devraient pas s'inquiéter des détenus dont la séropositivité à l'égard du VIH est connue. Ils devraient se préoccuper davantage de ceux qui ne savent pas qu'ils sont séropositifs et prendre des précautions universelles.»

Besoin pour les employés de connaître l'état sérologique de leurs collègues

Environ le tiers des employés (35 %) ont déclaré qu'ils devraient connaître l'état sérologique de leurs collègues. Une fois encore, la proportion est

Résultats du questionnaire destiné au personnel

plus élevée (20 % de plus) chez les agents de correction que chez le personnel des services de santé.

Le plus souvent, les employés qui estimaient avoir besoin de savoir ont indiqué que cette information leur permettrait «de prendre des précautions supplémentaires.» De l'avis d'un employé, «les questions reliées à la santé et à la sécurité des détenus et des membres du personnel doivent être traitées de la même manière en ce qui a trait à la confidentialité.»

Besoin pour les détenus de connaître l'état sérologique du personnel

Quelques employés (17 %) ont estimé que les détenus doivent connaître l'état sérologique du personnel. De l'avis de certains, «tous devraient être avertis de façon à pouvoir prendre des mesures de protection.» D'autres estiment que «si l'employé infecté est un professionnel de la santé, les détenus devraient en être informés.»

De l'avis de la majorité des répondants (83 %), les détenus n'ont pas besoin de savoir si des membres du personnel sont infectés par le VIH. Ils craignent que «les détenus utilisent cette information à leur avantage. Les détenus ne devraient posséder aucun renseignement sur le personnel.» Selon un employé, «les détenus ne sont habituellement pas dans une situation où ils pourraient être menacés par des membres du personnel.» Un autre affirme que «les détenus ont déjà trop de droits.»

ACCESSIBILITÉ DES CONDOMS

Problèmes reliés à l'accessibilité des condoms

La plupart des employés (82 %) ont déclaré que le fait de mettre des condoms à la disposition des détenus n'a pas créé de problème dans leur établissement. Toutefois, quelques-uns ont exprimé certaines inquiétudes. Certains ont prétendu que les condoms peuvent servir à cacher des objets de contrebande ou à encourager des pratiques homosexuelles. D'autres

maintiennent qu'ils sont trop coûteux et que «les détenus devraient les acheter eux-mêmes.»

Mise des condoms à la disposition des détenus

D'après les renseignements fournis par les employés, l'accessibilité des condoms varie actuellement d'un établissement à l'autre. Des condoms peuvent être accessibles librement dans les toilettes, les salles de douches, la bibliothèque, les unités, ou seulement dans les services de santé. De l'avis de 31 % des employés, on devrait trouver d'autres façons de mettre des condoms à la disposition des détenus.

Remise de condoms à l'entrée et à la sortie du système carcéral

Un peu moins de la moitié des répondants (41 %) ont estimé que l'on devrait remettre des condoms à tous les détenus au moment de leur arrivée en prison (par ex., dans des trousse de premiers soins ou de promotion de la santé). À peu près la même proportion (43 %) a déclaré que l'on devrait fournir des condoms à tous les détenus qui sortent de prison en les incorporant dans des «trousse de départ.»

DÉSINFECTION DES AIGUILLES ET PROGRAMMES D'ÉCHANGE D'AIGUILLES

Renseigner les détenus sur la façon de désinfecter le matériel d'injection

Un peu plus de la moitié des employés (57 %) ont indiqué que l'on devrait montrer aux détenus comment désinfecter le matériel d'injection (p. ex. aiguilles et seringues, aiguilles pour tatouage). Fait intéressant, la plupart des employés des services de santé sont d'accord (87 %), comparativement à un peu moins de la moitié (45 %) des agents de correction.

Ces répondants ont généralement reconnu que des drogues injectables sont consommées dans les établissements fédéraux, même si elles sont interdites, et qu'il incombe au SCC de réduire les

Résultats du questionnaire destiné au personnel

effets nuisibles. De l'avis de certains employés, cette question «n'est guère différente de la question des condoms. C'est une décision morale basée sur l'inviolabilité de la vie privée»; «[les détenus] vont utiliser des aiguilles.» Donc, «il vaut mieux leur montrer comment les utiliser de façon adéquate et de prévenir, espérons-le, la transmission de l'infection.» De même, «ils peuvent utiliser cette information à leur sortie de prison.» Un employé préoccupé par la sécurité du personnel indique «qu'il paraît impossible de veiller à ce qu'aucune aiguille ne soit utilisée; donc, nous devrions au moins assurer la sécurité des employés qui doivent effectuer des fouilles.»

Les employés qui s'opposaient à ce que l'on informe les détenus sur la façon de désinfecter le matériel d'injection soutiennent que «la consommation de drogues est illégale à l'intérieur et à l'extérieur des établissements carcéraux» et que cela «reviendrait à tolérer la consommation de drogues.» Certains employés ont indiqué que le fait d'informer les détenus sur la façon de désinfecter le matériel d'injection «encouragerait en fait la consommation de drogues» et que le SCC serait perçu comme étant un organisme qui «tolère l'usage de drogues.»

Accessibilité du matériel de tatouage

En général, les employés se sont opposés (74 %) à l'idée de mettre officiellement du matériel de tatouage à la disposition des prisonniers afin de réduire les risques d'infection. Un peu plus de la moitié du personnel des services de santé (56 %) et la plupart des agents de correction (77 %) s'y opposent.

Le personnel s'opposait à ce que du matériel de tatouage soit officiellement mis à la disposition des détenus, car le «matériel de tatouage est considéré un objet de contrebande et devrait le rester.» Certains employés ont reconnu que «des aiguilles sont utilisées», mais ont soutenu que le SCC «ne peut et ne devrait pas encourager cette pratique». D'autres ont affirmé que ce serait «dangereux», que cela «encouragerait les utilisateurs» et que les «contrevenants auraient l'impression que le SCC approuve le tatouage.»

Enfin, cette pratique entraînerait un «accroissement des coûts dans le système.»

Les employés qui approuvaient l'idée de mettre du matériel de tatouage à la disposition des détenus ont affirmé que les prisonniers qui décident de se faire tatouer, même si cela est interdit, devraient au moins pouvoir réduire les risques d'infection.» De toute façon, les détenus «fabriqueront leur propre matériel et transmettront des maladies»; alors, «pourquoi ne pas faire de cette pratique illégale une activité permise.» Certains employés ont proposé que le SCC «désigne, dans chaque établissement, une personne qui sait utiliser le matériel de tatouage de façon sécuritaire et demande au personnel de surveiller cette personne ainsi que le matériel utilisé.» D'autres ont également proposé que le SCC «embauche un détenu à titre de tatoueur et ce, contre rémunération». Enfin, certains ont recommandé que «les comités de détenus s'occupent de la question; des séances de tatouage pourraient être organisées aux frais des détenus, ce qui permettrait de prévenir toute transmission de l'infection.»

Accessibilité des détenus à l'eau de Javel

Un peu plus de la moitié des répondants (56 %) ont déclaré qu'ils s'opposaient à l'idée de mettre de l'eau de Javel à la disposition des prisonniers; toutefois, les opinions exprimées par le personnel des services de santé et les agents de correction sont très différentes. Seulement 23 % des employés des services de santé sont défavorables à cette idée, comparativement à 64 % des agents de correction.

Les répondants qui s'opposent à ce que les détenus aient accès à l'eau de Javel craignent que l'on «encourage ainsi la consommation illégale de drogues» et que l'on «incite les hommes à se faire tatouer.» Un employé redoute que l'eau de Javel «soit utilisée comme une arme» et considère qu'elle constitue donc «un risque trop élevé pour la sécurité». «Combinée à d'autres produits nettoyants, l'eau de Javel peut produire un gaz dangereux et représenter un risque pour le personnel.» De même, «de petites

Résultats du questionnaire destiné au personnel

quantités peuvent être stockés et constituer des doses létales sans que le personnel en ait connaissance.» Quelques employés ont exprimé leur inquiétude à l'égard des détenus potentiellement suicidaires qui «pourraient avaler de l'eau de Javel.» Comme solution de rechange à l'utilisation de l'eau de Javel, un employé a suggéré de mettre en œuvre «un programme (confidentiel) d'échange d'aiguilles par l'intermédiaire des services de soins de santé en milieu carcéral» et/ou «d'autoriser les détenus à retenir les services de tatoueurs professionnels».

Parmi les employés qui estimaient que les détenus devraient avoir accès à l'eau de Javel, certains ont suggéré que celle-ci soit uniquement disponible «sous forme diluée et sécuritaire et dans de petites bouteilles» et pour «usage immédiat» seulement. «On devrait autoriser les détenus à utiliser de l'eau de Javel; toutefois, le stockage et l'accumulation de ce produit devraient toujours être considérés comme une infraction à l'intérieur de la prison,» car certains employés s'inquiètent des «risques pour la sécurité». Quelques employés ont estimé que «de petites quantités devraient être disponibles dans les rangées», tandis que d'autres ont mentionné que «seuls les services de soins de santé devraient en posséder.» Enfin, un membre du personnel a indiqué que l'eau de Javel «est déjà disponible dans les établissements à sécurité minimum.»

Programme d'échange d'aiguilles à l'intention des détenus

Dans l'ensemble, les employés s'opposaient (82 %) à ce que les détenus aient accès à un programme d'échange d'aiguilles grâce auquel ils pourraient échanger des aiguilles non-stériles contre des aiguilles stériles. Une plus forte proportion d'agents de correction (85 %) s'opposent à un tel programme, comparativement à un peu plus des deux tiers (69 %) du personnel des soins de santé.

Les employés s'opposent à ce que les détenus aient accès à un programme d'échange d'aiguilles, parce que cela reviendrait à «sanctionner l'usage

de drogues intraveineuses.» Ils s'inquiètent de la «possibilité d'une culture croissante axée sur la drogue» et croient que «si l'on ne mettait pas d'aiguilles à la disposition des détenus, il y aurait peut-être moins de drogue.» Certains pensent que d'autres méthodes seraient plus appropriées, par exemple, «si les détenus avaient accès à l'eau de Javel, ils pourraient désinfecter les aiguilles dont ils se servent.» De l'avis d'autres employés, les «détenus ont besoin encore plus d'aide pour régler leur problème de drogues.» Enfin, les employés se préoccupent «du coût» de la distribution d'aiguilles stériles et l'un d'entre eux se demande «pourquoi les contribuables devraient payer la note?»

Les employés en faveur d'un programme d'échange d'aiguilles ont estimé «qu'il serait préférable que les détenus utilisent une aiguille propre plutôt qu'une aiguille de fortune ou une aiguille non-stérile. S'ils ont une aiguille (seringue) à échanger, c'est qu'ils en utilisent déjà une. La question de la sécurité du personnel se pose déjà : le détenu possède déjà une aiguille, mais c'est une aiguille non-stérile, usagée et peut-être infectée par plus d'une personne.» Les répondants ont suggéré diverses modalités de distribution d'aiguilles. L'un d'entre eux a indiqué que les aiguilles devraient être distribuées «dans chaque établissement – ouvertement et officiellement – avec des boîtes pour recueillir les aiguilles non-stériles, que «l'échange d'aiguilles devrait se faire en présence d'un témoin» et qu'une «infirmière diplômée expérimentée ou un agent de correction devrait tenir un compte rigoureux des aiguilles.» Selon l'avis de certains, les aiguilles devraient être échangées par l'intermédiaire du service de santé ou d'un conseiller en toxicomanie.» Un grand nombre d'employés ont mentionné que les «utilisateurs devraient être obligés de participer à des séances d'information dans le cadre du programme d'échange d'aiguilles.» Selon un employé, «(1) les détenus devraient assister à des cours pour obtenir de l'information; (2) les services de santé devraient administrer ce programme et déterminer le moment où auront lieu les échanges, soit tous les jours, toutes les semaines, etc.; et (3) une

Résultats du questionnaire destiné au personnel

infirmière qualifiée devrait répondre aux questions.»

GROUPES D'ENTRAIDE

Existence de groupes d'entraide à l'intention des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA

La majorité des employés rejoints (71 %) ont déclaré qu'il n'y avait pas de groupe d'entraide de prisonniers infectés par le VIH ou atteints du SIDA dans leur établissement. Quelques-uns (12 %) ont dit ignorer si un tel programme existait dans leur établissement. En général, les employés appuient (73 %) la constitution de groupes d'entraide dans les établissements carcéraux.

Constitution de groupes d'entraide

Les employés favorables à la constitution de groupes d'entraide ont estimé que «de tels groupes devraient être formés en prison, comme à l'extérieur.» Les employés qui s'opposaient à la constitution de ces groupes ont prétendu que «les raisons pour former un groupe ne sont pas suffisantes» et qu'«ils n'entrevoient pas la constitution de tels groupes à moins qu'une forte proportion de la population carcérale ne soit malade et doive recevoir de l'aide.» Un employé a mentionné avoir parlé avec des détenus et conclu que si un groupe d'entraide était constitué, il ne serait pas utilisé et risquerait de causer des problèmes chez les détenus qui ne sont pas infectés par le VIH ou atteints du SIDA.

SERVICES DE SANTÉ

Problèmes liés à l'accessibilité aux services de santé

La majorité des employés (87 %) ont estimé que l'accessibilité des détenus aux soins de santé pour le VIH/SIDA et/ou les problèmes reliés à l'usage de drogues ne pose aucun problème. De l'avis de la plupart d'entre eux, les soins de santé sont facilement accessibles et les détenus

obtiennent généralement les soins dont ils ont besoin. Quelques-uns ont affirmé que «les détenus ont déjà accès à trop grand nombre de services» et qu'«ils sont bien mieux traités que la population en général.»

Toutefois, quelques employés ont estimé que l'accès à ces services comporte des difficultés. «Les prisonniers séropositifs ou atteints du SIDA sont généralement craintifs et requièrent un meilleur accès à ces services.» Un autre employé a déclaré que «les préoccupations des détenus à l'égard de leur santé ne sont pas traitées assez rapidement en raison de la réduction de personnel.»

Autres questions

Selon 28 % des répondants, d'autres questions touchant le VIH/SIDA et/ou la consommation de drogues dans les prisons sont préoccupantes. Certains employés estimaient qu'ils «ne sont pas tenus au courant de l'évolution de ces questions dans leur établissement» et déplorent que «les gestionnaires aient tendance à garder cette information pour eux-mêmes». On mentionnait également que «l'on devrait informer le personnel de l'importance des précautions universelles au lieu d'insister sur le besoin de connaître les personnes infectées par le VIH, ce qui créerait une fausse impression de sécurité.» Quelques employés ont déploré le «manque d'éducation du personnel» sur ces questions.

CONCLUSION

À maints égards, les résultats du questionnaire destiné au personnel concordent avec les conclusions et les recommandations du CESP. Fait significatif, ils corroborent l'opinion du CESP selon laquelle «l'éducation sur l'infection à VIH et 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» (Recommandation n° 7). Une grande majorité d'employés a fait ressortir la nécessité de mettre en œuvre des programmes

Résultats du questionnaire destiné au personnel

éducatifs sur le VIH/SIDA et les drogues, et le Comité souhaite que le SCC prenne rapidement des mesures, conformément à sa recommandation de faire participer régulièrement les employés à des séances de formation (Recommandation 7.2). Les résultats du questionnaire envoyé au personnel renseigneront dans une certaine mesure le SCC sur les besoins les plus urgents des employés relativement à la formation.

Les mesures de protection du personnel constituent un autre aspect important. Près de 70 % de tous les répondants estiment que les mesures de protection existantes sont suffisantes et les protègent contre la transmission du VIH en milieu de travail; cependant, une faible majorité seulement d'agents de correction partage cet avis. Une grande majorité d'agents de correction a également affirmé qu'ils devraient connaître l'état sérologique des détenus. Le CESP reconnaît l'importance de protéger le personnel et recommande une série de mesures pour mieux protéger les employés contre l'exposition au VIH et à d'autres agents infectieux et leur transmission. Toutefois, le CESP recommande de ne pas informer le personnel de l'état sérologique des détenus connus comme étant infectés; il croit fermement que cette information n'accroîtrait pas la sécurité des employés, mais les mettrait plutôt en danger en leur donnant une fausse impression de sécurité. Dans le cadre de tout programme d'information, il sera primordial d'expliquer au personnel l'importance d'appliquer des précautions universelles et de le renseigner à ce sujet.

D'après les résultats du questionnaire, la décision de mettre des condoms à la disposition des détenus dans les établissements fédéraux a été bien accueillie par le personnel et, en général, n'a pas créé de problème. La majorité des employés estime que l'on devrait montrer aux détenus comment bien désinfecter le matériel d'injection;

près de la moitié d'entre eux pensent également que de l'eau de Javel devrait être mise à la disposition des détenus. Bon nombre d'employés appuient donc les mesures recommandées par le CESP qui visent à réduire la transmission du VIH et les méfaits liés à la consommation de drogues; en outre, ils considèrent que ces mesures sont nécessaires pour protéger non seulement les prisonniers, mais le personnel. De nombreux employés reconnaissent que la consommation de drogues est une réalité dans maints établissements carcéraux et qu'il incombe au SCC d'essayer d'endiguer non seulement la consommation de drogues, mais de réduire les méfaits qui lui sont associés.

Par ailleurs, la grande majorité des employés a rejeté l'une des mesures proposées par le CESP, soit mettre officiellement à la disposition des détenus du matériel de tatouage stérile afin de réduire le risque d'infection. La plupart des employés s'opposent également à l'idée de fournir du matériel d'injection stérile dans les établissements. Le Comité s'inquiète de cette opposition, car il croit que toutes les mesures prises pour protéger les détenus et le personnel devraient être acceptables pour toutes les parties impliquées. Il espère que ses travaux, et en particulier les sections du Rapport final qui traitent des raisons pour lesquelles le CESP recommande des mesures telles que mettre du matériel de tatouage stérile à la disposition des détenus ou effectuer des recherches qui permettront de déterminer des façons de réduire les risques de transmission du VIH en milieu carcéral, convaincront les employés de l'importance d'appliquer ces mesures. Comme l'a fait ressortir le CESP dans son rapport, ces mesures devront être assorties d'une bonne planification ainsi que de programmes de communication et d'éducation qui les rendront acceptables auprès du personnel, de la population carcérale et de la société.

Sommaire des résultats

	Pourcentage de réponses positives
Informations sur le VIH-SIDA	
1. Dans votre établissement, le personnel reçoit-il des informations sur le VIH-SIDA (sous forme de brochures ou de dépliants, p. ex.)?	79
Si non, devrait-on donner des informations à chaque employé?	85
2. Dans votre établissement, existe-t-il des programmes d'information sur le VIH-SIDA (p. ex., conférences, présentations vidéo) à l'intention du personnel?	67
Si non, devrait-il y en avoir?	96
La participation à ces programmes devrait-elle être	
• facultative	35
• obligatoire	65
Qui devrait donner ces programmes?	
• des membres du personnel du SCC ou de Santé et Bien-être social Canada	47
• des personnes ou des organismes de l'extérieur (domaine de la santé, secteur communautaire)	28
• toutes ces réponses	20
• quiconque est mieux qualifié	6
Y a-t-il lieu d'informer ou de sensibiliser davantage les employés concernant un ou plusieurs des sujets suivants?	
• «tout» (renseignements généraux sur le VIH-SIDA)	71
• transmission et prévention	63
• précautions universelles (méthodes utilisées pour prévenir l'infection)	65
• programmes de counseling et d'aide aux employés	49
• symptômes	56
• traitement	42
• aiguilles propres pour la consommation de drogues et autres usages	38
• test de détection des anticorps anti-VIH	52
• comment communiquer avec les détenus infectés par le VIH	73
• les femmes et le VIH-SIDA	41
• ressources et services disponibles pour les personnes infectées par le VIH	65

Sommaire des résultats

	Pourcentage de réponses positives
Informations sur les drogues	
1. Dans votre établissement, le personnel reçoit-il des informations sur l'usage de drogues (sous forme de brochures ou de dépliants, p. ex.)?	57
Si non, devrait-on donner des informations à chaque employé?	75
2. Dans votre établissement, existe-t-il des programmes d'information sur la consommation de drogues (p. ex., conférences, présentations vidéo) à l'intention du personnel?	51
Si non, devrait-il y en avoir?	89
La participation à ces programmes devrait-elle être	
• facultative	46
• obligatoire	53
Qui devrait donner ces programmes?	
• des membres du personnel du SCC ou de Santé et Bien-être social Canada	47
• des personnes ou des organismes de l'extérieur (domaine de la santé, secteur communautaire)	24
• toutes ces réponses	23
• quiconque est mieux qualifié	6
Mesures de protection pour le personnel	
1. Estimez-vous que les mesures de protection dont disposent les employés (précautions universelles, gants de caoutchouc, etc.) sont suffisantes pour les protéger contre une infection par le VIH en milieu de travail?	68
«Besoin de savoir»	
1. À votre connaissance, y a-t-il dans votre établissement des prisonniers sidatiques ou infectés par le VIH?	77
2. À votre connaissance, y a-t-il dans votre établissement des employés sidatiques ou infectés par le VIH?	3
Si oui, combien?	
3. Croyez-vous que le personnel a «besoin de savoir» si des prisonniers sont porteurs du VIH?	82
4. Pensez-vous que les employés ont «besoin de savoir» si certains de leurs collègues sont infectés par le VIH?	35
5. Croyez-vous que les prisonniers ont «besoin de savoir» si des employés sont porteurs du VIH?	17

Sommaire des résultats

	Pourcentage de réponses positives
Disponibilité de condoms	
1. La disponibilité de condoms a-t-elle créé des problèmes dans votre établissement?	14
2. Y aurait-il d'autres façons de mettre des condoms à leur disposition?	31
3. Devrait-on donner des condoms à tous les détenus à leur arrivée en prison (p. ex. en les incluant dans des trousse de premiers soins ou de promotion de la santé)?	41
4. Devrait-on fournir des condoms à tous les détenus qui sortent de prison en les incorporant dans les «trousse de départ»?	43
Désinfection des aiguilles et programmes d'échange d'aiguilles	
1. Devrait-on montrer aux prisonniers comment désinfecter le matériel d'injection (aiguilles et seringues, aiguilles pour le tatouage, etc.)?	57
2. Devrait-on mettre officiellement à la disposition des prisonniers des instruments de tatouage propres afin de réduire les risques d'infection?	25
3. Devrait-on mettre de l'eau de Javel à la disposition des prisonniers?	42
4. Devrait-on mettre sur pied un programme d'échange d'aiguilles, c'est-à-dire un programme suivant lequel les prisonniers pourraient échanger une aiguille usagée contre une aiguille propre?	17
Groupes d'entraide	
1. Dans votre établissement, existe-t-il des groupes d'entraide pour les prisonniers sidatiques ou infectés par le VIH?	17
Si non, devrait-on en constituer?	73
Services de santé	
1. À votre avis, les prisonniers ont-ils de la difficulté à avoir accès aux services de santé relativement au VIH-SIDA ou à la consommation de drogues?	7
Autres questions	
1. Y a-t-il d'autres questions touchant le VIH-SIDA ou la consommation de drogues dans les prisons, et notamment la sécurité du personnel, qui sont préoccupantes?	28



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 Comité d'experts sur le SIDA et les prisons (CESP) a été créé par le Solliciteur général du Canada le 15 juin 1992. Ce comité a pour mandat d'aider le gouvernement fédéral à accomplir trois grandes tâches :

1. promouvoir la santé des détenus;
2. protéger le personnel;
3. prévenir la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses dans les établissements correctionnels fédéraux.

Dans le but d'atteindre les objectifs fixés, le CESP désire recueillir le plus de renseignements possibles sur ces sujets. Il a visité plusieurs prisons en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec. Il s'est entretenu avec des comités de détenus et des membres du personnel, notamment des employés du domaine de la santé. En outre, il a envoyé des lettres à des groupes et à des individus de toutes les régions du Canada et d'autres pays pour avoir des opinions et des conseils sur les questions que soulèvent le VIH-SIDA et la consommation de drogues dans les prisons. Il a également envoyé un questionnaire aux comités de détenus dans tous les pénitenciers fédéraux pour savoir ce que les prisonniers pensent, par exemple, de la disponibilité de condoms, de la sensibilisation aux problèmes du VIH-SIDA et de l'usage de drogues, de la confidentialité et des tests de détection des anticorps anti-VIH ainsi que des aiguilles et des seringues propres et stérilisées.

Il est également essentiel d'avoir l'avis du personnel des prisons. C'est pourquoi le CESP écrit maintenant aux employés pour connaître leurs préoccupations concernant leur sécurité, et celles des autorités carcérales au sujet du maintien de la sécurité et du bon ordre dans les établissements. Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-annexé et de nous le renvoyer à l'adresse ci-dessous avant le 31 mars. Nous souhaitons connaître les opinions et les préoccupations des employés relativement au VIH-SIDA et à la consommation de drogues dans les prisons, et les mesures qu'il préconise pour assurer un milieu de travail sûr. Les employés sont invités à inscrire des suggestions, des recommandations ou des commentaires sur les feuilles du questionnaire. Toutes les informations communiquées au CESP seront confidentielles.

Vous trouverez ci-joint des exemplaires des deux premiers numéros de la publication *NOUVELLES DU CESP*, qui est le bulletin du Comité. Nous vous enverrons les numéros à venir pour vous tenir au courant de nos activités.

N'hésitez pas à nous écrire si vous voulez plus d'informations sur notre travail, si vous avez des questions ou s'il y a, selon vous, d'autres aspects sur lesquels le Comité devrait se pencher.

Je vous remercie beaucoup à l'avance de votre collaboration à cet important projet.

Veuillez agréer, (Madame) (Monsieur), l'expression de mes sentiments distingués.

Ralf Jürgens, LL. M., J.S.D.
Le coordonnateur de projet du CESP

Coordonnateur de projet du CESP
Centre de médecine, d'éthique et de droit
de l'Université McGill
3690, rue Peel
Montréal (Québec) H3A 1W9
TÉL. : (514) 398-6980 TÉLÉC. : (514) 398-4668

Copie du questionnaire destiné au personnel

Informations sur le VIH-SIDA

1. Dans votre établissement, le personnel reçoit-il des informations sur le **VIH-SIDA** (sous forme de brochures ou de dépliants, p. ex.)?

- ☐ oui
☐ non

Si non, devrait-on donner des informations à chaque employé?

- ☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

2. Dans votre établissement, existe-t-il des programmes d'information sur le VIH-SIDA (p. ex., conférences, présentations vidéo) à l'intention du personnel?

- ☐ oui
☐ non

Si non, devrait-il y en avoir?

- ☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

La participation à ces programmes devrait-elle être

- facultative ☐
– obligatoire..... ☐

Précisez pourquoi.

Qui devrait donner ces programmes?

- des membres du personnel du SCC ou de Santé et Bien-être social Canada ☐
– des personnes ou des organismes de l'extérieur (domaine de la santé, secteur communautaire) ☐

Précisez pourquoi.

Copie du questionnaire destiné au personnel

Y a-t-il lieu d'informer ou de sensibiliser davantage les employés concernant un ou plusieurs des sujets suivants?

- «tout» (renseignements généraux sur le VIH-SIDA) ☐
- transmission et prévention..... ☐
- précautions universelles (méthodes utilisées pour prévenir l'infection)..... ☐
- programmes de counseling et d'aide aux employés ☐
- symptômes..... ☐
- traitement..... ☐
- aiguilles propres pour la consommation de drogues et autres usages..... ☐
- test de détection des anticorps anti-VIH..... ☐
- comment communiquer avec les détenus infectés par le VIH..... ☐
- les femmes et le VIH-SIDA ☐
- ressources et services disponibles pour les personnes infectées par le VIH..... ☐

Informations sur les drogues

1. Dans votre établissement, le personnel reçoit-il des informations sur l'**usage de drogues** (sous forme de brochures ou de dépliants, p. ex.)?

- ☐ oui
☐ non

Si non, devrait-on donner des informations à chaque employé?

- ☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

2. Dans votre établissement, existe-t-il des programmes d'information sur la consommation de drogues (p. ex., conférences, présentations vidéo) à l'intention du personnel?

- ☐ oui
☐ non

Si non, devrait-il y en avoir?

- ☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

Copie du questionnaire destiné au personnel

La participation à ces programmes devrait-elle être

- facultative ☐
- obligatoire..... ☐

Précisez pourquoi.

Qui devrait donner ces programmes?

- des membres du personnel du SCC ou de Santé et Bien-être social Canada ☐
- des personnes ou des organismes de l'extérieur (domaine de la santé, secteur communautaire) ☐

Précisez pourquoi.

Mesures de protection pour le personnel

1. Estimez-vous que les mesures de protection dont disposent les employés (précautions universelles, gants de caoutchouc, etc.) sont suffisantes pour les protéger contre une infection par le VIH en milieu de travail?

- ☐ oui
- ☐ non

Si non, quelles mesures suggérez-vous? Précisez.

«Besoin de savoir»

1. À votre connaissance, y a-t-il dans votre établissement des prisonniers sidatiques ou infectés par le VIH?

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, combien?

2. À votre connaissance, y a-t-il dans votre établissement des employés sidatiques ou infectés par le VIH?

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, combien?

Copie du questionnaire destiné au personnel

3. Croyez-vous que le personnel a «besoin de savoir» si des prisonniers sont porteurs du VIH?

☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi. Si vous avez répondu oui, indiquez également si tous les employés ont «besoin de savoir» ou seulement certaines catégories d'entre eux et, dans le deuxième cas, lesquelles.

4. Pensez-vous que les employés ont «besoin de savoir» si certains de leurs collègues sont infectés par le VIH?

☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

5. Croyez-vous que les prisonniers ont «besoin de savoir» si des employés sont porteurs du VIH?

☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

6. Y a-t-il d'autres façons, à part de faire savoir que des prisonniers ou des employés sont infectés par le VIH, de réduire ou d'éliminer les inquiétudes causées par les risques d'infection en milieu de travail? Précisez.

Disponibilité de condoms

1. La disponibilité de condoms a-t-elle créé des problèmes dans votre établissement?

☐ oui
☐ non

Si oui, précisez lesquels.

Copie du questionnaire destiné au personnel

2. Comment les condoms sont-ils mis à la disposition des détenus dans votre établissement?

3. Y aurait-il d'autres façons de mettre des condoms à leur disposition?

- ☐ oui
☐ non

Si oui, indiquez lesquelles. Soyez précis (par exemple, distributeurs de condoms, vente de condoms à la cantine, récipients contenant des condoms dans les salles de douches).

4. Devrait-on donner des condoms à tous les détenus à leur arrivée en prison (p. ex. en les incluant dans des trousse de premiers soins ou de promotion de la santé)?

- ☐ oui
☐ non

5. Devrait-on fournir des condoms à tous les détenus qui sortent de prison en les incorporant dans les «trousse de départ»?

- ☐ oui
☐ non

Désinfection des aiguilles et programmes d'échange d'aiguilles

1. Devrait-on montrer aux prisonniers comment désinfecter le matériel d'injection (aiguilles et seringues, aiguilles pour le tatouage, etc.)?

- ☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

Copie du questionnaire destiné au personnel

2. Devrait-on mettre officiellement à la disposition des prisonniers des instruments de tatouage propres afin de réduire les risques d'infection?

☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

3. Devrait-on mettre de l'eau de Javel à la disposition des prisonniers?

☐ oui
☐ non

Si oui, de quelle façon? Soyez précis (p. ex., dans de petites bouteilles pour réduire les risques au chapitre de la sécurité?

Si non, pourquoi?

4. Devrait-on mettre sur pied un programme d'échange d'aiguilles, c'est-à-dire un programme suivant lequel les prisonniers pourraient échanger une aiguille usagée contre une aiguille propre?

☐ oui
☐ non

Si oui, comment devrait-on procéder? Soyez précis (p. ex., qui devrait administrer le programme, où devrait-il être situé).

Si non, indiquez pourquoi vous êtes contre cette idée.

Copie du questionnaire destiné au personnel

Groupes d'entraide

1. Dans votre établissement, existe-t-il des groupes d'entraide pour les prisonniers sidatiques ou infectés par le VIH?

- ☐ oui
☐ non

Si non, devrait-on en constituer?

- ☐ oui
☐ non

Précisez pourquoi.

Services de santé

À votre avis, les prisonniers ont-ils de la difficulté à avoir accès aux services de santé relativement au VIH-SIDA ou à la consommation de drogues?

- ☐ oui
☐ non

Précisez.

Autres questions

Y a-t-il d'autres questions touchant le VIH-SIDA ou la consommation de drogues dans les prisons, et notamment la sécurité du personnel, qui sont préoccupantes?

- ☐ oui
☐ non, pour l'instant

Si oui, lesquelles, et que pourrait-on faire à cet égard?

Copie du questionnaire destiné au personnel

Nous aimerions bien avoir des renseignements personnels sur les répondants. Vous n'êtes toutefois pas obligé(e) de remplir la présente page. Tous les renseignements communiqués seront confidentiels; la page sera détachée du questionnaire afin qu'il soit impossible d'identifier les répondants.

Veillez nous fournir les informations suivantes :

1. Sexe :

2. Emploi actuel :

3. Nombre d'années de service au SCC ou dans des prisons provinciales :

4. Niveau de sécurité de l'établissement où vous travaillez actuellement :

Merci beaucoup d'avoir rempli le questionnaire et la présente page.

LE VIH/SIDA EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 6

RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX DÉTENUS*

CONTEXTE

Introduction

Jusqu'ici, une seule étude a été effectuée sur les connaissances, les attitudes et les comportements de détenus face au VIH/SIDA dans les prisons canadiennes¹. Cette étude menée par Andréa Riesch Toepell dans deux prisons provinciales de la région de Toronto avait pour objet de cerner les attitudes des prisonniers vis-à-vis des détenus infectés par le VIH, vis-à-vis du personnel correctionnel et des groupes communautaires, et vis-à-vis du test de dépistage des anticorps anti-VIH. Cette étude examinait en outre les comportements à risque élevé des détenus avant leur incarcération, y compris les activités sexuelles avec ou sans condom, la consommation de drogues injectables avec ou sans échange d'aiguilles et le tatouage. Cette étude révélait que les détenus étaient bien sensibilisés au VIH/SIDA, mais aussi qu'ils accusaient certaines lacunes

dans leurs connaissances, à cause surtout de mythes et d'idées fausses. Bon nombre de prisonniers affichaient des attitudes très phobiques à l'égard du sida et de l'homosexualité². Ils se sentaient menacés si des détenus infectés par le VIH étaient dans leur unité ou leur rangée, et ils favorisaient l'incarcération des détenus infectés dans des quartiers séparés. En général, les prisonniers n'utilisaient des condoms qu'avec les partenaires sexuels qu'ils ne connaissaient pas bien et ils cessaient de faire usage de condoms après une période d'un mois en moyenne. Les détenus consommateurs de drogues injectables s'adonnaient en général à l'échange de matériel, avec leurs partenaires sexuels surtout, et ils désinfectaient et échangeaient le matériel normalement. Les prisonniers ayant des tatouages n'étaient généralement pas au courant des risques qu'ils couraient quand ils utilisaient des pistolets à tatouage, des aiguilles et des encres ayant servi à d'autres. L'étude concluait qu'«un programme d'éducation devait viser à combler les lacunes dans les connaissances des détenus, mettre l'accent sur les interventions visant à réduire les risques à l'intérieur comme à l'extérieur du milieu carcéral, et favoriser l'adoption d'attitudes saines pouvant, en dernière analyse, faire régresser les opinions à caractère phobique³».

* Le Coordonnateur de projet du CESP, Ralf Jürgens, remercie Maria Hooey pour sa contribution à la rédaction de l'annexe 6.

1. Toepell, AR. *Prisoners and AIDS - Knowledge, Attitude and Behaviour*. John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1992.

2. *Ibid.* à iii.

3. *Ibid.*, à iv.

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

Sur les 90 mémoires et plus soumis au Comité, l'un recommandait le démantèlement du CESP et sa reconstitution en qualité de CPSP (Comité des prisonniers sur le sida et les prisons). Les auteurs de ce mémoire alléguaient que les réformes conçues par des «experts» ne marchent pas et que «lorsque les interventions sont planifiées et exécutées par ceux qui gardent les prisonniers captifs, le but réel de la réforme devient le contrôle et non l'atténuation de la souffrance». Le CESP a pris très au sérieux les préoccupations exprimées dans cette lettre. Dès le début, le Comité s'est efforcé d'être à l'écoute des prisonniers afin de bien cerner leurs préoccupations et leurs idées sur la façon de traiter les questions relatives au VIH/SIDA et à l'usage des drogues dans les prisons. Pendant ses visites en prison, le CESP a consacré le plus de temps possible à discuter avec les comités de détenus de leurs vues et propositions. Qui plus est, les prisonniers ont été invités à écrire au Comité pour lui faire part de leurs doléances personnelles ou de leurs opinions et suggestions au sujet des questions relatives au VIH/SIDA et à l'usage des drogues dans les prisons. De plus, le Comité a envoyé aux comités de détenus de tous les pénitenciers fédéraux un questionnaire qui avait pour objet d'assurer une plus grande contribution des détenus au travail accompli par le CESP.

Raison d'être de l'étude : Buts et objectifs

Les buts et objectifs de cette étude sont similaires à ceux de l'étude sur les besoins et opinions du personnel. Le CESP a entrepris cette étude afin d'obtenir une plus grande participation des détenus. Le Comité estimait que les prisonniers devaient avoir davantage la possibilité de faire connaître leurs points de vue sur les nombreuses questions soulevées dans le rapport du CESP. Un autre objectif était de mieux renseigner les détenus sur les questions soulevées et sur le travail accompli par le CESP en général. Parce qu'il estime que l'éducation sera une composante importante de tout effort visant à prévenir la transmission du VIH dans les prisons, le Comité a

inclus dans le questionnaire une variété de questions visant à cerner les besoins perçus des détenus en matière d'éducation. Les réponses à ces questions permettront au SCC, espère-t-on, de mettre au point des nouveaux programmes d'éducation pour les détenus. Enfin, le CESP voulait voir si certaines des mesures dont il envisageait de recommander la mise en œuvre dans les prisons en vue de prévenir l'infection à VIH étaient jugées acceptables par les détenus, et il voulait vérifier certaines informations obtenues au cours d'entrevues auprès de comités de détenus dans des prisons de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec.

MÉTHODOLOGIE

Instrument

L'instrument choisi était un questionnaire très semblable à celui qui a été distribué au personnel carcéral. Conçu par le coordonnateur de projet du CESP, ce questionnaire devait être aligné sur les objectifs spécifiques de l'étude. Les membres du CESP, des observateurs et certains membres du personnel du SCC ont revu le questionnaire, dont copie vous est fournie en annexe.

Conception de l'étude et collecte des données

Un questionnaire a été envoyé aux comités de détenus des établissements correctionnels fédéraux afin d'obtenir de l'information sur les opinions et préoccupations des détenus au sujet des questions relatives au VIH/SIDA et à l'usage des drogues dans les prisons. Plus particulièrement, les comités de détenus devaient indiquer : (1) les besoins des détenus en matière d'éducation sur le VIH/SIDA et l'usage des drogues; (2) si les détenus devaient avoir plus facilement accès à des condoms; (3) si les détenus devaient être renseignés sur la façon de désinfecter le matériel servant aux injections; (4) si de l'eau de Javel ou des aiguilles stériles devaient être mis à la disposition des détenus; (5) s'il est vrai que les prisonniers hésitent à

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

passer le test de dépistage de peur que les résultats ne soient pas gardés confidentiels; et (6) si l'on doit offrir aux prisonniers la possibilité de subir le test de façon anonyme.

Des copies du questionnaire ont été envoyées dans les établissements correctionnels fédéraux, y compris les centres correctionnels communautaires, en octobre et en décembre 1992 ainsi qu'en janvier 1993. Le questionnaire était plus précisément envoyé au comité de détenus de chaque établissement, qui devait consulter les détenus sur les questions abordées, puis remplir et retourner le questionnaire au coordonnateur de projet du CESP. Le Comité invitait instamment les comités de détenus à informer les prisonniers de leur établissement sur les activités du Comité, afin que les détenus puissent individuellement communiquer avec le CESP pour lui faire part de suggestions, de recommandations ou d'observations au sujet des questions relatives au VIH/SIDA et à l'usage des drogues dans les prisons. La date limite pour le retour du questionnaire était au départ le 15 décembre 1992. Cette date a été reportée deux fois, d'abord au 15 janvier, puis à avril 1993. Pour tenir les comités de détenus informés de ses activités, le CESP joignait des copies de son bulletin, NOUVELLES DU CESP, à ses demandes d'information.

PARTICIPANTS

COMITÉS DE DÉTENUS

Bien que le questionnaire ait été envoyé trois fois, seulement 21 comités de détenus (soit environ 40 %) y ont répondu : trois comités de la région de l'Atlantique du SCC, quatre de la région du Québec, six de la région de l'Ontario, quatre de la région des Prairies, et quatre de la région du Pacifique.

DÉTENUS

Treize détenus ont pris individuellement l'initiative (six de la région du Pacifique, cinq de la région de

l'Ontario et deux de la région du Québec) de remplir le questionnaire.

Étant donné la taille réduite de l'échantillon, les résultats ne sont pas présentés comme représentatifs des opinions et besoins de tous les détenus. Ils fournissent néanmoins une vue d'ensemble de ce que pensent les détenus du Canada sur les questions relatives au VIH/SIDA.

RÉSULTATS

Introduction

Les résultats des questionnaires reçus des comités de détenus sont exposés ci-après. Les résultats du petit échantillon de questionnaires remplis individuellement par des détenus ne sont pris en compte que s'ils présentent un intérêt particulier. Les résultats sont présentés sous les rubriques suivantes :

1. Éducation sur le VIH/SIDA
2. Éducation sur les drogues
3. Distribution de préservatifs
4. Désinfection et échange de seringues
5. Test de dépistage et confidentialité des résultats
6. Groupes de support
7. Autres questions

Pour chaque rubrique, vous trouverez ci-après un bref exposé des réponses fournies à chaque question et, au besoin, le compte rendu de certaines réponses, légèrement adaptées, fournies par des comités de détenus ou par des détenus là où on demandait aux répondants de préciser les raisons justifiant leur réponse. Un tableau résumant les résultats du questionnaire figure à la fin de la présente annexe.

ÉDUCATION SUR LE VIH/SIDA

Information sur le VIH/SIDA

La plupart des comités de détenus (71 %) indiquaient que de l'information sur le VIH/SIDA

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

(plaquettes ou brochures, par exemple) est fournie aux détenus dans leur établissement. Tous les comités des établissements où les détenus ne reçoivent pas d'information sur le VIH/SIDA estimaient que les prisonniers devraient recevoir ce genre d'information.

Programmes d'éducation sur le VIH/SIDA

Un peu moins de la moitié des comités de détenus (44 %) indiquaient que des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA (conférences, présentations vidéo, par exemple) sont offerts aux détenus de leur établissement, ce qui indique que les détenus ont moins accès à des programmes d'«éducation en direct» qu'à des brochures éducatives. Tous les comités de détenus qui ont indiqué que les détenus de leur établissement n'avaient pas accès à des programmes d'éducation «en direct» signalaient que de tels programmes devraient leur être offerts.

Participation aux programmes d'éducation sur le VIH/SIDA

La plupart des comités de détenus (85 %) indiquaient que la participation aux programmes d'éducation devrait être facultative.

Personnes chargées d'offrir l'éducation sur le VIH/SIDA

Environ les deux tiers des comités de détenus (65 %) estimaient que des organismes communautaires ou de santé de l'extérieur devraient être chargés d'offrir les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA aux détenus. Environ 15 % des comités de détenus pensaient que les programmes d'éducation devaient être le résultat d'efforts conjoints combinant les connaissances des agents correctionnels, du personnel médical des prisons, des détenus et de représentants d'organismes communautaires ou de santé de l'extérieur. Un autre 10 % des comités abondaient dans le même sens, sauf pour ce qui est de la participation du personnel correctionnel. Un des comités de détenus optait pour des programmes

d'éducation offerts par des détenus en collaboration avec des organismes communautaires ou de santé de l'extérieur, et un autre proposait des programmes offerts par le personnel médical de la prison exclusivement. Aucun des comités n'optait pour des programmes offerts exclusivement par le personnel correctionnel non-médical, et aucun n'optait non plus pour des programmes offerts seulement par des détenus.

Besoins en information

Soixante-quinze pour cent des comités de détenus indiquaient que les détenus ont besoin d'information ou d'éducation sur «tout» (mise à jour générale sur le VIH/SIDA). À la question où on leur demandait de ranger en ordre de priorité les besoins des détenus, la majorité des comités (79 %) soulignaient le besoin d'information sur la façon de communiquer avec les détenus infectés par le VIH. Soixante et onze pour cent indiquaient un besoin d'information sur la transmission du virus et la prévention, sur le dépistage des anticorps anti-VIH et sur les ressources et les services à la disposition des personnes infectées par le VIH. Les détenus manifestaient aussi de l'intérêt pour de l'information sur l'utilisation sécuritaire de seringues et de drogues (69 %), les symptômes de l'infection à VIH (64 %), les femmes et le VIH/SIDA (64 %) et les traitements (57 %).

ÉDUCATION SUR LES DROGUES

Information sur les drogues

Un peu plus de la moitié des comités de détenus (55 %) ont indiqué que de l'information sur l'usage de drogues (plaquettes ou brochures, par exemple) est donnée aux détenus de leur établissement. Presque tous les comités (90 %) qui indiquaient que de l'information sur l'usage de drogues n'était pas fournie aux détenus de leur établissement ont indiqué que ce genre d'information devrait leur être fournie.

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

Programmes d'éducation sur les drogues

Soixante-huit pour cent des comités de détenus ont signalé que des programmes d'éducation sur l'usage des drogues (conférences et présentations vidéo, par exemple) sont offerts aux détenus de leur établissement, ce qui indique que pour l'éducation sur les drogues, contrairement à ce qu'on a vu au sujet de l'éducation sur le VIH/SIDA, l'«éducation en direct» occupe plus de place que la distribution de brochures éducatives. Tous les comités de détenus qui déclaraient que des programmes d'éducation «en direct» ne sont pas offerts aux détenus de leur établissement ont indiqué que ces programmes devraient être mis à la disposition des détenus.

Participation aux programmes d'éducation sur les drogues

Presque tous les comités (89 %) étaient d'avis que la participation aux programmes d'éducation sur l'usage de drogues devrait être facultative.

Personnes chargées d'offrir des programmes d'éducation sur l'usage des drogues

La plupart des comités de détenus (87 %) manifestaient de l'intérêt pour des programmes d'éducation offerts par des organismes communautaires ou de santé de l'extérieur. Un comité était d'avis que ces programmes devraient être offerts par des organismes communautaires ou de santé de l'extérieur et par des détenus, et un autre que les programmes devraient être offerts par des représentants de tous les groupes. Aucun comité ne manifestait d'intérêt pour des programmes d'éducation offerts par un groupe unique, tel que le personnel correctionnel, le personnel médical de la prison ou d'autres détenus.

DISTRIBUTION DE PRÉSERVATIFS

Moyens de mettre des condoms à la disposition des détenus

Dans les établissements fédéraux, différents moyens sont utilisés pour mettre des condoms à la disposition des détenus. Dans bon nombre

d'établissements des condoms sont distribués «au poste de soins infirmiers ou à l'infirmerie, sur demande». Un détenu a exprimé les réserves suivantes à l'égard de cette méthode : «Les détenus doivent faire appel aux services de soins de santé et demander eux-mêmes des condoms, habituellement à une infirmière. Voilà pourquoi, bon nombre de détenus n'en demandent pas. De plus, la demande doit être faite en présence d'autres détenus.» Dans d'autres établissements, les condoms sont mis à la disposition des détenus dans les «rangées de cellules», dans des «distributeurs automatiques dans les salles de douche», sur des «étagères dans la buanderie» et dans d'autres «endroits discrets et accessibles». Dans certains cas, «des condoms sont distribués au représentant du comité de détenus de chaque unité. La façon dont celui-ci assure la distribution des condoms par la suite varie.» Le nombre de condoms distribués varie grandement d'un établissement à l'autre. Dans certains cas, les détenus reçoivent un condom par demande, tandis que dans d'autres établissements les condoms sont distribués en nombre illimité. Un comité de détenus a souligné qu'il importe que les condoms soient distribués gratuitement. Selon ce comité, «il est certain que les condoms ne doivent pas être vendus. Si un prix est attaché aux condoms, moins de détenus s'en procureront.»

Autres moyens de mettre des condoms à la disposition des détenus

Près de la moitié des comités de détenus (47 %) ont proposé d'autres moyens de distribution de condoms. Ils proposaient notamment que des condoms soient mis à la disposition des détenus «dans le gymnase», «dans la cour extérieure», «à la cantine» et «un peu partout dans l'établissement». Un comité de détenus s'est dit d'avis que des condoms «devraient être offerts dans des distributeurs ou distribués à tous les détenus. Cette méthode éliminerait toute forme d'intimidation.»

Distribution de condoms à l'entrée et à la sortie de prison

Environ la moitié des comités de détenus (52 %) ont indiqué que des condoms devraient être remis

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

à chaque prisonnier à son entrée en prison (dans une trousse de premiers soins ou de promotion de la santé, par ex.), et 76 % que des condoms devraient être remis à chaque prisonnier à sa sortie de prison, dans une «trousse de départ».

DÉSINFECTION ET ÉCHANGE DE SERINGUES

Montrer aux prisonniers comment désinfecter le matériel servant aux injections

La plupart des comités de détenus (80 %) favorisent des initiatives visant à montrer aux détenus comment désinfecter le matériel servant aux injections (aiguilles et seringues, aiguilles de tatouage, etc.). Plus de comités de détenus encore (86 %) pensaient que de l'eau de Javel devrait être mise à la disposition des détenus. Un comité de détenus s'est prononcé dans ce sens, mais seulement dans des endroits spécifiques où, par exemple, «un détenu pourrait être chargé de désinfecter les aiguilles». Quelques comités de détenus étaient contre la mise à la disposition des détenus d'eau de Javel, «parce que ce genre d'initiative ne ferait qu'encourager les détenus à se faire tatouer» ou «parce que l'eau de Javel pourrait être utilisée comme arme». Un comité se demandait «pourquoi ne pas mettre en place un programme confidentiel d'échange d'aiguilles, qui serait mis en œuvre par le personnel médical dans les prisons? Et pourquoi ne pas demander à des tatoueurs professionnels d'aller dans les prisons offrir leurs services à ceux qui veulent des tatouages?»

Programme d'échange de seringues à l'intention des prisonniers

Les comités de détenus (74 %) favorisaient l'instauration de programmes d'échange de seringues à l'intention des prisonniers. Les comités proposaient quelques méthodes possibles. Certains d'entre eux étaient d'avis que ces programmes «devraient être offerts par des organismes de santé de l'extérieur qui feraient des visites en prison», et d'autres que ces programmes devraient être offerts en prison, dans des endroits retirés où aucun membre du

personnel du SCC ne pourrait vérifier qui y fait appel». D'autres comités étaient d'avis que «l'infirmerie devrait être chargée d'offrir un programme d'échange de seringues de façon à ce que le personnel médical puisse s'assurer que toutes les exigences qui s'appliquent en matière de santé et de sécurité sont respectées. Cette méthode serait un très bon moyen d'assurer le respect de l'anonymat.» Par ailleurs, d'autres comités de détenus pensaient que des programmes d'échange de seringues pourraient être offerts par «les comités de détenus dans le local qui leur est réservé. Les seringues utilisées pourraient être remises au personnel médical qui pourrait les jeter de façon sécuritaire.» «Aucune question ne serait posée, aucun nom ne serait mentionné.» Un autre comité a indiqué qu'il suffirait pour instaurer un programme d'échange de seringues de charger un détenu (dont le choix devrait être approuvé par les autres détenus) de mettre en œuvre un tel programme dans les unités de résidence. Un détenu en faveur de la mise en place de programmes d'échange de seringues a ajouté que «ces programmes devraient aussi servir à convaincre les détenus de ne pas s'injecter de la drogue».

Les quelques comités qui n'étaient pas en faveur de la mise en place de programmes d'échange de seringues à l'intention des prisonniers pensaient que ce genre de programmes pouvaient «favoriser l'usage de drogues illégales». «Si une pratique est illégale dans la rue, pourquoi la promouvoir en milieu confiné?» D'autres soulignaient que «l'injection de drogue et le tatouage sont des activités illégales. Jamais les prisonniers ne se jetteraient ainsi dans la gueule du loup - les programmes d'échange de seringues ne marcheraient pas», à plus forte raison «si le personnel carcéral en assure la surveillance.» Un comité s'est dit d'avis qu'un programme d'échange de seringues «ne laisse pas d'espoir aux détenus de s'en sortir. Or, avec les excellents programmes d'aide aux toxicomanes offerts en prison, il est facile de renoncer à la drogue.» Un détenu n'était pas d'accord pour qu'on «ferme les yeux sur l'usage de drogues dures», et il proposait des méthodes de rechange telles que la distribution de méthadone aux prisonniers. Un

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

autre a informé le CESP «qu'il avait entendu des détenus qui ne font pas actuellement usage de drogues injectables déclarer qu'ils ont hâte qu'un programme d'échange de seringues soit instauré afin de pouvoir s'adonner à ce mode de consommation de drogues. Est-il souhaitable qu'on facilite ce genre de pratique? Veut-on faire augmenter la consommation de drogue? Va-t-on aussi distribuer de la drogue, afin de s'assurer que la drogue consommée est de la meilleure qualité? Il n'y a pas de fin à ça.»

TEST DE DÉPISTAGE ET CONFIDENTIALITÉ DES RÉSULTATS

En général, les comités de détenus (75 %) craignaient que les détenus hésitent à passer un test de peur que les résultats ne soient pas gardés confidentiels dans leur établissement. En conséquence, la plupart des comités de détenus (80 %) souhaitaient que les détenus puissent subir un test administré par une personne ou un groupe n'ayant aucun lien avec le système carcéral (un médecin ou un organisme de l'extérieur, par exemple), et presque autant de comités (75 %) étaient en faveur de tests anonymes.

Les comités de détenus étaient en faveur d'un système prévoyant que «seul le personnel médical a accès aux résultats des tests et que ceux-ci ne sont divulgués à personne d'autre.» On était d'avis que «mis à part le personnel médical, aucun membre du personnel ne devrait avoir accès à l'information médicale», et qu'on devait «considérer un diagnostic positif comme une question strictement médicale, et non comme une question de sécurité.» Si jamais cette information était divulguée aux agents de sécurité, il faudrait que «ces derniers sachent comment traiter cette information de façon responsable et professionnelle, parce qu'il peut arriver qu'il soit nécessaire, pour le bien du détenu, de communiquer l'information à quelqu'un.» Certains détenus estiment que «des tests totalement anonymes administrés par des organismes de l'extérieur sont le seul moyen d'assurer le respect du caractère confidentiel des résultats.» Un détenu a indiqué que cette question ne revêtirait pas autant d'importance si on pouvait «faire en

sorte que tous les citoyens soient bien renseignés sur le VIH», car «on a affaire à un problème qui transcende les frontières culturelles et sociales» et «qui touche tout le monde de quelque façon.»

GROUPES DE SUPPORT

Quelques comités de détenus (15 %) ont indiqué qu'il existait dans leur établissement un groupe de support pour les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida. La plupart des comités (73 %) étaient en faveur de la mise sur pied de tels groupes.

AUTRES QUESTIONS

Certains comités de détenus et des détenus ont profité de l'occasion qui leur était offerte pour mentionner d'autres questions qui les préoccupent au sujet du VIH/SIDA ou de l'usage des drogues ou ont fait des observations plus détaillées dans l'espace prévu à cette fin. Quelques détenus souhaitaient avoir «plus d'information sur l'hépatite B» et la «tuberculose». Un autre détenu soulignait, lui, l'importance de l'éducation :

Il est tellement triste qu'à notre époque des gens croient qu'on peut être contaminé par le virus en embrassant quelqu'un, en utilisant un téléphone public, etc. En rendant l'éducation obligatoire dans les écoles et au travail, on apaiserait bien des craintes non fondées et on inciterait les gens à être plus compréhensifs et compatissants à l'égard des personnes atteintes d'une maladie qui est de plus en plus répandue et qui touche chacun d'entre nous.

Bon nombre de détenus et de comités de détenus étaient préoccupés par la question des programmes sur les drogues et celle de l'usage des drogues dans les prisons. Ainsi, un détenu a indiqué que «l'on craint que l'injection de drogue dans les prisons continuera d'être considérée comme une question criminelle, et non comme une question médicale. En conséquence, de plus en plus de prisonniers seront à risque de contracter ou de transmettre le virus.» Un comité de détenus a pour sa part souligné le besoin de modifier les programmes actuels sur les drogues :

Résultats du questionnaire destiné aux détenus

Dans la région du Pacifique, environ 90 % des prisonniers prennent de la drogue, et la plupart d'entre eux n'ont aucun intérêt à changer leur comportement à cet égard. Ceux qui participent à des programmes de lutte contre les toxicomanies considèrent ces programmes comme une perte de temps – on y dissémine des informations périmées ou fausses. Dans la plupart des cas, ces programmes sont offerts par des membres du personnel du SCC qui n'ont aucune expérience personnelle de consommation de drogue. Ces programmes sont un échec. La seule raison pour laquelle bon nombre de détenus y participent est qu'ils ne pourraient pas autrement obtenir une libération conditionnelle ou un transfert.

CONCLUSION

À plus d'un titre, les résultats du questionnaire destiné aux détenus sont similaires à ceux du questionnaire destiné au personnel. Dans tous les cas, les réponses fournies soulignaient le besoin d'éducation sur le VIH/SIDA et sur les drogues. Néanmoins, tandis que bon nombre des membres du personnel indiquaient que les programmes d'éducation pouvaient ou devaient être offerts par le personnel du SCC ou de Santé Canada, une vaste majorité de détenus étaient d'avis que ces programmes devaient être offerts par des groupes de l'extérieur. Cette constatation corrobore la position du CESP concernant la nécessité que l'éducation offerte aux détenus soit à tout le moins complétée par un apport de groupes de l'extérieur, parce que les détenus seront vraisemblablement

plus enclins à faire confiance à des personnes de l'extérieur et ils se sentiront plus à l'aise de discuter avec elles de questions délicates telles que la sexualité et la consommation de drogue.

Fait non surprenant, les comités de détenus étaient plus en faveur de certaines mesures visant à prévenir la transmission du VIH dans les prisons que ne l'était le personnel. Plus particulièrement, une majorité de comités voyaient d'un bon œil non seulement qu'on montre aux détenus comment désinfecter le matériel servant aux injections et qu'on mette de l'eau de Javel à leur disposition, mais aussi qu'on mette en place un programme d'échange de seringues dans les prisons. Et ils proposaient des moyens d'atteindre ces objectifs. Dans son rapport, le CESP traite à fond de la question des tests de dépistage et de la confidentialité des résultats. Les réponses au questionnaire corroborent les commentaires que le Comité avait déjà entendus dans ses entretiens avec des détenus : ceux-ci craignent que les résultats de tests de dépistage de l'anti-VIH ne soient pas gardés confidentiels. Deux des mesures proposées par le CESP pour atténuer cette crainte, soit faire en sorte que les tests soient administrés par des organismes de l'extérieur et que les détenus puissent subir des tests anonymes, ont été largement appuyées par les comités de détenus qui ont participé à l'enquête. Il faudra, si l'on veut que plus de détenus puissent passer un test de dépistage sans avoir à craindre que les résultats ne soient divulgués, que l'on donne suite le plus rapidement possible aux recommandations du CESP.

Sommaire des résultats

	Pourcentage de réponses positives
Sensibilisation des détenus au VIH et au SIDA	
1. Est-il d'usage dans votre établissement de distribuer de la documentation (plaquettes, brochures, etc.) sur le VIH et le SIDA aux détenus?	71
Dans la négative, devrait-on en distribuer à chaque détenu?	100
2. Existe-t-il dans votre établissement des programmes éducatifs sur le VIH et le SIDA (conférences, présentations vidéo, etc.) à l'intention des détenus?	44
Dans la négative, devrait-il y avoir de tels programmes?	100
La participation à ces programmes devrait-elle être	
• facultative	85
• obligatoire	15
Qui devrait être chargé de donner cette formation aux détenus?	
• des membres du personnel correctionnel	0
• des membres du personnel médical de la prison	5
• d'autre détenus	0
• des organismes de santé ou des organisations communautaires	65
• de l'extérieur	15
• des membres du personnel médical de la prison, d'autres détenus, et des organismes de santé ou des organisations communautaires	10
• d'autres détenus, et des organismes de santé ou des organisations communautaires	5
Un plus grand nombre d'information ou d'autres efforts de sensibilisation sont-ils nécessaires en ce qui concerne:	
• le problème en général (mise à jour générale des informations) recueillies jusqu'ici sur le VIH et le SIDA	75
• la transmission et la prévention	71
• les symptômes	64
• le traitement/ les moyens de guérison	57
• l'utilisation sécuritaire des seringues et des drogues	69
• le test de dépistage de l'anti-VIH	71
• la manière de communiquer avec les personnes séropositives	79
• les femmes, le VIH et le SIDA	64
• les ressources et services à la disposition des personnes infectées par le VIH	71

Sommaire des résultats

	Pourcentage de réponses positives
Sensibilisation aux drogues	
1. Est-il d'usage dans votre établissement de distribuer de la documentation (plaquettes, brochures, etc.) sur l'usage de la drogue aux détenus?	55
Dans la négative, devrait-on en distribuer à chaque détenu?	90
2. Existe-t-il dans votre établissement des programmes éducatifs sur l'usage de la drogue (conférences, présentations vidéo, etc.) à l'intention des détenus?	68
Dans la négative, devrait-il y avoir de tels programmes?	100
La participation à ces programmes devrait-elle être	
• facultative	89
• obligatoire	11
Qui devrait être chargé de donner cette formation aux détenus?	
• des membres du personnel correctionnel	0
• des membres du personnel médical de la prison	0
• d'autre détenus	0
• des organismes de santé ou des organisations communautaires de l'extérieur	87
• toutes ces réponses	7
• d'autres détenus et des organismes de santé ou des organisations communautaires de l'extérieur	7
Distribution de préservatifs	
1. Faudrait-il prévoir d'autres moyens de distributions?	47
2. Devrait-on distribuer une trousse de préservatifs à chaque détenu au moment de son arrivée à la prison?	52
3. Devrait-on inclure des préservatifs dans les trousses qui sont remises à chaque détenu à sa sortie de prison?	76

Sommaire des résultats

	Pourcentage de réponses positives
Désinfection et échange des seringues	
1. Devrait-on apprendre aux détenus comment bien désinfecter tout ce qui sert aux injections (seringues, aiguilles pour tatouages, etc.)?	80
2. Devrait-on mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus?	86
3. Devrait-on instaurer un programme d'échange des seringues et des aiguilles permettant aux détenus de troquer une seringue utilisée contre une seringue neuve et donc propre?	74
Test de dépistage et confidentialité des résultats	
1. Redoute-on dans votre établissement que les prisonniers hésitent à passer le test de crainte que les résultats ne soient pas tenus confidentiels?	75
2. Les prisonniers devraient-ils pouvoir s'adresser pour ce test à un médecin ou un organisme de l'extérieur, n'ayant rien à voir avec le système correctionnel?	80
3. Devrait-on prévoir des tests anonymes, soit des tests dont ni la personne qui les administre, ni le système correctionnel, mais seul le prisonnier pourrait connaître les résultats?	75
Groupes de support	
1. Existe-t-il des groupes de support pour les gens infectés par le VIH ou qui ont le SIDA dans votre institution?	15
Dans l'affirmative, préciser comment ils sont organisés. Décrivez leurs activités.	73
Autres questions	
1. Y a-t-il d'autres questions qui vous préoccupent au sujet du VIH et du SIDA ainsi que de l'usage de la drogue dans les prisons?	32



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 Comité d'experts sur le sida et les prisons a été créé par le Solliciteur général du Canada le 15 juin 1992. L'objectif du Comité est de seconder le gouvernement fédéral dans les trois tâches suivantes:

1. promouvoir la santé chez les détenus;
2. protéger le personnel;
3. prévenir la transmission du VIH et autres maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux.

Pour ce faire, nous devons obtenir le plus de renseignement possible. Le questionnaire ci-joint est envoyé aux comités des détenus de tous les pénitenciers fédéraux. Nous invitons les comités des détenus à examiner les questions soulevées dans le questionnaire, à répondre à celui-ci de manière aussi détaillée que possible et de le renvoyer à l'adresse ci-dessous dans les plus brefs délais, car nous devons terminer notre travail cet hiver.

Nous aimerions également connaître les préoccupations et les opinions personnelles des prisonniers concernant le VIH/SIDA et l'utilisation des drogues dans les prisons. Nous exhortons les prisonniers qui aimeraient communiquer au Comité leurs suggestions, recommandations ou commentaires concernant le VIH/SIDA et l'utilisation des drogues dans les prisons, à nous écrire à l'adresse ci-dessous, avant le 15 décembre 1992.

Nous joignons à la présente un exemplaire du journal du Comité et nous vous enverrons les numéros suivants afin de vous tenir au courant de nos activités.

N'hésitez pas à nous écrire si vous désirez obtenir tout complément d'information sur notre travail, si vous avez des questions à nous poser ou s'il y a des sujets pertinents sur lesquels vous aimeriez voir notre comité se pencher.

Veuillez agréer, (Madame)(Monsieur), l'expression de mes sentiments distingués.

Ralf Jürgens, LL. M., J.S.D.
Le coordonnateur de projet du CESP

Coordonnateur de projet du CESP
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

Copie du questionnaire destiné aux détenus

Sensibilisation des détenus au VIH et au SIDA

1. Est-il d'usage dans votre établissement de distribuer de la documentation (plaquettes, brochures, etc.) sur le VIH et le SIDA aux détenus?

☐ oui
☐ non

Dans la négative, devrait-on en distribuer à chaque détenu?

☐ oui
☐ non

2. Existe-t-il dans votre établissement des programmes éducatifs sur le VIH et le SIDA (conférences, présentations vidéo, etc.) à l'intention des détenus?

☐ oui
☐ non

Dans la négative, devrait-il y avoir de tels programmes?

☐ oui
☐ non

La participation à ces programmes devrait-elle être

- facultative ☐
– obligatoire ☐

Qui devrait être chargé de donner cette formation aux détenus?

- des membres du personnel correctionnel ☐
– des membres du personnel médical de la prison ☐
– d'autre détenus ☐
– des organismes de santé ou des organisations communautaires de l'extérieur ☐

Un plus grand nombre d'information ou d'autres efforts de sensibilisation sont-ils nécessaires en ce qui concerne:

- le problème en général (mise à jour générale des informations recueillies jusqu'ici sur le VIH et le SIDA) ☐
– la transmission et la prévention ☐
– les symptômes ☐
– le traitement/ les moyens de guérison ☐
– l'utilisation sécuritaire des seringues et des drogues ☐
– le test de dépistage de l'anti-VIH ☐
– la manière de communiquer avec les personnes séropositives ☐
– les femmes, le VIH et le SIDA ☐
– les ressources et services à la disposition des personnes infectées par le VIH ☐

Copie du questionnaire destiné aux détenus

Sensibilisation aux drogues

1. Est-il d'usage dans votre établissement de distribuer de la documentation (plaquettes, brochures, etc.) sur l'usage de la drogue aux détenus?

☐ oui
☐ non

Dans la négative, devrait-on en distribuer à chaque détenu?

☐ oui
☐ non

2. Existe-t-il dans votre établissement des programmes éducatifs sur l'usage de la drogue (conférences, présentations vidéo, etc.) à l'intention des détenus?

☐ oui
☐ non

Dans la négative, devrait-il y avoir de tels programmes?

☐ oui
☐ non

La participation à ces programmes devrait-elle être

- facultative ☐
– obligatoire..... ☐

Qui devrait être chargé de donner cette formation aux détenus?

- des membres du personnel correctionnel ☐
– des membres du personnel médical de la prison..... ☐
– d'autre détenus ☐
– des organismes de santé ou des organisations communautaires de l'extérieur ☐

Distribution de préservatifs

1. Comment les détenus peuvent-ils se procurer des préservatifs dans votre établissement?
2. Faudrait-il prévoir d'autres moyens de distributions?

☐ oui
☐ non

Dans l'affirmative, préciser (distributeurs automatiques, vente à la cantine, boîtes de préservatifs dans les salles de douche, etc.)

3. Devrait-on distribuer une trousse de préservatifs à chaque détenu au moment de son arrivée à la prison?

☐ oui
☐ non

Copie du questionnaire destiné aux détenus

4. Devrait-on inclure des préservatifs dans les trousseaux qui sont remis à chaque détenu à sa sortie de prison?

☐ oui
☐ non

Désinfection et échange des seringues

1. Devrait-on apprendre aux détenus comment bien désinfecter tout ce qui sert aux injections (seringues, aiguilles pour tatouages, etc.)?

☐ oui
☐ non

2. Devrait-on mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus?

☐ oui
☐ non

Dans la négative, pourquoi?

3. Devrait-on instaurer un programme d'échange des seringues et des aiguilles permettant aux détenus de troquer une seringue utilisée contre une seringue neuve et donc propre?

☐ oui
☐ non

Dans l'affirmative, préciser comment l'instaurer (qui devrait l'administrer, où, etc.)

Dans la négative, précisez les raisons pour lesquelles vous vous opposez à cette idée.

Test de dépistage et confidentialité des résultats

1. Redoute-on dans votre établissement que les prisonniers hésitent à passer le test de crainte que les résultats ne soient pas tenus confidentiels?

☐ oui
☐ non

Copie du questionnaire destiné aux détenus

Les prisonniers devraient-ils pouvoir s'adresser pour ce test à un médecin ou un organisme de l'extérieur, n'ayant rien à voir avec le système correctionnel?

- ☐ oui
- ☐ inutile

Devrait-on prévoir des tests anonymes, soit des tests dont ni la personne qui les administre, ni le système correctionnel, mais **seul** le prisonnier pourrait connaître les résultats?

- ☐ oui
- ☐ inutile

Existe-t-il d'autres moyens d'apaiser ou d'éliminer les craintes quant à la confidentialité des résultats des tests? Précisez.

Groupes de support

Existe-t-il des groupes de support pour les gens infectés par le VIH ou qui ont le SIDA dans votre institution?

- ☐ oui
- ☐ inutile

Dans l'affirmative, préciser comment ils sont organisés. Décrivez leurs activités.

Dans la négative, devrait-il y avoir de tels groupes?

- ☐ oui
- ☐ inutile

Autres questions

Y a-t-il d'autres questions qui vous préoccupent au sujet du VIH et du SIDA ainsi que de l'usage de la drogue dans les prisons?

- ☐ oui
- ☐ pas pour l'instant

Dans l'affirmative, quelles sont-elles et que peut-on faire?

LE VIH/SIDA

EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation

ANNEXE 7

Communication de renseignements médicaux sur les détenus : Analyse juridique et éthique*

[TRADUCTION]

Selon la présomption réfutable régissant la confidentialité des renseignements médicaux, y compris dans le cas du SIDA, tous ont droit au respect de leurs droits à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité, qui ne peuvent être violés que pour des raisons très sérieuses et avec une justification adéquate. Une partie de cette justification consiste à établir qu'on ne dispose d'aucun moyen moins envahissant et moins intrusif de protéger autrui et que le moyen utilisé est nécessaire à l'atteinte de cet objectif et susceptible d'être efficace¹.

[I]l arrive que d'autres intérêts sociaux prennent le pas sur la protection de la vie privée².

INTRODUCTION

Ces deux citations illustrent la complexité de la question de la confidentialité relativement à l'infection à VIH. Le problème devient encore plus délicat lorsqu'il concerne des collectivités fermées, comme les prisons. Le présent document porte sur certaines des questions soulevées dans les établissements correctionnels fédéraux par la production et la communication de renseignements médicaux personnels touchant l'infection à VIH. En premier lieu, les auteurs cherchent à déterminer si les renseignements médicaux sur les détenus de ressort fédéral – les renseignements considérés comme confidentiels entre le personnel médical et un détenu – peuvent être communiqués sans le consentement du détenu. En deuxième lieu, ils tentent de savoir quelles conditions ou quels critères permettent de déterminer si une telle communication est justifiable du point de vue de l'éthique et du droit et, si elle l'est, quelles conditions s'y appliquent. En troisième lieu, ils analysent des cas précis pouvant donner lieu à une demande de communication de renseignements. Enfin, ils commentent une analyse récente sur la

* Ce document a été préparé par Ralf Jürgens, Coordonnateur de projet du CESP, et par Dr Norbert Gilmore, Président du CESP. Les auteurs désirent remercier le prof. M.A. Somerville pour sa contribution à la rédaction du document.

1. M.A. SOMERVILLE, «AIDS: A Challenge to Health Care, Law, and Ethics», dans D. SNOWDEN et D.F. CASSIDY, éd., *AIDS: A Handbook for Professionals*, 1989, 200-220, 211.
2. Le Commissaire à la protection de la vie privée, *Le SIDA et la Loi sur la protection des renseignements personnels*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1989, 2.

confidentialité dans les établissements correctionnels fédéraux au Canada et la communication de renseignements médicaux sur les détenus³.

ANALYSE DES ASPECTS JURIDIQUES, ÉTHIQUES ET SOULEVÉS PAR LES POLITIQUES CARCÉRALES

L'obligation de confidentialité

LE DROIT

En droit, les médecins ont une obligation de confidentialité envers leurs patients⁴. Tous les renseignements résultant d'une relation médecin-patient doivent être tenus confidentiels : le patient a droit à la confidentialité et le médecin a une obligation à cet égard⁵. Cette obligation est reconnue en common law⁶ et est souvent reprise dans les lois⁷. En outre, dans l'arrêt *McInerney c. MacDonald*, la Cour suprême du Canada a qualifié de «fiduciaire» la relation médecin-patient et a statué que certains devoirs découlent de cette relation de confiance particulière :

Parmi ceux-ci, il y a le devoir du médecin d'agir en toute bonne foi et avec le plus grand dévouement, et de préserver le caractère

confidentiel des renseignements obtenus d'un patient ou à son sujet. [...] Quand un patient communique des renseignements personnels dans le contexte d'une relation médecin-patient, il le fait en s'attendant légitimement à ce que ces devoirs soient remplis⁸.

La Cour suprême a poursuivi en disant que, quoique le médecin soit le propriétaire du dossier médical en tant que support, il doit utiliser son contenu pour le profit du patient et que, «[c]omme l'information est confiée au médecin à des fins médicales, il en résulte une attente de la part du patient qu'il continuera d'avoir un droit et d'exercer un contrôle sur cette information⁹.»

Dans la décision *Hay v. University of Alberta Hospital*¹⁰, le juge Picard a décrit ainsi le droit à la confidentialité :

[TRADUCTION]

La relation entre un médecin et son patient est confidentielle, mais le patient peut renoncer à ce droit à la confidentialité. En effet, la confidentialité constitue un attribut important de la relation entre un médecin et son patient, un attribut essentiel pour favoriser une communication franche entre le médecin et son patient. Le patient peut expressément renoncer à ce droit ou on peut juger qu'il l'a

3. Note de service de M.H. Zazulak, avocat général, Service correctionnel du Canada, au Dr J.H. Roy, directeur général, Services de santé, le 13 juillet 1992, sur la communication de renseignements médicaux sur les détenus – VIH, etc. – le besoin de savoir.

4. D.G. CASSWELL, «Disclosure by a Physician of AIDS-related Patient Information: An Ethical and Legal Dilemma», (1989) 68 *R. du B. can.* 225-258, 228, avec d'autres références.

5. N. GILMORE, et M.A. SOMERVILLE, *Physicians, Ethics and AIDS*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1989, 21.

6. CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 228, note 12 en référence à *A.B. v. C.D.*, (1851) 14 Sess. Cas. (Second Series) 177 (Scot. Ct. Sess.); *Re Inquiry into the Confidentiality of Health Records in Ontario*, (1979) 98 D.L.R. (3d) 704, 714, 24 O.R. (2d) 545, 555 (C.A. Ont.), le juge d'appel Dubin, pour la majorité : [TRADUCTION] «Les membres de la profession médicale ont une obligation de confidentialité envers leurs patients. Ils sont tenus de ne donner aucun renseignement touchant l'état de leurs patients ou les services professionnels qu'ils rendent [...]».

7. Pour une liste des lois provinciales reconnaissant l'obligation de confidentialité, voir CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 228, note 13 : la *Health Disciplines Act Medicine Regulation*, R.R.O. 1980, Règlement n° 448, art. 27.22; la Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q. (1977), ch. C-12, art. 9; la *Loi médicale*, L.R.Q. (1977), ch. M-9, art. 42, et le *Code de déontologie des médecins*, L.R.Q. (1981), ch. M-9, r. 4, art. 3.01. Voir également l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans *Frenette c. Métropolitaine (La)*, *cié d'assurance-vie*, [1992] 1 R.C.S. 647-696, 666 : «Au Québec, les dossiers hospitaliers (art. 7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*) ainsi que les renseignements révélés à un médecin en raison de sa profession (deuxième alinéa de l'art. 9 de la *Charte* et art. 42 de la *Loi médicale*) jouissent de la protection de la loi qui les place sous le sceau de la confidentialité. Le droit à la non-divulgaration de renseignements confidentiels en général est également prévu au premier alinéa de l'art. 9 de la *Charte*.» Voir aussi p. 673.

8. *McInerney c. MacDonald*, [1992] 2 R.S.C. 138, 149, avec de nombreuses références.

9. *Id.*, 151.

10. (1990) 69 D.L.R. (4th) 755 (C.B.R. Alb.), cité dans *Frenette*, 688.

fait implicitement d'après les actes qu'il a accomplis. En d'autres cas, l'existence d'un intérêt public supérieur ou d'une directive législative peut justifier un médecin de divulguer des renseignements sur son patient. En l'absence de ces circonstances, le droit demeure et le médecin qui divulgue des renseignements confidentiels pourrait faire l'objet d'une poursuite pour violation du caractère confidentiel, une possibilité qui suscite manifestement certaines préoccupations chez les médecins¹¹.

Comme l'a déclaré la Cour suprême du Canada, le devoir de confidentialité qui découle de la relation médecin-patient vise à favoriser la divulgation de renseignements par le patient à son médecin et à encourager la communication¹². Il faut inciter les patients à demander d'être traités sans crainte que leur maladie, leur état ou leur traitement soient divulgués. En outre, [TRADUCTION] «le fait d'encourager les patients à se présenter pour être traités profite non seulement aux patients eux-mêmes, mais également à ceux qui peuvent risquer l'infection; c'est dire que conserver la confiance du patient n'est pas seulement dans l'intérêt de ce dernier, mais également dans l'intérêt public¹³.»

L'obligation de confidentialité peut même être garantie par la Constitution¹⁴. De plus, dans la majorité des provinces et territoires, les médecins sont expressément tenus par la loi de préserver la confidentialité des renseignements sur les patients, relativement aux maladies transmissibles, incluant le SIDA¹⁵.

Au niveau fédéral, la *Loi sur la protection des renseignements personnels*¹⁶ vise à protéger les Canadiens contre la collecte et la diffusion non justifiées de renseignements personnels à leur sujet, par les institutions et les fonctionnaires fédéraux. Mentionnons, entre autres mesures de dissuasion contre la communication de renseignements personnels pouvant s'appliquer dans ce cas, la responsabilité résultant de la communication injustifiée ou non autorisée et de l'usage abusif de tels renseignements après leur communication, ainsi que les recours pouvant être exercés en cas d'abus résultant d'une telle communication, par exemple la protection contre la discrimination.

LES OBLIGATIONS ÉTHIQUES

Les médecins ont également l'obligation éthique de préserver la confidentialité des renseignements fournis par leurs patients. Cette obligation a son origine dans le Serment d'Hippocrate, établi au IV^e siècle av. J.-C., qui contient ce vœu :

Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas¹⁷.

Le *Code de déontologie* de l'Association médicale canadienne exige que le médecin respecte les confidences reçues de son patient et ne divulgue

11. *Id.*, 757-758.

12. *McInerney, précité*, note 8, 153.

13. CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 229.

14. CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 228, note 14, référence à E.I. PICARD, *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, 2^e éd., 1984, 8, n. 51, se reportant à la *Charte canadienne des droits et libertés*, *Loi constitutionnelle de 1982*, partie I, art. 7.

15. Pour un aperçu des lois et règlements qui exigent la confidentialité des renseignements sur les patients relativement aux maladies contagieuses, infectieuses, transmissibles et à déclaration obligatoire, voir CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 255 (tableau A); R. JÜRGENS, N. GILMORE et M. SOMERVILLE, mai 1992, mise à jour de J. HAMBLIN, M. DUCKETT, M.A. SOMERVILLE, N. GILMORE et S. ZIMMERMAN, *Responding to HIV/AIDS in Canada*, Carswell, Toronto, 1990.

16. L.R.C. (1985), ch. P-21.

17. Le Serment d'Hippocrate, *Grand Larousse universel*, tome 13, 1985, 9513.

Jürgens et Gilmore : Communication de renseignements médicaux sur les détenus

ces renseignements qu'avec la permission du patient, ou si la loi l'y oblige¹⁸.

Pour ce qui est du VIH/SIDA, on a dit que, [TRADUCTION] «selon un principe général de l'éthique médicale, le médecin qui a connaissance de résultats positifs ou même d'un diagnostic confirmé de SIDA doit protéger la confidentialité de ces renseignements et en éviter la communication¹⁹.»

LA POLITIQUE CARCÉRALE

Le principe général selon lequel les renseignements médicaux sont confidentiels s'applique également aux établissements correctionnels fédéraux. Les détenus ont les mêmes droits, notamment les droits à l'autonomie, à l'inviolabilité et à la confidentialité, que tous les autres Canadiens, sauf lorsque ces droits sont nécessairement abrogés du fait de l'emprisonnement²⁰.

On a dit que, [TRADUCTION] «à moins d'une preuve claire et convaincante qu'une personne incarcérée

est susceptible de transmettre le VIH, la menace générale de la transmission du VIH dans les établissements correctionnels ne peut justifier une recherche obligatoire²¹.» Cette conclusion s'explique notamment par le fait qu'une telle recherche présenterait un risque grave pour les droits à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels des personnes incarcérées et les exposerait à un préjudice par ailleurs évitable, [TRADUCTION] «ce qui est injustifiable lorsqu'il existe d'autres mesures de lutte contre la transmission du VIH²².»

Les Directives du Commissaire du Service correctionnel du Canada («SCC») affirment expressément que les renseignements médicaux sur les détenus sont confidentiels²³. Voici le texte des directives pertinentes :

Les détenus ont le même droit que le grand public à la confidentialité des renseignements obtenus par un professionnel de la santé.
[DC 835.12]

Tous les diagnostics d'infection à VIH seront inscrits dans la partie «Problèmes» des

18. L'article 6 du *Code de déontologie* de l'Association médicale canadienne prévoit ce qui suit : «Pour se conformer à la déontologie médicale, le médecin doit : respecter les confidences reçues de ses malades ou collègues et ne divulguer ces renseignements qu'avec la permission du malade, sauf lorsque la loi l'y oblige». Cité dans CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 226, note 3.
19. R. BELITZKY et R.A. SOLOMON, «Doctors and Patients: Responsibilities in a Confidential Relationship» dans L.H. DALTON et S. BURRIS (éd.), *AIDS and the Law: A Guide for the Public*, New Haven, Yale University Press, 1987, 201-209, 202.
20. Lord Wilberforce dans *Raymond v. Honey*, (1982) cité dans S. SHAW, «Prisoners' Rights», dans P. SIEGHART, éd., *Human Rights in the United Kingdom*, London, Pinter Publishers, 1988, 40-49, 40; voir également les *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus de 1990*, Nations Unies, Annexe à la résolution 45/111 de l'Assemblée générale du 14 décembre 1990, par. 5.
21. M.A. SOMERVILLE et N. GILMORE, *Recherche de l'anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, rapport présenté au Comité consultatif national sur le SIDA et approuvé par celui-ci, Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill, 1988, 53; *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, (1989) 15-8, 37-47.
22. *Id.*
23. Ces directives sont conformes aux *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, OMS, Genève, mars 1993, WHO/GPA/DIR/93.3. Voici le texte des dispositions pertinentes :
 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 consent.
 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 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 séropositivité.

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. [DC 821.19]

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. [DC 821.20]

L'état sérologique 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. [DC 821.21]

Exceptions à l'obligation de confidentialité

LE DROIT

Dans certains cas, les renseignements médicaux confidentiels peuvent être communiqués sans qu'il y ait infraction à l'obligation de confidentialité; de plus, des exceptions à l'obligation de confidentialité permettent ou même exigent le manquement à cette obligation.

Un médecin peut divulguer des renseignements sur un patient avec le consentement éclairé de ce dernier (il ne s'agit pas alors d'une violation) ou si la loi l'exige. Toutes les provinces canadiennes et les territoires ont adopté une loi obligeant les médecins à signaler les cas de SIDA et, parfois, les cas d'infection à VIH, de façon nominative ou non-nominative, aux représentants de la santé publique²⁴. Cependant, aucune loi particulière sur

le VIH/SIDA n'exige ou n'autorise la divulgation, par un médecin, de ces renseignements à un partenaire sexuel ou à une personne avec qui le patient partage des seringues. Toutefois, certains territoires et provinces ont adopté une loi exigeant ou autorisant la communication, par un médecin, de renseignements sur un patient si une telle communication est nécessaire à la protection d'un tiers. La notification des partenaires est exigée par les lois sur la santé publique du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, et autorisée mais pas exigée par les lois sur la santé publique de certaines provinces²⁵.

En l'absence du consentement éclairé du patient et d'une loi exigeant ou autorisant la communication, la communication de renseignements sur les patients peut encore être justifiée par les doctrines du droit général, qui s'appliquent afin de prévoir des exceptions à l'obligation de confidentialité.

En premier lieu, la défense de nécessité peut s'appliquer afin de justifier une violation de la confidentialité lorsque [TRADUCTION] «le préjudice résultant de la violation est compensé de toute évidence par le préjudice qu'elle permet d'éviter; le préjudice évité ne peut l'être d'une autre façon moins envahissante, et le préjudice évité est suffisamment grave pour justifier qu'on l'évite par une violation de la confidentialité²⁶.»

En deuxième lieu, dans de rares cas, il y a «obligation d'avertir» ou «obligation de protéger» autrui. En général, une telle obligation s'applique [TRADUCTION] «seulement à des personnes identifiées ou facilement identifiables, par exemple celles qu'une personne infectée par le VIH met clairement en danger et qui n'ont aucun autre moyen de connaître ce risque, et donc de l'éviter, ou qui, à cause de leur ignorance, pourraient mettre d'autres personnes en danger²⁷.»

24. Voir CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 256-257; JÜRGENS, GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 15.

25. Pour un aperçu, voir CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 231-235; JÜRGENS, GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 15.

26. GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 5, 21; SOMERVILLE, *loc. cit.*, note 1, 211-212.

27. GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 5, 21.

Jürgens et Gilmore : Communication de renseignements médicaux sur les détenus

Dans l'arrêt *McInerney*, la Cour suprême du Canada a statué que le droit du patient à exiger que les secrets que le médecin apprend dans le cadre de sa pratique ne soient pas divulgués est absolu sauf s'il y a une raison primordiale d'y déroger :

[TRADUCTION]

Il peut se présenter des cas où des motifs liés à la sécurité [...] des personnes ou du public seraient suffisamment convaincants pour supplanter ou limiter les obligations de prime abord imposées par la relation confidentielle²⁸.

Dans un autre arrêt, la Cour suprême a traité de la communication de renseignements médicaux confidentiels au cours d'une procédure judiciaire. Toutefois, elle s'est également prononcée sur la communication dans un contexte extrajudiciaire²⁹. Elle a statué que, dans un contexte extrajudiciaire, le respect de la vie privée du particulier constitue le principe majeur qui sous-tend l'obligation d'un professionnel ou d'un hôpital de garder secrets leurs dossiers médicaux :

Un tribunal est donc en droit, dans ces circonstances, d'interpréter d'une façon libérale l'obligation générale de non-divulgaration imposée aux hôpitaux et aux professionnels de la santé, et d'une façon stricte toute violation du droit à la confidentialité³⁰.

Aux États-Unis, les tribunaux ont toujours déclaré que, [TRADUCTION] «dans certains cas, la nécessité

d'assurer la sécurité du public l'emporte sur le devoir de non-divulgaration du médecin³¹.» Dans certains États, les tribunaux ont tenu responsables envers les membres de la famille d'un patient des médecins qui n'avaient pas dit que le patient avait une maladie contagieuse. Belitzky et Solomon ont conclu que [TRADUCTION] «le médecin connaissant un diagnostic de SIDA qui ne communique pas ces renseignements à une victime prévisible pourrait être tenu responsable³².» Dans la décision *Tarasoff v. Regents of the University of California*³³, la Cour suprême de la Californie a imposé aux psychothérapeutes l'obligation de protéger les tiers contre les actes potentiellement dangereux de leurs patients. Elle a statué que, lorsqu'un thérapeute décide ou aurait dû décider [TRADUCTION] «qu'un patient présente un grave risque de violence pour autrui, il acquiert l'obligation d'exercer une diligence raisonnable afin de protéger la victime éventuelle contre un tel danger³⁴.» Elle a conclu que [TRADUCTION] «l'intérêt public, qui favorise la protection de la confidentialité des communications entre le patient et son médecin doit céder le pas dans la mesure où une telle divulgation est essentielle pour éviter des dangers à autrui.»

C'est dans l'affaire *Tarasoff* que les tribunaux ont imposé pour la première fois l'obligation d'avertir les victimes potentielles du préjudice qui pourrait résulter des actes volontaires d'un patient. En outre, l'arrêt a confirmé qu'un médecin peut avoir l'obligation de protéger les tiers identifiés contre les dangers résultant de la maladie d'un patient³⁵.

28. *McInerney*, précité, note 8, 154, citant *Halls v. Mitchell*, [1928] R.C.S. 125, 136.

29. Il faut distinguer le contexte extrajudiciaire du contexte judiciaire. Dans ce dernier, il s'agit de déterminer si les communications entre un patient et son médecin bénéficient du privilège lorsque ce dernier est demandé au cours d'une procédure judiciaire.

30. *Frenette c. Métropolitaine (La), cie d'assurances-vie*, [1992] 1 R.C.S. 647, 675.

31. BELITZKY et SOLOMON, *op. cit.*, note 19, 203, note 24, référence à *Edwards v. Lamb*, 69 N.H. 599, 45 A. 480 (1899); *Earle v. Kuklo*, 26 N.J. Super. 471, 98 A.2d 107 (1953) (le propriétaire expose les locataires à la tuberculose); *Kliegel v. Aitken*, 94 Wis. 432, 60 N.W.67 (1896) (l'employeur expose les employés à la fièvre typhoïde); *Davis v. Rodman*, 147 Ark. 385, 227 S.W. 612 (1921) (fièvre typhoïde); *Skilling v. Allen*, 143 Minn. 323, 173 N.W. 663 (1919) (scarlatine); *Edwards*, 69 N.H. 599, 45 A.480 (blessures infectieuses); *Fosgate v. Corona*, 66 N.J. 268, 330 A.2d 355 (1974) (tuberculose); *Wojick v. Aluminium Company of America*, 18 Misc. 2d 740, 183 N.Y.S.2d 351 (Sup. Ct. 1959) (l'employeur fait passer des radiographies de façon régulière à un employé responsable de ne pas avoir divulgué sa tuberculose).

32. BELITZKY et SOLOMON, *op. cit.*, note 19, 203.

33. 17 Cal. 3d 425, 551 P. 2d 334, 131 Cal. Rptr. 14 (1976).

34. BELITZKY et SOLOMON, *op. cit.*, note 19, 203-204, référence à *Tarasoff*.

35. Pour une autre discussion de l'affaire *Tarasoff* et d'autres décisions américaines, voir BELITZKY et SOLOMON, *op. cit.*, note 19, 204-207.

LES OBLIGATIONS ÉTHIQUES

L'obligation éthique d'assurer la confidentialité des renseignements communiqués au médecin par son patient n'est pas absolue. Au cours de son assemblée annuelle de 1987, l'Association médicale canadienne a décidé qu'il n'est pas, pour un médecin, contraire à l'éthique de [TRADUCTION] «communiquer de façon discrète, à une personne appropriée, au su du patient», mais sans son consentement, le fait que le patient est infecté le VIH, [TRADUCTION] «lorsque l'intérêt public [dans une telle divulgation] l'emporte de toute évidence sur l'intérêt du patient³⁶». Dans son exposé de position sur le VIH/SIDA publié en 1989, l'Association a souligné la nécessité de respecter la confidentialité des patients infectés par le VIH et elle a recommandé l'adoption de garanties juridiques et réglementaires afin de protéger cette confidentialité. Toutefois, elle avisait également les médecins du fait qu'il n'est pas nécessairement contraire à la déontologie médicale et, en fait, qu'il peut être approprié de révéler l'état de leur patient atteint à son conjoint ou à son partenaire sexuel «lorsque le patient refuse de le faire lui-même³⁷». Elle poursuivait en disant qu'«[u]ne telle révélation peut être acceptable du point de vue déontologique si toutes les conditions suivantes sont réunies : le conjoint ou le partenaire sexuel du patient atteint risque l'infection par le VIH et ne possède aucun autre moyen raisonnable de connaître ce risque; le patient atteint a refusé d'informer son conjoint ou son partenaire sexuel de son état; le patient atteint a refusé l'offre du médecin de le faire en son nom; et le médecin a informé son patient de son intention de divulguer l'information au partenaire³⁸».

De la même façon, l'American Medical Association a fait observer que [TRADUCTION] «la confidentialité

de la relation médecin-patient est d'une importance vitale, mais non absolue³⁹». Dans son rapport provisoire sur la politique relative au SIDA, l'Association proposait le principe fondamental suivant, à savoir que [TRADUCTION] «l'accès aux renseignements sur les patients devrait se limiter au personnel soignant qui a un besoin légitime d'accès pour aider le patient ou protéger la santé des autres qui lui sont liés de près⁴⁰». Dans le rapport, elle reconnaissait que, dans certaines circonstances limitées, il peut être nécessaire d'avertir les tiers :

[TRADUCTION]

Les médecins qui ont des raisons de croire qu'une personne infectée a un partenaire sexuel qui ne se doute de rien devraient être incités à informer les autorités de la santé publique. Le devoir d'avertir le partenaire sexuel qui ne se doute de rien devrait alors incomber aux autorités de la santé publique ainsi qu'à la personne infectée, et non pas au médecin de la personne infectée⁴¹.

LA POLITIQUE CARCÉRALE

Les Directives du Commissaire reconnaissent de façon explicite que l'obligation de confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus n'est pas absolue. Dans les établissements correctionnels comme à l'extérieur, certaines personnes peuvent exposer autrui au VIH, y inclus par l'usage de la force, la coercition ou la contrainte. La communication de renseignements médicaux sur les personnes susceptibles d'exposer autrui au VIH de façon non consensuelle ou par la force peut à l'occasion être justifiée⁴².

36. (1987) 137 J.A.M.C. 653; cité dans CASSWELL, *loc. cit.*, note 4, 226-227, notes 4 et 5.

37. Association médicale canadienne, *Une position de l'AMC*, 64C.

38. *Id.*

39. DICKENS, *op. cit.*, note 17, 98, référence à l'American Medical Association, Board of Trustees, «Prevention and Control of Acquired Immunodeficiency Syndrome: An Interim Report», 258 JAMA 2100, 1987.

40. DICKENS, *op. cit.*, note 17, 2, référence à l'American Medical Association, *loc. cit.*, note 36, 2102.

41. DICKENS, *op. cit.*, note 17, référence à l'American Medical Association, *loc. cit.*, note 37, 2103.

42. SOMERVILLE et GILMORE, *op. cit.*, note 21, 53.

Jürgens et Gilmore : Communication de renseignements médicaux sur les détenus

Voici le texte des Directives :

[I]l 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. [DC 835.12]

[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. [DC 821.21]

Sur la question de la communication de renseignements médicaux relatifs aux détenus, le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada a dit qu'«[o]n peut toutefois 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 de l'utilisation de seringues en commun⁴³.» Il a fait une distinction entre la divulgation de renseignements médicaux sur un détenu dans le but d'éviter l'exposition d'autres détenus à l'infection à VIH et la divulgation ayant pour objet d'éviter l'exposition du personnel correctionnel à l'infection à VIH. Dans son rapport, il souligne que la divulgation liée au personnel correctionnel «[r]este à déterminer⁴⁴.» Cette attitude reflète en partie la préoccupation du Commissaire à la protection de la vie privée, qui craint que les agents de correction ne transmettent, par négligence, ces renseignements à d'autres détenus. Le Commissaire reconnaît que, «étant donné les relations hostiles entre les détenus et les agents,

ces derniers risquent parfois de craindre que les détenus cherchent à les contaminer.» Toutefois, il conclut qu'«[i]l 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 VIH.»

Récemment, le Comité consultatif national sur le SIDA (CCN-SIDA) a recommandé que dans les établissements correctionnels soient tenus strictement confidentiels tous les renseignements relatifs au VIH 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 risqueraient fort de faire l'objet de discrimination et devraient en toute probabilité être mis à l'écart de la population carcérale. Deuxièmement, il estime qu'«aucune raison ne justifie la divulgation de tels renseignements soit aux autres détenus, soit au personnel non médical de l'établissement pénitentiaire.» Par conséquent, le CCN-SIDA a recommandé que le Solliciteur général adopte des mesures supplémentaires pour garantir la confidentialité de tous les renseignements sur le VIH 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 règles⁴⁵.»

Résumé

Selon la présomption réfutable régissant la confidentialité des renseignements médicaux, notamment dans les cas de SIDA, tous, y compris les détenus des établissements fédéraux, ont droit au respect de leurs droits à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité, qui ne peuvent être violés que pour des raisons graves et sur présentation d'une justification adéquate⁴⁶.

43. Le Commissaire à la protection de la vie privée, *op. cit.*, 2, 47.

44. *Id.*, 47.

45. Comité consultatif national sur le SIDA, *Le VIH et les droits de la personne au Canada*, 1992, 17.

46. SOMERVILLE, *op. cit.*, note 1, 211.

La divulgation ne peut être justifiée des points de vue du droit et de l'éthique en l'absence d'un préjudice potentiel réel pour un tiers identifiable. Ainsi que l'a déclaré le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH, les renseignements sur l'état sérologique ne devraient être divulgués qu'au profit de la personne ayant subi le test, par exemple lorsque c'est nécessaire pour assurer des soins médicaux appropriés ou qu'il est raisonnable de croire que la conduite d'une personne infectée par le VIH constitue un risque inacceptable pour la santé d'autrui⁴⁷».

Sur le plan juridique, la divulgation sans le consentement éclairé n'est justifiée que s'il peut être prouvé qu'on ne dispose d'aucun moyen moins envahissant et moins intrusif de protéger autrui et que la divulgation est nécessaire à l'atteinte de cet objectif et susceptible d'être efficace.

Les analyses éthique et juridique concordent sur ce point⁴⁸. L'analyse éthique implique l'évaluation des avantages, des risques et des préjudices pour le détenu au sujet duquel les renseignements seraient divulgués, pour la personne à qui les renseignements seraient divulgués et pour la société. Par conséquent, une telle communication serait justifiée, d'un point de vue éthique, si les conditions minimales suivantes étaient respectées⁴⁹ : (1) les préjudices à éviter doivent être graves et probables, et ne sont pas évitables sans la divulgation; (2) les personnes qui subiront le préjudice doivent être identifiables, c'est-à-dire que la crainte générale d'un préjudice pour une population, comme les prisonniers ou les gardiens, serait trop vague pour justifier la divulgation; (3) les avantages découlant de la divulgation doivent l'emporter sur les risques et les préjudices qu'elle entraînerait pour la société et le détenu;

(4) la divulgation doit être le moyen le moins envahissant et le moins nuisible, susceptible d'être efficace, qui permette d'atteindre l'objectif en vue duquel la confidentialité serait violée.

En outre, la justification de l'exception incombe à celui qui invoque cette dernière, et non pas au détenu qui bénéficie du «droit» à la confidentialité⁵⁰. De plus, l'exception ne s'applique que lorsque le détenu n'a pas consenti à la divulgation (ou a refusé de l'autoriser), ce qui sous-entend que le détenu doit être informé, préalablement, que des renseignements médicaux le concernant seront divulgués sans son consentement.

LE «BESOIN DE SAVOIR» OU LA NÉCESSITÉ DE LA DIVULGATION

On désigne souvent la nécessité de la divulgation de renseignements médicaux confidentiels sur les détenus par l'expression «besoin de savoir». L'analyse qui suit porte sur ce besoin. Les auteurs examinent d'abord l'objectif que permettrait d'atteindre la divulgation (le but pour lequel elle est nécessaire). Ils analysent ensuite la nécessité d'une telle divulgation – en particulier si elle permettrait d'atteindre cet objectif – et les solutions de rechange, incluant l'analyse des avantages, des risques et des préjudices résultant de la communication. Enfin, ils examinent des cas précis pouvant donner lieu à une demande de divulgation de renseignements.

L'objectif de la divulgation

La divulgation de renseignements médicaux sur un détenu peut être demandée dans deux cas : (1) avant l'exposition au VIH, afin d'en éviter la

47. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH, Santé et Bien-être social Canada, novembre 1988. Ce rapport a été accepté par la Conférence des sous-ministres de la Santé (juin 1988) et approuvé par la Réunion interprovinciale des ministres de la Santé (septembre 1988).

48. SOMERVILLE et GILMORE, *op. cit.*, note 21, 13-14.

49. N. GILMORE, M.A. SOMERVILLE, R. JÜRGENS et S. WILSON, «Is compulsory testing of a person charged with «rape» ever justified?» Présentation par affiche PO-D27-4187 à la IX^e conférence internationale sur le SIDA, Berlin, du 7 au 11 juin 1993.

50. GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 5, 6.

transmission, et (2) après l'exposition au VIH. Ces deux situations sont discutées séparément.

DIVULGATION AVANT L'EXPOSITION AU VIH

Dans ce cas, l'objectif de la communication est d'éviter ou de réduire au minimum l'exposition au VIH. La divulgation donnerait lieu à une intervention destinée à empêcher l'exposition.

Dans les pénitenciers fédéraux, les employés ont souvent prétendu qu'ils ont «besoin de connaître» l'état sérologique des détenus infectés afin de prendre les précautions voulues pour se protéger et protéger leur famille. En particulier, certains ont soutenu qu'il n'est pas pratique de recourir à des précautions universelles et qu'il est irréaliste de croire que des précautions pouvant empêcher la transmission du VIH peuvent être appliquées universellement dans les pénitenciers. Ils ont aussi allégué qu'ils seraient mieux protégés s'il savaient quels détenus sont infectés par le VIH puisqu'ils pourraient alors prendre des précautions accrues avec eux.

DIVULGATION APRÈS L'EXPOSITION AU VIH

Dans ce cas, l'objectif de la divulgation est d'éviter ou de réduire au minimum le risque d'infection par le VIH, ou de rassurer la personne qui a pu y être exposée. Des employés ont prétendu que le personnel soignant peut communiquer des renseignements médicaux à un membre du personnel ou à un détenu qui a été exposé aux liquides organiques ou au sang d'un détenu porteur du VIH ou de l'hépatite B. La divulgation entraînera une intervention destinée à empêcher l'infection après l'exposition ou, à tout le moins, à rassurer la personne exposée. Quant à l'exposition au virus de l'hépatite B, un traitement à la gammaglobuline et un vaccin contre l'hépatite B seraient administrés; pour ce qui est de l'exposition au VIH, il s'agirait d'un traitement à la zidovudine («AZT»).

La divulgation est-elle nécessaire?

Dans cette section, les auteurs examineront la nécessité de la divulgation - à savoir, en particulier, si elle permettrait d'atteindre les objectifs susmentionnés - et les solutions de rechange.

Afin d'établir si la divulgation est nécessaire, il est nécessaire de bien comprendre les faits scientifiques concernant le VIH/SIDA.

LES MODES DE TRANSMISSION DU VIH

Une personne peut être exposée au VIH dans trois cas : premièrement, elle peut être exposée aux fluides corporels - autres que le sang ou les liquides sanguins - de quelqu'un qui est infecté par le VIH; deuxièmement, elle peut être exposée à du sang ou à des liquides sanguins infectés par le VIH; troisièmement, elle peut être exposée au sperme, aux sécrétions vaginales ou au sang lors d'une relation sexuelle avec une personne infectée par le VIH. Les probabilités d'infection par le VIH diffèrent pour chacun de ces trois cas.

L'exposition au VIH n'entraîne pas nécessairement une infection à VIH. Elle sous-entend que l'infection est possible, mais non pas que la probabilité va se concrétiser. Le risque ou la probabilité de la transmission du VIH varie beaucoup. Ils dépendent du type d'exposition (contact de la peau ou des muqueuses, ou inoculation par la peau), du liquide organique porteur (sang, sperme ou sécrétions vaginales), du volume du fluide porteur en cause dans l'exposition, ainsi que de la concentration de VIH dans le fluide. Pour certaines expositions, ce risque est jugé négligeable.

(1) Le simple contact physique avec une personne infectée par le VIH et le simple contact de la peau avec des fluides corporels infectés par le VIH, par exemple la transpiration, les larmes, l'urine ou les matières fécales, n'ont jamais été associés à des

cas documentés de transmission du VIH⁵¹. Il n'est pas nécessaire d'appliquer des précautions universelles lorsque le risque est négligeable. Cependant, le recours à celles-ci dans de tels cas éliminera la possibilité d'une exposition au VIH et à d'autres agents infectieux.

(2) Certaines personnes exposées à du sang ou à des fluides sanguins infectés par le VIH ont été infectées par le VIH. Toutefois, cela ne s'est produit que rarement et uniquement lorsque le sang avait été introduit à l'intérieur du corps.

En milieu de soins de santé, l'exposition survient le plus souvent lorsqu'un pourvoyeur de soins est blessé et que du sang s'introduit dans son corps par une blessure, par exemple lorsqu'il est piqué par une aiguille souillée de sang ou un autre instrument creux. Par ailleurs, les aiguilles pleines (comme les aiguilles à suturer) n'ont pas été associées à des cas documentés de transmission du VIH. La probabilité d'une infection à VIH après des blessures accidentelles avec de telles aiguilles a été quantifiée dans des études prospectives⁵². Un cas d'infection a été documenté pour chaque groupe de 333 blessures. Ce chiffre peut être une surestimation parce que de nombreux accidents donnant lieu à une exposition ne sont pas signalés.

Quant au milieu carcéral, un seul cas documenté de transmission du VIH à un employé du milieu a été signalé. Il s'agit d'un agent qui avait été

poignardé au moyen d'une seringue contenant du sang infecté par le VIH⁵³.

On pense que trois pourvoyeurs de soins ont été infectés après avoir été éclaboussés avec du sang infecté par le VIH, mais ce cas n'est pas prouvé⁵⁴. Cependant, on ne sait pas de façon précise comment le virus s'est introduit dans leur corps, mais ils avaient peut-être déjà la peau endommagée, ce qui les prédisposait à une infection à VIH. Les morsures et les égratignures n'ont pas été associées de façon convaincante à la transmission du VIH⁵⁵. Enfin, on a signalé un seul cas de transmission du VIH à un joueur de soccer qui s'était heurté à un joueur infecté par le VIH, et les deux joueurs avaient subi des lacérations graves⁵⁶.

(3) Une personne infectée peut transmettre le VIH à une autre personne, avec laquelle elle partage des aiguilles et des seringues contaminées par son sang, et lors des relations sexuelles non protégées. Encore une fois, ces activités exposeront la personne non infectée au VIH, mais celle-ci ne sera pas nécessairement infectée. Le fait de ne pas avoir de relations sexuelles ou de ne pas partager des seringues ou des aiguilles pour consommer des drogues ou pour se faire tatouer éliminera le risque d'infection, alors que l'utilisation du condom ou le nettoyage des seringues avant chaque utilisation réduiront ce risque.

51. A.R. LIFSON, «Do alternate modes for transmission of human immunodeficiency virus exist?», *JAMA* (1988) 259:1353-1356; G. FRIEDLAND, P. KAHL, B. SALTZMAN et autres, «Additional evidence for lack of transmission of HIV infection by close interpersonal (casual) contact», *AIDS* (1990) 4:639-644; R.R.M. GERSHON, D. VLAHOV, K.E. NELSON, «The risk of transmission of HIV-1 through non-percutaneous, non-sexual modes – a review», *AIDS* (1990) 4:645-650; D.E. ROGERS, B.G. GELLIN, commentaire de la rédaction, «The bright spot about AIDS: it is very tough to catch», *AIDS* (1990) 4 : 695-696.
52. L. MIKE, J. OSTROWSKY, J. BEHENY et M. HEWITT, «HIV in the health care workplace», Washington, Office of Technology Assessment, Congress of the United States of America, 1991, cité dans *AIDS Reference Guide*, Washington, AIDS Information Service, Inc., janvier 1992, 907.1-907.18.
53. Ce cas s'est produit en Australie. On a allégué qu'un jeune agent, nouvelle recrue dans le service, a été attaqué et poignardé avec une seringue remplie de sang. Par la suite, l'agent a eu un résultat positif pour le VIH. On a beaucoup parlé de cet incident dans les journaux. Voir J. DOYLE, «Management Issues – A Prison Officers Union Perspective», dans NORBERRY et autres, éd., *HIV/AIDS and Prisons*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1991, 125-131.
54. Centers for Disease Control: Update: human immunodeficiency virus infections in health care workers exposed to blood of infected patients, *Morb Mortal Weekly Rep* (1987) 36, 285-295.
55. C.M. TSOUKAS, T. HADJIS, J. SHUSTER, L. THÉBERGE, P. FEORINO et M. O'SHAUGHNESSY, «Lack of transmission of human immunodeficiency virus (HIV) by bites and scratches», *J Acq Immune Defic Synd*, (1988) 1, 505-507; K.M. RICHMAN et L.S. RICKMAN, «The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites», *J Acq Immune Defic Synd*, (1993) 6, 402-406.
56. D. TORRE, C. SAMPIETRO, G. FERRARO, C. ZEROLI et L. SPERANZA, «Letter to the Editor: transmission of HIV-1 infection via a sports injury», *N Engl J Med* (1990), 335, 1105.

LES PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES

Il existe principalement deux approches pour prévenir l'exposition au VIH. La première est de ne pas avoir d'activités donnant lieu à une exposition, par exemple des activités sexuelles non protégées et l'utilisation de seringues contaminées, et d'éviter le contact physique avec un détenu violent. La deuxième est de réduire le risque de transmission du VIH lors des relations sexuelles, de la consommation de drogues injectables ou du tatouage, lors d'un contact avec un détenu violent et chaque fois qu'une blessure donnant lieu à une exposition peut se produire (par exemple au cours de la fouille des cellules).

Dans chacune de ces situations, le fait de savoir qu'une personne impliquée est infectée ne fera que confirmer la nécessité de prendre des précautions afin de réduire ou d'éliminer le risque d'exposition. Lorsqu'on n'est pas certain qu'une personne n'est pas infectée, les mêmes précautions s'appliquent. Les précautions peuvent être assouplies seulement lorsqu'il est certain que les personnes en cause dans une situation où l'exposition est possible ne sont pas infectées. Comme on ne peut jamais être certain, il faut prendre des précautions avec quiconque est en cause dans des situations donnant lieu à une exposition, c'est-à-dire qu'il faut appliquer des précautions universelles.

Les auteurs analysent différentes situations survenant dans les établissements correctionnels, au cours desquelles des personnes peuvent être exposées au VIH.

(1) L'exposition au sang ou aux fluides sanguins

Dans tous les cas où le personnel ou les détenus sont exposés à du sang ou à des fluides sanguins, ils doivent prendre des précautions universelles pour éviter l'exposition au VIH et l'infection, peu importe que le personnel, les directeurs ou les détenus sachent ou non si un détenu ou un membre du personnel est ou n'est pas infecté par le VIH⁵⁷. Cette recommandation est conforme aux lignes directrices de lutte contre l'infection élaborées pour le personnel du SCC en 1989⁵⁸.

Puisqu'il est impossible d'identifier tous les détenus infectés, le personnel ne serait pas protégé contre la transmission du VIH si des mesures de précaution n'étaient prises qu'avec les détenus que l'on sait infectés. Il est impossible d'identifier tous les détenus infectés pour les raisons suivantes : (1) tous les détenus ne subissent pas un test de dépistage⁵⁹. La crainte de la divulgation ainsi que les risques et les préjudices pour le détenu si les renseignements touchant son statut sérologique sont connus constituent un fort facteur de dissuasion à l'encontre du dépistage, pour de nombreux détenus. Un manque de confiance apparent dans le personnel médical de l'établissement est un autre élément qui dissuade le détenu de subir un test. En l'absence de fermes garanties de non-divulgation, seuls les tests anonymes assureraient la confidentialité des renseignements médicaux. Cependant, de tels tests sont rarement offerts aux détenus, si ce n'est jamais, et c'est habituellement le personnel médical de l'établissement qui fait

57. Pour une description de ces précautions dans le secteur de la santé, voir Santé et Bien-être social Canada, «Recommandations visant à prévenir la transmission du VIH en milieu de soins», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, (1987) 13 S3, 1-10.

58. *Lignes directrices intérimaires de lutte contre l'infection du personnel*, Service correctionnel du Canada, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1989. Ces lignes directrices contiennent des renseignements sur les précautions générales que tout le personnel doit suivre afin d'empêcher la propagation de l'infection, ainsi que les procédures que doit suivre l'établissement touchant le nettoyage et la désinfection du milieu, de l'équipement et des fournitures, le nettoyage des cellules, des cuisines et de la buanderie, ainsi que les précautions à prendre avec les détenus identifiés comme ayant une maladie infectieuse. Ces lignes directrices soulignent qu'il faut appliquer des précautions universelles avec le sang et les fluides corporels, qu'il y ait ou non un risque identifié, et que la sécurité du personnel est mieux assurée si l'on suppose que tout individu peut être infecté d'une maladie transmissible.

59. Conformément à la Directive du Commissaire n° 821, le test de dépistage des anticorps anti-VIH, dans les établissements fédéraux, est volontaire, c'est-à-dire qu'il se fait avec le consentement éclairé du détenu. Cette recommandation est conforme au principe général régissant le test de dépistage des anticorps anti-VIH au Canada, selon lequel ce test est administré sur une base volontaire, c'est-à-dire qu'il se fait avec le consentement éclairé de l'intéressé, si des séances de counselling et des services d'éducation avant et après le test sont offertes, et si la confidentialité des résultats ou l'anonymat du test peuvent être assurés. Voir SOMERVILLE et GILMORE, *op. cit.*, note 21, XIII.

passer les tests. (2) Les tests de dépistage des anticorps anti-VIH ne permettront pas de détecter tous les détenus infectés. Certains auront été infectés trop récemment pour pouvoir être détectés, et d'autres, mais c'est rare, obtiendront de faux résultats négatifs. Il peut s'écouler jusqu'à six mois entre le moment de l'infection par le VIH et la détection de l'infection, ce qui veut dire qu'un résultat négatif ne peut fournir des renseignements «utiles» en termes de protection, et que l'on ne peut se permettre un relâchement à cet égard.

Puisqu'il est impossible de détecter ou d'identifier tous les détenus infectés par le VIH, il faut appliquer de façon soutenue et universelle les précautions qui peuvent prévenir la transmission du VIH. La divulgation au personnel du statut sérologique des détenus que l'on sait atteints enverrait le mauvais message : (1) que le personnel doit se protéger seulement lorsqu'il sait qu'un détenu est infecté, plutôt que d'appliquer des précautions universelles; et (2) le personnel peut prendre des «précautions additionnelles» avec les détenus qu'il sait infectés, plutôt que de toujours prendre des précautions suffisantes. Il faudrait plutôt éduquer le personnel et l'inciter à toujours prendre des précautions.

Ceux qui prétendent que des «précautions additionnelles» pourraient être prises avec les détenus dont la séropositivité est connue sont mal avisés puisque la notion de précautions universelles sous-entend l'adoption des mêmes précautions pour tous les détenus, que la séropositivité soit connue ou non.

Les membres du personnel ont dit parfois qu'il était impossible ou irréalisable d'appliquer des «précautions universelles» en milieu carcéral. Toutefois, l'expérience en milieu de soins a prouvé qu'on peut et qu'on doit apprendre à user de précautions universelles. Par exemple, dans les hôpitaux, où le risque d'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 pour le VIH n'accroîtrait pas la sécurité du personnel⁶⁰. Aussi l'état sérologique des patients et des médecins n'est-il pas révélé, et l'on adhère rigoureusement à des précautions universelles.

On risquerait de créer un faux sentiment de sécurité en informant systématiquement le personnel de l'état sérologique des détenus infectés par le VIH. Puisque tous les prisonniers ne sont pas soumis à des tests de façon régulière, le personnel ne connaîtrait la séropositivité que de quelques prisonniers. On craint en outre que si la séropositivité des détenus était divulguée au personnel, un moins grand nombre de détenus demanderaient d'être soumis à des tests ou déclareraient eux-mêmes leur séropositivité pour le VIH, ce qui réduirait le nombre de détenus dont la séropositivité est connue.

Selon l'expérience acquise auprès des détenus séropositifs dans le milieu carcéral, la plupart de ces derniers déclarent tôt ou tard leur état à leurs codétenus et au personnel. Une telle divulgation est volontaire, et ils attendent d'être «prêts» à le dire. Par ailleurs, si la divulgation au personnel devait devenir une conséquence systématique d'un résultat positif au test de détection des anticorps anti-VIH, bon nombre de détenus qui demandent à subir le test (et qui déclarent finalement eux-mêmes leur séropositivité) ne voudraient probablement plus se prêter au test. Comme l'a déclaré la Commission Krever :

[TRADUCTION]

Les médecins, les hôpitaux et leurs employés, et les autres pourvoyeurs 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 à demander des soins

60. Association médicale canadienne, «Sommaire de politique de l'AMC - Infection à VIH au travail», *JAMC* (1993), 148(10) 1800A-1800H; Laboratoire de lutte contre la maladie, «Risques de transmission des pathogènes à diffusion hématogènes dans les établissements de soins de santé», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, (1992) 18, 177-184, 178; J.L. GERBERDING, C. LITTELL, A. TARKINGTON et autres, «Risk of Exposure of Surgical Personnel to Patients' Blood during Surgery at San Francisco General Hospital», *New England Journal of Medicine* (1990), 322, 1788-1793.

Jürgens et Gilmore : Communication de renseignements médicaux sur les détenus

si elle croyait que les médecins, les employés des hôpitaux et les autres pourvoyeurs de soins de santé étaient tenus de communiquer des renseignements médicaux confidentiels à la police⁶¹.

De même, il ne serait pas déraisonnable de supposer que les détenus seraient dissuadés de demander à subir le test si le personnel soignant était tenu de communiquer à d'autres membres du personnel les résultats de leur séropositivité. Au bout du compte, comparativement aux résultats obtenus avec la politique actuelle, il est fort probable que le personnel serait informé de la séropositivité d'un moins grand nombre de détenus.

Comme Casswell le disait, [TRADUCTION] «il peut être plus facile d'assurer la protection du personnel en l'informant de la nécessité de se protéger lui-même [c'est-à-dire avoir recours à des précautions universelles] et en lui inculquant le sens des responsabilités plutôt que par des avertissements. Ces derniers ne sont pas forcément efficaces, puisqu'ils peuvent être donnés au mauvais moment, ne pas se rendre jusqu'aux partenaires [les détenus infectés] ou être fondés sur de faux résultats aux tests⁶².»

En outre, les auteurs d'une étude sur le VIH/SIDA dans les prisons, en Australie, ont conclu ainsi :

[TRADUCTION]

Le désir des gardiens de prison de connaître l'identité des prisonniers séropositifs est compréhensible, mais on peut soutenir qu'une telle connaissance peut être en fait dangereuse pour le personnel carcéral et préjudiciable au prisonnier. Les gardiens de prison peuvent être bercés par un faux sentiment de sécurité relativement aux prisonniers qu'ils croient séronégatifs. En

raison du manque de fiabilité du test (la «période de latence») et de la possibilité d'une infection récente, il y a un risque que ces prisonniers soient séropositifs. Les précautions universelles concernant le sang et les fluides corporels assurent une protection beaucoup plus grande aux gardiens de prison⁶³.

(2) La violence

Les précautions universelles élimineront le risque de transmission du VIH provenant des éclaboussures de sang, mais il est essentiel de prévenir les blessures donnant lieu à une exposition afin de réduire ou d'éliminer le risque beaucoup plus grand de transmission du VIH dans les cas de blessure. Ce principe s'applique tant en milieu de soins de santé qu'en milieu carcéral. La réduction de l'incidence des blessures permettra de réduire l'incidence de l'exposition au VIH, ce qui veut dire, en milieu carcéral, prévenir les accidents, par exemple les blessures accidentelles avec des aiguilles au cours de la fouille des cellules, et prévenir la violence qui entraîne des blessures et une exposition au sang. Il faudrait donc porter une attention méticuleuse aux pratiques de sécurité (pratiques de fouille plus sécuritaires); utiliser des gants «résistants à la perforation», au besoin; et maîtriser les détenus agressifs, en particulier éviter ou réduire les contacts physiques avec eux lorsqu'ils ont un comportement violent.

Pour ce qui est de la maîtrise des détenus agressifs, certains prétendent que, dans plusieurs cas, [TRADUCTION] «les précautions prévues ne parviennent pas à écarter le risque⁶⁴.»

Mentionnons, par exemple, [TRADUCTION] «les incidents au cours desquels un détenu violent qui saigne doit être maîtrisé par un membre de notre [SCC] personnel⁶⁵.» Dans presque tous ces cas, si ce n'est la totalité d'entre eux, l'absence de

61. Rapport de la Commission of Inquiry into the Confidentiality of Health Information [Krever Commission], Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1980, 2, 91.

62. CASSWELL, *loc. cit.* note 4, 248

63. H. HEILPERN et S. EGGER, *AIDS in Australian Prisons -Issues and Policy Options*, Canberra : Department of Community Services and Health, 1989, 21.

64. Note de service de M.H. Zazulak, note 3, *loc. cit.*, 4.

65. *Id.*

contacts physiques entre le personnel et le détenu violent protégera le personnel en éliminant les blessures qu'il pourrait subir. L'élimination des blessures du personnel et le recours approprié à des précautions universelles élimineront par conséquent le risque de la transmission du VIH par une exposition au sang du détenu.

Au cours d'un atelier organisé par le SCC sur le VIH/SIDA à l'automne 1992, dans la région de l'Ontario, un groupe de travail a mentionné que [TRADUCTION] « nous n'avons pas accordé assez d'importance à la prévention des blessures accidentelles avec des aiguilles et à d'autres types d'exposition au sang et aux fluides corporels dans le milieu correctionnel⁶⁶. » Il a conclu que la prévention de l'exposition doit être la première priorité. Le personnel ne peut pas toujours éviter d'être exposé et ne pourra parfois recourir aux précautions voulues, par exemple dans le cas des voies de fait perpétrées par le détenu, mais il y a de nombreux cas [TRADUCTION] « où l'on sait à l'avance que le détenu ne collaborera pas⁶⁷. » Dans de tels cas, [TRADUCTION] « la première chose à faire est d'utiliser quelque chose afin d'essayer de maîtriser l'agressivité du détenu, ce qui permet de réduire le risque de confrontation physique avec l'agent⁶⁸. »

De nouveau, et toujours pour les raisons mentionnées ci-dessus, toute mesure ou procédure prévue afin de prévenir ou de réduire l'exposition au VIH doit être (ou devrait être) appliquée, que l'on sache ou non si le détenu dont la cellule est fouillée ou qui fait preuve d'agressivité est infecté par le VIH.

(3) Les activités consensuelles

On a dit que les « précautions prévues » pouvaient ne pas être suffisantes pour parer au risque de transmission du VIH par les relations sexuelles

entre les détenus ou les comportements qui entraînent une perforation de la peau. Le SCC a déployé des efforts afin d'informer les détenus sur la transmission du VIH en faisant ressortir le fait que tous les détenus, lorsqu'ils ont de telles activités, doivent se comporter comme si leur partenaire était infecté par le VIH. Il a également essayé de réduire au minimum la transmission du VIH par les relations sexuelles, en distribuant des condoms et des digues dentaires aux détenus. Par contre, à l'heure actuelle, les produits de nettoyage des seringues, comme l'eau de Javel, sont rarement disponibles ou ils sont difficiles à obtenir. La façon la plus efficace de réduire la transmission du VIH par le partage de seringues contaminées par le VIH serait de faire encore plus d'efforts pour diminuer les dommages causés par la consommation de drogue, et ce en offrant plus de programmes de traitement, en éduquant mieux les détenus et en leur donnant accès à des produits de nettoyage des seringues ou en leur fournissant des seringues propres.

En général, l'interdiction et la répression fondées sur des moyens juridiques n'ont pas réussi à prévenir la transmission du VIH et ont souvent été contreproductives. Par opposition, les interventions qui favorisent l'autonomie, diminuent la vulnérabilité et réduisent l'ignorance, la crainte et le préjudice responsabilisent les gens⁶⁹. Le respect de la confidentialité, la protection des détenus contre les abus, leur éducation sur l'infection à VIH et sur les manières efficaces de ne pas l'attraper, la facilité d'accès aux condoms et aux produits de nettoyage des seringues (ou l'accès à des seringues propres) peuvent permettre d'éliminer ou de réduire de façon substantielle le risque de transmission du VIH pour les détenus ou le personnel. Par contre, la divulgation de l'identité des détenus infectés à leurs pairs, nuirait aux messages relatifs aux pratiques sexuelles plus sécuritaires et à l'utilisation plus sécuritaire des

66. Bureau régional de l'Ontario du SCC, séminaire « HIV in the Workplace : Knowledge is the Key to Prevention », résumé de petits groupes d'étude, 3.

67. Ébauche du rapport du sous-comité sur les vêtements et l'équipement de protection pour le personnel, relativement aux maladies infectieuses, Joan Gibson, directrice int., Service du matériel et de l'administration, 3 décembre 1992, 5.

68. *Id.*

69. N. GILMORE, et R. JÜRGENS, « Human Rights and HIV/AIDS : strategies for action », *Aids Action*, juin 1992, 17, 2-4; J. HAMBLIN, « The role of the law in HIV/AIDS policy », *AIDS* (1991), 5 (suppl. 1), S239-S243.

seringues, plus particulièrement l'application de précautions universelles. Il n'est pas nécessaire de savoir qui est infecté lorsque les précautions appropriées sont prises.

Cependant, lorsqu'une personne ne sait pas et n'a aucune raison de se douter que son partenaire sexuel ou la personne avec qui elle partage des seringues est infectée par le VIH, il peut être nécessaire de l'informer du risque de transmission du VIH. C'est le cas, par exemple, si la personne a une relation monogame ou à long terme avec un partenaire qui refuse de dire qu'il est infecté, et s'ils ont des activités par lesquelles le VIH peut se transmettre. Cette situation est analogue à la notification du partenaire à l'extérieur du milieu carcéral.

(4) Les activités sexuelles non consensuelles

Le «viol» ou le rapport sexuel non consensuel représente un autre risque de transmission du VIH dans les prisons. Il est peu probable que, dans de tels cas, on utilisera les précautions prévues contre la transmission du VIH par voie sexuelle, et la victime ne sera pas protégée. Cependant, le fait de savoir que l'agresseur est infecté par le VIH ne protégera pas non plus la victime contre l'agression sexuelle et le risque inhérent de transmission du VIH. Il faut adopter une démarche qui, en premier lieu, permettra de prévenir ou de réduire les agressions sexuelles. Ce n'est que lorsqu'un détenu séropositif a déjà commis ou menacé de commettre une agression sexuelle, et que peut être justifiée la divulgation à certains employés du fait qu'il est infecté par une maladie infectieuse, mais non pas de l'infection à VIH, afin qu'ils puissent le surveiller de plus près.

(5) L'intention de blesser ou de transmettre le VIH

Un détenu peut faire savoir à un autre détenu ou à un employé son intention de blesser quelqu'un ou d'«infecter quelqu'un du VIH». Dans de tels cas, il n'est pas nécessaire de savoir si le détenu est infecté par le VIH pour intervenir afin d'empêcher l'accident. L'intervention qui peut empêcher l'infliction de la blessure intentionnelle

empêchera également l'exposition au VIH, que le détenu soit infecté ou non. Dans tous les cas où un détenu exprime son intention de blesser quelqu'un ou d'infecter quelqu'un du VIH, il faudrait tenter de l'empêcher de mettre ses menaces à exécution, sachant ou non s'il est infecté par le VIH. Cependant, dans certains cas particuliers, on peut être fondé à informer le personnel que le détenu souffre d'une maladie infectieuse et qu'il a menacé de la transmettre, parce qu'il peut être nécessaire de prendre des précautions particulières dans les contacts quotidiens avec le détenu. Cependant, il n'est pas nécessaire de préciser que le détenu est infecté par le VIH. Cette démarche serait conforme à la pratique du Centre d'information de la police canadienne (CIPC), qui interdit à présent l'identification des personnes infectées par le VIH, à moins que celles-ci n'aient expressément menacé de transmettre cette maladie par la violence physique.

DIVULGATION APRÈS L'EXPOSITION

L'exposition au VIH suscite presque toujours une peur et une détresse intenses, et on prétend souvent que la personne qui peut avoir été exposée a le droit de connaître l'état sérologique de la personne qui est à l'origine de l'exposition.

Encore ici, il faut établir si la divulgation est nécessaire. En général, la personne qui a pu être exposée au VIH doit agir comme si la source de l'exposition était infectée, à moins qu'elle ne soit certaine que ce n'est pas le cas. Il est difficile de s'assurer d'un tel fait.

La divulgation de l'état sérologique ne fournit que des renseignements d'une utilité limitée. Elle peut confirmer avec précision que la personne qui a pu exposer autrui était infectée au moment de l'exposition potentielle, mais elle ne peut garantir que la personne n'était pas infectée à ce moment. Dans certains cas, le test serait négatif même si la personne est infectée et infectieuse (par exemple, pendant la «période de latence», avant que les anticorps du VIH ne puissent être détectés). Dans ces cas, la personne qui a pu être exposée serait rassurée, à tort, qu'elle n'a pas été exposée.

La divulgation ne garantira pas à la personne qui a pu être exposée qu'elle n'a pas été exposée au VIH. Celle-ci ne devrait donc pas avoir de rapports sexuels non protégés par lesquels elle pourrait transmettre le VIH après une exposition potentielle, peu importe que la personne qui a pu l'exposer ait eu des résultats négatifs ou positifs.

En outre, on peut se demander si la personne qui a pu être exposée a besoin de ce renseignement pour décider de suivre ou non un traitement à la zidovudine (prophylaxie post-exposition). Pour être le moins efficace, le traitement à la zidovudine, dont l'efficacité n'a pas été prouvée⁷⁰, doit commencer le plus tôt possible après une exposition potentielle, et non pas être retardé jusqu'à la divulgation des renseignements.

Compte tenu de l'incertitude des renseignements fournis et du fait que les seules mesures efficaces et fiables dont la personne qui a pu être exposée peut se servir sont l'éducation, le counselling, le soutien et peut-être un traitement à la zidovudine, il est peu probable que la divulgation de la séropositivité des personnes qui ont pu en exposer d'autres au VIH soit nécessaire.

Il y a un cas dans lequel la communication pourrait être justifiée à titre exceptionnel, celui où la personne qui a pu être exposée est enceinte et a besoin de tous les renseignements pouvant lui être utiles pour décider de mettre fin ou non à sa grossesse⁷¹.

CONCLUSION

D'après ce qui précède, il est évident que, dans la majorité des cas, il est peu probable que la communication de renseignements médicaux sur les détenus permettent d'atteindre les objectifs pour lesquels elle est demandée, et qu'elle peut même être contreproductive. Comme nous l'avons dit précédemment, les raisons suivantes expliquent cette situation : (1) les renseignements seraient rarement utiles à la protection de la personne, si ce n'est jamais; (2) dans son propre intérêt, le personnel doit recourir à des précautions universelles et supposer que tout un chacun dans l'établissement est ou peut être infectieux; (3) il existe des mesures moins envahissantes qui seraient aussi, sinon plus efficaces que la communication de ce renseignement.

En outre, dans les établissements correctionnels, la communication présente peu d'avantages, possibles ou réels, si tant est qu'elle en présente, alors que les risques et les préjudices sont substantiels. Un grand nombre de ceux-ci sont bien documentés dans la littérature médicale, scientifique et populaire⁷². Dans les établissements correctionnels, les risques et les préjudices résultant de la communication de ce renseignement peuvent être encore plus grands pour de nombreuses raisons. En premier lieu, la mobilité restreinte des prisonniers peut augmenter les risques et préjudices pouvant découler de la connaissance de l'état sérologique⁷³. En deuxième lieu, dans une collectivité fermée, la nouvelle que quelqu'un est infecté par le VIH peut se répandre facilement, et il sera donc difficile pour la

70. S.H. WEISS, «HIV infection and the Health Care Worker», *Med Clin N Am* (1992) 76, 269-280; U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, «Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use», *Morb Mortal Weekly Rep* (1990) 39, RR-1, 1-14, J.M.A. LANGE, C.A.B. BOUCHER, C.E.M. Hollak et autres, «Failure of zidovudine prophylaxis after accidental exposure to HIV-1», *N Engl J Med* (1990) 322, 1375-1377; anonyme «HIV seroconversion after occupational exposure despite early prophylactic zidovudine therapy», *Lancet* (1993) 341, 1077-1078; Editorial, «Why anonymous», *Lancet* (1993) 341, 1059-1060.

71. Lorsque ce renseignement est requis, on devrait prier la personne qui a pu exposer la femme enceinte de consentir à divulguer son état sérologique. Si cette personne ne le connaît pas, on devrait lui demander d'accepter de subir un test et d'en communiquer les résultats à la personne exposée. Si elle refuse de communiquer les renseignements pertinents ou de subir un test et d'en communiquer le résultat, la personne exposée aura comme seul recours de demander au tribunal d'ordonner que l'on obtienne ce renseignement et qu'on le lui communique.

72. M. CHATEAUVERT, A. DUFFIE et N. GILMORE, *Human Immunodeficiency Virus Antibody Testing : Counselling Guidelines from The Canadian Medical Association*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1990, 1-12.

73. GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 21.

personne visée de se protéger contre la stigmatisation, l'isolement ou le blâme, ou de ne pas être le bouc émissaire. En troisième lieu, certains des avantages ou services offerts ouvertement aux personnes infectées par le VIH ou auxquels elles ont accès de façon discrète à l'extérieur de la prison peuvent être interdits aux détenus, en totalité ou en partie. Mentionnons le counselling par les pairs et leur soutien, les régimes spéciaux et les traitements expérimentaux⁷⁴.

La communication de renseignements médicaux personnels peut ébranler la confiance qu'ont les détenus dans les services de santé de la prison, augmenter leur méfiance envers les autorités carcérales et les dissuader de chercher à s'informer, de demander du counselling ou d'avoir recours aux services de santé. Point encore plus important, moins de détenus demanderont d'eux-mêmes de subir un test de détection des anticorps anti-VIH ou révéleront être infectés. Par ailleurs, la communication de renseignements peut parfois profiter à certaines personnes qui ont été exposées au VIH à leur insu (par exemple, la notification du partenaire), promouvoir des pratiques sexuelles et de consommation de drogues plus sûres, et diminuer les comportements à risque, en plus d'assurer aux individus des soins et des traitements qu'ils pourraient ne pas recevoir par ailleurs⁷⁵.

Préoccupations particulières relatives à la communication de renseignements médicaux personnels

Le milieu carcéral suscite des préoccupations particulières relatives à la communication de renseignements médicaux personnels. Certaines ont déjà été discutées, mais elles seront résumées brièvement dans les sections qui suivent.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN DÉTENU AU PERSONNEL

En règle générale, la prétention selon laquelle le personnel a «besoin de connaître» les renseignements médicaux confidentiels sur les détenus n'est pas justifiée; les renseignements médicaux sur les détenus, sans le consentement de ces derniers, ne peuvent être communiqués au personnel. Cette règle tolère quelques exceptions lorsque, dans des cas particuliers et après une évaluation individuelle du cas, il est établi qu'une telle communication est nécessaire pour empêcher un préjudice grave et qu'il n'y a pas de moyen moins intrusif et moins restrictif permettant d'atteindre le même objectif.

L'application universelle de procédures et de pratiques de protection éliminera le «besoin de savoir» dans la plupart des cas où l'exposition au VIH peut survenir. D'autres situations de ce genre peuvent être évitées si l'on tente de prévenir l'exposition au sang et aux fluides sanguins. Point encore plus important, la communication peut quelquefois rassurer à tort le personnel, sans le protéger réellement. Les risques et les préjudices résultant d'une telle communication semblent l'emporter sur les avantages marginaux qu'elle pourrait présenter.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN DÉTENU AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

La communication de renseignements médicaux au directeur ou au personnel administratif de l'établissement n'est pas en règle générale justifiée. Dans l'exécution de leurs fonctions en vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, les directeurs n'ont pas à connaître l'état sérologique de chacun des détenus. Ils doivent plutôt remplir leurs fonctions comme si la population carcérale comportait des détenus infectés par le VIH. Cependant, dans

74. K. TOMASEVSKI, «AIDS in Prisons», *AIDS* (1991) 5 (suppl. 1), S245-S251.

75. N. GILMORE, «Human immunodeficiency virus infection and AIDS: concepts and constructs», dans *AIDS Impact Assessment Modelling and Scenario Analysis*, J.C. JAGER et E.J. RUITENBERG (éd.), Amsterdam, Elsevier, 1992, 161-188.

certain cas exceptionnels, la communication de renseignements médicaux sur un détenu au directeur de l'établissement peut être justifiée ou même nécessaire. Il en serait ainsi, par exemple, si le personnel médical savait qu'un détenu en particulier a l'intention de blesser quelqu'un d'une façon qui pourrait l'exposer au VIH, et que cette personne devait être avertie ou que des mesures de protection devaient être prises. Dans une telle situation, il peut être nécessaire d'informer le directeur de la possibilité d'un tel projet ou de l'activité donnant lieu à un risque. Il suffit alors d'informer le directeur que le détenu souffre d'une maladie transmissible.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN DÉTENU À UN AGENT DE GESTION DES CAS ET À L'AGENT DE LIBÉRATION CONDITIONNELLE

Il semble y avoir peu de cas, si tant est qu'il y en ait, où la communication de renseignements médicaux sur un détenu à l'agent de gestion du cas ou à l'agent de libération conditionnelle serait justifiée, sans le consentement du détenu.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN DÉTENU AUX AUTORITÉS DE LA COLLECTIVITÉ

Il y a peu de cas, si tant est qu'il y en ait, semble-t-il, où la communication de renseignements médicaux sur un détenu aux autorités de la collectivité serait justifiée, sans le consentement du détenu.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN DÉTENU À SES PAIRS

En général, la prétention selon laquelle les détenus ont «besoin de connaître» les renseignements médicaux confidentiels sur d'autres détenus n'est pas justifiée. Une telle communication, sans le consentement du détenu,

devrait être nécessaire et efficace et constituer le moyen le moins invasif et le moins restrictif possible permettant d'atteindre l'objectif. Il peut se présenter des cas où la communication est justifiée, par exemple la notification du partenaire. Encore une fois, il s'agit d'une justification ponctuelle, comme dans tous les autres cas d'une telle communication.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN DÉTENU AU PARTENAIRE QUI LUI REND VISITE

Lorsque le personnel des services de santé de l'établissement sait qu'un détenu est infecté par le VIH, il doit s'assurer que ce détenu n'exposera pas au VIH le partenaire qui lui rend visite et qui ne se doute de rien. Dans un tel cas où il faut avertir le partenaire, le personnel médical doit procéder selon la méthode de recherche des contacts recommandée par le Comité consultatif national sur le SIDA⁷⁶. On devrait demander au détenu d'informer son partenaire ou de consentir à ce que quelqu'un le fasse pour lui. Cependant, s'il refuse, le personnel médical devrait informer le partenaire avant la visite, ou la visite devrait être retardée jusqu'à la notification du partenaire. Le personnel médical devrait rencontrer le détenu que l'on sait infecté, avec son partenaire, pour discuter de la façon d'éviter l'exposition au VIH par voie sexuelle et répondre à certaines de leurs questions. Une telle procédure s'appliquerait aux détenus ayant une permission de sortir. Lorsque le partenaire ne peut rencontrer le personnel médical, on peut organiser un suivi par l'intermédiaire du médecin de premier recours du partenaire. Tous les détenus, que l'on sache ou non s'ils sont infectés par le VIH, devraient être éduqués et encouragés à discuter avec leur partenaire de l'exposition au VIH par voie sexuelle.

Lorsqu'une visite est retardée ou annulée, il ne faudrait pas en divulguer la raison au personnel ou aux autres détenus.

76. GILMORE et SOMERVILLE, *op. cit.*, note 21, 16-19.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN MEMBRE DU PERSONNEL AUX DÉTENUS

Cette situation est semblable à celle déjà examinée (communication de renseignements médicaux sur un détenu au personnel). Une demande de communication de renseignements ne peut être justifiée que rarement, et seulement dans des cas particuliers.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN MEMBRE DU PERSONNEL AUX COLLÈGUES

Encore une fois, cette situation est semblable à celle qui vient d'être examinée (communication de renseignements médicaux sur un détenu au personnel). Une demande de communication de renseignements ne peut être justifiée que rarement, et seulement dans des cas particuliers.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À UN MEMBRE DU PERSONNEL OU À UN DÉTENU QUI A SUBI UNE EXPOSITION AU SANG D'UN DÉTENU OU D'UN MEMBRE DU PERSONNEL

Cette situation a été examinée en détail ci-dessus (communication après l'exposition potentielle au VIH). Une demande de communication de renseignements médicaux, sans le consentement de la personne dont le sang est la source de l'exposition, ne peut être justifiée que rarement, et seulement dans des cas particuliers. Dans le cas d'une exposition susceptible d'avoir transmis le VIH, des services d'information, de counselling et de soins médicaux devraient être facilement

accessibles à la personne exposée, qu'il s'agisse d'un membre du personnel ou d'un détenu. Il a été prétendu que, sans communication des renseignements médicaux à un détenu qui a été blessé par un autre détenu, [TRADUCTION] «il pourrait être impossible de traiter le détenu malade⁷⁷». Cependant, il faudrait au contraire envisager diverses options de traitement, que l'on sache ou non si la source de l'exposition est infectée par le VIH.

TEST DE DÉPISTAGE CHEZ LES AGRESSEURS SEXUELS DÉCLARÉS COUPABLES

Récemment, un homme est décédé de maladies liées au SIDA onze semaines après avoir été déclaré coupable d'agression sexuelle sur un garçon de cinq ans. Le coroner de Montréal, Claude Paquin, qui a effectué une autopsie sur le défunt, a recommandé dans son rapport que le SCC et le ministère de la Sécurité publique du Québec étudient la possibilité d'obliger les agresseurs sexuels déclarés coupables à subir un test de détection des anti-corps anti-VIH⁷⁸. Un tel test viserait, a-t-il dit, à prévenir la propagation de l'infection à VIH au sein du système carcéral d'une part, et d'autre part à produire des renseignements afin d'informer les victimes d'agression sexuelle si elles ont ou n'ont pas été exposées au VIH⁷⁹.

Pour ce qui est d'obliger les agresseurs sexuels à passer un test, le Comité consultatif national sur le SIDA a adopté la résolution suivante :

[TRADUCTION]

Le Comité consultatif national sur le SIDA recommande fortement de faire passer, sur une base volontaire, aux personnes *accusées*

77. Note de service de M.H. Zazulak, note 3, *op. cit.*, 5.

78. Gouvernement du Québec, Bureau du coroner, Rapport d'investigation, Claude Paquin, coroner investigateur, Montréal, le 24 novembre 1992.

79. *Id.*, 3. Dans un autre cas, une autre question, encore plus complexe, a été soulevée : faudrait-il faire passer un test de détection des anticorps anti-VIH aux personnes accusées d'agression sexuelle? Margot B. a accusé un homme qui était à l'extérieur de la prison grâce à un laissez-passer d'une journée pour travailler à un projet communautaire, de l'avoir violée dans le presbytère de Dunham. Lorsqu'il s'est prononcé sur la demande de faire subir à l'accusé un test de détection des anticorps anti-VIH, le juge Roberge a déclaré qu'un homme accusé de viol ne peut être forcé de subir un tel test. Depuis, Margot B. a lancé une campagne nationale demandant qu'on oblige toutes les personnes accusées d'agression sexuelle à subir un test de détection des anticorps anti-VIH. Pour une discussion plus détaillée, voir R. JÜRGENS, N. GILMORE et M.A. SOMERVILLE, «Are compulsory HIV testing and disclosure of HIV status ever justifiable? Ethical and legal analysis using sex offenders, health care providers, patients as examples», présentation sur affiche à la *Troisième conférence annuelle de la recherche sur le VIH/SIDA*, Montréal, du 13 au 15 mai 1993, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1993, 4, (suppl. B), 48 B, SP-403.

[d'une infraction] d'agression sexuelle et susceptibles de transmettre l'infection à VIH, et de traiter ces résultats de façon confidentielle, exception faite de leur seule communication à la victime de l'infraction.

Le Comité consultatif national sur SIDA recommande fortement de faire passer, sur une base volontaire, aux personnes déclarées coupables d'agression sexuelle susceptibles de transmettre l'infection à VIH, et de traiter ces résultats de façon confidentielle, exception faite de leur seule communication à la victime de l'infraction⁸⁰.

Il ne semble pas justifié d'obliger les personnes déclarées coupables d'agression sexuelle à passer un test, car cette mesure n'est ni efficace ni nécessaire à l'atteinte de l'un des objectifs mentionnés dans le rapport du coroner.

Les tests que l'on fait passer dans le but de protéger la victime et les tiers ou pour rassurer la victime ne sont pas, dans la plupart des cas, nécessaires, puisqu'il s'écoule en général entre huit et douze mois avant la déclaration de culpabilité. Après la déclaration de culpabilité, les tests appliqués aux agresseurs sexuels sont inutiles pour l'un ou l'autre de ces objectifs. La victime peut aller passer elle-même le test et obtenir des renseignements fiables pour savoir si elle a contracté le VIH, alors que les tests de détection subis par l'agresseur ne pourraient fournir ce renseignement.

Les tests que l'on ferait passer pour prévenir la transmission du VIH dans les établissements correctionnels ne sont pas non plus nécessaires. Ils ne permettent pas d'atteindre cet objectif. De plus, il existe des mesures moins intrusives. En outre, les agresseurs infectés qui seraient identifiés après avoir passé le test deviendraient plus vulnérables en prison. Les tests obligatoires appliqués à cette population carcérale seraient discriminatoires et stigmatiseraient les détenus

comme une source possible et une menace d'infection dans les prisons.

Les tests que l'on ferait passer pour recueillir des renseignements sur l'état sérologique des agresseurs sexuels afin d'être communiqués aux victimes éventuelles ne seraient pas non plus justifiés. En premier lieu, le fait de savoir que l'agresseur a eu un résultat négatif ne fournit aucune information sur son état sérologique au moment d'une nouvelle agression sexuelle, en raison de la «période de latence» et du temps écoulé entre le moment du test et la nouvelle infraction. En deuxième lieu, le fait de savoir que l'agresseur a eu un résultat positif n'apporte rien à la victime, car elle devrait, pour elle-même et les tiers, agir comme si elle avait été exposée au VIH, qu'elle connaisse ou non l'état sérologique de l'agresseur.

En outre, les avantages de tels tests sont très limités et contestables, alors que les préjudices comprennent, par exemple la violation des droits à l'inviolabilité de la personne, à l'autodétermination, à l'autonomie, à la protection de la vie privée et à la confidentialité, ainsi que le risque de traitement discriminatoire ou autrement préjudiciable.

CONCLUSION

Dans les établissements correctionnels fédéraux, la divulgation de renseignements médicaux personnels sans le consentement de la personne est rarement justifiable. Dans la majorité des cas, une telle communication ne peut être considérée comme nécessaire, et son efficacité est contestable. Elle semble souvent contreproductive ou préjudiciable, et les inconvénients sont de loin supérieurs aux avantages, réels ou possibles, qui pourraient en résulter. Les mesures susceptibles d'être prises afin d'empêcher l'exposition au VIH et l'infection doivent l'être, peu importe si le personnel, le directeur de l'établissement ou les détenus savent si le détenu ou le membre du personnel est infecté ou non par le VIH. Si l'on veut prévenir la transmission du VIH dans les

80. SOMERVILLE et GILMORE, *op. cit.*, note 21, XXII.

établissements correctionnels, il est essentiel d'informer le personnel et les détenus sur les précautions pouvant contribuer à cette prévention, et de mettre à leur disposition les moyens nécessaires. La divulgation ne sera justifiée que rarement, dans des cas exceptionnels, lorsqu'une évaluation individuelle indique que cette communication est nécessaire, susceptible d'être

efficace et qu'elle constitue le moyen le moins intrusif et le moins restrictif possible pour prévenir des préjudices qui ne peuvent l'être autrement. Dans tous les autres cas où la divulgation est demandée, d'autres moyens disponibles s'imposent, qui seraient moins dommageables et plus susceptibles d'être efficaces.

LE VIH/SIDA **EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation**

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

6^e CONFÉRENCE ANNUELLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SUR LE SIDA

Une séance spéciale sur le VIH/SIDA en milieu carcéral, organisée par le coordonnateur de projet du CESP, M. Ralf Jürgens, a été tenue à Vancouver lors de la 6^e conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA, intitulée *Vivre avec le VIH/SIDA*, le 2 novembre 1992. Cette séance a permis de discuter des questions que soulève le VIH/SIDA dans les établissements

correctionnels provinciaux et fédéraux, d'identifier les préoccupations des détenus, des autorités, et du personnel correctionnels, et de chercher des solutions possibles aux problèmes que pose le VIH/SIDA. Voici la liste des conférenciers qui ont présenté des exposés lors de cette séance, de même que le titre de ces exposés:

- Michael Linhart, détenu, Établissement de Mission, *An HIV Positive Prisoner's View (Point de vue d'un détenu infecté par le VIH)*;
- Roger Brock, directeur, Établissement de Mission, *A Warden's Perspective (Point de vue d'un directeur d'établissement)*;
- John Turvey, Downtown Eastside Youth Activities Society, *The Role of Community Groups (Le rôle des groupes communautaires)*;
- Ray Sill, Allied Indian Metis Society, *Aboriginal Prison Populations and HIV/AIDS (Le VIH/SIDA et la population carcérale autochtone)*;
- Barry Lynden, analyste des programmes, Solliciteur général de la C.-B., et Ron Painter, directeur, Surrey Pretrial Service Center, *The Action of the B.C. Corrections Branch (Les actions du service correctionnelle de la C.-B.)*;
- Robert Adlard, Services de santé, Service correctionnel du Canada, *The Action of the Correctional Service of Canada (Les actions du Service correctionnel du Canada)*;

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

- Jim Elliot, chef des Services de santé, Établissement de Mission, *Health Care in Prisons (Les services de santé dans les pénitenciers)*;
- Ralf Jürgens, coordonnateur de projet du CESP, *HIV/AIDS and Prisons: Analysis of Policies and Relevant Case-Law (Le VIH/SIDA dans les prisons : analyse des politiques et de la jurisprudence pertinente)*;
- Diane Riley, analyste principale, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, *Drug Use in Prisons (La consommation de drogues dans les prisons)*.

Voici les textes des exposés présentés par Michael Linhart et Diane Riley.

Point de vue d'un détenu infecté par le VIH

Michael Linhart, détenu, Établissement de Mission

On m'a demandé de prendre la parole pour vous donner mon point de vue en tant que détenu infecté par le VIH, incarcéré dans un pénitencier fédéral. Mes connaissances se limitent à mon expérience personnelle et à l'expérience d'autres détenus avec lesquels j'ai échangé et qui ont subi un test de dépistage, ou qui ont déjà envisagé ou envisagent actuellement de le faire. Ces connaissances ne font pas de moi un expert sur la vie en prison quand on porte le VIH. Il ne faudrait pas conclure que je m'exprime au nom de tous les détenus infectés par le VIH. Mes propos visent simplement à vous aider à comprendre l'environnement avec lequel un détenu infecté par le VIH doit composer.

En 1989 encore, dans des pénitenciers fédéraux en Ontario et en Alberta, des détenus séropositifs étaient séparés des autres détenus. Ces détenus étaient traités inhumainement. J'avais entendu des rumeurs à ce sujet en attendant mon procès. Lorsque j'ai demandé de subir un test de dépistage du VIH durant ma détention provisoire,

j'ai appris de première main que les détenus étaient isolés du reste de la population carcérale lorsqu'ils subissaient un test de dépistage. J'ai lu dans un journal que les détenus en détention provisoire qui sont infectés demeuraient isolés. En écoutant un épisode de W5 [une émission de télévision informative et documentaire], j'ai appris que les rumeurs au sujet du traitement réservé aux détenus infectés par le VIH étaient largement fondées. C'est alors que j'ai renoncé à subir un test de dépistage durant mon incarcération en Ontario, même si je soupçonnais que j'étais infecté par le VIH.

Mes questions et mes craintes étaient, entre autres, les suivantes :

1. Est-ce que je serai isolé et contraint de subir le même genre de traitement inhumain que celui dont on a fait état à W5?
2. Si mon test s'avérait positif, pourrais-je être transféré dans d'autres établissements?
3. Comment les autres détenus réagiraient-ils s'ils apprenaient que je suis séropositif? Serais-je victime de violence physique ou verbale, ou des deux?
4. Quel genre de soins aurais-je? Serais-je soigné par un médecin bien renseigné et aurais-je accès aux nouveaux traitements et médicaments qui viennent d'être mis au point?
5. Est-il vraiment possible de garder le diagnostic confidentiel, ou dois-je m'attendre à ce que les employés et les détenus me fassent savoir qu'ils sont au courant de ce diagnostic?
6. Quel genre de soutien me serait offert?
7. Que m'arriverait-il si le virus mettait ma vie en danger à brève échéance?
8. Pourquoi le Service correctionnel ne prend-il pas des mesures pour que les détenus sachent à quoi s'attendre advenant qu'ils soient séropositifs?

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

9. Que fera le Service correctionnel dans l'avenir pour répondre à mes besoins?

Je me suis entretenu avec d'autres détenus qui ont été incarcérés dans différents établissements au Canada. Parmi les détenus qui ont réfléchi à ces problèmes, ceux qui ont pratiqué des activités à risque élevé se posent à peu près les mêmes questions. La majorité d'entre nous ne pouvons faire autrement que de nous demander pourquoi le Service correctionnel du Canada n'informe pas dûment les détenus de la manière dont ils seront traités si leur test de dépistage est positif. Si j'avais su que je ne serais pas isolé, j'aurais fort probablement subi le test plus tôt. À cause des histoires d'horreur que j'avais entendues à l'émission W5, et des rumeurs qui couraient, j'ai attendu trois ans et demi avant de subir le test de dépistage.

Aucun détenu ne s'attend à ce qu'on lui donne des garanties quant à la réaction des autres détenus. En effet, les détenus réagissent différemment selon la région et le niveau de sécurité de l'établissement. Ce qu'il faut leur dire, c'est qu'un test positif ne signifie pas systématiquement qu'ils ne pourront obtenir un transfert, qu'ils seront isolés et, surtout, qu'ils ne doivent pas craindre les contacts avec les détenus infectés, dans la mesure où ils ne pratiquent pas l'une des trois activités à risque élevé avec ces derniers. Dans les établissements correctionnels canadiens, le tatouage, le partage des aiguilles et les relations sexuelles anales non protégées (tant consensuelles que non consensuelles) constituent les modes de transmission les plus courants. La fréquence des différents comportements à risque élevé varie d'un établissement à l'autre. Dans l'est du Canada, par exemple, le tatouage est plus courant que le partage des aiguilles. Quoi qu'il en soit, il est indéniable que les détenus ont des comportements à risque élevé.

Il arrive parfois qu'on ne puisse répondre aux besoins d'un détenu infecté par le VIH en matière de services de santé parce que les services médicaux nécessaires ne sont pas disponibles dans la région avoisinante de l'établissement correctionnel. En l'occurrence, il n'y a aucune

différence entre un détenu infecté par le VIH et un détenu ayant des besoins urgents en matière de services de santé.

Quiconque a été incarcéré durant quelques années vous dira que les services de santé sont d'une importance capitale pour les détenus. Nous avons besoin de pouvoir compter sur des professionnels de la santé compétents et à jour. Souvent lorsqu'ils prescrivent des médicaments aux détenus, les médecins semblent suivre une série de politiques et de modalités administratives décrivant les genres de médicaments à prescrire aux détenus. Je suis au fait de nombreux cas où l'infirmière de service est intervenue auprès du médecin qui s'apprêtait à prescrire un médicament donné à un détenu en lui disant «il est interdit aux détenus de cet établissement de prendre ce médicament». À mon avis, et de l'avis de nombreux autres détenus, cette attitude démontre que les autorités correctionnelles dictent au médecin le genre de soins médicaux à donner.

Je reconnais volontiers qu'il y a et qu'il y aura toujours des détenus qui essayeront de se faire donner par le médecin de l'établissement des médicaments plus forts, plus puissants. Mais cette réalité s'applique à la population en général; elle n'est pas propre aux établissements carcéraux. Or, à cause de ces tactiques diverses, il est possible que le personnel infirmier des établissements reste tout à fait indifférent à l'égard de tous les détenus. Je pourrais citer nombre d'exemples où un problème réel a été considéré comme une plainte futile ou comme une tentative de la part du détenu pour obtenir un médicament donné.

Il y a plusieurs mois, j'ai eu une gastrite accompagnée d'une diarrhée abondante. Après quelques jours, voyant que mon état ne s'améliorait pas, j'ai pensé qu'il y avait peut-être un problème. Je me suis rendu au service de santé et j'ai expliqué ma situation. On m'a remis une bouteille de Kaopectate et on m'a dit de retourner au travail. Constatant que le Kaopectate n'agissait pas, j'ai commencé à m'inquiéter. Je suis donc retourné au service de santé, et la même infirmière m'a dit que je n'avais aucune

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

raison de m'inquiéter. Elle n'a pas fait le moindre effort pour m'écouter ou s'informer de mes préoccupations. Si elle avait pris le temps de me renseigner davantage sur le virus qui m'inquiétait et de m'expliquer qu'une gastrite était la cause probable de ma diarrhée, on aurait épargné beaucoup de temps et d'angoisse.

Bien que la profession médicale n'ait pas encore reconnu le VIH comme un domaine de spécialisation, un nombre croissant de médecins axent leur pratique sur le soin des patients atteints du VIH. Par conséquent, ces médecins consacrent beaucoup plus de temps et d'énergie à l'étude des progrès dans ce domaine et ils peuvent reconnaître plus tôt les symptômes du VIH. Si je vivais parmi la population, je pourrais consulter un médecin qui exerce ce genre de pratique. Un médecin dont la clientèle est principalement composée de patients atteints du VIH est mieux informé à ce sujet qu'un généraliste, qui traite tous les problèmes, à partir des otites jusqu'aux ongles incarnés. J'ai eu la possibilité de consulter un virologue qui a vérifié l'évolution du virus et un hématologue qui a traité une condition plaquettaire reliée au virus.

À mon avis, le personnel des services de santé devrait mieux écouter les détenus qui lui font part de leurs préoccupations. Les quelques minutes qu'il consacrerait à les écouter et à leur répondre permettraient d'épargner du temps plus tard.

Il serait injuste de ma part de parler des employés des services de santé sans mentionner que nombre d'entre eux semblent vraiment se préoccuper des besoins des détenus. Le travail de ces employés n'est pas facile, ils doivent essayer de discerner les détenus qui simulent un problème de santé de ceux qui en ont réellement un. En tant que détenu, je ferais la suggestion suivante : Prenez le temps d'écouter ce que le détenu a à dire, posez-lui des questions. Tous les «subterfuges» que j'ai entendus, et j'en ai entendus et invoqués moi-même un grand nombre, seront vite mis au jour avec quelques questions bien choisies.

J'ai vite trouvé réponse à mes questions quant à la confidentialité des renseignements médicaux lorsqu'on m'a accompagné à mon premier rendez-vous chez un médecin hors de la prison, après que j'aie reçu mon diagnostic. La première exigence à respecter en matière de sécurité lorsqu'on accompagne un détenu qui a obtenu une permission de s'absenter est de veiller à ce que le détenu puisse être vu et entendu en tout temps. Cette exigence s'inscrit dans le cadre du mandat du Service correctionnel du Canada, soit assurer la protection de la société. Or, le détenu ne peut parler librement à son médecin lorsqu'un ou plusieurs agents de sécurité se trouvent dans la même pièce. On m'a informé que ces personnes sont tenues au secret. Cependant, je sais aussi que les agents de sécurité sont des êtres humains et qu'ils sont sujets à l'erreur. Je sais également que certains employés ont informé leurs collègues et les détenus qu'il y avait un «détenu sidéen» dans l'établissement.

Récemment, un agent de gestion des cas s'entretenait avec un autre détenu au sujet d'un ami du détenu, qui était infecté par le VIH. Le détenu infecté apprenait d'autres détenus que l'agent de gestion des cas avait informé les autres détenus de l'identité du présumé détenu infecté par le VIH. Le détenu infecté a été angoissé pendant plusieurs jours, s'inquiétant de la réaction des autres détenus à l'annonce de cette nouvelle. La violence et l'isolement qu'il appréhendait allaient-ils devenir réalité? Heureusement, ce ne fut pas le cas!

En fait, ces circonstances ont amené le détenu à prendre conscience que le moment était venu de cesser de garder le «secret» et, comme le dit l'expression, de «prendre sa place». Depuis que j'ai adopté cette attitude, j'ai constaté que je pouvais réellement compter sur le soutien d'un certain nombre de personnes. Trois de mes co-détenus étaient toujours prêts à m'écouter lorsque je trouvais le fardeau trop lourd à porter. Ils ont fait preuve d'une compassion, d'une empathie et d'une compréhension qui étonneraient même le détracteur des détenus le plus féroce.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Les détenus ne se sont pas tous montrés réceptifs ou aimables. J'ai entendu des commentaires négatifs. J'ai appris qu'ils sont tout simplement dans l'ordre des choses. J'aurais entendu ces commentaires même à l'extérieur. Dans la majorité des cas, ils s'expliquent par la peur, par l'ignorance ou simplement par une certaine indifférence à l'égard des sentiments des autres. Aucun détenu n'a protesté vigoureusement à l'idée de vivre avec des détenus infectés par le VIH. En toute franchise, M. Brock [l'ancien directeur de l'Établissement de Mission] ne tolérât pas ce genre d'attitude. Alors, la réponse à la question «Comment les autres détenus réagiraient-ils s'ils apprenaient que je suis séropositif?» a été favorable en général, au-delà de ce que j'aurais pu imaginer. Je me suis senti soulagé en apprenant que, à l'Établissement de Mission du moins, mes craintes étaient, pour la plupart, sans fondement.

On pourra probablement toujours faire davantage pour dissiper les mythes et les craintes qui entourent les détenus séropositifs. Il s'agit d'un processus lent, qui nécessite du temps, de la patience et de la persévérance. Les détenus résistent fortement au changement, mais ils ne pourront résister toute leur vie. Récemment, la direction a approuvé la création d'un groupe organisé par et pour les détenus; ce groupe travaillera en collaboration avec l'établissement pour améliorer encore davantage la compréhension des questions reliées au VIH/SIDA.

La question des services de soutien offerts aux détenus infectés est une question complexe. Actuellement, il n'existe aucun service dans la région pour les détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. J'espère que cette situation changera dans un proche avenir. Cependant, je suis conscient que tant la volonté que l'intérêt sont essentiels pour faire changer les choses. Il se pourrait qu'actuellement l'un de ces éléments, voire les deux, fassent défaut. Au rythme où l'infection se propage, il ne fait aucun doute que les choses vont changer.

Dans la région de Vancouver, dix-sept thérapies ou groupes de soutien au moins sont accessibles aux personnes atteintes du VIH/SIDA. À l'Établissement de Mission, les seules ressources sont le groupe créé récemment, les réunions avec Xavier [Sanchez Horno], un autre détenu qui est mon conseiller, et des amis sans lesquels je serais perdu, des conversations avec mes trois précieux amis qui se sont toujours montrés disponibles pour moi, mon surveillant au travail, un gars fantastique, le personnel des services de santé, le groupe des AA et des NA, les Pathfinders, et quelques employés dont le dévouement est entier, comme Sandy, qui fait partie de l'équipe qui m'accompagne aujourd'hui. Ce qui manque fortement, c'est la possibilité de nous asseoir avec d'autres personnes infectées et touchées et d'échanger avec elles au sujet des frustrations, des sentiments, des préoccupations, des tribulations et des victoires que nous connaissons tous au fur et à mesure que nous apprenons à vivre avec le VIH et le SIDA. Même si je ne suis pas en mesure de recourir aux services de soutien offerts dans la collectivité, je m'estime néanmoins privilégié. En effet, aux Établissements Kent, Matsqui, Mountain et Ferndale, aucun service n'est offert aux détenus infectés par le VIH. De plus, d'après ce qu'on dit, l'attitude générale des détenus à l'égard des détenus séropositifs est nettement négative.

Il est à espérer que parmi ceux qui participent à cette conférence, certains seront intéressés à s'impliquer dans l'un ou plusieurs des établissements. Si vous désirez communiquer avec l'un ou l'autre de ces établissements pour offrir votre aide, vous pouvez le faire en vous adressant à l'aumônier de l'établissement en question.

Je n'ai pas encore trouvé de réponse à deux de mes neuf questions. Voici l'une de ces questions : «Que fera le Service correctionnel dans l'avenir pour répondre à mes besoins?» Je ne suis pas qualifié pour répondre à cette question. Cependant, je peux vous donner mon opinion quant aux mesures que j'estime souhaitables :

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

1. Les détenus séropositifs devraient être considérés comme un groupe ayant des besoins spéciaux. Chaque établissement devrait recevoir des fonds qui serviraient spécifiquement à répondre aux besoins de ce groupe.

2. Il faut donner aux détenus infectés plus de latitude quant à la prise en charge de leur maladie et de leur traitement, notamment quant au choix de leur médecin. Les détenus infectés par le VIH devraient avoir accès à des médecins qui sont familiarisés avec nombre des signes précurseurs des infections symptomatiques.

3. Les collectivités et le Service correctionnel du Canada doivent trouver un moyen de combler le fossé qui les sépare et travailler ensemble à promouvoir une attitude responsable, à sensibiliser les détenus, le personnel et les membres de la collectivité et à offrir un soutien aux détenus infectés.

4. Il faut donner aux détenus le droit d'intervenir dans la prise en charge de leur maladie, dans la mesure où la sécurité n'est pas compromise. La sécurité doit rester l'un des principaux facteurs à prendre en considération, de façon à ce que la protection de la société demeure la priorité. Cela signifie qu'il faut assurer aux détenus l'accès aux traitements qu'ils estiment les plus appropriés.

5. Les gestionnaires des services de santé et les sous-commissaires dans chaque région devraient se réunir avec les détenus infectés et touchés, de même qu'avec des représentants des services de soutien et des organismes communautaires pour discuter des besoins, des services et des futurs programmes.

6. Il faudrait offrir aux agents de gestion des cas une formation spéciale sur la manière de traiter les détenus infectés. Il est important pour les agents de gestion des cas de comprendre qu'il s'agit d'une maladie qui a des répercussions tant physiques que psychologiques.

7. Le personnel des services de santé dans chaque établissement devrait profiter pleinement des services d'aide et d'information offerts par des

organismes tels que AIDS Vancouver et Persons with AIDS Society. Bien que ces organismes ne soient pas des centres «médicaux», ils peuvent être d'une aide précieuse lorsqu'il s'agit de s'occuper de détenus séropositifs. En l'occurrence, au cours de la dernière année, le personnel des services de santé de l'un des établissements a été invité à rendre visite aux bureaux des deux organismes susmentionnés, soit Persons with AIDS Society et AIDS Vancouver. À ce jour, aucun effort n'a été fait pour donner suite à cette invitation.

8. Le personnel des établissements doit collaborer avec les organismes communautaires et les détenus infectés en vue de promouvoir la compréhension et l'appui des détenus quant aux questions reliées au VIH/SIDA. Il faudrait encourager les détenus infectés et touchés à intervenir davantage pour promouvoir l'adoption de comportements responsables et sensibiliser les détenus et leurs familles à ce problème.

9. Il y a de plus en plus de preuves démontrant qu'un régime alimentaire et une nutrition appropriée constituent des moyens efficaces de lutter contre le virus. Les médecins des établissements devraient être davantage disposés à donner aux détenus des régimes alimentaires particuliers. La diète appropriée est simple, et elle n'entraîne pas une hausse majeure des coûts reliés à l'alimentation des détenus. J'ai demandé une diète à faible teneur en gras et riche en sucres complexes, en protéines, en légumes crus et en fruits frais, et je l'ai obtenue relativement facilement. Cette diète a fait une différence dans mes numérations de cellules T inductives et suppressives. Cependant, je dois dire que l'Établissement de Mission est l'exception plutôt que la règle. Dans d'autres établissements, il aurait été plus difficile d'obtenir une réponse favorable.

À l'Établissement de Mission, un groupe d'aide aux détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA a été formé. J'espère que d'autres établissements emboîteront le pas dans un proche avenir. Ce groupe vise les objectifs suivants :
1) préconiser un comportement responsable de la

part des détenus et leur famille; 2) travailler avec l'établissement à accroître la sensibilisation à l'égard des questions reliées au VIH/SIDA au sein de l'établissement; 3) aider l'établissement à s'acquitter de son mandat, soit sensibiliser les détenus aux questions reliées au VIH/SIDA; 4) élaborer un document qui contiendra des renseignements simples, faciles à lire et à comprendre sur les questions reliées au VIH/SIDA; 5) établir une liste des ressources, des organismes communautaires et des services d'aide dans la collectivité; 6) gagner le respect et la confiance tant des détenus que du personnel et servir d'agent de liaison entre les deux groupes; 7) ce groupe a été formé à partir de la prémisse selon laquelle les détenus sont plus réceptifs aux nouvelles idées lorsque celles-ci sont présentées par d'autres détenus.

Maintenant, une seule de mes questions reste sans réponse : «Que m'arriverait-il si le virus mettait ma vie en danger à brève échéance?» Je souhaiterais pouvoir répondre à cette question autant pour moi-même que pour vous tous. Ma plus grande peur, c'est de mourir en prison. Je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour empêcher la maladie de prendre le dessus. En trois mois, grâce à un programme d'haltérophilie et à une diète spéciale, j'ai réussi à augmenter de 46 à 55 mes numérations de cellules inductrices et suppressives. En prenant davantage soin de ma santé et de mon corps, j'ai gagné 35 livres au cours des sept derniers mois, exploit dont je suis très fier. Je crois être en mesure de maintenir, voire d'améliorer mes gains à ce chapitre. Pour le reste, je me résigne à mon destin. J'espère pouvoir y faire face avec force et courage et je prie le ciel de m'aider.

Je refuse de passer mon temps à réfléchir à ce qui pourrait m'arriver demain. Je vis pour le moment présent car c'est le seul dont je suis sûr. Je prends une journée à la fois. J'ai commencé à mûrir le jour où j'ai appris que j'étais séropositif. Je sais maintenant à quel point la vie est précieuse, ce que je n'avais jamais réalisé auparavant. Fait encore plus important, j'ai appris que la vie, c'est pour les vivants. Et moi, comme vous, je suis vivant: vivant avec le VIH.

La consommation de drogues dans les prisons

Diane Riley, analyste principale en matière de politiques, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, et Département des sciences du comportement, Université de Toronto

LE SIDA ET LA CONSOMMATION DE DROGUES

Dans de nombreuses parties du monde, y compris en Amérique du Nord, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et leurs partenaires sexuels représentent actuellement le groupe pour lequel on enregistre le taux d'augmentation le plus élevé quant au nombre de personnes infectées par le VIH. Aux États-Unis, 35 pour cent des cas d'infection à VIH sont associés à l'utilisation de drogues injectables. Les utilisateurs de drogues injectables sont également les principaux agents de la transmission du VIH à la population hétérosexuelle dans la plupart des pays. En Amérique du Nord, la majorité des femmes infectées par le VIH ont contracté le virus en s'injectant des drogues ou lors de relations sexuelles avec un partenaire qui s'injectait des drogues, et presque tous les cas d'infection à VIH parmi les nouveaux-nés sont reliés aux UDI (voir également Riley, 1991, et à paraître). On associe généralement la transmission du VIH et la consommation de drogues étant donné le lien entre le SIDA et les activités sexuelles motivées par l'achat de drogues, de même qu'entre la consommation de drogues (y compris l'alcool) et les pratiques sexuelles à risque.

Les gens ont tendance à s'imaginer que les prisons sont un monde à part. En fait, c'est tout le contraire : les prisons font face aux mêmes problèmes qu'à l'extérieur, en plus d'être aux prises avec les problèmes qui leur sont propres, et il y a un va-et-vient constant entre les prisons et la population en général. Souvent, les hétérosexuels adoptent des comportements homosexuels en prison et contribuent à augmenter le risque de transmission de maladies entre les UDI et les hétérosexuels et les homosexuels.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Ainsi, les infections tels que le VIH et l'hépatite peuvent se transmettre entre et parmi des populations différentes.

LA CONSOMMATION DE DROGUES ET LA CRIMINALITÉ

Le lien entre la consommation de drogues et la criminalité est une question complexe et très politisée. Bien que la nature des causes et les liens de causalité soient du domaine de l'inconnu, il est vrai que la toxicomanie est associée à un style de vie criminel, caractérisé par le désœuvrement, l'égoïsme et l'asociabilité. Le style de vie criminel et les risques inhérents à ce style de vie suggèrent que l'alcool et d'autres drogues seraient un facteur important du style de vie criminel pour deux raisons : ces substances facilitent la perpétration du crime (ou le crime est commis sous leur influence), et elles constituent un moyen de composer avec les conséquences de ce style de vie. Il y a également un lien entre l'utilisation de drogues et la criminalité en ce que certains utilisateurs commettent des crimes pour pouvoir payer la drogue qu'ils achètent (voir, p. ex., Fazey, 1991).

Une étude effectuée en 1989-1990 par le Service correctionnel du Canada (SCC) révèle que plus de 10 pour cent des 371 détenus ont admis avoir consommé des drogues tous les jours durant les six mois qui ont précédé leur incarcération et 17 pour cent avaient participé régulièrement à des beuveries. Soixante-quatre pour cent des détenus ont déclaré avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues le jour où ils ont commis leur crime (Robinson et coll., 1991).

Des données provenant de la France, de la Hollande, de la Suisse, de l'Italie et de l'Espagne indiquent que durant les trois mois qui ont précédé leur incarcération, 20 à 30 pour cent des détenus s'étaient injectés des drogues au moins une fois par semaine (Harding, 1990). Ce fait à lui seul explique pourquoi les détenus risquent d'être séropositifs lors de leur admission dans les prisons européennes. Les prisons sont de loin la réponse la plus courante au problème de la drogue dans la plupart des pays européens. On

investit plus de ressources dans la prise en charge des utilisateurs de drogues par le système de justice pénale en Europe que dans toute autre forme de traitement, médical ou social (Harding, 1990).

En conséquence de la prohibition des drogues aux États-Unis, la population carcérale a augmenté au cours des quinze dernières années pour s'établir à un million et demi de détenus. De plus, en 1990, 2,5 millions de personnes relevaient des autorités correctionnelles, étant en probation ou en libération conditionnelle. Bien que la majorité des utilisateurs de drogues soient de race blanche, la majorité des personnes arrêtées sont des Noirs. Bien que les afro-américains ne représentent que 12 pour cent de la population des É.-U., ils constituent près de 40 pour cent des détenus du pays. Vingt-cinq pour cent des afro-américains de sexe masculin qui ont entre 20 et 30 ans sont soit en prison, en probation ou en libération conditionnelle - plus qu'on en compte dans les collèges américains. Environ la moitié d'entre eux ont commis des infractions reliées à la drogue. Aux États-Unis, l'incarcération a été la principale réponse au problème de la drogue, comme en témoigne la déclaration suivante de William Bennett, ancien chef de la répression du trafic des drogues [TRADUCTION] «Nous devons ... nous engager dans une lutte sans merci contre la drogue. Nous devons construire plus de pénitenciers. Il faut plus de prisons.» (1989) La désinstitutionnalisation des patients psychiatriques aux États-Unis a posé des problèmes additionnels au système de justice pénale : aujourd'hui, il y a dix fois plus de personnes ayant des troubles mentaux ou de toxicomanes dans les pénitenciers et les prisons qu'il y en a dans les hôpitaux psychiatriques (Pepper et Massaro, 1992).

Le Canada a l'honneur peu enviable d'enregistrer le plus grand nombre d'arrestations par habitant pour des infractions reliées à la drogue parmi tous les pays, sauf les États-Unis. En ce qui concerne les lois relatives aux drogues, elles ont récemment été décrites comme «faisant plus de mal que de bruit» (MacCoun et coll., 1992). À l'heure actuelle, 1 200 détenus purgent une peine dans les pénitenciers fédéraux pour une infraction reliée à

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

la drogue. La grande majorité des infractions reliées aux drogues sont pourtant traitées par les systèmes provinciaux. Entre 1985 et 1990, on a enregistré 16 541 admissions dans les prisons provinciales au Canada pour des infractions reliées aux drogues (Service correctionnel du Canada, 1990). Bien que la situation ne soit néanmoins pas comparable à celle des États-Unis, nous ne devons nous rappeler qu'il y a plus d'utilisateurs de drogues dans les prisons canadiennes qu'il n'y en a qui participent à des programmes de traitement.

Bien que la consommation de drogues ait diminué au Canada durant la période de 1986 à 1989, le taux global de criminalité concernant les infractions reliées aux drogues a augmenté, et un nombre élevé des auteurs de ces infractions ont été condamnés à une peine d'emprisonnement (Erickson, 1992). En 1990, 64 pour cent des 60 000 infractions reliées aux drogues enregistrées au Canada concernaient le cannabis; il s'agissait, dans la plupart des cas, de simple possession seulement (Williams et coll., 1992). En ce qui concerne la cocaïne, le nombre total de condamnations est passé de 2 800 à 6 900 entre 1985 et 1989. De plus, le pourcentage des personnes emprisonnées pour possession de cocaïne est passé de 17 à 29 pour cent. On a augmenté les ressources des escouades antidroque locales. À Toronto, par exemple, on a embauché 97 nouveaux agents en 1989. Par suite de cette mesure, le nombre des saisies de drogues a doublé, le nombre d'accusations reliées aux drogues a augmenté de 31 pour cent, et le nombre d'accusations reliées spécifiquement au trafic des drogues a augmenté de 53 pour cent. Cependant l'augmentation du nombre d'accusations reliées au trafic des drogues n'est pas aussi significative qu'on pourrait le croire puisque ces accusations ne concernaient que de petites quantités de drogues, surtout du cannabis. En réalité, le nombre d'accusations reliées à tous les autres cas de trafic de cannabis et d'autres drogues a baissé (Erickson, 1992). Le renforcement des mesures d'exécution de la loi s'est traduit par un engorgement des tribunaux et des cellules. En Ontario, le nombre de personnes incarcérées dans des établissements de correction

provinciaux pour des infractions reliées aux drogues est passé de 1 800 en 1986-1987 à 3 150 en 1989-1990. En Ontario, la proportion de toutes les incarcérations que représentent les infractions reliées aux drogues a augmenté de quatre à sept pour cent (Erickson, 1992).

À l'échelle fédérale, la proportion des détenus reconnus coupables d'infractions reliées aux drogues a augmenté de neuf à quatorze pour cent entre 1986 et 1990 (Erickson, 1992). Malgré la baisse régulière de la consommation de drogues parmi la population en général au Canada, le nombre d'accusations reliées aux drogues portées par la GRC est demeuré stable. Le nombre d'accusations portées dans le cas de certaines catégories particulières d'infractions, par exemple le trafic de marijuana à petite échelle, a augmenté substantiellement (GRC, 1990).

Il est important de souligner que la majorité des infractions reliées aux drogues sont des infractions contre les biens et que ces infractions, tout comme les infractions accompagnées de violence, sont souvent davantage associées à la prohibition des drogues qu'aux drogues elles-mêmes. Pourtant, malgré le fait que le but de la Stratégie canadienne antidroque soit de réduire les dangers, le principal mode d'action est la criminalisation. Comme Pat Erickson l'a souligné récemment : [TRADUCTION] «le fait est que les adolescents et les jeunes adultes sont encore arrêtés en grand nombre (surtout pour du cannabis), comparaissent devant les tribunaux, ont un casier judiciaire et sont souvent emprisonnés» (1992, p. 257).

Le traitement à la méthadone, ainsi que d'autres genres de traitement, peuvent contribuer à réduire les sommes investies dans l'achat de drogues illicites, et partant, à réduire le nombre d'infractions commises dans le but d'acheter des drogues (Fazey, 1991; Newcombe, 1990). Les traitements peuvent également contribuer à réduire le nombre des autres comportements criminels reliés à la consommation de drogues et d'alcool (voir p. ex., Andrews et coll., 1990). Grâce aux traitements, on pourrait réaliser des économies, non seulement sur le plan de la perte

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

économique associée au vol mais également sur le plan des frais de justice et des coûts associés à l'incarcération. Cependant, cette réduction du nombre d'infractions criminelles n'est possible que dans la mesure où l'utilisateur suit le traitement jusqu'à la fin et dans la mesure où le traitement est efficace. L'efficacité du traitement et l'intérêt de l'utilisateur à suivre le traitement jusqu'à la fin dépendent du genre de traitement offert. Les programmes de traitement polyvalents, qui proposent un éventail de traitements parmi lesquels les participants peuvent choisir ceux qui leur conviennent, semblent être ceux qui sont le plus efficaces lorsqu'il s'agit d'empêcher les utilisateurs de rechuter, et ceux qui réussissent le mieux à assurer l'assiduité des participants (Fazey, 1991; Newcombe, 1990).

LES DROGUES DANS LES PRISONS

La consommation et le trafic de drogues sont largement répandus dans les prisons. Cela n'a rien d'étonnant, pour plusieurs raisons : 1) Partout dans le monde, la principale réponse à la consommation et au trafic de drogues est la criminalisation et l'emprisonnement. Les seuls pays où aucun problème de drogue majeur ne se pose dans les prisons sont ceux où les consommateurs et les trafiquants de drogues sont passibles de la peine de mort. 2) D'aucuns trouvent la solution à leur ennui, à leur angoisse et à leur désespoir dans la consommation et l'abus de drogues; combien de prisons au juste sont en mesure de stimuler les détenus, de les amener à se détendre et de susciter de l'espoir chez eux par des moyens naturels? Depuis que le monde est monde, on se réfugie dans les paradis artificiels pour échapper à la réalité. S'imaginer que la consommation de drogues n'a pas cours dans les prisons, c'est ignorer certains faits concernant la nature humaine, ainsi que les effets des drogues. 3) Le trafic des drogues est très lucratif, il ne nécessite aucun équipement et aucune formation, et il est facile d'introduire des drogues dans les prisons. Dans un contexte de prohibition des drogues, le coût de ces dernières est élevé, et les gardiens et autres membres du personnel peuvent être bien rémunérés pour leurs services. Le résultat est une économie presque

parfaite pour le milieu carcéral, surtout que nombre des participants ont été impliqués dans le trafic des drogues avant leur incarcération.

Au Canada, la consommation de drogues fait partie du style de vie d'un grand nombre des détenus des établissements fédéraux et provinciaux, et de ceux qui sont en libération conditionnelle. Il n'y a pas de moyens de dissuasion efficaces contre la consommation de drogues dans les prisons, étant donné que le traitement des cas prend beaucoup de temps et que la suspension des privilèges ne pèse pas lourd comparée aux bénéfices substantiels que procure la vente des drogues. En 1989, 53,7 pour cent des détenus des pénitenciers fédéraux étaient considérés comme ayant un problème de toxicomanie grave (Service correctionnel du Canada, 1990). En prison, les détenus peuvent s'engager activement dans un trafic de drogues qui résiste à tous les obstacles et qui suscite des conflits à cause des dettes de drogues qu'il occasionne et des moyens coercitifs utilisés pour obtenir l'acquittement de ces dettes. La vente de drogues représente un commerce très lucratif pour les détenus, et le prix des drogues peut être de 200 à 500 pour cent supérieur au prix en vigueur à l'extérieur. Le trafic des drogues est une des principales sources de violence dans les pénitenciers fédéraux. Entre 1985 et 1986, six meurtres, 69 voies de fait graves et trois suicides ont été associés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues (Service correctionnel du Canada, 1988, 1990).

Les détenus qui n'ont aucun antécédent de consommation de drogue à leur arrivée à l'établissement deviennent souvent des consommateurs de drogues en prison. L'ampleur de l'utilisation de drogues injectables en prison est difficile à évaluer pour des raisons évidentes, mais ce qui est clair, c'est que les utilisateurs de drogues injectables n'ont pas accès à des aiguilles et à des seringues propres. Des données contenues dans un rapport récent provenant de Toronto indiquent que pour un grand nombre de détenus, c'est en prison qu'ils partagent pour la première fois le matériel d'injection (Millson, 1991).

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Lorsqu'on examine les moyens à prendre pour réduire la quantité de drogues dans les prisons, il est important de reconnaître que la fouille systématique des visiteurs risque de favoriser l'introduction de drogues hautement concentrées dans les prisons, ce qui contribuerait à accroître les dangers. Le renforcement des mesures de sécurité en vue de limiter la contrebande de drogues contribuerait à accroître la tension et la méfiance, en raison des fouilles de routine, des restrictions quant aux colis, aux livres et à tout autre matériel reçus de l'extérieur et des restrictions rigoureuses quant aux contacts directs avec les visiteurs (Harding, 1990). Les tests de dépistage des drogues sont également susceptibles d'accroître la tension et la méfiance.

LA PRÉVENTION DU SIDA DANS LES PRISONS : SITUATION ACTUELLE

Les mesures de prévention du SIDA actuellement en vigueur dans les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux au Canada sont inadéquates. Parmi ces mesures, mentionnons les suivantes : 1) On met parfois de l'eau de Javel à la disposition des détenus aux étages des cellules où les détenus font leur lessive; les détenus n'ont pas accès à de l'eau de Javel pour nettoyer les aiguilles. 2) Les détenus ne peuvent se procurer des seringues propres dans les prisons. On craint, en l'occurrence, que la fourniture de seringues soit interprétée comme l'approbation tacite de l'utilisation de drogues. On craint également que les seringues servent éventuellement d'armes. Ces questions, ainsi que d'autres préoccupations, doivent être réglées si l'on veut mettre en œuvre des programmes d'échange d'aiguilles dans le milieu correctionnel. 3) La distribution de condoms aux détenus des pénitenciers fédéraux a récemment été approuvée, mais les établissements provinciaux n'ont pas tous emboîté le pas. D'aucuns craignent que les condoms soient utilisés pour pratiquer certaines activités illégales, notamment pour dissimuler des drogues et fabriquer des alcools maison.

TRAITEMENT DES DÉTENUS TOXICOMANES : SITUATION ACTUELLE

La Stratégie canadienne antidrogue recommande la mise en œuvre tant de programmes prélibératoires que postlibératoires, et pour les détenus des établissements fédéraux et pour ceux des établissements provinciaux. Un groupe de travail du SCC chargé d'étudier les toxicomanies a récemment terminé une mission de deux ans visant à élaborer une stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies pour les cinq prochaines années (1991). Ses recherches ont notamment porté sur les détenus ayant commis une infraction reliée aux drogues, sur les programmes de traitement existants et sur les besoins en services communautaires d'assistance postpénale. L'examen des programmes actuellement offerts aux toxicomanes, qui sont au nombre de 170 et plus, indique que le moment est venu de réviser et d'améliorer le traitement. Le SCC travaille actuellement à l'élaboration de programmes à la lumière de ces recommandations dans chacune de ses cinq administrations régionales. Les détenus sont généralement très intéressés à participer aux programmes de traitement. L'une des raisons qui expliquent cet intérêt réside dans l'effet positif de la participation au traitement sur les chances d'obtenir une libération conditionnelle. On s'attend à ce que la moitié des détenus des pénitenciers fédéraux participent aux programmes de traitement du SCC.

Le principal problème qui se pose quant au traitement des détenus toxicomanes découle du fait qu'après avoir purgé sa peine, le détenu renoue souvent avec ses anciens amis, reprend ses anciennes habitudes, et le cycle de la criminalité et de la consommation de drogues est de nouveau enclenché. De plus, l'ex-détenu risque de propager inconsciemment le VIH. Voilà les raisons pour lesquelles l'intervention des services communautaires, tant dans les établissements qu'à l'extérieur, est essentielle pour assurer la rentabilité des programmes de lutte contre les toxicomanies et le SIDA.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES DANGERS

L'objectif de réduction des dangers s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle politique sociale en matière de lutte contre les drogues qui a gagné en popularité ces dernières années, surtout en Grande-Bretagne, en Hollande et en Australie. Bien que les approches de réduction des dangers visent à réduire la consommation de drogues, le but premier de cette approche est de réduire les effets négatifs de la consommation de drogues. Cette politique contraste avec la politique qui prévaut actuellement en Amérique du Nord, soit l'abstinence, qui, elle, vise en priorité à réduire la prévalence de la consommation de drogues (Newcombe, 1992). Dans le contexte d'une politique de réduction des dangers, une stratégie visant exclusivement à réduire la prévalence de l'utilisation des drogues ne peut contribuer qu'à accroître la gravité des divers dangers liés à l'utilisation des drogues.

La politique de réduction des dangers vise à réduire les problèmes découlant de l'utilisation des drogues et elle tient compte du fait que l'abstinence n'est probablement ni réaliste, ni souhaitable dans certains cas, surtout à court terme. Cela ne signifie pas que la réduction des dangers et l'abstinence s'excluent mutuellement, mais simplement que l'abstinence n'est pas le seul but qui soit acceptable ou important. La réduction des dangers suppose l'établissement d'une série de buts selon un ordre de priorité, en commençant par les buts les plus immédiats et réalistes, jusqu'à la consommation sans risque, ou, si nécessaire, l'abstinence. La politique de réduction des dangers se démarque donc par son côté pragmatique. Voici un exemple d'une série de buts qui s'inscrivent dans une perspective de réduction des dangers, établis selon un ordre de priorité : 1) abandon du partage du matériel d'injection; 2) passage de l'utilisation de drogues injectables à la consommation de drogues par voie orale; 3) réduction de la quantité de drogues consommées; 4) abstinence.

Conscients du fait que la propagation du SIDA constitue un danger plus grave que l'usage de drogues pour la santé individuelle et publique, un

certain nombre de pays ont élaboré des stratégies de cette nature.

La politique de réduction des dangers connaît beaucoup de succès à Merseyside, en Angleterre, depuis plusieurs années. Outre les programmes d'échange de seringues et les services d'aide et de prescription de drogues, le service de police de Merseyside a mis sur pied un programme intitulé *Responsible Demand Enforcement*. Le chef de l'escouade antidrogue de la police de Merseyside, Derek O'Connell, a décrit la politique du service dans les termes suivants :

[TRADUCTION]

Malgré nos efforts ainsi que ceux déployés par d'autres organismes, nous devons reconnaître qu'un certain nombre de personnes passent entre les mailles du filet et continuent de consommer de l'héroïne obtenue illicitement. Dans le passé, on aurait peut-être pu penser qu'en tant qu'organisme d'exécution de la loi, nous étions à même de mener la vie dure à ce groupe en lui compliquant l'accès tant à la drogue qu'aux seringues. L'apparition du VIH nous a obligés à revoir les règles du jeu. Notre rôle, en tant que policiers, est de protéger la vie, entre autres. Dans le contexte de la lutte antidrogue, il s'agit pour nous de protéger la vie et d'exécuter la loi. Il est évident que nous devons rejoindre les personnes qui utilisent des drogues injectables et leur fournir l'aide dont elles ont besoin, mais en attendant, nous devons essayer de les maintenir en santé, puisque, comme agents de police, nous sommes également à leur service... Il existe des traitements pour guérir des toxicomanies mais il n'existe encore aucun traitement pour guérir du SIDA (O'Connell, 1990).

L'une des caractéristiques les plus importantes de la stratégie du service de police de Merseyside réside dans le fait que les principaux efforts sont dirigés contre les trafiquants, tandis qu'une politique discrétionnaire de mise en garde est appliquée dans le cas des consommateurs de drogues. Cette politique de mise en garde, qui est maintenant appliquée à divers degrés par tous les

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

services de police en Grande-Bretagne, a été recommandée par le procureur général du R.-U. comme mesure appropriée pour certaines catégories d'infractions comme la possession de drogues. Selon cette politique de mise en garde, le délinquant qui est arrêté pour une infraction reliée à la drogue est conduit au poste de police, sa drogue est confisquée, un rapport de l'incident est établi, et le délinquant est prévenu officiellement que si la police l'arrête de nouveau pour possession de drogues, il sera poursuivi devant les tribunaux. Le délinquant doit également satisfaire à certaines conditions, par exemple ne pas avoir été reconnu coupable d'une infraction reliée à la drogue dans le passé, ne pas avoir un lourd casier judiciaire, et collaborer avec la police lors des enquêtes. Le délinquant est en outre informé au sujet des services de traitement offerts dans la région, notamment quant aux programmes d'échange de seringues (ces informations sont désormais accessibles aussi à tous les détenus). Les personnes trouvées en possession d'une seringue contenant des résidus de drogue ne font pas l'objet de poursuites; si la police trouve des seringues non-steriles sur une personne, elle remet à cette dernière un reçu qu'elle pourra présenter pour obtenir des aiguilles propres. S'il s'agit d'une première mise en garde, il n'y aura pas de casier judiciaire. Lors des deuxième et troisième mises en garde, la personne doit comparaître devant les tribunaux et une amende lui est imposée si elle est reconnue coupable de possession d'une petite quantité de drogue, et une peine lui est imposée si elle est reconnue coupable de possession d'une grande quantité de drogues. Si un toxicomane est enregistré par suite de son entrée en communication avec des organismes de service, il est légalement autorisé à avoir des drogues en sa possession pour usage personnel. Le service de police de Merseyside est l'un des premiers services à avoir adopté une politique de mise en garde pour possession de marijuana, et le premier également à avoir élargi la mise en garde à toutes les drogues, y compris l'héroïne et les amphétamines. L'objectif global était apparemment de détourner les utilisateurs de la criminalité de façon à leur éviter l'emprisonnement et de les diriger, au besoin, vers les services de santé. Cet objectif aurait été

atteint, puisqu'on a constaté que 85 pour cent des personnes ayant fait l'objet d'une mise en garde de la part du service de police de Merseyside pour des infractions reliées aux drogues en 1989 n'ont pas récidivé (avant l'adoption de la politique, la majorité récidivaient). Ce programme s'inscrit dans le cadre d'une stratégie plus globale visant à réduire les dangers reliés à l'utilisation des drogues et, jusqu'ici, il s'est révélé très efficace en ce qu'il a permis de minimiser la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogues et de réduire les crimes liés à la consommation de drogues (pour plus de détails sur ce programme, voir Riley, 1991, et Riley, à paraître).

La méthode la plus pratique et la moins coûteuse d'évaluer nombre des initiatives visant à réduire les dangers est de mettre l'accent sur les risques plutôt que sur les conséquences étant donné que le degré du risque associé à la consommation de drogues est généralement plus facile à évaluer selon les méthodes d'observation, d'entrevue et des questionnaires (Newcombe, 1992). Il est plus facile, par exemple, de demander aux utilisateurs de drogues s'ils partagent le matériel que de déterminer combien sont infectés par le VIH. L'un des moyens de réduire les dangers liés à la consommation de drogues est de limiter les risques inhérents au partage du matériel d'injection des drogues grâce à la mise en oeuvre de programmes d'échange de seringues.

RÉDUCTION DES RISQUES : PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

C'est à Amsterdam, au milieu des années 1980, que les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis sur pied en réponse à la propagation de l'hépatite par et parmi les utilisateurs de drogues injectables. Les personnes peuvent échanger leurs seringues ou leurs aiguilles souillées contre de nouvelles seringues ou aiguilles dans des postes mobiles ou fixes (certains postes ne prévoient pas de restrictions quant au nombre), où elles peuvent également obtenir de l'eau de Javel et d'autre matériel de nettoyage ainsi que des condoms, consulter des services de counselling et être mises en contact avec des services d'aide. L'une des principales

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

préoccupations que les programmes d'échange de seringues ont soulevées au début, et l'une des raisons pour lesquelles on hésite encore aujourd'hui à mettre de tels programmes en oeuvre dans maints endroits, réside dans la crainte que ces programmes encouragent l'utilisation de drogues injectables et qu'ils ne contribuent pas à freiner la propagation du SIDA.

Or, cette crainte est sans fondement, et ce, pour deux raisons principales. D'abord, il est évident que l'échange des seringues contribue à réduire les dangers liés à la consommation de drogues : il a effectivement été établi que les utilisateurs de drogues partagent très souvent le matériel d'injection, en particulier dans les lieux communautaires où ils se rassemblent, et les taux de propagation du VIH sont demeurés faibles dans les régions où des programmes d'échange de seringues ont été mis en oeuvre au début de l'épidémie, comme à Merseyside, par exemple. Il est à espérer que dans les régions où des programmes de cette nature ont été mis en oeuvre alors que les taux d'infection à VIH étaient déjà assez élevés, comme à Montréal, par exemple, les programmes empêcheront l'explosion des taux de séropositivité pour le VIH qu'ont connue certaines autres villes où aucun programme d'échange d'aiguilles n'est en vigueur. À Édimbourg, par exemple, où la distribution de seringues a été interdite durant une longue période, le taux d'infection est passé de 5 à 50 pour cent en deux ans. À New York, où le seul point d'échange de seringues a été fermé peu après son ouverture, plus de 60 pour cent des utilisateurs de drogues injectables sont séropositifs. Dans les villes ayant des programmes communautaires d'échange de seringues, facilement accessibles, et qui sont appuyés par la police, les taux d'infection à VIH sont restés remarquablement faibles depuis deux ans, s'élevant à trois pour cent.

La deuxième raison pour laquelle la crainte soulevée n'est pas justifiée a été énoncée clairement par l'Organisation mondiale de la santé : étant donné que le SIDA constitue un danger plus grand pour la santé que la consommation de drogues, nous devons faire tous

les efforts possibles pour freiner la propagation du VIH, même si cela nous oblige à revoir nos priorités quant à la lutte contre la consommation de drogues.

L'un des principaux obstacles à l'établissement de programmes d'échange de seringues est le manque de connaissances de la population sur les liens entre l'utilisation de drogues injectables et le SIDA. Lorsque les gens sont sensibilisés au fait que les programmes d'échange de seringues contribuent à freiner sensiblement la propagation du SIDA, ils sont beaucoup plus favorables à la mise en oeuvre de tels programmes (quoique pas nécessairement dans leur cour). En Amérique du Nord, la mentalité qui imprègne la lutte antidrogue a contribué à susciter d'autres obstacles majeurs : la moindre aide offerte aux consommateurs de drogues est interprétée par un certain nombre de personnes comme une invitation à consommer des drogues. Cette attitude est plus répandue aux États-Unis qu'au Canada, mais il n'en demeure pas moins que même à Toronto, en 1991, certains conseillers municipaux se sont opposés à la mise en oeuvre de programmes d'échange de seringues au motif que ces derniers risquaient d'être perçus comme encourageant l'utilisation de drogues.

Passons à un sujet tout à fait différent des détails pratiques liés à l'approbation des programmes et à la collaboration de la police, soit les obstacles d'ordre juridique à l'échange des seringues. Il faut cependant mentionner qu'au Canada, ces obstacles sont, dans la plupart des cas, davantage perçus que réels. Le caractère illégal des seringues en tant qu'objets faisant partie de l'attirail du drogué est encore invoqué comme motif pour ne pas autoriser l'échange des seringues, même si les seringues ne peuvent faire l'objet d'accusations au titre de possession d'attirail en vertu du *Code criminel* et des lois pertinentes. La loi n'est pas claire à cet égard; cependant, et afin d'obtenir la collaboration des autorités responsables de l'exécution de la loi et des autres autorités compétentes, elle doit être clarifiée. La question qui pourrait justifier certaines préoccupations, c'est la possession de seringues contenant des résidus de drogue, ce critère ayant

déjà été invoqué comme motif d'arrestation. La révision des dispositions pertinentes de la loi de manière à autoriser explicitement l'échange des seringues aiderait à dissiper la confusion quant à cette question, et partant, faciliterait la tâche aux collectivités et aux établissements qui seraient disposés à mettre sur pied des services d'échange de seringues mais qui hésitent à le faire à cause de l'ambiguïté de la loi.

IDENTIFIER LES DANGERS

Il est évident que pour être réellement efficace, toute initiative visant à réduire les dangers liés à l'utilisation de drogues dans les prisons doit s'inscrire dans le cadre d'une approche rigoureuse de réduction des dangers liés à l'utilisation des drogues pour l'ensemble de la société. Cette approche doit comprendre l'évaluation des effets de la consommation, du trafic et de la prohibition des drogues. Elle nécessite également qu'on tienne compte du fait que certaines drogues (p. ex. la marijuana) causent moins de dangers que d'autres (p. ex. l'alcool, la cocaïne) dans le milieu correctionnel parce qu'elles suscitent moins d'agressivité. En l'occurrence, les tests de dépistage des drogues peuvent encourager les détenus à utiliser des drogues qui sont moins facilement décelables dans un échantillon d'urine, comme le PCP, qui suscite plus d'agressivité que des drogues plus facilement décelables, comme la marijuana.

Lorsqu'on examine les problèmes découlant de la consommation de drogues dans les prisons, nous devons d'abord définir les problèmes d'une manière réaliste, et non en fonction de notre morale. Les principaux problèmes seraient : 1) les infections attribuables au partage d'aiguilles contaminées; 2) les autres problèmes de santé découlant de la consommation de drogues; 3) la violence attribuable aux conflits entre les utilisateurs qui se font concurrence et entre les vendeurs; 4) l'agressivité et l'hostilité à l'égard des autres détenus et du personnel, aggravées par la consommation de drogues comme l'alcool et la cocaïne.

La section qui suit contient une série de recommandations visant à traiter ces problèmes, ainsi que d'autres problèmes reliés à la consommation de drogues dans le cadre du système de justice pénale.

RECOMMANDATIONS VISANT LA RÉDUCTION DES DANGERS LIÉS À LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS LES PRISONS

Réduire le nombre de détenus

1. La possession de petites quantités de drogue pour usage personnel, en particulier du cannabis, ne devrait pas justifier l'emprisonnement. On pourrait, par exemple, prévoir des amendes et un système de mise en garde plutôt que l'emprisonnement dans le cas de certaines infractions reliées aux drogues, comme la possession de marijuana et d'autres drogues pour usage personnel. On pourrait alors concentrer les ressources et les efforts sur les gros trafiquants plutôt que sur les consommateurs. Cette mesure contribuerait également à réduire sensiblement le nombre d'utilisateurs de drogues ayant un casier judiciaire.
2. Les délinquants ayant commis des infractions reliées aux drogues devraient normalement être adressés à des services communautaires d'aide et de traitement au lieu d'être renvoyés aux tribunaux.
3. Les délinquants qui sont trouvés pour la première fois en possession de drogue devraient faire l'objet d'une mise en garde et non d'une accusation.
4. Il faudrait offrir plus de possibilités aux récidivistes, notamment des programmes communautaires divers (p. ex., des programmes de formation professionnelle et de logement) plutôt que de les emprisonner.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Promouvoir les programmes de prévention et de traitement pour détenus et ex-détenus

5. Il faudrait offrir une formation polyvalente aux professionnels du système de justice pénale, de la santé mentale et de la toxicomanie dans toutes les provinces.

6. Il faudrait fournir de l'information exacte, pertinente et juste sur les drogues et le SIDA à tout le personnel (y compris les employés des programmes d'assistance postpénale), et à tous les détenus (en tenant compte de leurs handicaps, le cas échéant, leurs origine ethnique, langue maternelle, compétences linguistiques, race ou orientation sexuelle). Les programmes de sensibilisation aux toxicomanies et les programmes d'aide, d'information et de traitement à l'intention des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA devraient être offerts par les organismes communautaires qui interviennent dans les prisons et il faudrait encourager la prestation de programmes d'éducation par des pairs : [TRADUCTION] «L'éducation doit être basée sur la confiance; or, le milieu correctionnel mine la confiance» (Harding, 1990, p. 203). De plus, compte tenu des nombreux problèmes reliés au stress, et des nombreux cas de dépression et de suicide dans les prisons, ce n'est pas dans ces endroits que les utilisateurs de drogues devraient apprendre qu'ils sont infectés par le VIH - il s'agit effectivement d'un fardeau très lourd à porter seul, c'est-à-dire sans le soutien de ses amis et de sa famille (Harding, 1990). Les réseaux et les groupes communautaires tels que PASAN en Ontario devraient être financés de façon à ce qu'ils puissent fournir une gamme variée de services aux ex-détenus, et aider ainsi ces derniers à rompre le cycle toxicomanie/criminalité/emprisonnement. Dans la plupart des cas, la période d'incarcération est inférieure à six mois; par conséquent, l'éducation et la prévention devraient préparer le détenu à sa mise en liberté, particulièrement dans le cas des jeunes utilisateurs de drogues (voir Harding, 1990).

7. Il faudrait assurer l'accès à des condoms, à des digues dentaires et à tout autre matériel

permettant d'avoir des relations sexuelles à faible risque.

8. Le matériel et les fournitures de tatouage devraient être considérés comme du matériel d'artisanat et il faudrait établir des mesures de précaution plus rigoureuses quant à leur utilisation.

9. Il faudrait fournir aux détenus et aux ex-détenus des trousses contenant de l'eau de Javel, et ce, en toute discrétion. On pourrait dissiper les craintes soulevées quant à l'utilisation éventuelle de comprimés d'eau de Javel pour falsifier les échantillons d'urine soumis aux tests de dépistage des drogues en exigeant au départ l'utilisation de solutions liquides contenant de l'eau de Javel ayant un taux de concentration d'au moins un pour cent dans les établissements.

10. Il faudrait assurer la prestation de programmes d'échange de seringues à l'intention des détenus et des ex-détenus, en toute discrétion, et organiser au préalable une campagne de relations publiques pour surmonter toute réticence de la part du personnel et de la population. La fourniture d'aiguilles et de seringues dans les prisons selon les mêmes critères que dans la collectivité en général pose de graves problèmes pour les autorités carcérales sur le plan de la discipline et de la politique générale. En outre, elle pourrait poser des problèmes aux détenus au chapitre de la confidentialité. Il faut trouver, tant pour les prisons régulières que pour les prisons «ouvertes», des solutions qui assureront l'accès à des aiguilles et à des seringues propres à ceux qui en ont besoin. Il faut également considérer comme prioritaire la mise au point de seringues qui ne peuvent pas servir d'armes.

11. Les programmes d'entretien à la méthadone et de désintoxication à la méthadone devraient être accessibles à tous les détenus et ex-détenus qui en ont besoin. La réduction du risque lié à l'abus d'héroïne grâce aux programmes d'entretien à la méthadone mis en oeuvre dans les prisons fait actuellement l'objet d'une évaluation dans le système carcéral de New York. Ce genre de programmes soulève des questions d'ordre

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

pratique et moral extrêmement délicates quant à la sélection des clients et au traitement de suivi (Harding, 1990). Dans le contexte d'une politique plus globale de réduction des dangers, l'accès à la méthadone devrait être beaucoup plus facile qu'il ne l'est actuellement pour les utilisateurs d'opiacées partout au Canada.

12. Il faudrait reconnaître que certains modes d'utilisation de drogues comportent moins de dangers que d'autres (p. ex., encourager l'abandon de l'injection au profit d'autres modes de consommation des drogues).

13. Il faudrait reconsidérer le recours aux tests de dépistage de drogues dans les prisons puisque cette mesure risque, en fait, d'accroître les dangers liés à l'utilisation de drogues.

14. Il faudrait élaborer des programmes de traitement particuliers à l'intention des détenus et des ex-détenus ayant des problèmes mixtes.

15. Il faudrait offrir une gamme variée d'activités sportives et d'autres activités, lesquelles constituent différents moyens de calmer le stress et de combler l'ennui et stimulent et procurent naturellement un bien-être mental.

Les recommandations qui précèdent s'appliquent également aux jeunes délinquants, aux détenus psychiatriques et aux réfugiés et immigrants en instance d'audition ou d'expulsion.

CONCLUSIONS

Dans ses recommandations sur la lutte contre le SIDA dans les prisons, l'Organisation mondiale de la santé a souligné que les services de santé dans les prisons doivent se comparer aux services de santé offerts dans la collectivité. Pour ceux d'entre nous qui ont l'impression d'avoir commencé à faire des progrès vers l'adoption d'une politique de réduction des dangers dans nos pays, la situation dans les prisons devrait nous permettre de constater l'ampleur du travail qu'il reste encore à faire. Réduire les dangers liés à la consommation de drogues dans la société signifie réduire ces dangers aussi dans les prisons, ce à

quoi nous avons échoué jusqu'ici. Comme Timothy Harding a écrit :

[TRADUCTION]

Les réponses au problème que posent les utilisateurs de drogues dans le milieu carcéral ... témoignent de l'ambivalence de la société face à ce problème et nous rappellent qu'il y a un risque réel que les efforts pour freiner l'épidémie de SIDA en appliquant les principes bien établis en matière de santé publique et en respectant les valeurs morales fondamentales concernant l'autonomie individuelle, le soulagement de la souffrance et la promotion de la santé soient minés et fassent place à des réactions déplorables, basées sur la crainte et le rejet. L'expérience nous a démontré que les utilisateurs de drogues risquent fort le non-respect de leurs droits humains fondamentaux - spécialement dans les prisons (1990, p. 197).

Dans nos efforts en vue de mettre en place une politique rigoureuse de réduction des dangers, nous devons reconnaître que les dangers ne découlent pas seulement de l'usage de drogues mais également des mesures prises pour lutter contre la consommation des drogues. L'urgent, à l'heure actuelle, est de tenir un débat ouvert et franc sur les moyens de réduire les dangers liés à l'utilisation des drogues, de quelque nature qu'ils soient et, à cette fin, nous devons réorganiser le système de justice pénale, repenser la stratégie antidrogue et réévaluer nos politiques sociales. Nous devons mettre l'accent sur les programmes communautaires comme alternative à l'emprisonnement : cela signifie que nous devons élaborer de nouvelles approches quant au problème de la drogue et une politique sociale qui comporte la collaboration de tous les intervenants en vue de réduire les dangers liés à l'utilisation des drogues pour l'individu, la collectivité et la société dans son ensemble.

RÉFÉRENCES

Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, J., Gendreau, P. et Cullen, F. (1990) «Does correctional treatment work? A clinically-relevant

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

and psychologically-informed meta-analysis». **Criminology**, 28.

Appleford, B. (1989) **Étude documentaire sur la violence familiale : prévention et traitement**. Ottawa : Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada. (1988) **Study to determine the incidence of psychiatric and behavioural disturbance among federally incarcerated offenders: Appendices A through H**. Ottawa : Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada : Direction de la recherche et des statistiques (1990) **Forum, recherche sur l'actualité correctionnelle**, 2 (4), Ottawa : Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada. (1991) **Rapport du Groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie : rapport annuel**, Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services.

Erickson, P. (1992) Political Pharmacology: Thinking about drugs. **Daedalus**, Summer.

Fazey, C. (1992) An empirical study of the relationship between heroin addiction, crime and medical treatment, Dans P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. Buning et E. Drucker, **The Reduction of Drug-Related Harm**, New York : Routledge.

Harding, T. (1990) HIV infection and AIDS in the prison environment: A test case for the respect of human rights, Dans J. Strang & G. Stimson (Ed.) **AIDS and Drug Misuse. The Challenge for Policy and Practice in the 1990s**, Routledge : New York.

MacCoun, R., Reuter, P. et Kahan, J. (1992) What harms do harm reduction strategies reduce? A cross-national study of heroin addiction. Document présenté lors de la troisième conférence internationale sur la réduction des dangers liés à l'utilisation des drogues, Melbourne, mars.

Matlock, R., Mulligan, M. et Glasson, J. (1990) AIDS and prisons: A seminar report. Department

of Public Health Medicine and Oxford Regional Health Authority, R.-U.

Millson, P. (1991) Evaluation of a programme to prevent HIV transmission in injection drug users in Toronto, Toronto Board of Health.

Newcombe, R. (1990) Preventing the spread of HIV infection from and among injecting drug users in the U.K. **The International Journal of Drug Policy**, 1, 20-27.

Newcombe, R. (1992) The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. Dans P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. Buning et E. Drucker, **The Reduction of Drug-Related Harm**, New York : Routledge.

O'Connell, D. (1990) The role of the police in Merseyside. Compte rendu d'une séance plénière présenté lors de la première conférence internationale sur les dangers liés à l'utilisation de drogues, Liverpool, avril.

Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network (PASAN) (1992) HIV/AIDS in prisons systems: A comprehensive strategy. A brief to the Minister of Correctional Services and the Minister of Health, Ontario.

Pepper, B. et Massaro, J. (1992) Transinstitutionalization: Substance abuse and mental illness in the criminal justice system, **Tie Lines**, 9 (2), 1-5.

GRC (1990) **Rapport annuel national sur les drogues**, Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services.

Riley, D. (1991) Drug use, AIDS, and human rights: The policy and practice of harm reduction. Ottawa: CCSA.

Riley, D. AIDS, drug use and public health: A harm reduction approach, **Santé, culture, health**, à paraître.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Robinson, D., Porporino, F. et Millson, B. (1991)
Profils de consommation de drogues et d'alcool chez les détenus sous responsabilité fédérale – Évaluation faite à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie : Rapport de recherche n° 1.
Ottawa : Service correctionnel du Canada.

Williams, B., Chang, K. et van Truong, M. (1992)
Annual Sourcebook: Canadian Profile.
Toronto: Addiction Research Foundation.

7^e CONFÉRENCE ANNUELLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SUR LE SIDA

Une autre séance sur le VIH/SIDA dans les prisons, organisée elle aussi par le coordonnateur de projet du CESP, a été tenue à Vancouver, le 25 octobre 1993, lors de la 7^e conférence annuelle de la Colombie-Britannique sur le SIDA, intitulée *Le VIH au Canada aujourd'hui*. Voici la liste des conférenciers qui ont présenté des exposés lors de cette séance, de même que le titre de ces exposés:

- Ralph Jürgens, coordonnateur de projet du CESP, et Donald Yeomans, membre du CESP, *Le VIH/SIDA dans les prisons : Développements récents au Canada et à l'étranger;*

- Diane Rothon, directrice, Health Services, B.C. Corrections, *Résultats de l'étude de prévalence du VIH chez les détenus des prisons de la Colombie-Britannique;*
- Liviana Calzavara, professeure adjointe, Département de médecine préventive et de biostatistique, Faculté de médecine, Université de Toronto, *Résultats préliminaires d'une étude anonyme et non reliée de la séroprévalence du VIH chez les détenus de l'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, *Expérience de la Colombie-Britannique par rapport à la fourniture d'eau de Javel dans les prisons;*
- Michael Linhart, détenu, Établissement de Mission, *Point de vue d'un détenu infecté par le VIH : un an plus tard* (présentation vidéo);
- Andrée Riesch Toepell, consultante, Toronto, *L'éducation des détenus sur le VIH/SIDA : objet, pratique et politique;*
- Christiane Richard, médecin et membre du CESP, *Faut-il mettre des aiguilles à la disposition des détenus?*
- Bert Kampuis, *Le VIH/SIDA dans les prisons - Rôle des organismes communautaires.*

Le texte d'un certain nombre de ces exposés est présenté ci-après.

Résultats de l'étude de prévalence du VIH chez les détenus des prisons de la Colombie-Britannique*

Diane Rothon, directrice, Health Services, B.C. Corrections

RÉSUMÉ

Objectif : Déterminer la prévalence de l'infection à VIH-1 dans les centres correctionnels provinciaux pour adultes de la Colombie-Britannique et la relier à l'âge, au sexe, au groupe ethnique et aux antécédents d'usage de drogues injectables.

Conception : Épreuve non reliée de détection des anticorps anti-VIH-1 dans la salive de volontaires.

Cadre : Tous les centres correctionnels provinciaux pour adultes de la Colombie-Britannique qui ont reçu des nouveaux prisonniers pendant la période visée par l'étude.

Participants : Tous les détenus adultes admis dans des centres correctionnels provinciaux pour adultes de la Colombie-Britannique entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1992.

Mesures principales des résultats : Taux des spécimens de salive positifs pour le VIH-1. Les variables indépendantes comprennent l'âge, le sexe, l'appartenance au groupe autochtone et l'usage de drogues injectables.

Résultats : Quatre-vingt-onze point trois pour cent (91.3 %) de l'ensemble des détenus admis (2 719) au cours de la période visée par l'étude ont consenti à subir le test. Les résultats sont exprimés en pourcentage des détenus admis et non en pourcentage de ceux qui ont subi le test. Le taux global de positivité pour le VIH-1 était de 1,0 %. Si on répartit les données selon l'âge, on constate que le taux le plus élevé est observé chez les 20 à 29 ans (2,3 %). Si on les répartit selon le sexe, on constate que le taux de prévalence de l'infection à VIH-1 est de 3,1 % chez les femmes comparativement à 0,9 % chez les hommes. Il est de 0,8 % chez les autochtones comparativement à 1,1 % chez les non-autochtones. Les hommes autochtones et non autochtones avaient un taux de prévalence identique, soit 0,9 %, mais les femmes non autochtones avaient un taux de 4,6 %. Les femmes autochtones étaient trop peu nombreuses et avaient un taux de refus de subir l'épreuve trop élevé (7/54) pour que les données qui les concernent puissent être considérées comme fiables. Aucune des femmes autochtones qui ont subi le test (47/54) n'était positive pour le VIH-1. Les utilisateurs de drogues injectables avaient un taux de prévalence plus de quatre fois supérieur (2,1 %) à celui des non-utilisateurs (0,5 %) et étaient deux fois plus nombreux à refuser de subir l'épreuve.

Conclusions : On peut obtenir des taux élevés de participation volontaire aux épreuves non reliées de détection des anticorps anti-VIH-1. Les taux de prévalence observés chez les prisonniers révèlent que les conséquences sur la santé publique seront importantes. Les mesures préventives devraient s'adresser en particulier aux jeunes détenus, aux femmes détenues et aux utilisateurs de drogues injectables.

* Cette recherche a été financée en grande partie par le Ministry of Attorney General of British Columbia, Corrections Branch. La Direction générale des services médicaux, Santé Canada, et le Ministry of Health of British Columbia, Division of STD Control ont aussi apporté des contributions. Les auteurs tiennent à remercier les infirmiers et infirmières des centres correctionnels de la Colombie-Britannique pour la cueillette des données, Stephen Howell, analyste à la B.C. Corrections Branch, pour les données démographiques qu'il nous a fournies, et Lorraine Harvey pour la dactylographie du manuscrit.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

INTRODUCTION

Du point de vue de la santé publique, les prisons sont essentiellement des milieux où il existe des situations et des comportements qui influent sur la transmission de maladies, tant dans le contexte carcéral proprement dit que dans l'ensemble de la société. Même si le partage de seringues et les activités sexuelles sont interdites en prison, ils sont pratiqués clandestinement par des détenus dont le nombre est inconnu et qui ont souvent eu des comportements très risqués dans ces domaines avant leur incarcération.

La prévalence de l'infection à VIH-1 pour l'ensemble d'un système correctionnel provincial pour adultes n'a jamais été établie auparavant. Ce projet vise plusieurs objectifs dont les suivants : cerner l'importance de l'infection à VIH-1 parmi les détenus relevant des B.C. Corrections, faire valoir la nécessité d'instaurer un programme d'éducation global sur les maladies infectieuses à l'intention des détenus, soutenir la fourniture de condoms et d'eau de Javel dans nos établissements correctionnels, prévoir les ressources dont on aura besoin à l'avenir pour l'éducation et les soins de santé, définir, à partir de certains corrélatifs démographiques comme le sexe, l'âge ou la situation démographique, les groupes ou les genres de détenus qui devraient bénéficier en priorité des budgets des soins de santé et des programmes de prévention, définir un niveau de référence pour la recherche ultérieure d'après les répercussions de nos initiatives et programmes divers, comparer notre prévalence avec celle de l'ensemble de la population au Canada et d'autres systèmes correctionnels de l'Amérique du Nord et d'autres pays étrangers pour lesquels nous avons des données.

MÉTHODES

Au début de 1992, les cadres de la B.C. Corrections Branch ont donné leur assentiment à un projet de recherche sur la prévalence de l'infection à VIH chez les détenus des B.C. Corrections. Ce n'est qu'après un examen rigoureux du protocole de recherche qu'ils ont donné leur approbation finale au projet. Le

protocole a d'abord reçu l'approbation éthique et juridique de la Legal Services Branch du Ministry of the Attorney General et a aussi été examiné et approuvé par la B.C. Civil Liberties Association.

La collecte de données et les tests se sont déroulés sur une période de trois mois, soit octobre, novembre et décembre 1992. Au cours de cette période, on a demandé à tous les adultes qui étaient admis dans un établissement correctionnel de la Colombie-Britannique de participer à l'étude sur la prévalence de l'infection à VIH.

On a expliqué la procédure de l'épreuve et les motifs de l'étude à chacun des détenus. L'épreuve était toujours volontaire. Les spécimens obtenus n'étaient pas reliés aux sujets. On affectait à chacun des spécimens un code à quatre chiffres qui ne pouvait pas être associé à l'identité du donateur, mais seulement à des données démographiques et à des données sur le facteur de risque. Tous les détenus ont subi l'évaluation initiale habituelle, qui comprend une enquête sur les antécédents médicaux et un examen physique. On a, en outre, consigné sur tous les détenus, y compris ceux qui ont refusé de subir l'épreuve, des données personnelles et démographiques dont le groupe d'âge, le sexe, le centre d'évaluation initiale, les antécédents d'usage de drogues injectables et l'origine ethnique (autochtone ou non autochtone seulement). On a demandé à chacun s'il connaissait son état sérologique à l'égard du VIH. Chacun des sujets n'a été inscrit qu'une fois dans l'étude même s'il a été réadmis au cours de la période de trois mois visée par l'étude.

Pour procéder à l'épreuve, on a recueilli de la salive sur un morceau de papier absorbant, qui a ensuite été déposé dans le tube collecteur pertinent (appareil de collecte stérile OMNI-SAL) et envoyé au laboratoire provincial du B.C. Centre for Disease Control. Les spécimens ont été testés au moyen du kit de dosage immuno-enzymatique EIA de marque Recombigen (Cambridge Biotech; Cambridge (Massachusetts)). On a fait plusieurs études pour évaluer la fiabilité des tests de détection des anticorps anti-VIH effectués à partir

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

de la salive. On a constaté que les résultats des tests de détection des anticorps anti-VIH effectués à partir de spécimens de salive et de spécimens de sérum concordaient à 100 %. On a découvert que la sensibilité et la spécificité du kit Cambridge Recombigen étaient de 100 %¹. Des tests de confirmation ont été faits par radio-immunoprécipitation. Les résultats sont calculés en fonction de toutes les personnes auxquelles on a offert de passer l'épreuve (la population visée par l'étude) et non pas seulement de celles qui l'ont passée.

RÉSULTATS

Au total, 2 719 détenus adultes ont été interviewés dans le cadre de cette étude, et 2 482 (91,3 %) ont subi l'épreuve de détection du VIH-1.

Parmi les 2 719 personnes qui constituaient la population visée par l'étude, 163 (6 %) étaient des femmes et 2 556 (94 %) étaient des hommes; 622 (22,9 %) étaient des autochtones et 2 097, des non-autochtones (77,1 %). Il y a 237 détenus (8,7 %) qui ont refusé de subir l'épreuve de détection du VIH-1, et le taux de refus variait passablement entre les hommes et les femmes autochtones ainsi qu'entre les autochtones et les non-autochtones.

Dans l'ensemble, 13 des 163 femmes (8,0 %) et 224 des 2 556 (8,8 %) ont refusé de passer le test; cependant, 7 des 54 femmes autochtones (13,0 %) ont refusé, tandis que seulement 43 des 568 hommes autochtones (7,6 %) ont refusé. Ce sont les femmes non autochtones qui ont eu le taux de refus le plus bas, soit 5,5 % (tableau 1).

Les femmes autochtones ont refusé plus souvent que les membres des autres groupes de participer à l'étude, et ce pour des raisons qui ne sont pas claires. Nous pouvons supposer que certains facteurs ont pu intervenir, soit une plus grande méfiance à l'égard du système, un plus faible esprit de collaboration et peut-être une certaine

solidarité dans ce domaine chez les femmes autochtones incarcérées.

On a également demandé aux participants s'ils avaient déjà fait usage de drogues injectables. Dans l'ensemble, le taux des participants à notre étude qui avaient déjà fait usage de telles drogues était de 854 sur 2 719, soit 31,4 %. Ceux qui avaient de tels antécédents refusaient plus souvent de passer le test de détection du VIH-1, ce qui est alarmant. Ils avaient un taux de refus de 12,9 % comparativement à 6,8 % chez ceux qui ne faisaient pas usage de drogues injectables. En d'autres termes, ceux qui étaient le plus susceptibles d'être séropositifs refusaient de subir le test presque deux fois plus souvent que ceux qui étaient moins susceptibles.

Nous avons comparé diverses données démographiques pour vérifier si la population visée par notre étude était représentative de notre population carcérale totale. Cette comparaison montre que les deux populations concordent grandement en ce qui concerne l'origine ethnique, le sexe et l'âge (tableaux 2-4).

Comme on l'a mentionné précédemment, tous les taux sont exprimés en pourcentage des détenus admis pendant la période visée par l'étude et non pas seulement en pourcentage des détenus qui ont subi le test.

Le taux global de positivité pour le VIH-1 était de 28 sur 2 719, soit 1,0 %. Ce taux global était réparti selon l'âge, l'origine ethnique et les antécédents d'usage de drogues injectables.

Pour ce qui est de la répartition par âge, c'est dans le groupe des 20 à 29 ans qu'on retrouvait le taux le plus élevé (2,3 %). Le tableau 5 montre la répartition par groupe d'âge.

Nous avons comparé le taux de positivité pour le VIH-1 selon le groupe ethnique, et nous avons constaté qu'il était de 5 sur 622 (0,8 %) chez les

1. Major, C., Read, S., Coates, R., Francis, A., McLaughlin, B., Shepard, F., Fanning, M., Calzavara, L., MacFadden, D., Johnson, J.K., «Evaluation of Saliva as an Alternative to Blood for HIV Seroprevalence Testing», Conférence internationale sur le SIDA, 20-23 juin 1990, vol. 6, numéro 3, p. 241.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

sujets d'origine autochtone et de 23 sur 2 097 (1,1 %) chez les sujets d'origine non autochtone.

Nous avons aussi observé des différences importantes entre les sexes. En effet, le taux de prévalence global chez les femmes était de 5 sur 163 (3,1 %) alors qu'il était de 23 sur 2 556 (0,9 %) chez les hommes ($p = 0,00035$).

Cependant, en répartissant les taux à la fois selon le sexe et selon le groupe ethnique, nous observons un écart encore plus grand entre les hommes et les femmes non autochtones. Le tableau 6 présente un résumé de ces données et montre que le taux de positivité pour le VIH-1 atteint le pourcentage renversant de 4,6 % chez les femmes non autochtones alors qu'il ne s'établit qu'à 0,9 % chez les hommes non autochtones.

On a aussi demandé aux sujets s'ils avaient déjà fait usage de drogues injectables. Au total, 854 des 2 719 sujets (31,4 %) ont répondu par l'affirmative. Nous avons découvert que le taux de spécimens positifs pour le VIH-1 à l'intérieur de ce groupe était de 18 sur 854 (2,1 %) comparativement à 10 sur 1 865 (0,5 %) chez les sujets qui ne présentaient pas ce facteur de risque.

C'est donc dire que le risque relatif de positivité pour le VIH-1 est 4,2 fois plus élevé chez un utilisateur de drogues injectables que chez un non-utilisateur. Si nous tenons compte de ce que, comme nous l'avons mentionné précédemment, les utilisateurs de drogues injectables étaient près de deux fois plus nombreux à refuser de subir l'épreuve, nous devons conclure que les taux de prévalence du VIH-1 à l'intérieur de ce groupe pourraient être beaucoup plus élevés qu'ils ne semblent l'être.

Toutes les femmes détenues (5/5) qui se sont avérées positives pour le VIH-1 avaient déjà fait usage de drogues injectables, tandis que seulement 57 % (13/23) des hommes ont dit présenter ce facteur de risque.

Nous avons, enfin, demandé aux sujets s'ils se savaient positifs ou négatifs pour le VIH. Nous

voulions savoir si les gens qui ont été déclarés positifs pour le VIH-1 dans le cadre de l'étude connaissaient déjà leur état. Comme nous l'avons indiqué plus haut, nous ne pouvions pas lier les résultats aux participants pris individuellement, et nous n'avons donc pas pu les avertir. Nous avons fait une constatation tout à fait inattendue, à savoir qu'il était impossible de prévoir si un sujet était effectivement positif pour le VIH-1 en se fondant simplement sur ses dires. Il y avait tout autant de participants qui se disaient positifs et qui se sont avérés négatifs (19) qu'il n'y en avait qui se disaient négatifs ou qui ignoraient leur état et qui se sont avérés positifs (17). Seulement 11 personnes se sont dites positives pour le VIH-1 et ont obtenu le même résultat lorsqu'elles ont subi l'épreuve.

DISCUSSION

Nous avons mené une étude de la prévalence du VIH-1 dans l'ensemble des établissements correctionnels pour adultes de la Colombie-Britannique en octobre 1992. C'était la première fois qu'une étude de cette envergure était menée dans un service correctionnel provincial au Canada. Même si plus de 2 700 sujets ont participé à l'étude, le nombre de femmes détenues qui y ont participé demeure relativement faible, et les conclusions qui les concernent doivent être considérées comme préliminaires.

Nous avons réduit au minimum le biais causé par la participation volontaire en obtenant un taux de participation de 91,3 % et en présentant les taux de positivité pour le VIH-1 en pourcentage de l'ensemble de la population admise au cours de la période de trois mois visée par l'étude et non pas seulement en pourcentage des détenus qui ont passé l'épreuve de détection du VIH-1. L'estimation obtenue est donc la plus prudente que l'on puisse établir pour cette population, les taux réels étant probablement plus élevés.

Dans l'ensemble, le taux des détenus des établissements correctionnels de la Colombie-Britannique qui étaient positifs pour le VIH-1 était de 1,0 %. Ce taux se compare à celui

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

qui est estimé pour l'ensemble de la population de la Colombie-Britannique, soit 0,1 %. Le taux global des femmes détenues était beaucoup plus élevé (3,1 %), et celui des femmes détenues non autochtones était alarmant (4,6 %). Les taux recensés pour les femmes autochtones ne sont pas concluants parce que ces femmes étaient trop peu nombreuses et que la proportion de celles qui refusaient de subir l'épreuve prévue par l'étude était plus élevée.

Les femmes autochtones ont refusé plus souvent que les membres des autres groupes de participer à l'étude (taux de refus de 13 %), et ce pour des raisons qui ne sont pas claires. Nous pouvons supposer que certains facteurs ont pu intervenir, soit une plus grande méfiance à l'égard du système, un plus faible esprit de collaboration et peut-être une certaine solidarité dans ce domaine chez les femmes autochtones incarcérées.

L'âge s'est avéré être une variable de corrélation, car le taux global de positivité pour le VIH-1 était de 2,3 % dans le groupe d'âge des 20 à 29 ans. Nous avons observé que l'usage de drogues injectables était étroitement corrélé avec la positivité pour le VIH-1 puisque le taux de positivité des utilisateurs de ces drogues était de 2,1 % alors qu'il était de 0,5 % chez les non-utilisateurs. C'est donc dire que le risque relatif de positivité pour le VIH-1 est 4,2 fois plus élevé chez un utilisateur de drogues injectables que chez un non-utilisateur. Si nous tenons compte de ce que, comme nous l'avons mentionné précédemment, les utilisateurs de drogues injectables étaient près de deux fois plus nombreux à refuser de subir l'épreuve prévue dans notre étude, nous devons conclure que les taux de prévalence du VIH-1 à l'intérieur de ce groupe pourraient être beaucoup plus élevés qu'ils ne semblent l'être selon notre étude.

Il était intéressant de noter que, si toutes les femmes détenues (5/5) qui ont été déclarées

positives pour le VIH-1 avaient déjà fait usage de drogues injectables, seulement 57 % (13/23) des hommes ont dit présenter ce facteur de risque. On peut en conclure que d'autres facteurs, vraisemblablement des pratiques sexuelles à risque élevé, entreraient en jeu dans le cas des hommes qui ont participé à l'étude.

D'autres systèmes correctionnels provinciaux ont établi des taux d'infection à VIH-1. Une étude effectuée parmi des détenus incarcérés au Québec montre que deux établissements correctionnels provinciaux ont des taux respectifs de 4,7 % et 2,0 %, mais les résultats sont exprimés en pourcentage du nombre de détenus qui ont subi des tests depuis janvier 1990 et sont difficiles à comparer avec ceux de la présente étude². On ne sait pas non plus si les deux centres en question sont représentatifs de l'ensemble de la population carcérale sous responsabilité provinciale. Une étude semblable effectuée parmi des femmes détenues dans une prison à sécurité intermédiaire du Québec qui ont subi le test volontairement a révélé que leur taux d'infection à VIH-1 était de 19/248, soit 7,7 %³. Tout comme dans l'étude sur les détenus de sexe masculin, les résultats sont exprimés en pourcentage des détenus qui ont subi le test volontairement. Néanmoins, il est important de noter que, à l'instar de ce que révèle la présente étude de la Colombie-Britannique, le taux d'infection au VIH-1 est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Des études menées dans divers systèmes correctionnels aux États-Unis et en Europe viennent corroborer ce fait. Une étude de la prévalence de l'infection à VIH-1 dans les prisons provinciales de l'Ontario a également été effectuée.

Enfin, nous avons établi que seulement 11 des 28 sujets qui ont été déclarés positifs pour le VIH-1 connaissaient déjà leur état. Les 17 autres ont dit soit qu'ils étaient négatifs, soit qu'ils ne connaissaient pas leur état. Fait intéressant, 19

2. Hankins, C., Gendron, S., Handley, M., Rouah, F., O'Shaughnessy, M., «Infection au VIH-1 chez les hommes incarcérés - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1991, vol. 17, p. 233-235.

3. Hankins, C., Gendron, S., Richard, C., O'Shaughnessy, M., «Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, vol. 15, p. 168-170.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

sujets qui s'étaient dits positifs pour le VIH-1 se sont révélés négatifs. Ce résultat tout à fait inattendu nous montre que nous ne devrions jamais classer une personne en nous fondant simplement sur ses dires. Il semble aussi que seule une minorité de détenus positifs pour le VIH-1 (11/28 ou 39,3 %) connaissent leur état. Le plus inquiétant est peut-être que ces détenus sont moins susceptibles de prendre les précautions nécessaires pour éviter de transmettre l'infection à d'autres personnes, que ce soit en prison ou dans l'ensemble de la collectivité.

La présente étude fait ressortir bien des points. On peut obtenir des taux élevés de participation volontaire aux épreuves non reliées de détection des anticorps anti-VIH-1. L'utilisation de la salive évite les risques et les inconvénients liés au prélèvement, à la manipulation et à l'élimination du sang. Le taux d'infection à VIH-1 supérieur chez les sujets âgés de 20 à 29 ans montre qu'il

faudrait offrir aux très jeunes gens, peut-être dans les écoles, des programmes de sensibilisation et de prévention sous une forme compréhensible et attrayante.

Le taux supérieur observé chez les femmes et confirmé par d'autres études est de mauvais augure sur le plan de la santé publique, tant pour les femmes qui ont des comportements à risque que pour les enfants qu'elles portent. Comme nous avons constaté dans notre étude que 100 % des femmes et 57 % des hommes positifs pour le VIH-1 avaient déjà fait usage de drogues injectables, il serait urgent de leur donner accès à du matériel d'injection stérile et de prendre d'autres mesures de prévention. L'étude fait ressortir la nécessité d'offrir des programmes d'éducation sur les maladies infectieuses et de fournir des condoms et de l'eau de Javel dans nos établissements correctionnels.

Tableau 1 : Taux de refus stratifiés selon le sexe et le groupe ethnique parmi 2 719 détenus admis dans les centres correctionnels de la Colombie-Britannique entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1992

	Total	Autochtones	Non-autochtones
Population totale visée par l'étude	237/2 719 (8,7 %)	50/622 (8,0 %)	187/2 097 (8,9 %)
Femmes	13/163 (8,0 %)	7/54 (13,0 %)	6/109 (5,5 %)
Hommes	224/2 556 (8,8 %)	43/568 (7,6 %)	181/1 988 (9,1 %)

Tableau 2 : Comparaison des détenus des centres pour adultes selon l'âge

Groupe d'âge	Population carcérale générale	Population visée par l'étude
<20	7,2 %	8,2 %
20-29	43,8 %	46,2 %
30-39	30,3 %	29,9 %
40-49	12,7 %	11,7 %
≥50	6,0 %	4,1 %

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Tableau 3 : Comparaison des détenus des centres pour adultes selon l'origine ethnique

Origine ethnique	Population carcérale générale	Population visée par l'étude
Autochtone	17,7 %	22,9 %
Non autochtone	82,3 %	77,1 %

Tableau 4 : Comparaison des détenus des centres pour adultes selon la répartition par sexe

Sexe	Population carcérale globale	Population visée par l'étude
Femmes	5,0 %	6,0 %
Hommes	95,0 %	94,0 %

Tableau 5 : Taux de prévalence de l'infection à VIH-1 stratifiés selon le groupe d'âge parmi 2 719 détenus admis dans les établissements correctionnels de la Colombie-Britannique entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1992

Groupe d'âge	Total	HIV-1 +	Taux de VIH-1 +
<20	222	1	0,5 %
20-29	1 256	15	2,3 %
30-39	812	9	1,1 %
40-49	317	3	1,0 %
≥50	112	0	0,0 %
TOTAL	2 719	28	1,0 %

Tableau 6 : Taux de prévalence de l'infection à VIH-1 stratifiés selon le sexe et l'origine ethnique parmi 2 719 détenus admis dans des établissements correctionnels de la Colombie-Britannique entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1992

	Total			Autochtones			Non-autochtones		
	Nbre total de détenus	Nbre de HIV-1 +	Taux	Nbre total de détenus	Nbre de HIV-1 +	Taux	Nbre total de détenus	Nbre de HIV-1 +	Taux
Femmes	163	5	3,1 %	54	0	0,0 %	109	5	4,6 %
Hommes	2 556	23	0,9 %	568	5	0,9 %	1 988	18	0,9 %
Total	2 719	28	1,0 %	622	5	0,8 %	2 097	23	1,1 %

Résultats préliminaires d'une étude anonyme et non reliée de la séroprévalence du VIH chez les détenus de l'Ontario*

Liviana Calzavara, professeure adjointe,
Département de médecine préventive et de
biostatistique, Faculté de médecine, Université
de Toronto

INTRODUCTION

Les études menées révèlent que, partout dans le monde, les populations incarcérées ont des taux d'infection à VIH supérieurs à ceux de l'ensemble de la population¹. Une forte proportion des personnes incarcérées font usage de drogues injectables, font de la prostitution et appartiennent au groupe d'âge le plus actif sexuellement (35 ans et moins).

Il y a très peu d'information sur les taux de prévalence du VIH dans la population carcérale au Canada. Avant que la présente étude ne débute, les seuls renseignements existants étaient fondés sur un échantillon autosélectionné de détenus adultes provenant de trois établissements correctionnels provinciaux de la région de Montréal². Selon cette étude, les taux de prévalence du VIH étaient de 7,2 % chez les femmes et de 3,6 % chez les hommes.

Depuis le début de l'étude de l'Ontario, deux autres études à participation volontaire ont été effectuées. La British Columbia Corrections Branch a mené une étude sur la détection des anticorps anti-VIH à l'aide de la salive (voir ci-dessus). On a également fait une étude à l'établissement Joyceville à l'aide d'échantillons de sang prélevés sur des détenus de sexe masculin³.

L'étude intitulée HIV Prevalence in Ontario Jails and Detention Centres est la première étude canadienne à grande échelle auprès de la population carcérale dont la conception permette d'assurer l'anonymat et de réduire le biais causé par la participation volontaire inhérent aux trois autres études canadiennes.

OBJECTIFS

1. Déterminer la prévalence de l'infection à VIH dans les populations carcérales en utilisant une conception propre à réduire le biais causé par la participation volontaire.
2. Déterminer les différences dans les taux d'infection à VIH entre :
 - les détenus adultes de sexe masculin et féminin
 - les jeunes délinquants de sexe masculin et féminin
 - ceux qui ont des antécédents d'usage de drogues injectables et ceux qui n'en ont pas
 - cinq régions de l'Ontario.
3. Obtenir des taux de référence qui peuvent servir à contrôler les changements.

* L'étude intitulée HIV Prevalence in Ontario Jails and Detention Centres a été financée par le Laboratoire de lutte contre les maladies, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada. Nous adressons des remerciements particuliers à M. Paul Humphries, au ministère des Services correctionnels de l'Ontario, aux plus de 200 infirmiers et infirmières qui ont participé à la collecte de données et aux donneurs anonymes des échantillons d'urine.

1. Harding, T.W. et coll., HIV/AIDS and Prisons: A Survey Covering 54 Prison Systems in 54 Countries, Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA, Institut universitaire de médecine légale, Genève, mai 1990.

2. Hankins, C. et coll., «Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus Infection Among Incarcerated Women», *Clinical and Investigative Medicine*, 1990, 13 (Suppl. B59), résumé 371; Hankins, C. et coll., «Infection au VIH-1 chez les hommes incarcérés - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1991, vol. 17, p. 233-234.

3. Les résultats figurent dans le document intitulé *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*.

MÉTHODES

Nous avons mis au point, en collaboration avec le ministère des Services correctionnels et des groupes communautaires représentant les détenus, une étude anonyme et non reliée, de design légèrement modifiée. Nous avons utilisé des échantillons d'urine, recueillis de façon systématique auprès des détenus admis dans des prisons et des centres de détention de l'Ontario, pour détecter l'infection à VIH-1. Nous avons aussi obtenu des données descriptives sur le sexe, l'âge et les antécédents d'usage de drogues injectables. Nous n'avons recueilli aucun nom ni aucun autre signe d'identification. Nous avons informé le public de l'existence de l'étude par un communiqué paru dans les médias. Nous avons informé les détenus par une affiche multilingue et un court énoncé verbal au moment de la collecte de données.

Les données ont été recueillies sur une période de trois mois (de février à mai 1993) dans le cas des détenus adultes de sexe masculin et sur une période de plus de six mois (de février à août 1993) dans le cas des détenus adultes de sexe féminin et des jeunes délinquants. Les 42 prisons et centres de détention de l'Ontario ont participé à l'étude.

Le laboratoire central du ministère de la Santé de l'Ontario a examiné les échantillons d'urine à l'aide d'un kit de détection du VIH-1 de marque Recombigen de la Cambridge Biotech Corporation qui a été modifié afin d'en accroître la sensibilité (sensibilité=98,8 %, spécificité=98,4 %). Les échantillons qui réagissaient en série et ceux qui se situaient dans la zone grise ont été confirmés à l'aide de la méthode de transfert Western (Western blot). En outre, certains échantillons ont été testés en parallèle à l'aide du système Murex/Wellcome GACELISA.

RÉSULTATS

Les résultats préliminaires de l'étude révèlent ce qui suit :

- Les données ont été recueillies auprès de 10 530 détenus adultes de sexe masculin, 1 518 détenus adultes de sexe féminin, 1 480 jeunes délinquants de sexe masculin et 92 jeunes délinquants de sexe féminin.
- Au total, 12 551 échantillons d'urine ont été recueillis auprès des 14 284 personnes admises pendant la période de la collecte. On n'a pas recueilli d'échantillon auprès d'environ 12 % du total des personnes admises (9,5 % n'ont pas fourni d'échantillon systématique, 1,1 % ont refusé que leur urine soit utilisée à des fins de recherche et 1,5 % n'ont pas fourni d'échantillon sans qu'aucune raison ne soit indiquée).
- La proportion de personnes ayant des antécédents déclarés d'usage de drogues injectables était de 20 % chez les détenus adultes de sexe féminin, de 13 % chez les détenus adultes de sexe masculin, de 2 % chez les jeunes délinquants de sexe féminin et de 3 % chez les jeunes délinquants de sexe masculin.
- La prévalence du VIH chez les personnes admises dans les prisons et les centres de détention de l'Ontario est supérieure à celle qui est observée dans d'autres segments de la population.
- Les détenus adultes de sexe féminin ont un taux d'infection supérieur à celui des détenus adultes de sexe masculin.
- L'écart entre les taux des hommes et ceux des femmes tient en partie à ce qu'une plus forte proportion des femmes font usage de drogues injectables.
- Les taux d'infection à VIH des utilisateurs de drogues injectables sont de 6 à 8 fois plus élevés que ceux des non-utilisateurs.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Tableau 1. Taux global selon le sous-groupe

SOUS-GROUPE	Détenus adultes de sexe féminin	Détenus adultes de sexe masculin
Taux global	1,23 %	0,99 %
Intervalle de confiance de 95 %	0,63 - 1,83	0,89 - 1,09
Nbre d'échantillons testés	1 302	9 201

Tableau 2. Taux selon les antécédents déclarés d'usage de drogues injectables

SOUS-GROUPE	UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES	NON-UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES
Détenus adultes de sexe féminin Taux Int. de confiance Nbre	4,20 % 1,77 - 6,63 262	0,49 % 0,06 - 0,91 1 024
Détenus adultes de sexe masculin Taux Int. de confiance Nbre	3,63 % 2,57 - 4,70 1 184	0,59 % 0,43 - 0,75 7 640

Expérience de la Colombie-Britannique par rapport à la fourniture d'eau de Javel dans les prisons

Jim Cairns, B.C. Ministry of Solicitor General, Corrections Branch

Après avoir étudié la question pendant deux ans, la B.C. Corrections Branch a adopté une politique selon laquelle l'eau de Javel serait fournie aux détenus. On a employé une dilution de 10-1 en se fondant sur les renseignements dont on disposait. Des renseignements subséquents ont révélé que cette dilution avait une durée de conservation très courte (trois jours) et qu'elle était donc inefficace comme agent de nettoyage. On a ensuite porté la concentration de la dilution à 1-1. Des renseignements plus récents mettent en doute l'efficacité de cette dilution.

Avant de mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus, la B.C. Corrections Branch a dû examiner certains risques, notamment qu'un mauvais usage de l'eau de Javel entraîne des infractions aux règlements de sécurité, que le déversement de grandes quantités d'eau de Javel cause des dommages aux champs d'épuration dans les zones rurales et que cette politique soit assimilée à une approbation tacite de l'usage de drogues injectables par les détenus. Pourtant, il n'y a pas eu d'incidents de mauvais usage ayant entraîné des infractions aux règlements de sécurité, de dommages déclarés aux champs d'épuration ni de preuves que l'usage des drogues injectables ait augmenté.

La clé de la politique de lutte contre l'infection ne réside pas dans la distribution de condoms ni dans la fourniture d'eau de Javel, mais bien dans la sensibilisation des membres du personnel et dans celle des détenus, à partir de leur admission jusqu'à la fin de leur incarcération.

Point de vue d'un détenu infecté par le VIH : un an plus tard

Michael Linhart, détenu de l'établissement de Mission

Comme la plupart d'entre vous le savent, je suis un détenu infecté par le VIH; je purge une peine à perpétuité à l'établissement Mission. Lorsque j'ai reçu l'invitation à prononcer une allocution dans le cadre de la Conférence de cette année, j'ai espéré que la Commission nationale des libérations conditionnelles m'accorderait un nouveau permis de sortir avec escorte pour y participer en personne. Bien que cette permission m'ait été refusée, je me trouve quand même parmi vous grâce aux merveilles de la technologie moderne de la vidéo et je puis ainsi exprimer de vive voix les préoccupations qui sont liées au VIH dans les prisons.

L'an dernier, lors de la Sixième conférence annuelle de la Colombie-britannique sur le SIDA, j'ai soulevé la nécessité d'apporter des changements qui amélioreraient la façon dont le problème du SIDA est traité en milieu carcéral. Et, de fait, on a adopté depuis une approche plus proactive à la lutte contre le SIDA.

La formation des nouveaux employés comporte maintenant une analyse plus approfondie du problème du VIH et du SIDA. Et pourtant, certains employés déclarent n'avoir bénéficié d'aucun nouveau programme d'information ou de formation. Lors d'une entrevue à laquelle on m'a convié en vue d'un transfert à un autre établissement, j'ai ouvertement déclaré être infecté par le VIH. L'un de mes interlocuteurs a répondu qu'il ignorait tout de cette maladie et qu'il ne voulait rien entendre. Cette attitude démontre bien la nécessité de mieux éduquer les employés qui travaillent dans le milieu pénitentiaire depuis un certain temps.

Les gouvernements fédéral et provinciaux se sont récemment unis pour financer la création de deux postes d'éducateurs spécialisés dans les maladies infectieuses. Bien que je n'aie qu'une vague idée des fonctions dont ils devront s'acquitter, il ne fait aucun doute que les titulaires exerceront une influence positive aussi bien sur le personnel que sur les détenus.

L'*Allied Indian Metis Society* (AIMS) a considérablement contribué aux efforts de sensibilisation et d'éducation au cours de la dernière année. Ce regroupement a créé un poste d'éducateur-conseiller qui répondra au grand besoin d'information des détenus autochtones sur la question du SIDA. Kevin Blaney y a été nommé et il a commencé à donner le cours *AIDS 101* aux détenus que la question intéresse, quelles que soient leurs origines culturelles ou ethniques.

Le principe de l'éducation par les pairs a été adopté et instauré dans au moins deux établissements de la région du Pacifique du SCC. Grâce à ces programmes de counselling par les pairs, les détenus peuvent maintenant demander des réponses à des questions qu'ils auraient autrement hésité à poser. Ces questions sont diverses et varient depuis la stérilisation des aiguilles jusqu'aux diverses étapes de la maladie, en passant par les tests de dépistage.

Les directeurs des établissements Matsqui et Mission ont, en de nombreuses occasions, pris des dispositions pour me permettre de me rendre à Matsqui et d'y rencontrer le groupe de détenus infectés par le VIH et donner des conseils en tête-à-tête. Cela a été pour moi une expérience des plus enrichissantes et je leur en suis reconnaissant.

Les conseillers auprès des pairs ont également eu plusieurs occasions de travailler auprès des employés. Si les détenus-éducateurs sont convenablement formés, ils ont sans aucun doute le potentiel de devenir de précieuses personnes-ressources dans nos prisons. De même, il est fort possible qu'on assiste, dans l'avenir, à la création de postes rémunérés de conseillers auprès des pairs.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Aussi bien l'établissement Matsqui que celui de Mission possèdent des groupes d'appui mis sur pied par les détenus. Et l'établissement Mountain a pour sa part manifesté l'intérêt de créer un groupe semblable. Ces groupes se sont penchés sur la question du VIH/SIDA en milieu carcéral et ont pris des initiatives en organisant, par exemple, le «*Family Awareness Seminar*», à Matsqui, et le «*Family HIV Awareness Dinner and Bingo*», à Mission. Certains d'entre vous trouveront étrange d'associer bingo et SIDA, mais il faut parfois prendre des mesures inusitées pour obtenir des résultats auprès des réfractaires. À Mission, en tous cas, bon nombre de participants ont été attirés par les prix à gagner et ont écouté ce qu'on avait à leur dire. Même si une seule personne a bien écouté pour ensuite agir en tenant compte de ses nouvelles connaissances, on peut alors affirmer que la fin justifie les moyens.

Andréa Riesch Toepell a écrit un livre à l'intention des détenus infectés par le VIH. On m'a demandé d'en commenter le contenu et le concept. À mon avis, cet ouvrage est l'une des réalisations les plus importantes dont j'ai eu connaissance cette année. L'auteure y traite de divers sujets et fournit des réponses aux questions que toute personne séropositive, en prison ou à l'extérieur, est susceptible de se poser. J'aurais aimé avoir pu lire un document pareil bien avant. Quoi qu'il en soit, j'ai trouvé l'information très utile, même si je vis avec le VIH depuis deux ans.

Le principal outil pour lutter contre le VIH dans les prisons s'est toutefois matérialisé sous la forme du *Document de travail* du Comité d'experts sur le SIDA dans les prisons. J'ai été stupéfait par le niveau de compréhension dont les auteurs avaient fait preuve. Bien entendu, bon nombre d'administrateurs d'établissements pénitentiaires ne seront pas d'accord avec moi, et c'est leur droit. Quant à moi, j'estime que le CESP a examiné la situation avec réalisme et formulé des recommandations judicieuses, lesquelles, si elles sont mises en oeuvre, pourront considérablement ralentir la propagation du VIH dans les prisons canadiennes. J'espère ardemment que le

Solliciteur général et le Commissaire du SCC examineront objectivement les recommandations contenues dans le rapport. Mais surtout, j'espère que ce rapport ne finira pas comme d'autres rapports conçus de la même manière, tel celui sur les autochtones. En effet, plus d'une quarantaine de commissions et de rapports ont traité des questions intéressant les autochtones et, d'après des sources fiables et informées, bien peu des recommandations ont été adoptées. Une chose pareille ne devrait jamais se produire, et il ne faudrait surtout pas que le *Rapport final* du CESP subisse le même sort. Jour après jour, cette maladie met des vies en péril et le moment est venu d'agir !

Maintenant que nous avons passé en revue les mesures positives qui ont été prises au cours de la dernière année, examinons les problèmes qu'il reste à aborder.

Dans cette région, deux détenus sont morts des suites du SIDA au cours de la dernière année. Tous deux avaient été transférés d'un établissement à un autre, c'est-à-dire d'une prison à un hôpital. Le *Document de travail* du CESP mentionne une directive que la Commission nationale des libérations conditionnelles a instaurée en mai 1991 et qui porte sur la libération conditionnelle des détenus infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Cette directive est brève et vague, mais elle habilite néanmoins la Commission à libérer des détenus atteints du SIDA après s'être assurée que leur mise en liberté ne constituera pas une menace pour la société. Quant à moi, je comprends cette condition et je l'approuve : loin de moi l'idée de proposer de libérer un détenu pour la simple raison qu'il est atteint du SIDA. Le CESP recommande que la libération anticipée soit envisagée lorsque le détenu peut encore profiter d'une certaine qualité de vie, reconnaissant du même coup que la protection de la société doit demeurer le principal critère de l'admissibilité d'un détenu à la libération anticipée. J'espère que la Commission nationale des libérations conditionnelles tâchera d'appliquer la directive et les recommandations formulées dans le rapport du CESP.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Quoique l'on soit rarement disposé à l'admettre, il faut reconnaître que les établissements pénitentiaires canadiens n'échappent pas au trafic de la drogue injectable, même si le Service correctionnel s'efforce d'en empêcher la pénétration. Certains ont avancé que si je déclarais publiquement que les détenus consomment de la drogue, la société réclamerait l'abolition des programmes de visite. Mais pareille mesure aurait pour effet de pénaliser toute la population carcérale pour les actes de quelques détenus, et serait en conflit avec l'Énoncé de Mission du SCC, où est reconnue l'importance de la famille.

Les programmes d'échange d'aiguilles dans les prisons soulèvent une grande controverse. Les administrateurs s'y opposent, craignant d'être accusés d'approuver la consommation de drogue. Les partisans des programmes y voient un moyen de réduire efficacement la propagation des maladies infectieuses. Pendant que la question est débattue, des vies sont menacées, non seulement celle des prisonniers mais aussi celle de leur épouse ou leur partenaire et de leurs enfants à naître.

Quiconque connaît bien le système carcéral vous dira que les détenus forment un groupe très réfractaire qui se laisse rarement impressionner et qui se soumet difficilement à des règles ou à des directives. Bien sûr, il existe des programmes de lutte contre la toxicomanie, mais ils n'aident pas vraiment les détenus à découvrir les raisons qui les poussent à consommer de la drogue. Il faudra, en attendant que ces obstacles tombent, que le Service correctionnel mette à la disposition des détenus tous les moyens de se renseigner et de se protéger efficacement contre les maladies comme le VIH.

Rien n'empêche le Service correctionnel de continuer à imposer des sanctions à ceux qui consomment de la drogue et de s'efforcer à éliminer la drogue du milieu carcéral tout en fournissant aux détenus des moyens de se protéger. Il est possible que bon nombre de détenus ne voudront pas participer à des programmes d'échange d'aiguilles, mais j'ai la

certitude que la majorité des consommateurs de drogues injectables profitera de pareil service. Il ne suffit pas de fournir des aiguilles gratuitement aux détenus; il faut que des conseillers les encouragent à recourir à d'autres solutions que la drogue. Chaque détenu qui participera à l'échange d'aiguilles se fera également rappeler les sanctions imposées à ceux qui consomment et qui possèdent de la drogue.

Il faut par ailleurs prendre en considération le côté financier de la question, c'est-à-dire le coût de l'élaboration et de la mise en application de programmes d'éducation et de prévention qui se révèlent inefficaces. De deux choses l'une : ou bien le Service correctionnel affecte dès maintenant une partie de l'argent des contribuables à des programmes efficaces, ou bien il affecte, dans un avenir rapproché, des fonds beaucoup plus considérables aux soins de santé. Les thérapies et traitements des personnes infectées par le VIH sont coûteuses, et les coûts continuent de grimper à mesure qu'augmente le nombre des cas d'infection. Chaque nouveau détenu qui contracte la maladie représente un nouveau coût à imputer aux budgets des soins de santé. Ces coûts croissants seront éventuellement imposés aux contribuables et grèveront encore davantage une économie déjà affaiblie.

Les organismes communautaires continuent de ne fournir qu'un service minimal aux détenus infectés. Il ne fait aucun doute que ces organismes doivent instaurer un programme de visites régulières dans les établissements. Il faut avoir une grande confiance en quelqu'un pour lui avouer qu'on est infecté par le VIH ou qu'on souffre du SIDA, et c'est un processus très long. Seules des visites régulières et une interaction suivie le permettent. Certes, il n'est pas très agréable de se rendre dans une prison, mais chaque établissement est doté d'endroits sûrs et abrite des détenus qui ont besoin de communiquer. Celui ou celle qui a dû vivre avec le secret d'être infecté par le VIH, comme moi, se souvient du terrible fardeau qu'il lui a fallu porter. Les conseillers auprès des pairs et les groupes d'aide offrent un appui, mais certains ne s'ouvriront pas même à leurs pairs. Lorsqu'on a attiré l'attention de ces organismes

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

sur des problèmes précis qu'affrontent les détenus, ils ont réagi sans empressement et n'ont fait que le minimum requis. Les membres des groupes de détenus infectés par le VIH des établissements Matsqui et Mission ont présenté un projet de création d'un poste de conseiller-éducateur en matière de SIDA à l'un de ces organismes. En lui soumettant leur projet, les détenus lui ont demandé de l'examiner et, s'il était acceptable, d'obtenir des fonds pour le réaliser. Il s'agissait d'un projet pilote semblable à celui de la AIMS avec la différence qu'il mettait davantage l'accent sur les services de counselling. Jusqu'ici, personne ne nous a répondu, et notre demande de commentaires est restée sans réponse claire. Ou bien ce projet s'est noyé dans la bureaucratie ou bien l'organisme auquel il était destiné l'a oublié.

Les questions clés du dépistage et de la confidentialité refont surface quand on discute du VIH avec bon nombre de détenus. Certains croient encore que tout renseignement sur la consommation de drogue divulgué dans le cadre des entretiens pré-test et post-test sera transmis au personnel chargé de la sécurité. De plus, beaucoup de détenus, moi-même y compris, ont l'impression qu'il est impossible de garantir la confidentialité de leur dossier médical. Lorsque les membres du personnel de sécurité viennent à savoir qu'un détenu est séropositif, ils en discutent entre eux. Certains employés pensent encore avoir un «droit de savoir». Cet état de choses démontre bien la nécessité de mieux former le personnel. Il semble que le seul moyen d'atténuer les craintes relatives à la confidentialité consisterait à recourir aux organismes de l'extérieur pour effectuer les tests de façon anonyme. De cette façon, les détenus pourraient relater la façon dont ils croient avoir contracté le VIH en étant plus convaincus que l'information ne sera pas véhiculée au personnel chargé de la sécurité.

La question des soins de santé en milieu carcéral revêt une importance certaine pour les détenus, infectés ou non. Les politiques administratives prévoient la prestation de soins médicaux «optimaux». Obtenir des médicaments pour

soulager une insomnie causée par la DDI n'a pas été chose facile pour moi. Pourtant, je voulais ces médicaments simplement pour pouvoir dormir. Je doute fort que j'aurais rencontré autant de difficultés si je m'étais trouvé ailleurs qu'en prison. Dans tous les établissements du pays, on se plaint du système de santé. Ce n'est rien de nouveau. On écarte souvent les plaintes sous prétexte que le prisonnier est mécontent simplement parce qu'il n'a pas obtenu ce qu'il voulait. Toutefois, n'est-il pas étrange que le blâme soit toujours rejeté sur les détenus, aussi nombreux qu'ils soient à se plaindre. Bien que tous les détenus ne peuvent être persuadés d'avoir été traités adéquatement, il existe sûrement une solution à ce problème. Les médecins affectés aux pénitenciers soient considérés faire partie du «système», et ne sont donc pas dignes de confiance. Beaucoup de détenus préconisent de faire appel aux services de médecins par contrat et à court terme. De cette façon, les médecins ne seraient pas exposés continuellement aux demandes des détenus qui cherchent à se procurer des médicaments. À mon avis, cela réduirait aussi les abus verbaux auxquels sont assujettis les médecins.

Certains détenus qui ont eu l'audace de se plaindre se sont fait répondre qu'ils risquaient de se retrouver dans le même établissement dans deux ans, et de ne plus bénéficier que des soins médicaux de base. Il y a de quoi s'inquiéter lorsqu'un professionnel de la santé fait un commentaire semblable. Si on attirait l'attention de la direction d'un établissement correctionnel sur pareil commentaire, je vous assure que la version des faits serait changée et aucun tort reconnu.

Lorsque je me suis adressé à la Conférence l'an dernier, j'ai parlé d'un livre que devait publier le groupe des détenus infectés par le VIH de l'établissement Mission. Puisque je signale les fautes des autres parties en cause, je me dois de reconnaître aussi les miennes. La rédaction du livre n'est pas terminée et je n'ai pas vraiment d'excuse. J'aurais sûrement pu y consacrer plus de temps et d'efforts. Il est beaucoup d'autres initiatives que nous, les détenus, pourrions prendre pour contribuer à la lutte contre le VIH.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Beaucoup de détenus hésitent à se joindre au mouvement de crainte de se faire étiqueter comme des activistes. Quant à moi, je ne crois pas que porter l'étiquette d'un activiste soit nécessairement mauvais en soi : pour moi, cela signifie vouloir faire mon possible pour empêcher d'autres de commettre la même erreur que moi.

Je ne cherche pas à vous donner l'impression que le Service correctionnel refuse de se pencher sur le problème de l'infection à VIH dans les prisons. En fait, je veux simplement signaler que les initiatives actuelles sont insuffisantes et qu'elles mettent trop de temps à agir, étant donné l'ampleur du problème. Il ne suffit pas de distribuer des dépliants et des bandes vidéo aux détenus. Il faut persévérer et les encourager à faire bon usage de l'information qui leur est fournie.

Même si je suis le moins savant des conférenciers ici présents, je puis vous dire, en toute honnêteté, que le VIH risque fort de se propager dans nos établissements. Nul besoin de recherches, de chiffres ou de projections pour m'en rendre compte. Je ne travaille pas assis derrière un bureau, je vis au cœur du problème. Lorsque je demande à des détenus qui ont séjourné dans la collectivité s'ils se sont protégés et protégé leur partenaire, ils me répondent la plupart du temps par la négative. Je vois de mes propres yeux des détenus qui partagent leurs aiguilles et je sais que ces mêmes détenus profitent des visites conjugales sans recourir à aucun moyen de protection.

On m'a dit que la sensibilisation des détenus aux maladies comme l'infection à VIH s'inscrit dans le mandat du SCC, mais j'estime que les détenus doivent aussi faire leur part. Si nous voulons régler efficacement le problème du VIH dans les prisons, il faut que tous les intéressés travaillent activement pour atteindre le même objectif. Les détenus doivent s'informer, prôner le comportement responsable auprès de ceux qui les entourent et tâcher de se sensibiliser mutuellement.

Le Service correctionnel et les organismes communautaires devraient collaborer avec les détenus pour trouver une méthode efficace d'atténuer les inquiétudes aussi bien des détenus que des employés. Une question aussi controversée que le VIH en milieu carcéral peut sûrement faire l'objet d'un compromis, mais la solution ne doit pas favoriser un groupe au détriment de l'autre. Je suis convaincu que si les directeurs d'établissement, les directeurs des services de santé et les sous-commissaires se réunissaient avec les représentants des détenus, les membres des comités consultatifs de citoyens, les organismes communautaires et les représentants de la Commission nationale des libérations conditionnelles, ils réussiraient à élaborer un plan d'attaque qui permettrait d'accroître la sensibilisation et de réduire le nombre de détenus qui seront infectés. Réunir un groupe aussi hétérogène pose un défi de taille, certes, mais cela est possible. Il suffit que chacun le veuille. Même si bon nombre de décisions ne peuvent être prises que par le Commissaire, les sous-commissaires régionaux exercent une certaine influence. En fait, les sous-commissaires pourraient soumettre les recommandations découlant de pareille réunion au Commissaire, lequel pourrait alors les examiner à la lumière de celles qu'a formulées le Comité d'experts sur le SIDA dans les prisons. On pourrait alors élaborer ou modifier des politiques et des directives qui contribueraient grandement à réduire la propagation de l'infection à VIH dans les prisons.

En ma qualité de détenu infecté qui purge une peine à perpétuité, j'ai finalement accepté le fait que je risque de mourir du SIDA durant mon incarcération. Ce qui m'est plus difficile à accepter, toutefois, c'est que beaucoup de détenus sont convaincus qu'ils ne contracteront jamais le VIH. Bien sûr, on met parfois à la disposition des détenus des moyens de se protéger, mais leur vie est prise au piège dans la bureaucratie d'un système qui ne semble pas disposé à examiner le problème du VIH/SIDA dans les prisons des deux points de vue, médical et pénal. Tant et aussi longtemps qu'il en sera ainsi, les coûts des soins de santé en milieu carcéral continueront de croître rapidement, tout

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

comme le nombre de détenus infectés et de vies détruites.

Par rapport aux autres populations carcérales du monde, les détenus canadiens sont bien traités. En effet, les détenus infectés par le VIH ne sont pas isolés du rest de la population et ne sont pas si maltraités. Même si nous ne bénéficions pas de ce que nous considérons comme des soins de santé efficaces, ceux que nous recevons sont néanmoins meilleurs que ceux qui sont dispensés aux citoyens d'un bon nombre d'autres pays. Cela ne veut toutefois pas dire que les systèmes correctionnels du Canada devraient se satisfaire de leurs réalisations. Il faut déployer plus d'efforts, dès maintenant, avant que le taux d'infection ne rejoigne celui d'autres pays.

Personne d'autre ne devrait contracter cette maladie, ni dans nos collectivités ni dans nos prisons. Il suffit que ceux qui se sont vraiment engagés à changer les choses en milieu carcéral et en milieu communautaire unissent leurs efforts afin que, par leur collaboration, s'établisse un terrain d'entente où toutes les questions d'ordre pénal, médical et social liées au VIH/SIDA dans les prisons trouveront leur importance.

Peut-être me permettra-t-on, un jour prochain, de retourner vivre dans une société à laquelle j'ai autrefois tant dérobé. J'espère que, d'ici là, j'aurai contribué au mieux-être de cette société. Mon engagement ne prendra fin qu'à ma mort. J'espère que, lorsque ce moment viendra, j'aurai contribué d'une façon positive et productive à réduire la propagation du VIH dans les prisons. C'est le but auquel j'ai consacré mes efforts l'an

dernier. C'est également le but à la réalisation duquel j'entends continuer de travailler. Je suppose que vous êtes ici nombreux à partager mon engagement, même si ce n'est que dans une moindre mesure. Si c'est le cas, je vous enjoins à vous engager davantage.

Le Service correctionnel reconnaît que chacun de nous a le potentiel de grandir et de s'améliorer, et que les détenus ont le potentiel de devenir des citoyens respectueux de la loi. Quoi qu'on puisse penser des criminels, ce sont quand même des êtres humains qui ont des sentiments et qui sont chers à d'autres personnes. Chacun de nous se doit à lui-même et à la société de faire tout en son pouvoir pour réduire la propagation du VIH/SIDA, sans discrimination aucune. Sinon, la maladie infectera de plus en plus de personnes et affectera de plus en plus de vies.

Pour conclure, j'aimerais remercier M. Ralf Jürgens et Dr Norbert Gilmore de m'avoir donné l'occasion de participer à la Conférence cette année encore. J'aimerais également exprimer ma reconnaissance à ceux qui m'ont aidé et soutenu au cours de l'année. Il est inutile de tous les nommer : ils se reconnaîtront. En particulier, je tiens à remercier Xavier (Sanchez Horno) de m'avoir toujours appuyé même lorsque lui et moi ne voyions pas les choses du même oeil. Aux membres du comité organisateur qui ont rendu possible cette présentation par vidéo, je voudrais manifester ma sincère reconnaissance. Enfin, je vous remercie tous de m'avoir montré suffisamment d'intérêt pour assister à mon exposé.

L'éducation des détenus sur le VIH/SIDA : objet, pratique et politique

Andréa Riesch Toepell, consultante, Toronto

On m'a demandé de parler de mon expérience dans le développement de matériel éducatif à l'intention de la population carcérale. J'ai rencontré plusieurs obstacles dans mon travail. J'expliquerai d'abord pourquoi les détenus ont besoin d'être sensibilisés au VIH/SIDA, puis j'exposerai la dimension politique de la conception de ce matériel ainsi que les efforts déployés pour produire et diffuser ce matériel dans le système carcéral.

Nous sommes tous conscients des réalités politiques qui entourent le VIH et le SIDA, et ce à des degrés divers selon notre intérêt pour la question et la façon dont le virus et la maladie touchent notre vie. Les décisions qui ont trait en particulier à l'éducation sur le VIH/SIDA reposent toujours sur des réalités et des pressions politiques. En voici quelques exemples : la sélection des groupes communautaires auxquels des fonds seront accordés pour la conception de matériel pédagogique, la conception ou la sélection de messages sur des comportements à moindre risque, etc.

Ajoutons à ces considérations politiques les obstacles inhérents au fait de travailler avec une population «invisible» mais hautement contrôlée et réglementée à l'intérieur de notre collectivité, soit la population carcérale. Parmi les obstacles rencontrés, il faut notamment déterminer les meilleurs moyens de rejoindre cette population et de la sensibiliser tout en respectant les règles et les politiques de sécurité de l'établissement, les restrictions qui sont susceptibles d'être imposées par rapport au contenu du matériel pédagogique, etc.

Les recherches que j'ai menées par le passé montrent qu'il faut fournir du matériel éducatif à la population carcérale :

1. les prisonniers ont une compréhension superficielle du VIH/SIDA;
2. ils puisent l'essentiel de leur information dans les médias, qui présentent surtout des renseignements biaisés ou faussés et font de la désinformation;
3. ils ne cherchent pas d'information sur le VIH/SIDA après leur libération;
4. le matériel qui leur est offert à l'extérieur du milieu carcéral ne leur convient pas nécessairement car il est généralement rédigé dans un langage très relevé et difficile à comprendre;
5. le matériel conçu pour eux doit leur donner de l'information de base sur le VIH/SIDA, leur faire connaître des attitudes et des comportements plus sûrs, être rédigé dans un langage simple et clair et comporter beaucoup d'illustrations.

Ces affirmations reposent notamment sur deux études que j'ai effectuées; la première évaluait les besoins en matière d'information sur le SIDA¹ et la deuxième, étudiait les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis au VIH/SIDA². Ces études demeurent les seules qui aient été faites en la matière auprès de la population carcérale du Canada. Je ne m'étendrai pas davantage sur les conclusions de ces études, mais je dirai simplement que les détenus ont besoin d'information exacte et non biaisée sur le VIH/SIDA et qu'ils sont tout à fait en faveur de l'instauration de programmes en ce sens en milieu carcéral. Les détails et les conclusions de ces études sont énoncés dans deux rapports diffusés par l'Association canadienne de santé publique.

Les établissements provinciaux sont très différents les uns des autres sur le plan de l'éducation et de la prévention, tandis que les établissements

1. Toepell, A.R., Prisoners and AIDS: An AIDS Education Needs Assessment, John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1992.

2. Toepell, A.R., Prisoners and AIDS: Knowledge, Attitude and Behaviour, John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1992.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

féderaux ont une politique plus uniforme (c'est-à-dire donner accès à des personnes de l'extérieur chargées de donner de l'information sur le SIDA, distribuer des condoms, des digues et du lubrifiant, et soutenir l'éducation par les pairs en ce qui concerne le VIH/SIDA). Cependant, bon nombre de ces initiatives émanent de l'extérieur et rencontrent de la résistance.

Nous ne pouvons nous attendre à diffuser librement en milieu carcéral du matériel éducatif de l'extérieur. Non seulement le matériel accessible au public est examiné avec soin, mais souvent il ne convient pas à la population carcérale. Le matériel conçu expressément pour cette population doit être complet, être rédigé dans un langage simple et clair, s'accompagner de nombreuses illustrations, aborder les comportements à risque dans les prisons (par exemple, le tatouage, l'usage de drogues injectables et les relations sexuelles) et adopter un ton non condescendant.

Il est toutefois intéressant de noter que les caractéristiques particulières qui rendent ce matériel tout à fait accessible à la population carcérale sont en général celles-là même qui peuvent, en dernière analyse, en empêcher la diffusion car elles soulèvent des inquiétudes sur le plan politique. Le livre intitulé *Get the Facts: Surviving in Prison and in the Community* est un excellent exemple de la façon dont l'intervention politique peut empêcher la diffusion de matériel conçu expressément pour les détenus.

J'ai rédigé cet ouvrage pour la John Howard Society of Metropolitan Toronto pour faire suite à mon étude sur l'évaluation des besoins en éducation sur le SIDA. Les conclusions et les recommandations de cette étude indiquent qu'un tel ouvrage répond à un besoin.

Il se peut que certains connaissent déjà ce livre et sachent que l'original (la copie à couverture jaune) a été remanié à cause de l'intervention de deux ministères de l'Ontario, soit ceux de la Santé et des Services correctionnels. L'ouvrage avait reçu la sanction des deux ministères avant d'être imprimé. Voici la version remaniée de ce livre, qui

est d'apparence identique à l'original mais a une couverture bleue.

Quelles caractéristiques de l'ouvrage ont pu prêter à controverse au point qu'il doive être remanié? Les points suivants ont soulevé des inquiétudes :

1. les répercussions éventuelles de la reconnaissance du fait qu'il y a de l'activité sexuelle et de la consommation de drogues en milieu carcéral (on craignait de donner l'impression que les organismes gouvernementaux approuvaient ces comportements);
2. des conflits au sujet des besoins éducatifs des prisonniers (entre les ministères et la collectivité);
3. les messages sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'usage de drogues injectables (messages émanant de la collectivité ou du gouvernement);
4. la censure de la terminologie et du langage employés;
5. la censure des illustrations et de leur contenu;
6. les réactions des membres du personnel des prisons aux initiatives d'éducation;
7. les réactions des prisonniers aux initiatives d'éducation.

Même si je cite l'exemple de l'ouvrage *Get the Facts*, d'autres ouvrages que j'ai conçus à l'intention de la population carcérale se sont heurtés aux mêmes obstacles et aux mêmes inquiétudes. Mais j'utiliserai cet exemple pour traiter des obstacles et des moyens de les surmonter car l'histoire de cet ouvrage a eu des suites. Voici le détail de ces préoccupations :

1. Les répercussions éventuelles de la reconnaissance du fait qu'il y a du tatouage, de l'activité sexuelle et de la consommation de drogues en milieu carcéral

On s'inquiétait de ce que j'attirais l'attention sur ces comportements et sur le fait que le ministère des Services correctionnels de l'Ontario ne donne pas aux prisonniers les outils nécessaires pour

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

réduire les risques liés à ces comportements en milieu carcéral. On craignait également que la population et les agents de correction supposent que les organismes gouvernementaux approuvaient ces comportements. Je soulevais, en outre, une contradiction : en effet, même si l'activité sexuelle, la consommation de drogue et le tatouage constituent des crimes à l'intérieur des prisons (et peuvent entraîner des accusations pour les détenus qui se font prendre), ces comportements n'en sont pas moins présents.

2. Des conflits au sujet des besoins éducatifs des prisonniers

Nous avons fait beaucoup de recherche sur les besoins en éducation des prisonniers et procédé à de nombreuses mises à l'essai avant de publier *Get the Facts*, mais les organismes gouvernementaux et certains membres de la collectivité ont en grande partie mis de côté la voix des prisonniers. Ils se préoccupaient bien davantage de l'*image* que projetaient les organismes gouvernementaux premièrement en finançant une telle publication et, deuxièmement, en la distribuant.

3. Les messages sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'usage de drogues injectables

Il est très intéressant de noter que les groupes qui s'intéressent au SIDA dans la collectivité ne diffusent pas nécessairement les mêmes messages que le département de santé publique de la région ou même le ministère de la Santé de la province ou du territoire. Lorsque mon ouvrage *Get the Facts* a été imprimé, l'organisme qui en avait assuré le financement (la ville de Toronto) s'est montré très pointilleux à l'égard des messages qu'il véhiculait et a lourdement insisté pour qu'il soit remanié. En effet, la ville a une optique d'élimination des risques, tandis que l'ouvrage propose une optique de réduction des risques. Elle préférait que l'ouvrage n'aborde pas les comportements à risque puisque l'adoption de comportements plus sûrs n'était pas possible (les prisons provinciales de l'Ontario ne fournissent pas, en général, les condoms et l'eau de Javel). J'estimais, pour ma part, qu'il était déraisonnable de **ne pas** aborder ces comportements puisqu'ils

font partie intégrante de la vie carcérale.

Évidemment, si on avait inclus à l'intérieur de la page couverture une mention selon laquelle les points de vue exprimés dans ce livre ne reflétaient pas nécessairement ceux de l'organisme qui en avait assuré le financement, on aurait mis fin à une bonne partie du débat. L'organisme a toutefois refusé cette solution. Il était également difficile de déterminer qui ou quel organisme détenait le pouvoir final à l'égard des messages sur la réduction des risques.

4. La censure de la terminologie et du langage employés

La version originale de *Get the facts* contenait, dans la section qui portait sur les pratiques sexuelles à moindre risque, des termes empruntés au langage de la rue et des termes explicites. Lorsque j'ai mené l'étude sur l'évaluation des besoins, j'ai constaté que 65 % des détenus préféraient, parmi un éventail de documents possibles, les brochures qui employaient un tel langage. La population carcérale s'est dite très favorable à ce langage pendant les mises à l'essai qui ont précédé l'impression du livre. Les deux ministères ont aussi approuvé l'utilisation de ce langage avant l'impression.

Cependant, le climat politique a changé radicalement immédiatement après l'impression du livre, surtout en ce qui concerne l'emploi de termes sexuels explicites dans le matériel éducatif lié au VIH-SIDA. Le Toronto Board of Health, le département de la santé et la ville de Toronto ont jugé qu'il fallait atténuer le langage utilisé même si la population carcérale avait clairement indiqué que ce langage lui paraissait accessible et adéquat. Les organismes se souciaient de l'image que cette terminologie pourrait donner d'eux et non du fait qu'elle permettait de mieux faire comprendre l'information véhiculée.

Au cours de la même période, on a examiné de près le langage et les messages sur les pratiques sexuelles à moindre risque qui figuraient dans le matériel produit par d'autres organismes de services sociaux de Toronto.

5. La censure des illustrations et de leur contenu

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

Les illustrations avaient été jugées adéquates par la population carcérale et approuvées avant l'impression originale du livre, mais un changement d'attitude radical a accompagné le changement de climat survenu à Toronto et parmi les représentants officiels du ministère des Services correctionnels. On a insisté pour que soient retirées les illustrations portant sur les relations sexuelles (deux détenus s'étreignant) et de la consommation de drogues en prison (deux détenus partageant une seringue pendant qu'un troisième fait le guet), et on a dit que trop d'illustrations de pénis accompagnaient le texte dans la section portant sur l'utilisation du condom (on m'a prié d'en retirer une, ou de préférence deux). Là encore, on se souciait de l'image du Ministère et de la réaction du personnel et du public vis-à-vis de ces illustrations plutôt que de l'accessibilité de l'information. On témoignait également d'attitudes homophobes et d'une négation de l'existence de ces comportements derrière les barreaux des prisons provinciales.

6. Les réactions des membres du personnel des prisons aux initiatives d'éducation

Après la publication de la version originale du livre, nous avons demandé aux membres du personnel infirmier de la distribuer à tous les détenus qu'ils voyaient (les membres du personnel infirmier voient les détenus des centres provinciaux dans les 48 heures de leur admission). Ils ont critiqué le langage explicite (atténué) employé et ont dit que l'ouvrage faisait la promotion d'un tel langage, ce qui est en contradiction avec la politique de la prison. Un détenu qui prononce de tels mots peut être accusé d'inconduite. J'ai rencontré les infirmiers et infirmières pour discuter avec eux de la recherche qui avait servi de fondement à mon livre, mais ils ont refusé de le distribuer aux détenus même s'il leur paraissait utile et informatif. L'ouvrage entier a été rejeté parce que le langage avait été retiré de son contexte.

Plusieurs mois après avoir été remanié, l'ouvrage a été distribué dans la prison de Toronto à titre de projet pilote. Les agents de correction se sont

révoltés contre cette version remaniée et adoucie de *Get the Facts* même s'il n'avait pas été rédigé pour eux. Ils estimaient que l'ouvrage n'avait pas à employer le langage de la rue et qu'il en faisait la promotion, que le ton était insultant pour les détenus, que les illustrations étaient pornographiques et qu'il était dégradant pour les femmes. Même après une rencontre épuisante, les agents ont fait du piquetage devant la prison, ont protesté contre la diffusion du livre, ont attiré énormément d'attention de la part des médias et ont remis la question dans les mains de leur syndicat.

7. Les réactions des prisonniers aux initiatives d'éducation

Après que le livre eut été diffusé dans la prison de Toronto pendant cinq mois, j'ai procédé à une évaluation officielle³ de son succès ou de son échec. J'ai mené des interviews individuelles de 20 minutes. Les 74 détenus que j'ai interviewés ne tarissaient pas d'éloges au sujet de *Get the Facts* et en réclamaient la diffusion à l'ensemble des détenus de la province. Ils ont proposé très peu de changements, mais ils ont notamment demandé plus d'illustrations et des renseignements particuliers aux femmes et aux jeunes délinquants. Ils n'étaient pas choqués par l'utilisation d'un langage explicite ni par le contenu des illustrations.

Alors comment nous, éducateurs dans le domaine du SIDA, pouvons-nous fournir aux détenus, dont nous connaissons les besoins parce que nous avons mené une consultation auprès d'eux, le matériel éducatif qui leur convient le mieux? Comment faut-il procéder? Bon nombre des difficultés liées à la sensibilisation des détenus au VIH/SIDA peuvent être aplanies par des négociations sérieuses. Il faut parfois faire des compromis (par exemple, retirer des illustrations sur des sujets délicats, remplacer le langage de la rue par des termes qui conviennent mieux au grand public) et parfois accepter que certaines initiatives soient carrément rejetées (par exemple, inviter un éducateur de l'extérieur à donner de

3. Toepell, A.R., (1993), Evaluation of *Get the Facts* with inmates at the Toronto Jail, rapport remis à la John Howard Society of Metropolitan Toronto.

6^e et 7^e conférences annuelles de la Colombie-Britannique sur le SIDA

l'information sur le SIDA ou encore à faire une démonstration de l'usage du condom ou du nettoyage des seringues). Cependant, le succès de ces initiatives et de ces pourparlers dépend en grande partie de l'établissement en cause, des représentants officiels ou du personnel médical qui y travaillent, ou encore de l'organisme gouvernemental avec lequel nous devons négocier.

La négociation englobe les aspects suivants :

1. bon nombre des représentants officiels n'ont jamais entendu parler auparavant des questions liées à l'éducation des détenus;
2. bon nombre de gens devront reprendre à zéro leur éducation sur le VIH/SIDA et modifier ou remettre en question leurs attitudes;
3. il faut faire preuve de beaucoup de maturité et de compréhension à l'égard des préoccupations des autres;
4. il faut laisser aux représentants officiels ou aux négociateurs le temps de s'habituer et de se préparer aux initiatives, au langage et aux messages proposés (puisque bon nombre de gens se préoccupent de l'attention des médias, des réactions des membres du personnel, etc.);
5. il faut être prêt à aborder des préoccupations très terre à terre, par exemple

compter les termes de rue employés (le pourcentage de mots considérés comme choquants parmi l'ensemble des mots utilisés dans le matériel) et négocier les illustrations et le contenu en s'appuyant sur la recherche effectuée (évaluations, enquêtes, consultation des prisonniers);

6. il faut absolument savoir où se situe le minimum acceptable et dans quelle mesure on peut s'écarter des besoins en éducation des détenus sans compromettre l'efficacité du matériel ou du programme.

On peut établir des programmes adéquats pour les détenus en collaboration avec des organismes et des éducateurs de l'extérieur. Le partenariat permet de réduire les coûts de ces efforts ou de les partager entre divers ministères.

Des programmes fructueux ont permis à de nombreux détenus d'obtenir de l'information sur le VIH et le SIDA qu'ils n'auraient pas recherchée après leur libération. Même si l'on sent bien souvent qu'on piétine et que la frustration nous gagne, rappelons-nous que les détenus apprécieront les programmes et accueilleront favorablement nos efforts.

LE VIH/SIDA **EN MILIEU CARCÉRAL : Documentation**

ANNEXE 9

LISTE DES MÉMOIRES PRÉSENTÉS AU CESP ET DES COMMENTAIRES SUR LE DOCUMENT DE TRAVAIL

LISTE DES MÉMOIRES

Au mois d'août 1992, le CESP a écrit à des personnes ainsi qu'à certains groupes et organismes nationaux et internationaux, les priant de lui envoyer des renseignements sur les questions soulevées par le VIH/SIDA et par la consommation de drogue en prison, ainsi que de lui présenter 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 des 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 et a examiné nombre des points qui y étaient soulevés, ainsi que dans le Document de travail et le Rapport final. Voici une liste des personnes qui ont envoyé un mémoire au Comité.

Ministères de la Santé

Cheverie, Hon. W.D.

Minister of Health and Social Services,
Department of Health and Social Services,
province de l'Île-du-Prince-Édouard,
Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Cull, Hon. E.

Minister of Health and Minister Responsible for
Seniors, province de la Colombie-Britannique,
Victoria, Colombie-Britannique

Hayden, Hon. J.

Minister of Health and Social Services, Yukon,
Whitehorse, Yukon

King, Hon. R.H.T.

Ministre de la Santé et des Services
communautaires, Nouveau-Brunswick,
Fredericton, Nouveau-Brunswick

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Laberge-Ferron, M^{me} D.

Directrice générale, Centre québécois de coordination sur le sida, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, Québec

Larke, D^r B.

Medical Director, Provincial AIDS Program, Alberta Health, Edmonton, Alberta

Orchard, Hon. D.W.

Ministre de la Santé, Santé Manitoba, Winnipeg, Manitoba

Simard, Hon. L.

Minister of Health, province de la Saskatchewan, Regina, Saskatchewan

Strand, D^r L.

Executive Director, Laboratory and Disease Control Services Branch, Saskatchewan Health, Regina, Alberta

Ministères responsables de la prestation des services correctionnels aux détenus d'âge adulte et aux jeunes contrevenants

Cooper Mont, M^{me} N.

Deputy Solicitor General, province de la Nouvelle-Écosse, Halifax, Nouvelle-Écosse

Connor, M. J.

Health Care Manager/AIDS Coordinator, Alberta Solicitor General, Correctional Services Division, Lethbridge Correctional Centre

Curley, M. A.J.

A/Provincial Administrator, Adult Facilities, Department of Justice and Attorney General, Community and Correctional Services, province de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Currie, M. A.J.

Deputy Minister, Department of Justice and Attorney General, province de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Demers, M. D.J.

Sous-ministre adjoint, Justice Manitoba, Services correctionnels, Winnipeg, Manitoba

Dunbar, A.B.

Acting Deputy Minister, Northwest Territories Social Services, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Duperron, M. W.A.

Director, Corrections Service Division, Northwest Territories Justice, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Ford, M. P.

Agent de projet, Direction de la coordination des opérations, ministère des Services sociaux et communautaires, Ontario, Toronto, Ontario

Gabelmann, Hon. C.

Attorney General, province de la Colombie-Britannique, Victoria, Colombie-Britannique

Joe, Hon. M.

Minister of Justice, Yukon, Whitehorse, Yukon

Mitchell, Hon. R.W.

Minister of Justice and Attorney General, province de la Saskatchewan, Regina, Saskatchewan

Simard, M. A.

Responsable des Services à la clientèle, Gouvernement du Québec, ministère de la Sécurité publique, Direction générale des services correctionnels, Direction de la détention, Sainte-Foy, Québec

Smith, Hon. B.A.

Solliciteur général, Nouveau-Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Thornhill, M. R.J.

Office of the Minister, Department of Community Services, province de la Nouvelle-Écosse, Halifax, Nouvelle-Écosse

West, Hon. S.C.

Alberta Solicitor General, Edmonton, Alberta

Wilson, M. L.

Director of Institutional Operations, Saskatchewan Justice, Corrections, Regina, Saskatchewan

Commissions des droits de la personne

Bernard, M. C.

Directeur intérimaire, Politiques et recherche, Commission ontarienne des droits de la personne, Toronto, Ontario

Burka, M^{me} M.

Director, British Columbia Council of Human Rights, Victoria, Colombie-Britannique

Cullinan, M^{me} J.E.

Directrice, Direction de l'observation, Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick

De Kovachich, M. N.

Vice-président, Commission canadienne des droits de la personne, Montréal, Québec

Hucker, M. J.

Secrétaire général, Commission canadienne des droits de la personne, Ottawa, Ontario

Jamont, M. K.C.

Executive Director, Saskatchewan Human Rights Commission, Saskatoon, Saskatchewan

May, M^{me} D.

Pour D. Beauchamp, agent des droits de la personne, Commission des droits de la personne du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

Pachai, D^r B.

Executive Director, Nova Scotia Human Rights Commission, Halifax, Nouvelle-Écosse

Vivian, M^{me} G.

Executive Director, Newfoundland and Labrador Human Rights Commission, St. John's, Terre-Neuve

Wyatt, M. J.M.

Executive Director, Prince Edward Island Human Rights Commission

Commissions portant sur l'usage de drogues

Baldwin, M^{me} K.

Regional Manager, Department of Health, Government of Newfoundland and Labrador, St. John's, Terre-Neuve

Balram, D^r B.C.

Directeur, Promotion de la santé et prévention des maladies, ministère de la Santé et des Services communautaires, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Blumenthal, M. L.

Chief Executive Officer, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton, Alberta

Donovan, K.D.

Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, Regina, Saskatchewan

Farrally, M^{me} V.

Executive Director, Alcohol and Drug Programs, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, Colombie-Britannique

Hrenchuk, M^{me} C.

Addiction Prevention Consultant, Yukon Alcohol and Drug Services, Yukon Health and Social Services, Whitehorse, Yukon

Personnes et groupes du Canada qui s'intéressent à la question

Barnett, M^{me} J.

Prisoners with AIDS/HIV Action Network, Toronto, Ontario

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Calzavara, Dr L.M.

Assistant Professor, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario

Davidson, M. H.

Editor, *Journal of Prisoners on Prisons*, Edmonton, Alberta

Diamond, M. D.

Détenu et conseiller des pairs en matière de santé, pénitencier de Kingston, Kingston, Ontario

Garmaise, M. D.

Directeur des programmes nationaux, Société canadienne du SIDA

Gibson, M. F.E.

Président, Commission nationale des libérations conditionnelles, Ottawa, Ontario

Glaremin, M. R.

Détenu et membre, Groupe de soutien des pairs, établissement Collins Bay, Kingston, Ontario

Godkin, M. B.

Détenu et président, «Prisoners of HIV/AIDS», établissement Matsqui, Abbotsford, Colombie-Britannique

Hankins, Dr C.A.

Médecin épidémiologiste, Centre d'étude sur le sida, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Montréal, Québec

Hill, M^{me} B.

Director of Policy Development, The John Howard Society of Ontario, Toronto, Ontario

Kulman, M^{me} S.

Executive Director, The John Howard Society of Metropolitan Toronto, Toronto, Ontario

Linhart, M. M.

Détenu, établissement de Mission, Mission, Colombie-Britannique

MacLatchie, M. J.M.

Executive Director, The John Howard Society of Canada, Ottawa, Ontario

O'Donnell, M^{me} E.A.

Chairperson, Social Issues Committee, The Elizabeth Fry Society of Calgary, Calgary, Alberta

Oscapella, M. E.L.

Avocat, Ottawa, Ontario

Pagliaro, M^{me} A.M.

Associate Professor, University of Alberta, Edmonton, Alberta

Serff, M^{me} P.

Interim Executive Director, The John Howard Society of Kingston and District, Kingston, Ontario

Shore, M. R.

Prison Outreach Worker, Kingston AIDS Project, Kingston, Ontario

Stepanko, M^{me} C.

The Elizabeth Fry Society of Edmonton, Edmonton, Alberta

Toepell, Dr A.R.

Consultant, Toronto, Ontario

Zoutman, Dr D.

Director, Department of Medical Microbiology and Infection Control, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario

Yetman, M^{me} L.

Howard House Director (Acting), The John Howard Society of Newfoundland, St. John's, Terre-Neuve

Correspondants internationaux

Arnason, Dr S.

Médecin, Prisons islandaises, Reykjavík, Islande

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Arpo, Dr L.

Médecin chef de l'administration carcérale,
ministère de la Justice, Département des prisons,
Helsinki, Finlande

Bernasconi, Mme S.

Bureau fédéral de la santé publique, Division de la
promotion de la santé, Section du SIDA,
Berne-Liebefeld, Suisse

Bissuel, Dr Y.

Service médico-psychologique régional,
Lyon, France

Bolli, Dr K.

Kantonale Strafanstalt, Regensdorf, Suisse

Darbéda, M. P.

Ministère de la Justice, Direction de
l'administration pénitentiaire, Paris, France

de Man, Dr T.J.

Inspecteur médical, ministère de la Justice,
La Haye, Pays-Bas

Dolan, Mme K.

Chercheur, Alcohol and Drug Services,
St. Vincent's Hospital, Sydney, Australie

Dooley, Dr E.

Director of Prison Medical Services,
Dublin, Irlande

Göttinger, Dr G.

Chef des services médicaux de l'administration
carcérale, ministère de la Justice de l'État de la
Basse-Saxe, Hanovre, Allemagne

Héritier-Augé, Mme F.

Présidente, Conseil national du SIDA,
Paris, France

Koppenhöfer, Dr

Ministre bavarois de la Justice, Munich, Allemagne

Lincoln, Mme L.

Agent d'information, AVERT AIDS Education and
Research Trust, Horsham, Angleterre

Machon, Mme S.

Coordonnateur de l'information et de l'orientation,
AIDS in Prison Project, The Correctional
Association of New York, New York, New York

Martín, Dr M.

Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria,
ministère de la Justice, Madrid, Espagne

Martins, T. A.

Bureau de la documentation et du droit
comparatif, Lisbonne, Portugal

Marx, Dr

Ministère de la Justice de la Rhénanie-Palatinat,
Mayence, Allemagne

Morelli, Dr D.

Chercheur, Scuola di Medicina e Scienze Umane,
Centro Studi AIDS, Istituto Scientifico Ospedale S.
Raffaele, Milan, Italie

Norberry, Mme J.

Criminologue, Australian Institute of Criminology,
Canberra, Australie

Palumbo, M. G.

Associazione Solidarietà AIDS, Milan, Italie

Pont, Dr J.

Médecin, 3. Medizinische Abteilung, Kaiser Franz
Josef Spital, Vienne, Autriche

Ralli, Dr R.A.

Principal Medical Officer, Directorate of Health
Care, HM Prison Service, Londres, Angleterre

Riedl, Mme M.

Avocate, Munich, Allemagne

Schäfer, Dr

Ministère de la Justice de Hesse,
Wiesbaden, Allemagne

Starke, M.

Ministère de la Justice du Nord-Westphalie,
Düsseldorf, Allemagne

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Thiele, M.

Ministère de la Justice, Freie und Hansestadt
Hamburg, Allemagne

Vumbaca, M. G.

Gestionnaire, Prison AIDS Project, New South
Wales Department of Corrective Services,
Sydney, Australie

Walker, M^{me} J.

AIDS Information Coordinator, The National Prison
Project of the American Civil Liberties Union
Foundation, Washington, District of Columbia

LISTE DES COMMENTAIRES SUR LE DOCUMENT DE TRAVAIL DU CESP

Dans le cadre de ses travaux, le CESP 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 établissements correctionnels fédéraux. Il y a formulé les conclusions de ses délibérations et proposé des mesures à prendre pour prévenir la transmission du VIH dans les prisons. Plus de 1000 exemplaires du Document de travail ont été distribués au Canada et à l'étranger afin de stimuler la discussion et de permettre aux personnes qui s'intéressent aux questions suscitées par le VIH/SIDA et la consommation de drogue dans les prisons, d'examiner les travaux et les propositions du Comité et de contribuer au Rapport final.

Cinquante personnes, groupes ou associations ont présenté des commentaires sur le Document de travail du CESP. Mentionnons, parmi ceux-ci, des détenus, plusieurs directeurs d'établissement ainsi que d'autres employés des établissements correctionnels fédéraux, et de nombreux groupes et personnes intéressés aux questions soulevées par le VIH/SIDA et la consommation de drogue dans les prisons, 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.

Voici une liste de ceux et celles qui ont présenté au Comité des commentaires, des critiques et des suggestions relativement aux questions traitées dans le Document de travail.

Ministères de la Santé

MacKinnon, M^{me} N.

Secrétaire administrative, Santé Manitoba,
Winnipeg, Manitoba

Orchard, Hon. D.W.

Ministre de la Santé, Santé Manitoba,
Winnipeg, Manitoba

Stratton, Dr F.

Director, Disease Control & Epidemiology,
Government of Newfoundland and Labrador,
Department of Health, St. John's, Newfoundland

Yeates, M^{me} G.

Associate Deputy Minister, Saskatchewan Health,
Regina, Saskatchewan

Ministères responsables de la prestation des services correctionnels aux détenus d'âge adulte et aux jeunes contrevenants

Simard, M. A.

Responsable des Services à la clientèle,
Gouvernement du Québec, ministère de la
Sécurité publique, Direction générale des services
correctionnels, Direction de la détention,
Sainte-Foy, Québec

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Commissions des droits de la personne

Ludwick, M. R.

Agent des droits de la personne, Commission des droits de la personne du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

Commissions portant sur l'usage de drogues

Kearns, M. B.

Acting Chief Executive Officer, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton, Alberta

Personnes et groupes au Canada qui s'intéressent à la question

Anderson, M^{me} J.

Bénévole, Société canadienne du SIDA, Ottawa, Ontario

Barnett, M^{me} J.

Pour le Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network (PASAN), Toronto, Ontario

Betteridge, M. G.

Étudiant, Faculté de droit, Université McGill, Montréal, Québec

Buckley-Couvrette, M. D.

Administrateur, ACT-UP, Montréal, Québec

Brock, M. R.B.

Directeur, établissement Matsqui, Abbotsford, Colombie-Britannique

Calzavara, D^r L.M.

Assistant Professor, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario

Challis, M. J.

Détenu, pénitencier de Dorchester, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Chaput, M. R.

Directeur adjoint, établissement de Donnacona, Donnacona, Québec

Cunningham, D^r C.

Executive Director, Native Counselling Services of Alberta, Edmonton, Alberta

Currie, M^{me} N.

Activiste et pédagogue, Toronto, Ontario

de Burger, M. R.

Directeur, Programme de prévention du SIDA, Association canadienne de santé publique, Ottawa, Ontario

Delisle, M. J.

Directeur exécutif, Commissariat à la protection de la vie privée, Ottawa, Ontario

Deslauriers, M. M.

Directeur, Centre régional de réception, Ste-Anne-des-Plaines, Québec

Dixon, D.J.

Chef, Services de santé, établissement Joyceville, Kingston, Ontario

Fanning, D^r A.

Director, Tuberculosis Services, Alberta Health, Edmonton, Alberta

Fitzgerald, D^r J.M.

Chairman, Canadian Thoracic Society Tuberculosis Committee, Vancouver, Colombie-Britannique

Gillis, M. J.

Directeur, établissement Westmorland, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Glaremin, M. R.

Groupe de soutien des pairs des prisonniers, établissement Collins Bay, Kingston, Ontario

Hankins, D^r C.

Médecin épidémiologiste, Centre d'étude sur le SIDA, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Montréal, Canada

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Hart, M. W.C.

Chairman, Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, Halifax, Nouvelle-Écosse

Hegeman, M^{me} L.

Regina General Hospital, Regina, Saskatchewan

Hershfield, Dr E.S.

Faculty of Medicine, Section of Respiratory Diseases, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba

Linhart, M. M.

Détenu, établissement de Mission, pour le «Prisoners of HIV Group», établissement de Mission, Mission, Colombie-Britannique

Linklater, M. J.

Directeur, établissement d'Edmonton, Edmonton, Alberta

Lugosi, M. Z.

Détenu, établissement Pittsburgh, Kingston, Ontario

MacDonald, Hon. D.

Député, président du Comité parlementaire sur le SIDA, Ottawa, Ontario

MacTavish, M. J.

Community Support Services Coordinator, Kingston AIDS Project, Kingston, Ontario

Mclsaac, M. E.

Directeur exécutif, Enquêteur correctionnel du Canada, Ottawa, Ontario

O'Shaughnessy, Dr M.V.

Président, Comité consultatif national sur le SIDA

O'Sullivan, M. J.

Directeur, pénitencier de la Saskatchewan, Prince Albert, Saskatchewan

Riley, Dr D.

Analyste principal, Unité de la politique, de la recherche et de l'information, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Toronto, Ontario

Sutherland, M^{me} H.

Support Services Co-ordinator, Peterborough AIDS Resource Network, Peterborough, Ontario

Taylor, M. B.

IDU Coordinator, KEEP SIX! Needle Exchange Program, Kingston AIDS Project, Kingston, Ontario

Toepell, Dr A.R.

Consultant, Toronto, Ontario

White, M^{me} C.

Prison Outreach Coordinator, Kingston AIDS Project, Kingston, Ontario

Correspondants internationaux

Ainslie, M. D.

Department of Philosophy, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvanie

Blake, Dr D.

Sous-directeur, Programme global sur le sida, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse

Craven, Dr D.E.

Director, Clinical AIDS Program, Boston City Hospital, Boston, Massachusetts

Curran, Dr J.W.

Assistant Surgeon General, Associate Director for HIV/AIDS, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA

Dolan, M^{me} K.

Research Officer, Alcohol and Drug Services, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australie

Kelly, Dr J.M.

Assistant Professor, Buffalo State College, Buffalo, New York

Moritsugu, Dr K.P.

Assistant Surgeon General, Medical Director, Federal Bureau of Prisons, U.S. Department of Justice, Washington, D.C.

Liste des mémoires présentés au CESP et des commentaires sur le document de travail

Schulman, M. D.I.

Supervising Attorney, AIDS/HIV Discrimination
Unit, Office of the City Attorney,
Los Angeles, Californie

