



L'échange de seringues en prison :
leçons d'un examen complet des
données et expériences internationales



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH-SIDA



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH-SIDA

L'échange de seringues en prison :

**leçons d'un examen complet des données
et expériences internationales**

Préparé par

Rick Lines

Ralf Jürgens

Glenn Betteridge

Heino Stöver

Dumitru Laticevschi

Joachim Nelles



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales

Une publication du Réseau juridique canadien VIH/sida

Pour information à propos de ce document :
Réseau juridique canadien VIH/sida
Tél. : 514 397-6828
Télééc. : 514 397-8570
Courriel : info@aidslaw.ca
Internet : www.aidslaw.ca

Ce document est téléchargeable via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm
et il peut être commandé en imprimé auprès du
Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca)

© 2004 Réseau juridique canadien VIH/sida

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Prison needle exchange : lessons from a comprehensive review of international evidence and experience = L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales

Comprend des réf. bibliogr.
Texte en anglais et en français.

ISBN 1-896735-52-5

1. Prisonniers - Usage des drogues. 2. Échange de seringues. 3. Sida - Prévention. 4. Infections à VIH - Prévention. I. Lines, Rick. II. Réseau juridique canadien VIH-SIDA. III. Titre: Échange de seringues en prison.

HV8836.5.P74 2004 362.29'086'927 C2004-941613-8F

Ce rapport a été financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les points de vue exposés dans ce document sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de Santé Canada, du ministre de la Santé ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le masculin est utilisé pour désigner à la fois femmes et hommes, sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Photos de Peter Dimakos.

À la mémoire de Andréa Riesch Toepell et de Tommy Larkin.

Remerciements

Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans la collaboration de nombreuses personnes de plusieurs pays qui ont contribué à diverses facettes de la recherche et de la rédaction. Nous remercions les personnes qui nous ont aidés en organisant des visites d'observation de programmes d'échange de seringues dans des prisons de divers pays – Christopher Eastus, Daniela DeSantis, Manuelo Garibaldi, Marlene Laebli, Heintz Stutz et Hans Sulser en Suisse; Ana Andres Ballesteros, Graciela Silvosa et Yolanda Nuñez en Espagne; le D^r Karlheinz Keppler, Matthias Blümel, Sandra Bührmann, Frau Schneider, Claudia Rey et Christine Kluge Haberkorn en Allemagne; Valentin Sereda, Vladimir Taranu et la D^{re} Larisa Pintelli en Moldavie. Nous remercions les personnes qui nous ont transmis des informations sur le VIH, l'injection de drogue et la réduction des méfaits dans les prisons d'Europe centrale, d'Asie centrale et de l'ex-URSS – Jennifer Traska-Gibson et Matt Curtis, de l'International Harm Reduction Development à New York; D^{re} Gulnara Kaliakbarova de la Penal Reform International; D^r Raushan Abdyldaeyva et Elvira Muratalieva au Kirghizstan; et D^{re} Larisa Savishcheva en Biélorussie. Nous sommes reconnaissants au Groupe Pompidou, du Conseil de l'Europe, pour le financement de visites de sites en Suisse, Espagne et Allemagne, dans le cadre d'une bourse européenne d'études et de recherche en matière de toxicomanie, ainsi qu'à Mme Nathalie Bargellini pour son assistance continue. Nous remercions Santé Canada pour sa part des fonds à ce projet, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Nous adressons des remerciements en particulier à la Société John Howard du Canada, qui a versé le soutien financier permettant de publier ce rapport, dans le cadre de son Projet de rehaussement de l'analyse des politiques, ainsi que le D^r Gerald Thomas et Graham Stewart, pour leur feed-back, leur assistance et leur soutien assidus. Merci à Garry Bowers pour la révision finale du texte anglais; à Jean Dussault et Josée Dussault pour la traduction française; et à Grant Loewen pour la mise en page du rapport.

Table des matières

Sommaire	i
La santé des détenus : une affaire de santé publique	1
Méthodologie	4
Les épidémies de VIH et de VHC en prison	6
Prévalence du VIH et du VHC dans les prisons	6
Europe occidentale, Australie et États-Unis	7
Europe centrale, Europe de l'Est et ex-URSS	7
Canada	7
Autres pays	9
L'infection à VHC	9
L'usage de drogue en prison	10
L'injection de drogue, le partage de seringues et le risque de transmission du VIH et du VHC	11
Données internationales	11
Données canadiennes	14
La réduction des méfaits	14
Les droits de la personne et les normes juridiques	16
Le droit international des droits de la personne	16
Règles, directives, normes et principes internationaux	17
Le droit des détenus à la santé et l'accès à des seringues et aiguilles stériles	18
Les obligations en droit canadien	20
Examen des données internationales sur l'échange de seringues en prison	22
Suisse	23
Sommaire	23
Le VIH/sida, le VHC et l'injection de drogue (ID) en Suisse	23
Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons de Suisse	23
Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons de Suisse	24
L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues	24
Le premier programme	24
Expansion à d'autres prisons	25
Évaluation et leçons à retenir	26
Situation actuelle	27
Allemagne	28
Sommaire	28
Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Allemagne	28
Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons d'Allemagne	28
Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons d'Allemagne	29
L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues	29
Les premiers programmes	29
Expansion à d'autres prisons	31
Évaluation et leçons à retenir	31
Situation actuelle	32

Espagne	33
Sommaire	33
Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Espagne	34
Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons d'Espagne	34
Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons d'Espagne	35
L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues	35
Le premier programme	35
Expansion à d'autres prisons	36
Évaluation et leçons à retenir	38
Situation actuelle	41
Moldavie	41
Sommaire	41
Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Moldavie	41
Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons de Moldavie	41
Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons de Moldavie	41
L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues	42
Le premier programme	42
Expansion à d'autres prisons	44
Évaluation et leçons à retenir	44
Situation actuelle	45
Kirghizstan	45
Sommaire	45
Le VIH/sida, le VHC et l'ID au Kirghizstan	45
Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons du Kirghizstan	45
Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons du Kirghizstan	46
L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues	46
Le premier programme	46
Expansion à d'autres prisons	46
Situation actuelle	47
Biélorussie	47
Sommaire	47
Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Biélorussie	47
Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons de Biélorussie	47
Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons de Biélorussie	47
L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues	48
Évaluation et leçons à retenir	48
Situation actuelle	48
Analyse des données	49
Réfutations des objections	49
Sûreté accrue dans les établissements	49
Pas d'augmentation de l'usage de drogue ou de l'injection	51
Élément d'un continuum de programmes liés à la drogue	51
Effets positifs sur la santé des détenus et la santé publique	54
Les programmes d'échange de seringues en prison réduisent les comportements à risque et préviennent la transmission de maladies	54
Autres effets positifs sur la santé en prison	55
Efficacité dans une grande diversité d'établissements	55
Diverses méthodes de distribution de seringues/aiguilles sont efficaces	57
Distribution de main à main par un infirmier ou médecin de l'établissement	57

Distribution de main à main par des pairs intervenants	58
Distribution de main à main par des organismes non gouvernementaux ou un professionnel de la santé indépendant	58
Distributeurs automatiques	59
Facteurs communs aux programmes efficaces d'échange de seringues en prison	59
Le leadership de l'administration de l'établissement et l'appui du personnel	59
La confidentialité et la confiance	60
L'accès adéquat aux seringues	61
L'échange de seringues dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits	61
L'importance de décisions fondées sur des données : évaluer des projets pilotes	61
Des programmes d'échange de seringues devraient être mis en œuvre dans les prisons du Canada	63
On recommande des programmes d'échange de seringues en prison depuis 1992	63
Comité d'experts sur le sida et les prisons	65
Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues en prison	65
Comité permanent de la santé	66
L'obligation légale de respecter, protéger et réaliser le droit des détenus à la santé	67
L'insuffisance de l'eau de Javel	67
Le traitement d'entretien à la méthadone, solution partielle à des méfaits de l'ID	68
Les opinions d'employés correctionnels	70
L'efficacité du rapport coût-bienfaits des programmes d'échange de seringues en prison	71
Le temps d'agir, pour les élus et les responsables des prisons, au Canada	72
Recommandation	73
Conclusion : un appel au leadership pour des programmes d'échange de seringues en prison	74
Notes	76
Bibliographie	87
À propos des auteurs	97



Sommaire

Le présent rapport examine l'échange de seringues en prison, d'après l'expérience et les données internationales en date du 31 mars 2004. Des données ont été colligées pendant 18 mois, à partir d'octobre 2002. Les auteurs ont procédé à un examen de la littérature ainsi qu'à des visites de prisons dans quatre pays, et ils ont eu des échanges avec des personnes responsables de l'administration de programmes d'échange de seringues en prison. Le rapport présente un aperçu détaillé des données et des témoignages probants à propos des programmes d'échange de seringues en prison, de même que les fondements juridiques de telles initiatives. Le but de ce rapport est d'inciter les systèmes pénitentiaires qui sont aux prises avec des épidémies de VIH et de VHC catalysées par l'injection de drogue à mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues.

Le but de ce rapport est d'inciter les systèmes pénitentiaires qui sont aux prises avec des épidémies de VIH et de VHC catalysées par l'injection de drogue à mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues.

L'injection de drogue, le VIH et le VHC sont épidémiques dans les prisons

La nécessité d'une réponse efficace aux problèmes du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et de l'injection de drogue en prison est une importante préoccupation internationale. Dans plusieurs pays, dont le Canada, les taux d'infections à VIH et à VHC dans la population carcérale sont beaucoup plus élevés que parmi la population générale. Dans plusieurs pays, les épidémies de VIH et de VHC en prison sont intrinsèquement liées à l'injection de drogue et aux pratiques non sécuritaires d'injection, tant dans la communauté qu'en prison. Dans plusieurs pays, la prohibition légale des drogues et l'intensification de l'application des lois entraînent l'incarcération systématique de personnes qui s'en injectent, augmentant du même coup leur nombre dans les prisons, où la probabilité de partage de seringues et d'aiguilles est exacerbée par le manque d'accès à des instruments stériles pour l'injection.

Le droit des détenus à la santé

Le refus de donner aux détenus l'accès à des moyens essentiels de prévention du VIH et du VHC est une violation de leur droit à la santé – un droit reconnu en droit international.

Le refus de donner aux détenus l'accès à des moyens essentiels de prévention du VIH et du VHC est une violation de leur droit à la santé – un droit reconnu en droit international. De plus, ce refus contrevient aux instruments internationaux relatifs aux droits des détenus, aux services de santé en prison ainsi qu'au VIH/sida en prison – notamment les *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus* énoncés par les Nations Unis, les *Directives sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons* publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que les documents de l'ONUSIDA.

Au Canada, il a été affirmé que la *Charte des droits et libertés* et la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* assurent aux détenus des soins de santé d'une norme équivalant à ceux offerts dans le reste de la communauté – ce qui inclut l'accès

aux moyens adéquats pour la prévention de l'infection à VIH, comme des seringues stériles. L'exhortation à mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues, dans les prisons du Canada, a été faite et réitérée par de multiples organismes communautaires et d'autres instances, dans de nombreux rapports d'analyse des politiques et comptes-rendus de recherches, de même que par des groupes de travail du Service correctionnel du Canada.

Les programmes d'échange de seringues sont un moyen efficace de réduction des méfaits

La Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, la Moldavie, le Kirghizstan et la Biélorussie ont étendu l'échange de seringues à des prisons.

Il est maintenant démontré que les programmes d'échange de seringues sont un moyen efficace pour réduire des méfaits de l'usage de drogue : ils réduisent le partage de seringues et d'aiguilles, donc le risque de transmission du VIH et du VHC, parmi les personnes qui s'injectent des drogues et, à terme, à leurs partenaires sexuels. En conséquence, un grand nombre de pays a implanté ces programmes dans la communauté afin de permettre aux utilisateurs de drogue par injection de réduire leur risque de contracter et de transmettre le VIH et le VHC par le partage de seringues. En dépit du succès de ces programmes dans la communauté, seulement six pays ont étendu aux prisons les programmes d'échange de seringues (la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, la Moldavie, le Kirghizstan et la Biélorussie). D'autres pays, notamment le Kazakhstan, le Tadjikistan et l'Ukraine pourraient leur emboîter le pas d'ici peu.

Depuis 1992, des programmes d'échange de seringues ont été mis en œuvre dans des prisons des pays susmentionnés; dans tous les cas, ce fut en réaction à des preuves importantes du risque de transmission du VIH par le partage de seringues, dans les établissements.

Des programmes d'échange de seringues sont en cours dans des prisons pour hommes et des prisons pour femmes, des établissements de diverses tailles, dans des systèmes civils et des systèmes militaires, des prisons où les détenus vivent en cellule individuelle et d'autres où ils sont logés en caserne, des établissements de diverses cotes de sécurité, et divers régimes (détention provisoire, détention sous sentence, en milieu ouvert et fermé). La mise en œuvre s'amorce généralement sur la base de projets pilotes, pour s'étendre ultérieurement, en mettant à profit les informations collectées pendant la phase pilote. Diverses méthodes de distribution sont employées, selon les besoins et particularités de l'établissement en

l'espèce. Ces méthodes sont notamment les distributeurs automatiques, la distribution en mains propres par des médecins ou professionnels de la santé à l'emploi de la prison, par des travailleurs indépendants en matière de santé communautaire, ou par des détenus qui ont reçu une formation en intervention auprès des pairs.

Leçons à retenir des programmes d'échange de seringues en prisons

L'expérience et les données collectées dans les six pays où il existe des programmes d'échange de seringues en prison concourent à démontrer que ces programmes :

- ne compromettent pas la sécurité du personnel ou des détenus – et, de fait, font des prisons des milieux de travail et de vie plus sûrs;
- ne conduisent pas à une augmentation de la consommation ou de l'injection de drogue;
- réduisent les comportements à risque et la transmission d'agents pathogènes (notamment le VIH et le VHC);
- ont d'autres effets positifs sur la santé des détenus;
- sont efficaces dans des prisons très diversifiées; et
- réussissent par le biais de diverses méthodes de distribution des seringues, en fonction des besoins du personnel et des détenus, selon le type de prison.

Recommandation

Les auteurs de ce rapport adressent une recommandation au gouvernement canadien et aux responsables des prisons canadiennes. Les services correctionnels et de détention, tant au palier fédéral que provincial/territorial devraient entreprendre dès maintenant les mesures pour mettre en œuvre des programmes pilotes multicentriques d'échange de seringues en prison. Bien que le dernier chapitre (« Des programmes d'échange de seringues devraient être mis en œuvre dans les prisons du Canada ») porte sur le Canada, cette recommandation s'adresse également aux autres pays dont les prisons sont aux prises avec des épidémies de VIH et de VHC catalysées par l'injection de drogue.

Que contient ce rapport?

Le premier chapitre (« La santé des détenus : une affaire de santé publique ») présente une introduction à la question de la santé des détenus et à l'échange de seringues en prison, dans le contexte de l'injection de drogue, du VIH et du VHC. Le deuxième chapitre (« Méthodologie ») explique les méthodes de collecte de données pour le présent rapport. Le troisième chapitre (« Les épidémies de VIH et de VHC en prison ») résume les données sur la prévalence du VIH, du VHC, de l'injection de drogue ainsi que du partage de seringues dans les prisons du monde. Les données canadiennes sont examinées de plus près. Le quatrième chapitre (« Les droits de la personne et les normes juridiques ») décrit les droits humains, les normes juridiques et les directives en lien avec l'injection de drogue, le VIH et le VHC en prison. On y examine l'obligation légale des gouvernements de respecter, protéger et réaliser le droit des détenus à la santé, y compris le droit à des moyens de santé préventifs. Le contexte légal canadien est aussi examiné. Le cinquième chapitre (« Examen des données internationales sur l'échange de seringues en prison ») présente un aperçu de l'expérience et des données des six pays susmentionnés, en lien avec leurs programmes d'échange de seringues en prison qui ont été étudiés pour préparer ce rapport – Suisse, Allemagne, Espagne, Moldavie, Kirghizstan et Biélorussie. Pour chaque pays, l'aperçu

inclut l'information disponible sur l'épidémiologie du VIH et du VHC dans la population générale et en prison, un historique de la réponse du système pénitentiaire devant le VIH et le VHC, une description des programmes d'échange de seringues en prison, y compris les antécédents, les évaluations et les leçons tirées, ainsi que la situation actuelle et les orientations futures.

Le sixième chapitre (« Analyse des données ») puise dans les observations émanant de la revue de la littérature ainsi que de visites de prisons, et présente des conclusions relativement aux programmes d'échange de seringues en prison. Le septième chapitre (« Des programmes d'échange de seringues devraient être mis en œuvre dans les prisons du Canada ») se fonde sur les conclusions du chapitre précédent et explique le raisonnement en vertu duquel on a intérêt à implanter des programmes d'échange de seringues, au Canada, dans les prisons fédérales et provinciales/territoriales. Le huitième et dernier chapitre (« Conclusion : un appel au leadership pour des programmes d'échange de seringues en prison ») incite les élus, les responsables de prisons, les employés de prisons (tant le personnel correctionnel que celui des unités médicales) et les médecins externes qui font du travail en prison, à faire preuve de leadership pour aller de l'avant avec de telles initiatives.

Prochaines étapes

Ce rapport sera disséminé à une grande diversité d'individus et organismes qui travaillent sur des problématiques touchant les prisons, l'injection de drogue, la réduction des méfaits et/ou le VIH/sida et l'hépatite C, au Canada et dans le monde. Il sera également transmis aux responsables des politiques gouvernementales pertinentes, au Canada, tels les ministres responsables des systèmes correctionnels et de la justice, ainsi qu'aux syndicats et organismes qui regroupent des professionnels de la santé œuvrant auprès de détenus.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est membre de deux regroupements d'organismes et intervenants intéressés par les enjeux du VIH et du VHC en prison : le **Groupe de réseautage sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison** ainsi que le **Consortium de recherche et plaidoyer sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison**. Nous travaillerons avec d'autres membres de ces groupes, à faire valoir la nécessité de programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales et provinciales/territoriales du Canada.

Pour de plus amples renseignements

Communiquez avec Glenn Betteridge, par le biais du bureau montréalais du Réseau juridique canadien VIH/sida (tél. : +1 514 397-6828 / télécopie : +1 514 397-8570 / courriel : info@aidslaw.ca), ou adressez-lui directement un courriel à gbetteridge@aidslaw.ca.

Ce document est téléchargeable du site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida (via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm) et il peut être commandé en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca / tél. : + 1 613 725-3434 / ligne sans frais : + 1 877 999-7740 / téléc. : +1 613 725-1205).



La santé des détenus : une affaire de santé publique

En 1992, le Dr Franz Probst se trouvait aux prises avec un dilemme. Médecin à temps partiel à la prison pour hommes d'Oberschöngrün, dans le canton suisse de Solothurn, il savait que 20% des détenus de cet établissement consommaient de la drogue par injection. Il savait que ces hommes n'avaient aucun accès à des seringues et aiguilles stériles, et que, par la force des choses, ils partageaient ces instruments. Comme l'ont relaté Nelles et Harding :

Contrairement à la majorité de ses confrères qui se sentent obligés de marcher quotidiennement sur leurs principes éthiques et de santé publique, Probst a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en informer le directeur de la prison. Lorsque ce dernier a pris connaissance de cette initiative généreuse mais apparemment téméraire, plutôt que de congédier Probst il a écouté ses arguments sur la prévention du VIH, de l'hépatite et des abcès, puis il a demandé l'approbation des autorités du canton, pour la distribution d'aiguilles et de seringues. C'est ainsi que la première mondiale de la distribution de matériel d'injection stérile en prison est partie d'un acte de désobéissance médicale.¹

Après plus de dix ans, cet acte de désobéissance médicale n'en est pas moins une initiative sanitaire novatrice et efficace, en prison, et il met en relief l'échec de la plupart des systèmes de prisons, dans le monde, à réagir efficacement à la réalité de la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) par l'injection de drogue qui a lieu dans leurs établissements. Mais c'est également un développement qui a en inspiré d'autres, non seulement en Suisse, mais aussi en Espagne, en Moldavie, en Allemagne, au Kirghizstan et en Biélorussie. Bien que chacun de ces pays présente une situation particulière sur les plans social, politique, correctionnel et sanitaire, chacun est arrivé à la conclusion que la fourniture de seringues stériles aux détenus,

quoique controversée, était nécessaire pour prévenir la transmission du VIH et du VHC.

La première mondiale de la distribution de matériel d'injection stérile en prison est née d'un acte de désobéissance médicale.

L'injection de drogue et les taux élevés de VIH et de VHC dans les prisons ne sont pas uniques à ces six pays. Plusieurs autres, dont le Canada, sont aux prises avec des taux de prévalence du VIH et du VHC qui sont de plusieurs fois plus élevés en prison que dans le reste de la population. Dans plusieurs pays, les taux élevés d'infections transmissibles par le sang, en prison, sont attribuables en grande partie à l'injection de drogue dans la communauté et en prison. Dans le monde, la réponse première aux problèmes associés à l'usage de drogues illicites a été d'intensifier les efforts d'application de la loi. En conséquence, les populations carcérales ont connu une augmentation sans précédent, vu l'incarcération de nombres croissants de personnes qui utilisent des drogues illicites. Bien que la consommation et la possession de drogues soient aussi illégales en prison, et malgré les efforts des systèmes de prisons pour y empêcher l'entrée de drogues, ces dernières continuent d'être largement disponibles. On incarcère un grand nombre de personnes accoutumées à consommer des drogues; de plus, d'autres personnes commencent à en consommer pendant qu'elles sont en prison, pour tenter de composer avec ce milieu de vie. Le présent rapport se concentre sur les programmes d'échange de seringues en prison – en tant que réaction rationnelle de santé publique, devant l'injection de drogue et le partage de seringues (voire d'instruments d'injection improvisés, bricolés artisanalement) dans les prisons.

La santé des détenus est un enjeu de santé publique.

Les prisons étant des établissements clos, l'enjeu que constitue la santé des détenus est rarement porté à l'attention du grand public. Cependant, la santé des détenus est une question de santé publique. Toute personne, dans l'environnement carcéral – détenus et employés ainsi que les membres de leurs familles – a intérêt à ce que la santé des détenus soit rehaussée et à ce que l'incidence de maladies transmissibles en prison soit réduite. Les mesures pour réduire le risque de transmission du VIH et du VHC, y compris les méthodes visant à éviter l'exposition accidentelle à ces infections transmissibles par le sang, font des prisons un lieu où la vie et le travail sont plus sécuritaires. Vu le taux élevé de mobilité entre la prison et la communauté, les infections transmissibles et les maladies associées qui sont transmises ou exacerbées dans les prisons ne restent pas derrière leurs murs. Lorsque des personnes qui vivent avec le VIH ou le VHC sont remises en liberté, les problèmes de santé carcérale deviennent forcément des problèmes de santé communautaire.

La prison offre une occasion de premier ordre de répondre aux comportements qui posent un risque élevé de transmission du VIH et du VHC (comme le partage de seringues), en recourant à des mesures éprouvées de santé publique comme les programmes d'échange de seringues. Les responsables des prisons et les élus dont relèvent les systèmes pénitentiaires ont, de plus, une responsabilité légale de respecter, de protéger et de réaliser le droit des détenus à la plus haute norme de santé qui puisse être atteinte. Dans le contexte des épidémies et de la transmission du VIH et du VHC en prison, le droit des détenus à la santé inclut l'accès aux moyens pour se protéger contre l'infection (et la réinfection) par le VIH et le VHC – y compris l'échange de seringues. Les autorités et les responsables qui ne remplissent pas cette responsabilité mettent en danger non seulement la santé des détenus, mais aussi la santé de toute la communauté.

Note terminologique

Dans le présent rapport, l'expression « échange de seringues » est utilisée pour désigner l'échange unitaire (d'une seringue usagée contre une seringue stérile) mais aussi la simple

distribution de seringues stériles (sans exigence d'échange). À moins d'indication contraire, de manière explicite ou compte tenu du contexte, les termes « aiguille » et « seringue » sont utilisés pour désigner des instruments servant à injecter des liquides dans le corps. Dans la version anglaise du présent rapport, les auteurs signalent qu'ils peuvent être employés de manière interchangeable, mais dans la traduction française nous employons systématiquement « seringue » pour désigner à la fois la seringue (le réservoir et son piston) et l'aiguille.



Méthodologie

Les données présentées dans ce rapport ont été colligées pendant une période de 18 mois commençant en octobre 2002.

On a procédé à une revue de la littérature internationale qui a inclus :

- le VIH
- le VHC
- l'injection de drogue
- les mesures de réduction des méfaits
- les programmes d'échange de seringues.

Les sources canadiennes et internationales utilisées incluent des rapports et des articles publiés dans des revues, des exposés présentés lors de congrès, des publications gouvernementales et des rapports de services de prisons. Ces documents incluent des travaux et des recherches sur ces sujets, déjà publiés par les auteurs du rapport.

De plus, de nouvelles recherches ont été effectuées lors des visites de programmes d'échange de seringues en prison dans les quatre pays où de telles initiatives étaient en cours en octobre 2002. Des visites ont été effectuées dans les prisons suivantes :

- en Moldavie : Prison Colony 18 (Branesti), du 11 au 18 novembre 2002
- en Suisse : Hindelbank (Berne), Saxerriet (Salez), Obershöngrün (Berne), du 1er au 5 juin 2003
- en Allemagne : Lichtenberg (Berlin), Vechta (Basse-Saxe), du 11 au 14 juin 2003
- en Espagne : Soto de Real (Madrid), du 25 au 28 mai 2003.

Lors de ces visites, on a observé les programmes d'échange de seringues et réalisé des entrevues non structurées avec des employés médicaux des prisons, les directeurs d'établissements, des professionnels de l'extérieur qui travaillent aux politiques sur les drogues et/ou à la réduction des méfaits, de même que des détenus. Dans certains cas, on a aussi interviewé des

responsables au sein du gouvernement et/ou des représentants d'organismes non gouvernementaux.

Pendant la phase de recherche, des programmes d'échange de seringues ont été initiés dans des prisons de deux autres pays – le Kirghizstan et la Biélorussie. Puisqu'ils n'étaient pas en fonction au moment où le plan de recherche se développait (octobre 2002), il n'a pas été possible de visiter des prisons de ces pays. La recherche a donc été effectuée par les moyens suivants :

- communications personnelles avec les employés impliqués dans la coordination des programmes d'échange de seringues
- entretiens avec les organismes qui financent les programmes
- et documents fournis aux auteurs par les sources susmentionnées, notamment des demandes de financement, des rapports de projet et des exposés à des congrès.

Vu l'impossibilité de visiter ces prisons, l'information fournie dans les parties du rapport qui portent sur le Kirghizstan et la Biélorussie est moins détaillée que pour les autres pays.

En outre, pendant la rédaction du rapport, en mars 2004, les auteurs ont procédé à un suivi auprès de contacts dans quelques pays afin de vérifier et de clarifier l'information obtenue antérieurement et/ou pour obtenir des mises à jour sur la situation dans le système de prisons d'un pays en particulier.



Les épidémies de VIH et de VHC en prison

Prévalence du VIH et du VHC dans les prisons

Mondialement, les taux d'infection à VIH dans les populations incarcérées tendent à être beaucoup plus élevés que dans la population générale. Le Canada n'y fait pas exception. Une grande partie des données sur le VIH/sida en prison vient de pays industrialisés et à revenu

élevé; on trouve relativement peu d'information à ce sujet, en provenance de pays en développement et en transition. Même dans les pays riches, le nombre précis de détenus séropositifs au VIH est difficile à estimer. Cette difficulté est attribuable à la diversité des protocoles pour le test (test volontaire, test de tous les détenus, test à la suite de vagues d'infection). De plus, il se peut que les taux d'infection établis par l'étude de populations dans une prison ou une région donnée soient peu propices à une généralisation pour estimer la prévalence nationale en prison, puisque la prévalence du VIH peut varier d'une région à une autre, dans un même pays.

Mondialement, les taux d'infection à VIH dans les populations incarcérées tendent à être beaucoup plus élevés que dans la population générale.

Hormis les pays où la prévalence est en grande partie attribuable aux comportements à risque hétérosexuels, la prévalence du VIH dans les prisons est étroitement liée à deux facteurs : (1) la proportion de détenus qui s'injectaient des drogues avant l'incarcération et (2) le taux d'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans l'ensemble de la communauté. Les ressorts où l'on rencontre les taux les plus élevés d'infection à VIH en prison (mis à part les pays où sévissent des épidémies de VIH à grande échelle parmi les hétérosexuels) sont ceux où l'infection à VIH dans la communauté générale est « fortement répandue parmi les utilisateurs de drogue par injection, qui sont radicalement surreprésentés dans les établissements correctionnels ».² Dans un commentaire sur la situation aux États-Unis, la Commission nationale états-unienne sur le sida a affirmé en 1991 que « en choisissant l'emprisonnement de masse comme réponse des gouvernements fédéral et des États

devant l'usage de drogue, nous avons créé une politique *de facto* d'incarcérer encore plus d'individus atteints d'infection à VIH ». ³ Il n'y a pas qu'aux États-Unis que l'on trouve une approche prohibitionniste à l'égard de l'usage de drogue et des personnes qui s'y adonnent. Par conséquent, la situation décrite par la Commission états-unienne sur le sida est manifeste dans un grand nombre de pays.

Europe occidentale, Australie et États-Unis

Des taux élevés d'infection à VIH parmi les populations incarcérées ont été signalés dans plusieurs pays. En Espagne, on estime que le taux général d'infection à VIH parmi les détenus est de 16,6%; et que ce taux atteint les 38% dans les populations de certaines prisons du pays. ⁴ En Italie, un taux de 17% a été rapporté. ⁵ On signale aussi des taux élevés d'infection à VIH parmi les détenus en France (13% d'un échantillon de 500 tests consécutifs), en Suisse (11% aux termes d'une étude transversale menée dans cinq prisons du canton de Berne) ainsi qu'aux Pays-Bas (11% au dépistage d'un échantillon de détenus à Amsterdam). ⁶ En revanche, certains pays européens, notamment la Belgique, la Finlande, l'Islande et l'Irlande, de même que certains États [*Länder*] de l'Allemagne, signalent des taux de prévalence moins élevés. ⁷ (Des taux de prévalence du VIH relativement faibles ont également été signalés en Australie. ⁸)

Une récente étude a estimé que, chaque année, aux États-Unis, 25% de l'ensemble des citoyens séropositifs au VIH passent un séjour dans un établissement correctionnel. ⁹ Dans ce pays, la distribution géographique des cas d'infection à VIH et de sida est inégale : plusieurs systèmes correctionnels y signalent des taux de prévalence du VIH inférieurs à 1%, alors que d'autres ont des taux qui approchent des 8% ou les dépassent. ¹⁰

Europe centrale, Europe de l'Est et ex-URSS

Dans les pays d'Europe centrale et de l'Est ainsi que dans l'ex-Union soviétique (ex-URSS), les taux élevés d'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues et parmi les détenus sont un problème croissant. Dans la Fédération de Russie, à la fin de 2002, le nombre de détenus vivant avec le VIH/sida dépassait les 36 000 – soit environ 20% des cas connus de VIH. ¹¹ En Ukraine, où 69% des cas d'infection à VIH sont liés à l'injection de drogue, ¹² on estime que 7% de la population carcérale est séropositive au VIH. ¹³ En Latvie, on estime que les détenus représentent un tiers de la population nationale séropositive au VIH, et qu'un quart des Latviens qui ont contracté le VIH l'ont fait pendant un séjour en prison. ¹⁴ En Lituanie, en mai 2002, le nombre de résultats positifs au test du VIH compilés parmi les détenus pendant une période de deux semaines égalait le total des cas de VIH recensés dans tout le pays au cours de toutes les années précédentes. ¹⁵ Au total, 284 détenus (soit 15% de la population carcérale de la Lituanie) ont été diagnostiqués séropositifs au VIH, entre mai et août 2002. ¹⁶

Dans la Fédération de Russie, plus de 36 000 détenus vivent avec le VIH/sida.

Canada

Les estimés de la prévalence du VIH dans des prisons fédérales et provinciales, au Canada, oscillent entre 2% et 8%; ¹⁷ des études de prévalence du VIH dans certains établissements ont signalé des taux allant de 1% jusqu'à 11,94%. ¹⁸ Même selon une approche conservatrice, ces estimés indiquent que le taux de prévalence du VIH en prison est de 10 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. ¹⁹ D'après des données préliminaires, 2,01% de

Au Canada, la prévalence du VIH en prison est d'au moins 10 fois plus élevée que dans la population générale.

l'ensemble des détenus des établissements correctionnels fédéraux du Canada étaient connus comme étant séropositifs au VIH; le taux est plus élevé parmi les femmes incarcérées (3,71%).²⁰ Parmi les cinq régions administratives du Service correctionnel du Canada (SCC), le taux le plus élevé de cas déclarés d'infection à VIH se rencontre au Québec (2,7%) et le plus faible en Ontario (0,7%).²¹ Un certain nombre d'études de prévalence du VIH ont été effectuées dans des prisons fédérales et provinciales; notamment :

- La première étude réalisée dans une prison au Canada, sur la prévalence du VIH et des comportements à risque, a eu lieu dans un établissement à sécurité moyenne pour femmes, à Montréal.²² Des 321 participantes, 23 (7,2%) étaient séropositives au VIH et 160 (49,8%) ont déclaré s'injecter des drogues. Les pratiques d'injection non stérile et d'activité sexuelle non protégée avec une autre personne qui s'injecte des drogues sont les deux facteurs identifiés comme présentant le plus grand risque d'infection par le VIH.
- Entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1992, une étude dans toutes les prisons pour adultes dans la province de la Colombie-Britannique (C.-B.) a examiné les associations entre l'infection à VIH et certaines caractéristiques démographiques et comportementales. Un total de 2 482 (91,3%) des 2 719 détenus admissibles se sont portés volontaires pour un test du VIH. Les détenus ayant déclaré des antécédents d'injection de drogue étaient plus susceptibles que les autres de refuser le test du VIH (12,9%, comparé à 6,8%). L'échantillon de 2 248 détenus ayant subi le test du VIH était semblable à l'ensemble de la population carcérale sur les plans du sexe, de l'âge et de la proportion d'autochtones. Au total, 28 détenus ont été trouvés séropositifs au VIH, ce qui représente un taux de prévalence de 1,1% dans l'échantillon à l'étude. La prévalence observée était plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (3,3%, comparé à 1,0%); et plus élevée parmi les détenus ayant déclaré s'injecter des drogues que parmi ceux qui n'ont pas déclaré de tels antécédents (2,4%, comparé à 0,6%). On n'a pas constaté d'association entre la séropositivité au VIH et l'origine autochtone ou le groupe d'âge. La prévalence plus élevée du VIH parmi les femmes peut s'expliquer par le fait que plus de femmes que d'hommes ont déclaré des antécédents d'injection de drogue. Les auteurs de l'étude ont conclu que le taux général de prévalence de 1,1% et le taux de 3,3% chez les femmes confirmaient que l'infection à VIH était devenue une réalité des prisons et que le virus était clairement établi dans la population carcérale. De plus, ils ont suggéré que, du point de vue de la santé publique, les données révélaient un urgent besoin d'accès à du matériel d'injection stérile, en plus des autres moyens de prévention.²³
- Une étude publiée en 1995 a porté sur la séroprévalence du VIH et du VHC parmi les femmes d'un établissement correctionnel fédéral.²⁴ Des 130 détenues pouvant participer à l'étude, 113 (86,9%) ont accepté de donner un échantillon de sang. Une femme (0,9%) était séropositive au VIH; 45 femmes (39,8%) étaient séropositives aux anticorps anti-VHC. Le taux de prévalence du VIH de 0,9% est inférieur à celui que l'on a mesuré dans le cadre d'études dans des prisons provinciales. Cependant, le taux élevé de prévalence aux anticorps anti-VHC indique un degré considérable de comportements à risque, probablement dans l'injection de drogue, et indique un potentiel d'augmentation rapide du taux d'infection à VIH en cas d'augmentation du nombre de personnes nouvellement incarcérées qui seraient séropositives et utilisatrices de drogue par injection.

- En 1998, une équipe de l'Université Queen's a réalisé un dépistage sérologique volontaire et anonyme du VIH et du VHC, dans un établissement fédéral canadien à sécurité moyenne;²⁵ 68% des 520 détenus ont accepté que l'on prélève un échantillon de leur sang et 99% de ceux qui ont donné du sang ont complété un questionnaire sur leurs comportements à risque, relié à l'échantillon de sang par un numéro. Comparées aux résultats de dépistages précédents pour le VIH (quatre ans plus tôt) et le VHC (trois ans plus tôt²⁶) dans le même établissement, la prévalence du VIH avait augmenté de 1% à 2%, et la prévalence du VHC avait augmenté de 28% à 33%. Le principal facteur de risque associé à l'infection à VHC était l'usage de drogue hors de prison, bien qu'un petit groupe de détenus ne s'étaient injecté des drogues que dans la prison et que la moitié de ces derniers avaient l'infection à VHC. La proportion de détenus s'étant injecté des drogues en prison avait augmenté de 12% (en 1995) à 24% (en 1998). La proportion des répondants au questionnaire qui ont déclaré avoir partagé du matériel d'injection à un moment ou l'autre, en prison, était de 19%.
- Une étude de la prévalence du VIH parmi 394 femmes incarcérées au Québec, publiée en 1994, a mesuré que 6,9% des participantes et 13% de celles qui avaient des antécédents d'injection de drogue étaient séropositives au VIH.²⁷
- Une étude publiée en 2004, réalisée auprès de 1 617 détenus dans sept établissements de détention de ressort provincial, au Québec, a mesuré un taux de prévalence du VIH de 2,3% chez les hommes et de 8,8% chez les femmes.²⁸

Autres pays

Les taux élevés d'infection à VIH parmi les détenus ne sont pas limités aux ressorts européens et nord-américains. Plusieurs pays, dans toutes les régions du monde, sont aussi aux prises avec cette crise de santé. En Afrique, des rapports ont signalé un taux aussi élevé que 41% de prévalence du VIH/sida parmi les 175 000 personnes incarcérées en Afrique du Sud.²⁹ En Zambie³⁰ et au Nigeria,³¹ on rapporte aussi des taux élevés de VIH en prison. En Amérique latine, des études ont mesuré des taux de prévalence du VIH de près de 7% dans trois prisons urbaines du Honduras (et de près de 5% parmi les détenus de sexe masculin de 16 à 20 ans);³² dans un échantillon de prisons du Brésil, ces taux allaient de 10,9% à 21,5%.³³ En Asie, plusieurs études réalisées en Thaïlande ont mis en relief les antécédents d'incarcération en tant que facteur étroitement lié à l'infection à VIH.³⁴ Une étude auprès de 377 détenus, dans trois prisons de l'Inde, a mesuré que 6,9% des sujets vivaient avec le VIH et que ceux-ci étaient tous originaires de la Thaïlande ou du Myanmar.³⁵

L'infection à VHC

L'infection à VHC est endémique parmi les populations carcérales, à l'échelle mondiale. Dans plusieurs pays, les taux élevés d'infection à VIH parmi les détenus sont largement dépassés par les taux – encore beaucoup plus élevés – d'infection à VHC (une autre infection virale hématogène transmissible par le partage de seringues). Des études sur le VHC en prison ont eu lieu notamment en Australie, à Taiwan, en Inde, en Irlande, au Danemark, en Écosse, en Grèce, en Espagne, au Royaume-Uni, au Brésil, aux États-Unis ainsi qu'au Canada. La grande majorité des études publiées après examen des pairs ont relevé des taux de VHC allant de 20% à 40% parmi les détenus; parmi les mêmes échantillons de participants, les taux de VHC parmi les détenus qui s'injectent des drogues sont régulièrement de deux à trois fois plus élevés que

Entre 20% et 40% des détenus vivent avec le VHC.

chez les détenus qui ne s'en injectent pas.³⁶ Il a été avancé que la concentration d'individus atteints du VHC, en prison, peut être liée à plusieurs facteurs, notamment les taux élevés d'incarcération de personnes qui s'injectent des drogues et de personnes ayant des antécédents d'incarcération à répétition; et que l'incarcération peut être un facteur de risque indépendant d'infection à VHC.³⁷

Comme dans la communauté, les drogues sont présentes en prison parce qu'il y a un marché pour ces substances et que l'on peut tirer profit de leur vente.

Au Canada, 23,6% des détenus de ressort fédéral qui ont passé un test volontaire du VHC, en 2001, ont été trouvés séropositifs.³⁸ Comme pour le VIH, les taux de VHC étaient plus élevés chez les femmes incarcérées (42,4%) que chez les détenus de sexe masculin (23,2%).³⁹ Cependant, le rapport du SCC citant ces données les accompagne d'une mise en garde à l'effet que le VHC pourrait être sous-déclaré parce que « [I]es personnes qui risquent le plus d'être infectées sont peut-être moins susceptibles de se faire tester, ce qui peut entraîner des schémas de dépistage tendancieux et la transmission continue de l'infection ». ⁴⁰ Cette mise en garde est d'ailleurs

corroborée par une étude de 1996 auprès de 192 détenus d'un établissement fédéral pour hommes où l'on a mesuré que 28% des détenus étaient atteints du VHC et que le taux était considérablement plus élevé parmi ceux qui s'injectaient des drogues (52%) que parmi les autres (3%).⁴¹

L'usage de drogue en prison

En dépit de leur illégalité, des pénalités pour leur consommation et des sommes considérables d'argent et d'heures/personnes que dépensent les systèmes de prisons pour en empêcher l'entrée, le fait demeure : des drogues illicites entrent dans les prisons et des détenus en consomment. Comme dans la communauté, les drogues sont présentes en prison parce qu'il y a un marché pour ces substances et que d'aucuns en peuvent tirer profit.

Plusieurs détenus (en attente de procès ou de sentence, ou pendant qu'ils purgent leur peine d'emprisonnement) ont des antécédents d'usage de drogues ou consomment des drogues en prison. Leur situation de conflit avec la loi et leur incarcération résultent souvent

Certains détenus commencent en prison à consommer des drogues, pour se détendre et pour composer avec un milieu souvent surpeuplé et violent.

d'infractions liées à la criminalisation de certaines drogues ou au financement de l'usage de drogue (parfois nommé « crime d'acquisition »), ou d'infractions pour des comportements associés à l'usage de drogue. Dans plusieurs pays, des augmentations considérables de la population carcérale, ainsi que de la surpopulation qui en découle, peuvent être attribuées en grande partie aux politiques prescrivant la recherche active et l'incarcération des personnes qui produisent, transigent ou consomment des substances illicites. Outre les personnes qui ont déjà des antécédents d'usage de drogue et qui continuent cette consommation en prison, une minorité de détenus

commencent à consommer des drogues pendant leur incarcération afin de se détendre et d'être moins indisposés par la vie dans un milieu souvent surpeuplé et violent.⁴²

Des études réalisées dans divers pays illustrent la prévalence de l'usage de drogue en prison. Dans les pays de l'Union européenne, par exemple, entre 29% et 86% des détenus ont déclaré avoir déjà consommé une drogue illégale (la plupart des études ont conclu à un taux de 50% ou plus);⁴³ et le taux de consommation de drogue pendant l'incarcération va de 16% à 54%.⁴⁴ Ces études menées dans l'Union européenne indiquent que les statistiques sur l'usage de drogue sont encore plus élevées parmi les femmes incarcérées.⁴⁵ Au Canada, dans une enquête réalisée en 1995 par le SCC, 40% des détenus ont déclaré avoir utilisé des drogues depuis leur entrée dans l'établissement où ils se trouvaient à ce moment.⁴⁶

Le dépistage de la drogue est un facteur qui influence les tendances associées à l'utilisation de drogues en prison. Dans plusieurs systèmes de prisons, en particulier dans des pays industrialisés, les détenus sont soumis (systématiquement ou au hasard) à des tests d'analyse d'urine afin de détecter des drogues illicites qu'ils auraient consommées. Les détenus chez lesquels on détecte une utilisation de drogues illicites peuvent être pénalisés en vertu de lois pénales ou frappés de sanctions administratives ou institutionnelles qui peuvent entraîner la perte de privilèges ou une prolongation du temps d'incarcération. Par conséquent, les détenus qui consomment des drogues illicites ont fortement intérêt à éviter le risque que l'on puisse déceler des traces de drogues dans leur urine. Or certaines drogues sont évacuées du corps humain en relativement peu de temps, alors que d'autres y demeurent et sont détectables dans l'urine beaucoup plus longtemps. Fait particulièrement important dans le contexte de la transmission du VIH et du VHC en prison, le cannabis est détectable dans l'urine pendant une période beaucoup plus longue (jusqu'à un mois) que des drogues injectées comme l'héroïne ou la cocaïne.⁴⁷ Il est donc logique que certains détenus choisissent de s'injecter des drogues plutôt que de risquer d'être pénalisés en fumant du cannabis; or le risque sanitaire lié à la consommation de cannabis est négligeable en comparaison avec les conséquences potentielles de l'injection d'héroïne et de cocaïne. Vu la rareté des seringues stériles en prison et la fréquence à laquelle elles y sont partagées, le fait d'opter pour l'injection de drogues peut avoir des conséquences dévastatrices sur la santé des détenus. Quelques études ont établi que l'analyse d'urine pour la détection de drogues illicites concourt à augmenter les méfaits associés à l'injection de drogue, notamment au potentiel de transmission du VIH et du VHC.⁴⁸

L'injection de drogue, le partage de seringues et le risque de transmission du VIH et du VHC

Le partage de seringues entre utilisateurs de drogues par injection est une activité à risque élevé de transmission du VIH et du VHC, en raison de la présence de résidus de sang dans l'aiguille et la seringue, après une injection.⁴⁹ Pour les personnes qui s'injectent des drogues, l'emprisonnement accroît le risque de contracter le VIH et le VHC par le partage de seringues. Étant donné que l'introduction clandestine de seringues et d'aiguilles, en prison, est plus difficile que l'introduction de drogues, ces instruments sont généralement une denrée rare. En conséquence, des détenus qui s'injectent des drogues partagent et réutilisent leurs seringues et aiguilles, par nécessité. Une seringue peut circuler parmi un nombre souvent important d'utilisateurs ou être conservée dans un endroit caché qui est généralement accessible aux détenus, pour usage au besoin. Elle peut aussi être la possession d'un détenu qui la loue à d'autres, moyennant des frais, ou qui l'utilise de manière exclusive pendant plusieurs mois, jusqu'à ce qu'elle se désintègre.⁵⁰ Dans certains cas, les instruments utilisés pour s'injecter des drogues sont fabriqués à la main, et ce qui tient lieu d'aiguille est bricolé à partir d'objets courants, ce qui entraîne souvent des dommages aux veines, des plaies ainsi que des infections au point d'injection ou d'autre type.

Données internationales

En raison de la prohibition légale entourant l'usage de drogue, dans la plupart des pays, les personnes qui s'injectent des drogues se trouvent souvent en situation de conflit avec la loi. Dans plusieurs cas, cela entraîne des périodes d'incarcération. Par exemple, une étude nationale aux États-Unis, auprès de 25 000 personnes qui s'injectent des drogues, a établi qu'environ 80%

Étude après étude, on a documenté la prévalence d'injection de drogue dans des prisons, aux quatre coins du monde.

Dans une étude, six personnes sur 36 qui ont déclaré s'être injecté des drogues en partageant des seringues, lors de leur plus récent séjour en prison, ont aussi déclaré que c'était leur premier partage d'une seringue.

avaient été incarcérées.⁵¹ Une étude de 1995 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à propos des comportements à risque pour le VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, dans 12 villes, a relevé qu'entre 60% et 90% des répondants avaient déjà été incarcérés (la plupart à plusieurs reprises) depuis qu'ils avaient commencé à s'injecter des drogues.⁵²

Un utilisateur de drogue ne cesse pas nécessairement d'en consommer simplement parce qu'il est incarcéré. Dans plusieurs cas, ces personnes continuent de prendre des drogues, régulièrement ou de manière occasionnelle, pendant leur détention. Comme l'a signalé l'ONUSIDA en 1997, « une longue expérience a montré que les drogues, les aiguilles et les seringues arrivent à traverser les plus épais et les plus sûrs des murs de prisons » et, d'étude en étude, on a

documenté la prévalence d'injection de drogue dans des prisons, aux quatre coins du monde.⁵³ De fait, des études ont montré non seulement que des personnes continuent de s'injecter des drogues alors qu'elles sont en prison, mais aussi que certains détenus *commencent en prison* à consommer des drogues par injection.

- D'après un rapport de 2002 préparé pour l'Union européenne, entre 0,3% et 34% de la population carcérale de l'Union européenne et de la Norvège s'injectait des drogues en prison. Le rapport indiquait qu'entre 0,4% et 21% des personnes qui s'injectent des drogues avaient commencé cette pratique en prison, et qu'une forte proportion des personnes qui s'en injectaient en prison partageaient des instruments pour le faire. Des études menées en France et en Allemagne ont mesuré que l'incidence du partage de matériel d'injection, en prison, était plus élevée chez les femmes que chez les hommes.⁵⁴
- En Australie, des études ont mesuré qu'entre 31% et 74% des personnes qui s'injectaient des drogues déclaraient l'avoir fait aussi en prison, et qu'entre 60% et 91% déclaraient y avoir partagé du matériel d'injection.⁵⁵ Dans une étude, six personnes sur 36 qui avaient déclaré s'être injecté des drogues et avoir partagé des seringues pour le faire, lors de leur plus récent séjour en prison, ont aussi déclaré que c'était là la toute première fois qu'elles avaient partagé des seringues.⁵⁶
- En Thaïlande, la première vague d'infections par le VIH s'est produite en 1988 parmi les utilisateurs de drogue par injection. D'un taux négligeable au début de l'année, la prévalence du VIH parmi les personnes s'injectant des drogues avait augmenté en septembre à plus de 40%, catalysée en partie par la transmission de l'infection au fur et à mesure du va-et-vient de plusieurs de ces personnes entre les prisons et la communauté.⁵⁷ Plus récemment, une étude a conclu que « les utilisateurs de drogues par injection à Bangkok sont exposés à un risque accru de contracter le VIH par le partage de seringues avec des partenaires multiples dans les cellules de détention provisoire, avant l'incarcération ».⁵⁸
- Dans une étude réalisée en Russie auprès de 1 087 détenus, 43% des répondants s'étaient injecté une drogue pendant leur vie et 20% l'avaient fait en prison. De ces derniers, 64% ont utilisé du matériel d'injection qu'une autre personne avait déjà utilisé; et 13,5% avaient commencé à prendre de la drogue par injection pendant leur détention.⁵⁹ Dans la région administrative [*oblast*] de Nizhni-Novgorod, où la population incarcérée est de 28 000 personnes, les autorités ont établi que chacun des 220 détenus séropositifs au

VIH avait contracté le VIH par l'injection de drogue.⁶⁰

- Au Mexique, une étude menée dans deux prisons a mesuré des taux d'injection de drogue de 37% et de 24%.⁶¹

La présence de drogues en prison, le nombre de détenus qui arrivent en prison et qui sont ou ont été utilisateurs de drogue par injection, de même que de détenus qui commencent à consommer des drogues pendant leur détention, couplés à la rareté du matériel d'injection, font des prisons un milieu à risque élevé de propagation des infections à VIH et à VHC. Depuis la fin des années 1980, on a documenté des preuves de transmission du VIH en prison :

- Entre 1987 et 1989, on a observé à Bangkok, dans la population générale, une hausse marquée de l'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Les taux de prévalence du VIH ont bondi de 2% à 27%, en 1987, puis à 43% à la fin de 1988. Cette augmentation considérable des taux de VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, dans la communauté, s'est produite en parallèle à l'amnistie et à la remise en liberté d'un grand nombre de détenus thaïlandais. Six études thaïlandaises sur l'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues ont décelé une association importante entre le fait d'avoir été incarcéré et celui d'avoir l'infection à VIH.⁶²
- Une étude réalisée dans la prison de Glenochil, en Écosse, a conclu à des preuves définitives que des flambées d'infection à VIH peuvent se produire parmi des populations incarcérées. L'étude a porté sur une flambée de VIH qui a eu lieu dans cette prison en 1993. Avant le début de l'enquête, 263 des détenus qui y étaient incarcérés au moment de la flambée avaient été libérés ou transférés dans d'autres établissements. Des 378 détenus restants, 227 ont été recrutés pour l'étude. Parmi ces derniers, 76 ont déclaré avoir déjà consommé de la drogue par injection, dont 33 dans la prison de Glenochil. De ces 33 détenus, 29 ont accepté de passer un test du VIH, dont 14 ont reçu un résultat positif. Treize de ces quatorze personnes étaient infectées par la même souche de VIH, ce qui démontre que sa transmission a eu lieu en prison. Tous les détenus qui ont contracté le VIH à Glenochil ont déclaré avoir partagé des seringues pendant longtemps.⁶³
- Dans une prison d'Australie, des données épidémiologiques et génétiques ont été utilisées pour retracer un réseau de personnes qui s'injectent des drogues. Des 31 détenus qui avaient fait partie du réseau, 25 ont été retracés. De ces derniers, deux ont reçu un résultat négatif au test du VIH, sept étaient décédés, deux ont refusé de participer et 14 ont participé à l'étude. Parmi ces quatorze, on a prouvé que huit avaient contracté le VIH en prison.⁶⁴
- En Lituanie, lors de tests effectués au hasard en 2002 par le centre étatique sur le sida, 263 détenus de la prison d'Alytus ont été trouvés séropositifs au VIH. Les tests dans les 14 autres prisons du pays n'ont trouvé que 18 autres cas de détenus séropositifs. Avant les tests dans la prison d'Alytus, les autorités de la Lituanie n'avaient répertorié que 300 cas de VIH dans tout le pays, soit moins de 0,01% de la population – le plus faible taux en Europe. Il a été déclaré que la flambée de VIH dans la prison d'Alytus était attribuable au partage de matériel d'injection.⁶⁵

Une étude écossaise, dans la prison de Glenochil, a clairement démontré que des flambées d'infection à VIH peuvent se produire parmi des populations incarcérées.

La transmission du VHC dans les populations carcérales a été elle aussi documentée dans un certain nombre d'études.⁶⁶ Une étude allemande, dans la prison pour femmes de Vechta (Basse-Saxe) en 1996, concourt à démontrer que les virus d'hépatites sont transmis à un taux beaucoup plus élevé, en prison. Cette étude a mesuré que 78% des femmes incarcérées qui consommaient des drogues avaient l'infection à VHB et que 74,8% avaient l'infection à

VHC. De plus, les auteurs ont noté un nombre considérable de séro-conversions pendant la détention. Près de la moitié des femmes ayant eu une séroconversion (20 des 41 participantes) avaient contracté une hépatite pendant leur détention.⁶⁷

Au Canada, de nombreuses études ont documenté les réalités de l'injection de drogue et du partage de seringues dans des prisons.

Données canadiennes

De nombreuses études canadiennes ont documenté les réalités de l'injection de drogue et du partage de seringues dans des prisons du Canada :

- Dans une étude publiée en 2003 et réalisée dans six centres correctionnels de l'Ontario (auprès de 439 hommes adultes et 158 femmes), 11% des participants qui ont déclaré s'être déjà injecté des drogues ont aussi déclaré s'en être injecté en prison pendant l'année précédant l'étude; de ces derniers, 32% ont déclaré l'avoir fait au moyen de seringues usagées, en prison.⁶⁸
- Dans une étude de 2003 auprès de femmes incarcérées dans des prisons de ressort fédéral, 19% des participantes ont déclaré s'injecter des drogues en prison.⁶⁹
- Dans une étude réalisée en 1998 au Pénitencier de Joyceville, à Kingston (Ontario), 24,3% des détenus ont déclaré s'injecter des drogues en prison. Ce taux marquait une augmentation de 12% en comparaison avec celui mesuré dans une étude semblable réalisée en 1995 dans la même prison.⁷⁰
- Dans une enquête menée en 1996 dans une prison fédérale en Colombie-Britannique, 67% des participants ont déclaré s'être injecté des drogues, en prison ou à l'extérieur; et 17% ont déclaré s'en injecter en prison seulement.⁷¹
- Dans le Sondage national auprès des détenus, réalisé par le SCC en 1995, 11% de 4 285 détenus fédéraux ont déclaré s'être injecté des drogues depuis leur arrivée dans l'établissement où ils étaient incarcérés à ce moment. L'usage de drogue par injection était particulièrement répandu dans la région du Pacifique, où 23% des détenus ont déclaré s'y adonner.⁷²
- Dans une étude auprès de détenus de ressort provincial, en 1995, à Montréal, 73,3% des hommes et 15% des femmes ont déclaré utiliser des drogues en prison. D'entre eux, 6,2% des hommes et 1,5% des femmes ont déclaré s'en injecter.⁷³
- Dans une étude de 1995 menée parmi des détenus de ressort provincial à Québec, 12 des 499 répondants ont déclaré s'injecter de la drogue en prison; 11 d'entre eux ont déclaré avoir partagé des seringues, et trois étaient séropositifs au VIH.⁷⁴

La réduction des méfaits

Traditionnellement, les préoccupations à l'égard de la transmission de maladies par l'injection de drogue donnent lieu à des exhortations à renforcer la philosophie et l'application d'une « tolérance zéro » à l'égard de l'usage de drogue. Les peines plus lourdes pour l'usage de drogue, les mesures de sécurité accrue pour réduire l'approvisionnement en drogue, et le

renforcement de la surveillance des utilisateurs de drogue sont souvent présentés comme les « moyens de la loi et de l'ordre » pour « résoudre » des problèmes de santé publique. Cependant, les risques de santé que posent les infections à VIH et à VHC, transmissibles par le partage de matériel d'injection, ont poussé de nombreux pays, dont le Canada, à reconnaître les limites de l'approche de la tolérance-zéro. Cela a conduit à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes communautaires de santé qui permettent aux personnes qui s'injectent des drogues de réduire leur risque de contracter le VIH et le VHC même si elles continuent de consommer des drogues illégales. Ces initiatives de réduction des méfaits, notamment les programmes d'échange de seringues et la création de lieux sécuritaires pour l'injection, ont été déployées à titre de réponses pragmatiques à l'injection de drogue et aux risques associés d'infection par le VIH et le VHC, pour l'individu et l'ensemble de la société.

Sans avaliser l'usage de drogues illégales, les politiques de réduction des méfaits partent de la reconnaissance que la réduction de la propagation de maladies transmissibles par le sang, et du nombre de surdoses mortelles, est un but plus urgent et plus atteignable que celui de mettre fin à la consommation de drogues illégales. Puisque les utilisateurs de drogue sont souvent isolés des services de santé, les initiatives de réduction des méfaits comme l'échange de seringues et les programmes d'entretien à la méthadone offrent du même coup l'occasion de créer des liens importants entre des professionnels de la santé et les membres de communautés marginalisées, ce qui favorise le maintien et l'amélioration de la santé générale des utilisateurs. Déjà en 2001, on comptait plus de 200 sites d'échange de seringues, dans des communautés aux quatre coins du Canada.⁷⁵

Bien que plusieurs gouvernements aient reconnu la valeur des programmes d'échange de seringues et appuyé leur mise en œuvre dans la communauté, peu d'entre eux ont fait des efforts pour étendre ces programmes aux détenus. Certains ressorts, dont la plupart des provinces et territoires du Canada ainsi que le gouvernement fédéral, ont reconnu les risques associés à l'injection de drogue et ont initié des mesures limitées de réduction des méfaits dans les prisons, comme la distribution d'eau de Javel et/ou le traitement d'entretien à la méthadone.⁷⁶

Malheureusement, la plupart des pays échouent encore à agir de manière pragmatique et résolue pour protéger la santé des détenus qui ont des comportements qui les exposent à un risque de contracter le VIH et le VHC. D'après l'ONUSIDA, « [q]ue les autorités l'admettent ou non – et indépendamment de la vigueur de la répression – dans bon nombre de pays certains détenus ... consomment de la drogue en prison ... Ce n'est pas en niant ni en ignorant ces faits que l'on résoudra le problème de la propagation du VIH ». ⁷⁷ L'expérience des services de santé, dans plusieurs pays, de même que de nombreux systèmes de prisons, dans le monde, démontre que la réduction des méfaits fournit un cadre d'action à des initiatives efficaces pour prévenir la transmission du VIH et du VHC en prison.

Les politiques de réduction des méfaits n'équivalent pas à endosser l'usage de drogue. C'est plutôt reconnaître que la réduction de la propagation de maladies transmissibles par le sang, et du nombre de surdoses mortelles, est un but plus urgent et plus atteignable que celui de mettre fin à la consommation de drogues illégales



Les droits de la personne et les normes juridiques

De nombreux instruments internationaux traitent des droits des détenus et de l'accès de ces derniers à des services de santé. Ces instruments internationaux sont pertinents aux problématiques de l'injection de drogue et de la transmission du VIH et du VHC en prison. Collectivement, ces lois, règles, normes et lignes directrices sont une expression des standards qui devraient guider les décideurs – législateurs et responsables des prisons. Il est important d'établir la distinction entre deux grandes catégories d'instruments qui protègent des droits, puisque chacune a des implications différentes pour les gouvernements. Le droit international des droits de la personne a force d'application légale, pour les gouvernements; en revanche, les règles, normes et directives internationales ne sont pas des instruments du droit et, par conséquent, n'imposent pas d'obligations aux gouvernements.

Le droit international des droits de la personne

Les droits de la personne sont garantis en droit, en vertu des lois sur les droits en la matière qu'ont adoptées les instances internationales. Ces droits protègent tous les êtres humains, collectivement et individuellement, contre des actions qui brimeraient leurs libertés fondamentales et leur dignité humaine. Les droits de la personne concernent principalement la relation entre l'État et une personne ou un groupe; ils imposent aux États les obligations de respecter, de protéger certains droits fondamentaux ainsi que d'en favoriser le plein exercice. La communauté des nations reconnaît que tous les droits de la personne sont universels, interdépendants et interreliés.⁷⁸ Les États ont une obligation, quels que soient leurs systèmes politiques, économiques et culturels, de protéger et de promouvoir les droits de la personne.

Plusieurs lois internationales, quoique générales en essence, sont pertinentes aux droits des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida :

- le Pacte international relatif aux droits civils et politiques⁷⁹
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁸⁰

- la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples⁸¹
- la Convention américaine relative aux droits de l'Homme⁸²
- le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels⁸³
- la Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales⁸⁴
- la Charte sociale européenne.⁸⁵

Étant donné que la plupart de ces traités, chartes et conventions sont basés sur la Déclaration universelle des droits de l'Homme,⁸⁶ adoptée par les Nations Unies, on observe d'importants recouvrements des droits humains qu'ils garantissent. La Déclaration universelle a le statut d'instrument du droit international coutumier⁸⁷ et son application est obligatoire en droit, pour les États. De plus, les États qui ont ratifié un de ces pactes, déclarations ou chartes, ou qui en sont devenus parties, ont reconnu être légalement tenus de respecter, de protéger et de réaliser notamment les droits humains suivants :

- le droit à l'égalité et à la non-discrimination
- le droit à la vie
- le droit à la sécurité de la personne
- le droit de ne pas être soumis à la torture ou à une peine cruelle, inhumaine ou dégradante
- et le droit de jouir de la norme de santé physique et mentale la plus élevée qui soit atteignable.

Les détenus conservent les droits civils qui ne leur sont pas retirés, expressément ou implicitement, par la perte de liberté que constitue l'emprisonnement.

La communauté internationale a généralement reconnu que les détenus conservent les droits civils qui ne leur sont pas retirés, expressément ou implicitement, par la perte de liberté que constitue l'emprisonnement.⁸⁸ Néanmoins, peu de lois internationales abordent expressément et en détail les conditions d'emprisonnement ou les droits des détenus. À cet égard, les règles, directives, normes et principes internationaux sont d'une utilité cruciale.

Règles, directives, normes et principes internationaux

Les règles, directives, normes et principes internationaux n'ont pas force de loi et, par conséquent, leur application n'est pas obligatoire pour les États. Il s'agit plutôt de documents de nature consensuelle en matière de politiques, généralement formulés par des organes des Nations Unies ou d'autres organes ou instances de gouvernement au palier régional, avec la participation des États membres. Bien qu'ils ne soient pas des lois, ces instruments sont importants pour deux raisons. Premièrement, ils fournissent des balises aux États en ce qui a trait aux types de lois et politiques domestiques qui sont considérées respecter, protéger et réaliser les obligations humanitaires qui leur incombent. On y décrit, souvent en détail, les conditions d'emprisonnement et le traitement des détenus qui sont acceptables. Deuxièmement, ces instruments sont « la manifestation de ... normes morales et philosophiques ».⁸⁹ En conséquence, on peut affirmer que les États ont à tout le moins une responsabilité éthique d'appliquer les règles, directives, normes et principes internationaux.

Les instruments spécifiques applicables à la situation des détenus imposent aux États des obligations négatives et des obligations positives, quant aux conditions de détention et au traitement des détenus; il s'agit des suivants :

- les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus⁹⁰
- l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme

quelconque de détention ou d'emprisonnement⁹¹

- l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus⁹²
- et la Recommandation no R (98)7 du comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.⁹³

Trois instruments internationaux additionnels – une déclaration et deux ensembles de directives – sont pertinents à la situation des détenus dans le contexte du VIH/sida :

- les Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons⁹⁴
- la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida⁹⁵
- et les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne.⁹⁶

Ces trois documents n'ont pas force légale. Ils sont tous issus d'une consultation ou d'une session spéciale d'un ou plusieurs organes onusiens. Les Directives de l'OMS proposent des normes – dans une perspective de santé publique, « 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/SIDA. On espère que ces autorités les adapteront aux besoins locaux. »⁹⁷ Les Directives de l'OMS décrivent des principes généraux et abordent des aspects particuliers comme le test du VIH, les mesures de prévention, la gestion des

détenus séropositifs, la confidentialité, les soins et le soutien des détenus séropositifs, la tuberculose, les femmes incarcérées, la détention juvénile, la liberté surveillée, la remise en liberté et la libération anticipée, les contacts communautaires, les ressources, l'évaluation ainsi que la recherche.

Les États membres des Nations Unies, qui ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, au terme d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale (UNGASS), n'ont fait mention d'aucun engagement spécifique relativement aux détenus ou aux prisons, mais ils se sont engagés à agir pour les droits humains⁹⁸ et à réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH.⁹⁹ Les éléments de la Déclaration visant ces enjeux sont généralement applicables à la situation des détenus en tant que groupe vulnérable au VIH/sida.

La pertinence particulière des Directives de l'OMS ainsi que des Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, relativement aux programmes d'échange de seringues en prison, est examinée dans la section qui s'amorce ici.

Le droit des détenus à la santé et l'accès à des seringues et aiguilles stériles

L'accès à du matériel stérile pour l'injection relève du droit à la santé, vu le risque plus élevé de transmission du VIH et du VHC qui s'associe au partage de ces instruments. De nombreuses lois internationales garantissent « le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint ». ¹⁰⁰ Le droit à la santé impose aux États une obligation de promouvoir et de protéger la santé des individus et des communautés, ce qui inclut une responsabilité de veiller à la disponibilité de soins et fournitures de santé de qualité. Le droit à la santé, en droit international, devrait être compris dans le contexte du concept large de santé proposé dans la constitution de l'OMS – « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». ¹⁰¹

Les principaux instruments internationaux illustrent un consensus général : la norme des soins de santé fournis aux détenus doit être équivalente à celle qui est disponible dans la communauté générale.

Comme toute personne, les détenus ont le droit à la meilleure norme de santé atteignable, telle que garantie par le droit international. Les principaux instruments internationaux illustrent un consensus général à l'effet que la norme des soins de santé fournis aux détenus doit être équivalente à celle qui est disponible dans la communauté générale. Le neuvième des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus affirme : « Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique. »¹⁰² Dans le contexte du sida, l'équivalence en matière de « services de santé » inclut de fournir aux détenus les moyens de se protéger contre l'exposition au VIH et au VHC. Cette proposition est appuyée dans des documents de l'Union européenne, du Conseil de l'Europe et de l'OMS. L'article 35 de la Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne stipule : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. »¹⁰³ On peut soutenir que ce droit s'applique aussi aux personnes incarcérées. De plus, l'élément 10 de la Recommandation no R (98)7 du comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire affirme : « La politique de santé en milieu carcéral devrait être intégrée à la politique nationale de santé et être compatible avec elle. Un service de santé en milieu pénitentiaire devrait pouvoir ... mettre en œuvre des programmes d'hygiène et de traitement préventif, dans des conditions comparables à celles dont bénéficie le reste de la population. »¹⁰⁴ Les Directives de l'OMS recommandent l'équivalence des soins de santé, y compris des mesures préventives; elles recommandent aussi que les politiques générales adoptées dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le sida s'appliquent également aux détenus et à la communauté.¹⁰⁵

Le principe de l'équivalence des soins de santé en prison a été appliqué par l'OMS à la problématique du VIH/sida. En 1991, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a recommandé la fourniture de seringues stériles, en prison, comme élément d'une stratégie complète de prévention du VIH.¹⁰⁶ Deux ans plus tard, l'OMS a publié ses Directives. Le principe 1 des Directives de l'OMS souligne : « 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 ... en ce qui concerne leur statut juridique ». ¹⁰⁷ Le deuxième de ces principes affirme de plus que « [l]es principes généraux adoptés par les programmes nationaux de lutte contre le sida dans la population devraient s'appliquer également aux détenus ». ¹⁰⁸ Les Directives de l'OMS sont sans équivoque à l'effet que « [d]ans les pays où des seringues et des aiguilles [stériles] sont mises à la disposition des toxicomanes dans la population, il faudrait étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection [stérile] aux détenus, comme aux détenus libérés qui en font la demande. » ¹⁰⁹

Le droit des personnes incarcérées d'avoir accès à des normes adéquates de prévention et de soins est appuyé aussi par l'ONUSIDA. Devant la Commission des droits de l'Homme des Nations Unies, l'ONUSIDA a déclaré : « En ce qui concerne les programmes efficaces de prévention et de soins en matière de VIH/sida, les détenus ont le droit qu'on leur fournisse les soins de santé de la norme médicale disponible dans la communauté ». ¹¹⁰ Cela concourt

En 1991, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a recommandé la fourniture de seringues stériles, en prison, comme élément d'une stratégie complète de prévention du VIH.

Dans les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne on affirme expressément que les autorités carcérales devraient fournir aux détenus les moyens nécessaires à prévenir le VIH, y compris du « matériel d'injection stérile ».

également à l'affirmation que, là où des seringues stériles sont fournies aux personnes qui s'injectent des drogues dans la communauté, les mêmes programmes doivent être disponibles en prison. De plus, la quatrième des Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne affirme expressément que les autorités carcérales devraient fournir aux détenus les moyens nécessaires à prévenir le VIH, y compris du « matériel d'injection stérile ». Ces Directives ont pour but de promouvoir le respect et la protection des droits de la personne dans le contexte du VIH/sida, de bénéficier aux gouvernements en « défini[ssant] clairement les modalités d'application des normes relatives aux droits de l'homme dans le contexte de l'épidémie d'infection du VIH ou de sida et ... les mesures spécifiques et concrètes à prendre tant sur le plan de la législation que dans la pratique », pour respecter leurs obligations en matière de santé publique, dans leurs situations respectives.¹¹¹

Les codes de déontologie internationaux qui régissent la pratique des médecins et autres professionnels de la santé qui travaillent en prison appuient également la position selon laquelle des mesures complètes de prévention du VIH et du VHC, y compris l'échange de

seringues, doivent être mises à la disposition des populations incarcérées. Le serment d'Athènes des professionnels de la santé carcérale, adopté en 1979 par l'International Council of Prison Medical Services, « reconnaît le droit des individus incarcérés de recevoir les meilleurs soins médicaux possibles » et il incite à ce que « les jugements médicaux soient fondés sur les besoins [des] patients et aient préséance sur toute question non médicale ».¹¹²

Les opinions internationales à l'appui du droit des détenus aux soins de santé ne se limitent pas aux documents susmentionnés. Des rapports du Comité européen pour la prévention de la torture ainsi que du huitième Congrès des Nations Unies ont exprimé des positions semblables, de même que des universitaires spécialisés en doctrine juridique et des experts médicaux, dans divers contextes nationaux, notamment aux États-Unis et en Australie.¹¹³ Comme Jürgens l'a examiné en détail, les recommandations élaborées par la communauté internationale, en matière de VIH/sida en prison, appuient inmanquablement l'« équivalence du traitement des détenus », l'importance de prévenir la transmission du VIH dans les prisons et de fournir les moyens de prévention nécessaires aux détenus, y compris des seringues stériles.¹¹⁴

Les gouvernements et autorités carcérales, au Canada, sont possiblement vulnérables à des contestations judiciaires pour leur refus de fournir aux détenus un accès à des seringues stériles.

Les obligations en droit canadien

Entre autres lois internationales sur les droits de la personne, le Canada a ratifié le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ainsi que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Par conséquent, le Canada est tenu de respecter, de protéger et de réaliser les droits garantis dans ces instruments, y compris le droit à la plus haute norme de santé atteignable. En ce qui a trait aux protections domestiques en matière de droits de la personne, Richard Elliott a soutenu que les articles 7, 12 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés fournissent possiblement aux détenus un fondement juridique leur permettant de revendiquer la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en prison.¹¹⁵ L'article 7 protège le droit de ne pas être privé du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, hormis en conformité avec les principes fondamentaux de la justice; l'article 12 fournit une protection contre les peines cruelles et inusitées; et l'article 15 garantit le droit à l'égalité devant la loi ainsi qu'à la protection et au bénéfice égaux de la loi, sans discrimination fondée sur certaines caractéristiques personnelles.

Outre la Charte, les lois régissant les systèmes pénitentiaires imposent aux gouvernements des obligations de veiller à la santé et au bien-être des détenus. Le système des prisons

fédérales est régi par la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC) ainsi que par le Règlement qui l'accompagne.¹¹⁶ En vertu des articles 85 et 99 de la LSCMLC, le Service correctionnel du Canada est mandaté de fournir à tout détenu les soins de santé essentiels et un accès raisonnable à des services non essentiels de santé mentale qui contribueront à le réhabiliter et à le réintégrer dans la communauté. La LSCMLC stipule que ces soins médicaux doivent « satisfaire aux normes professionnelles reconnues ».¹¹⁷ Or on peut soutenir que, puisque l'échange de seringues est la norme acceptée dans la communauté, pour prévenir la transmission du VIH et de VHC par l'injection de drogue, ces programmes doivent être mis à la disposition des détenus de ressort fédéral, en vertu de la LSCMLC.

Le professeur Ian Malkin a analysé l'application du droit canadien de la négligence, en lien avec la transmission et la prévention du VIH dans les prisons.¹¹⁸ Il a conclu que les gouvernements et les autorités carcérales, au Canada, seraient possiblement vulnérables à des contestations judiciaires pour leur refus de fournir aux détenus un accès à des seringues stériles, si un détenu pouvait démontrer qu'il a contracté le VIH par le partage de seringues pour s'injecter des drogues alors qu'il était en prison.



Examen des données internationales sur l'échange de seringues en prison

Dans plusieurs pays, les programmes d'échange dans la communauté sont venus à faire partie intégrante d'une réaction sanitaire pragmatique devant le risque de transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues et, à terme, au grand public. On a mené des études étoffées quant à l'efficacité de ces programmes, générant des preuves scientifiques que l'échange de seringues est une mesure sanitaire préventive adéquate et importante. Par exemple, une enquête mondiale a révélé que, dans les villes où l'on échange ou distribue des seringues, la prévalence du VIH a diminué de 5,8% par année, alors qu'elle a augmenté de 5,9% par année dans les villes où l'on ne trouve pas de tels programmes.¹¹⁹ Une étude états-unienne a analysé en 1998 le coût projeté, pour le gouvernement, si l'on rendait disponible à toutes les personnes qui s'injectent des drogues, aux États-Unis, des programmes d'échange de seringues, de vente de seringues en pharmacie ainsi que de mise au rebut appropriée des seringues usagées. L'étude a conclu que « le coût de cette politique s'estime à 34 278,00 \$ US pour chaque cas évité d'infection à VIH, ce qui est bien inférieur au coût estimé des soins médicaux à vie d'une personne séropositive au VIH ». ¹²⁰ Un rapport australien a conclu, en 2002, qu'en dix ans les programmes d'échange de seringues en Australie avaient permis d'éviter 25 000 cas de VIH, et que les 150 millions \$ investis dans ces programmes avaient entraîné des économies estimées entre 2,4 et 7,7 milliards \$.¹²¹

Vu le succès des programmes d'échange de seringues dans les communautés, on a fait valoir dans plusieurs pays que de tels programmes devraient être déployés dans les prisons. Toutefois, seul un petit nombre de pays ont établi des programmes d'échange de seringues dans des prisons – la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, la Moldavie, le Kirghizstan et la Biélorussie. On rapporte que d'autres sont maintenant prêts à le faire dans un avenir proche, notamment le Kazakhstan, le Tajikistan et l'Ukraine. Le présent chapitre offre un examen chronologique de l'expérience des pays où l'on procède à l'échange de seringues dans des

prisons. Pour chaque pays, le chapitre présente les informations suivantes, lorsque disponibles : les statistiques épidémiologiques sur le VIH et le VHC parmi la population générale et les personnes incarcérées; un historique de la réaction du système carcéral devant le VIH et le VHC; un examen des programmes d'échange de seringues en prison, notamment leur histoire, les évaluations et les leçons à en retenir; la situation actuelle; et des orientations futures.

Suisse

Sommaire

La Suisse compte quelque 150 prisons, dans les 26 cantons qui forment la Confédération suisse. Bien que le code pénal soit fédéral, l'administration des prisons relève du gouvernement de chaque canton sur le territoire duquel chaque établissement est situé. On compte approximativement 6 000 détenus, en Suisse. La plus grande prison a une population de 350; la majorité des détenus sont dans des établissements plus petits (moins de 100 détenus).

En 1992, la Suisse est devenue le premier pays à introduire un programme d'échange de seringues en prison. Le programme initial a été amorcé sur une base informelle, par un médecin à la prison pour hommes d'Oberchöngrün, qui a passé outre au règlement de la prison et commencé à distribuer des seringues stériles aux patients dont il savait qu'ils s'injectaient des drogues. En 1994, un projet pilote officiel d'échange de seringues a été établi dans la prison pour femmes de Hindelbank. Après une période d'essai réussie et une évaluation positive à Hindelbank, des programmes d'échange de seringues ont été étendus à un total de sept prisons de la Suisse.

La Suisse a été le premier pays, en 1992, à introduire un programme d'échange de seringues en prison.

Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Suisse

D'après les statistiques publiées par l'ONUSIDA et l'OMS en 2002, quelque 19 000 adultes (de 15 à 49 ans) vivent avec le VIH ou le sida, en Suisse. Cela représente un taux de prévalence du VIH, dans la population générale, d'environ 0,5%. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infection à VIH y a décliné, entre 1992 et 2000. Les personnes qui s'injectent des drogues représentaient approximativement 15% des résultats positifs au test du VIH, en 2000-2001.¹²²

Les politiques de la Suisse en matière de drogue ont commencé à se tourner vers la réduction des méfaits vers la fin des années 1980. À cette époque, les lieux d'injection de drogue en public étaient chose courante dans des villes comme Zurich et Berne. Dans Needle Park, comme on appelait un certain lieu dans le district zurichois de Letten, des milliers de personnes qui s'injectaient des drogues se rassemblaient quotidiennement pour acheter de l'héroïne et se l'y injecter. Needle Park a attiré une attention médiatique internationale et le gouvernement de la Suisse en est venu à adopter d'importants programmes de réduction des méfaits, comme l'accès élargi à l'échange de seringues et à l'entretien à l'héroïne, les lieux sécuritaires pour l'injection ainsi que des services communautaires de santé à l'intention des utilisateurs de drogue. Ces interventions ont réussi à mettre un terme aux lieux d'injection à ciel ouvert et ont conduit à un accroissement des bénéfices pour la santé des utilisateurs.¹²³

Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons de Suisse

La Suisse n'a pas mené de recherches poussées sur la prévalence du VIH ou du VHC en prison. Cependant, on a estimé que les taux d'infection à VIH s'y situaient entre 2% et

10%.¹²⁴ Déjà en 1985, des tests sérologiques parmi des détenus de la Suisse ont détecté chez certains la présence d'anticorps anti-HTLV_III [Human T-Lymphotropic Virus].¹²⁵ Plus récemment, un rapport de 1999 basé sur des entrevues auprès de 234 détenus de la prison de Realta a conclu à un taux d'infection à VIH de 5,1%, un résultat comparable à celui d'autres établissements. La même étude a mesuré qu'approximativement 9% des détenus s'injectaient des drogues au moment de l'enquête.¹²⁶

Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons de Suisse

Les initiatives de réduction des méfaits dans le système carcéral de la Suisse remontent au milieu des années 1980. Dès 1985, des responsables de prisons ont approuvé la distribution de condoms à leurs détenus; le programme a été graduellement étendu à un nombre croissant d'établissements. En 1989, des « trousse de hygiène » contenant des condoms, du désinfectant et des renseignements sur la désinfection des seringues étaient distribués aux détenus à leur admission au pénitencier de Regensdorf. L'entretien à la méthadone a été amorcé dans une section spéciale de Regensdorf, la même année, et a été étendu en 1991 à quelques centres de détention provisoire, à Bâle, Berne, Genève et Zurich. En 1990, des désinfectants ont été rendus disponibles dans le centre de détention provisoire de Genève.¹²⁷ Les discussions sur les programmes d'échange de seringues ont commencé avec le premier programme en la matière, en 1992. En septembre 2003, on fournissait des condoms dans un tiers des prisons de la Suisse; on fournissait des désinfectants dans 8% des établissements.¹²⁸ En plus de l'échange de seringues, deux prisons suisses (Obershöngrün et Realta) ont mis en œuvre des programmes d'entretien à l'héroïne.

L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues

Le premier programme

C'est en 1992, à la prison pour hommes d'Oberschöngrün, dans le canton suisse de Solothurn, que s'est amorcé le premier programme au monde d'échange de seringues en prison. Le programme a été initié par le Dr Franz Probst, médecin à temps partiel dans l'établissement. Le Dr Probst a constaté qu'environ 15 détenus sur 70, dans cette prison, s'injectaient des drogues. En parallèle, il a reconnu que la non-disponibilité de seringues stériles entraînait que les détenus partageaient des seringues, par la force des choses. À titre de médecin, Probst considérait qu'il avait une responsabilité éthique d'agir pour prévenir le risque de transmission d'infections par le sang ainsi que d'abcès et d'autres problèmes de veines résultant de la réutilisation de vieilles seringues. Ainsi, il a commencé, dans l'unité médicale de la prison, à fournir des seringues stériles aux détenus qui s'injectaient des drogues.

Lorsque le directeur de la prison prit connaissance de cette initiative, il ne l'a pas fait cesser : il a reconnu le bien-fondé des arguments de Probst quant à la nécessité de ce programme, en tant qu'intervention de santé publique. En conséquence, le directeur a demandé l'approbation des autorités carcérales pour continuer ce programme.¹²⁹

Le médecin distribuait quelque 700 seringues par année, à environ 15 détenus qui s'injectaient de la drogue dans la prison.¹³⁰ Bien que le personnel de la prison fut d'abord sceptique à l'égard du programme, un vaste appui à son endroit s'est établi avec le temps. Comme l'a expliqué en 1996 le directeur d'Oberschöngrün, Peter Föh :

Le personnel a constaté que la distribution de matériel d'injection stérile est à son avantage.

Les membres du personnel ont réalisé que la distribution de matériel d'injection stérile est à leur avantage. Ils se sentent plus en sécurité maintenant. Il y a trois ans, lorsqu'ils fouillaient une cellule, ils avaient toujours peur de se piquer avec une aiguille cachée. Maintenant, les détenus ont le droit d'avoir une aiguille, mais uniquement dans un verre rangé dans leur armoire médicale au-dessus de leur évier. Depuis ce temps, aucun employé ne s'est piqué avec une aiguille.¹³¹

Expansion à d'autres prisons

Au même moment que ces développements à Oberschöngrün, des plans de programme pilote d'échange de seringues dans la prison pour femmes de Hindelbank étaient en préparation.¹³² Le projet de Hindelbank découle des constats d'une enquête sur l'injection de drogue, menée en 1991 auprès des détenues par le médecin de cette prison, qui a révélé que toutes celles qui s'injectaient des drogues à Hindelbank avaient partagé des seringues en prison. Cette information a conduit le médecin à proposer d'y développer un programme pilote d'échange de seringues. La proposition a reçu l'appui de l'Office fédéral suisse de la santé publique.

Le projet pilote d'échange de seringues à Hindelbank a été amorcé en 1994, aux côtés d'autres programmes dans le cadre d'une initiative plus vaste de promotion de la santé et de réduction des méfaits qui incluait l'éducation à la prévention, le counselling ainsi que la distribution de condoms. À court terme, le programme visait à réduire les méfaits de l'usage de drogue et à prévenir l'infection ou la réinfection par des pathogènes hématogènes comme le VIH et les virus des hépatites B et C. À moyen terme, il avait pour but de réduire le nombre de nouveaux utilisateurs de drogue et de cas de rechute parmi les ex-utilisateurs. Alors que la distribution de seringues à Oberschöngrün s'effectue à l'unité médicale, le projet de Hindelbank a adopté une approche nouvelle : des distributeurs automatiques. Six distributeurs, placés dans des endroits peu à la vue, dans la prison, fonctionnent sur une base unitaire : en insérant une seringue usagée dans la machine, on en obtient une neuve. Les détenues admises à Hindelbank ont reçu une seringue non fonctionnelle, sans aiguille, mais qui permettrait d'actionner le distributeur automatique pour obtenir une seringue avec aiguille. Pendant la première année du projet pilote, 5 335 seringues ont été échangées.

En 1996, un programme d'échange de seringues a été établi dans la prison de Champ Dollon (à Genève) et en 1997 dans celle de Realta (à Graubünden). À Champ Dollon, on utilise le même modèle de distribution qu'à Oberschöngrün (i.e. par le biais de l'unité médicale), alors que Realta a recours à un distributeur automatique. En 1998, des programmes d'échange de seringues ont été mis en œuvre dans les prisons de Witzil et de Thorberg, à Berne, où la distribution est faite par le personnel médical. En 2000, la prison de Saxerriet, à Salez, est devenue la septième prison suisse à fournir des seringues stériles.¹³³



Un distributeur automatique de seringues (prison de Saxerriet, Suisse).



On insère une seringue usagée dans le distributeur et l'on obtient une seringue stérile (prison de Saxerriet, Suisse).

Évaluation et leçons à retenir

Le projet pilote de Hindelbank a été soumis à une évaluation scientifique rigoureuse, pendant sa première année.¹³⁴ On a procédé à une série d'entrevues structurées auprès des détenues, avant l'amorce du projet, puis après trois, six et douze mois. Quatre-vingt-cinq p. cent (85%) des détenues ont participé à au moins une des étapes du processus d'évaluation. Les entrevues étaient complétées par des tests sanguins volontaires ainsi que des renseignements obtenus d'autres sources correctionnelles.

L'évaluation a montré que le partage de seringues avait à toutes fins pratiques disparu, depuis l'amorce du projet pilote.

L'évaluation a permis de constater que le partage de seringues avait à toutes fins pratiques disparu, depuis l'amorce du projet pilote. Au début, 8 des 19 femmes qui s'injectaient des drogues ont déclaré avoir partagé des seringues au cours du mois précédent, dans la prison (deux d'entre elles ont déclaré en avoir partagé avec plus d'une personne). À la fin de la phase pilote de 12 mois, une seule détenue (incarcérée tout juste avant l'entrevue) a déclaré avoir partagé une seringue. On n'a décelé aucune donnée portant à croire qu'il y aurait eu augmentation de la consommation de drogue; et aucun nouveau cas de VIH, de VHB ou de VHC n'a été recensé dans la population de la prison. De plus, on n'a signalé aucun cas d'utilisation de seringue comme arme contre un employé

ou une codétenue. En outre, on a observé une diminution considérable du nombre de surdoses et d'abcès.¹³⁵ En ce qui a trait à la consommation de drogue dans la prison, deux constats présentent un intérêt particulier. Premièrement, l'évaluation a révélé que, parmi les personnes qui s'étaient déjà injecté de l'héroïne ou de la cocaïne avant d'être incarcérées, la probabilité de s'en injecter en prison augmentait avec la durée d'emprisonnement. Deuxièmement, l'évaluation a montré qu'avec la durée croissante d'existence du projet de réduction des méfaits, les personnes qui avaient consommé de l'héroïne ou de la cocaïne avant d'être incarcérées étaient de moins en moins susceptibles de consommer des drogues dans la prison.¹³⁶

Le projet de Realta a été soumis à une évaluation dont la structure était semblable à celle réalisée à Hindelbank.¹³⁷ Dans le cadre du projet de Realta, les distributeurs automatiques ont fourni 1 389 seringues pendant les 19 premiers mois. Les conclusions de l'évaluation appuient celles de Hindelbank. Le partage de seringues a diminué de manière radicale (seulement quelques cas ont été décelés). On n'a signalé aucun nouveau cas de VIH, de VHB ou de VHC dans la prison; ni aucune utilisation inappropriée de seringues (un rapport concernait cependant le cas d'un détenu qui s'est piqué sur l'aiguille d'une seringue qui avait été mise au rebut).

L'évaluation des attitudes des employés, dans les deux prisons, a révélé qu'ils étaient parvenu à un degré élevé d'acceptation des programmes.

Le programme initial, à Oberschöngrün, n'a pas été soumis à une évaluation scientifique. Cependant, le médecin en charge a fait un certain nombre d'observations, au terme des trois premières années du projet. En particulier, il a noté la disparition du partage de seringues; l'absence d'abcès; l'absence d'augmentation de décès et de surdoses parmi les détenus qui s'injectent des drogues; et aucune utilisation de seringue comme arme.¹³⁸

Bien que l'on procède à l'analyse d'urine dans les trois prisons qui ont été visitées lors de la préparation du présent rapport (Oberschöngrün, Hindelbank et Saxerriet), aucun de ces établissements ne sévit contre les détenus dont l'urine révèle des traces de THC.^(*) Dans certains établissements la détection du THC est effectuée mais sans que des pénalités y soient rattachées; dans d'autres, on ne procède pas à la détection de cette substance. La décision est liée au consensus des autorités carcérales à l'effet que l'imposition de sanctions aux détenus

qui fument de la marijuana ou du hachisch (qui sont décelables dans l'urine bien plus longtemps que les drogues injectées) inciterait de nombreux détenus à délaisser le cannabis pour consommer des drogues par injection – une tournure que les responsables des prisons souhaitaient éviter, vu les risques de santé beaucoup plus élevés qui s'associent à l'injection de drogues.

Il est important également de noter que, dans les prisons où l'on trouve un programme d'échange de seringues, les détenus sont autorisés à avoir accès à un programme d'entretien à la méthadone ainsi qu'à l'échange de seringues.

Situation actuelle

Les programmes d'échange de seringues continuent de fonctionner sans incidents dans les sept prisons susmentionnées. Dans certaines prisons, on a adapté le programme au fur et à mesure des années d'expérience. À Hindelbank, par exemple, les détenues qui participent au programme d'échange de seringues se voient maintenant remettre cinq aiguilles supplémentaires, ce qui est plus pratique pour celles qui ont de la difficulté à trouver une veine pour se faire l'injection : en tel cas, lorsque l'utilisatrice doit parfois s'y prendre à plusieurs reprises et que la pointe de l'aiguille devient moins acérée à chaque tentative, elle peut changer d'aiguille. Cette pratique n'a entraîné aucun problème de sécurité. À Oberschöngrün, on applique aussi au programme d'échange de seringues une approche plus souple que le strict échange « un contre un ». Ici encore, aucun problème de sécurité n'en a résulté.

À Hindelbank, on n'exige plus que les participantes au programme rangent leur seringue dans un endroit à la vue. Cependant, la prison maintient une politique stricte à l'effet que toutes les seringues et les aiguilles de rechange doivent être rangées dans les boîtes de sûreté en plastique qui sont fournies par l'unité de santé. Toute seringue qui est trouvée hors de la boîte est considérée illégale et la détenue impliquée se voit imposer une saction. Ces récentes années, on a observé à Hindelbank une diminution du nombre d'échanges, d'un maximum de plus de 5 000 pendant la première année du programme, à approximativement 350 pour l'année 2003. Le personnel attribue cette baisse à une combinaison de facteurs, notamment la nouvelle pratique de fournir des aiguilles de rechange, et une diminution générale de l'usage de drogue par injection parmi les jeunes détenues, dont plusieurs fument ou renifflent la drogue au lieu de se l'injecter.

Le canton de Berne a récemment mandaté toutes les prisons de son ressort administratif de fournir des programmes d'échange de seringues stériles pour les détenus. Quelques personnes interviewées dans la préparation de ce rapport ont cependant signalé que, dans plusieurs prisons du canton, cette directive législative n'est pas appliquée de manière efficace : dans les prisons où l'on s'objecte à l'échange de seringues, on a mis en œuvre les programmes de telle manière qu'ils sont pratiquement inaccessibles à la vaste majorité des détenus qui s'injectent des drogues (notamment en ayant recours à des méthodes non confidentielles, pour la distribution). Ce faisant, ces prisons parviennent à respecter l'exigence légale de « fournir » des programmes d'échange de seringues, tout en créant une situation où les détenus n'y ont pas recours. Les programmes d'échange de seringues n'y sont donc « fournis » qu'en apparence. Cette résistance illustre le défi que représente l'imposition de programmes d'échange de seringues aux prisons dont les

Les seringues et aiguilles doivent être rangées dans les boîtes de sûreté en plastique fournies par l'unité de santé.



Toute seringue trouvée hors de son coffret de sûreté en plastique est considérée illégale (prison de Hindelbank, Suisse).
(photo : Peter Dimakos)

employés ne sont pas impliqués dans leur planification et leur mise en œuvre. Une telle résistance s'est manifestée aussi dans l'expérience de la prison de Saxerriet, dans le canton de Salez, où le programme d'échange de seringues a été imposé par le gouvernement cantonal.

Allemagne

Sommaire

L'Allemagne compte 220 prisons. Chaque établissement est géré et administré par l'État [*Land*] dans lequel il est situé.

En 1996, des programmes pilotes d'échange de seringues ont été établis dans trois prisons d'Allemagne. À la prison pour femmes de Vechta, on a installé des distributeurs automatiques fournissant une seringue en l'échange d'une autre. Dans l'établissement pour hommes

En 1996, des programmes pilotes d'échange de seringues ont été établis dans trois prisons d'Allemagne.

de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe, les échanges étaient effectués par des employés de l'unité médicale et du service de counselling en matière de drogue. Dans la prison ouverte de Vierlande, à Hamburg, les seringues étaient distribuées par un organisme externe qui offrait aussi du counselling et une formation professionnelle aux employés de la prison. Après un essai pilote de deux ans, suivi d'une évaluation positive, les programmes ont été maintenus dans ces trois établissements, puis étendus à quatre autres. Depuis deux ans, ces

programmes ont fait l'objet d'attaques croissantes de leaders politiques et, en dépit du constat de leur efficacité, six d'entre eux ont été abandonnés.

Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Allemagne

Selon des données publiées en 2002 par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 41 000 adultes vivent avec le VIH ou le sida en Allemagne – ce qui correspond à un taux de prévalence du VIH/sida d'environ 0,1% dans la population générale.¹³⁹

En Allemagne, deux sources produisent des statistiques sur le VIH/sida. D'après le Registre national des cas déclarés de sida, à la fin de 2001, le nombre total de diagnostics de sida s'élevait à 21 189, dont 75% avaient été mortels. Près de 16% des cas de sida sont diagnostiqués chez des personnes qui s'injectent des drogues. À la fin de 2001, 2 152 hommes vivant avec le sida ont déclaré s'injecter des drogues – soit 11,6% de tous ceux ayant reçu un diagnostic de sida. Des 2 620 femmes vivant avec le sida, 43,7% ont dit s'injecter ou s'être déjà injecté des drogues. Des données épidémiologiques issues des tests du VIH sont également disponibles. Des 18 000 tests du VIH effectués depuis 1993, 10,4% des 1 900 résultats positifs touchaient des personnes qui s'injectent des drogues ou qui ont des antécédents d'injection. Les femmes représentaient 28% des utilisateurs de drogue séropositifs.¹⁴⁰

Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons d'Allemagne

Diverses études ont estimé le taux de prévalence du VIH dans les prisons allemandes – leurs résultats varient de 1,1% à 1,9%. Ces études ont révélé qu'entre 2,1% et 6,3% des détenus qui s'injectent des drogues sont séropositifs au VIH.¹⁴¹

Une autre étude a signalé un lien entre l'incarcération, l'injection de drogue et la transmission d'infections hématogènes comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). Une étude menée en 1993 auprès de quelque 612 personnes qui s'injectent des drogues, à Berlin, a noté que le plus important facteur d'infection à VIH parmi ce groupe était le partage de seringues pendant l'incarcération. L'emprisonnement était aussi le deuxième motif le plus

souvent cité par les participants pour expliquer leur partage de seringues. L'étude a conclu que le manque d'accès à des seringues stériles nuit aux mesures de prévention du VIH mises en œuvre dans la communauté générale.¹⁴²

Les taux de VHC sont encore plus élevés, chez les détenus allemands. Une étude réalisée en 1998 dans une prison à sécurité maximale de Hamburg a mesuré un taux de prévalence du VHC de 25% parmi l'ensemble des détenus, et de 96% parmi ceux qui s'injectaient des drogues. Dans une prison pour femmes de la Basse-Saxe, une étude a relevé un taux de prévalence du VHC de 75% et identifié 20 détenues dont la séroconversion s'était produite pendant leur incarcération.¹⁴³ D'autres études ont révélé des taux de VHC de 77% parmi les détenus qui s'injectent des drogues et de 18% parmi ceux qui ne s'en injectent pas. En 2001, une étude auprès de détenus qui s'étaient injecté des drogues seulement en prison a rapporté un taux de VHC de 100%.¹⁴⁴

Une étude de 1993 auprès de quelque 612 personnes qui s'injectent des drogues, à Berlin, a noté que le principal facteur d'infection à VIH parmi ce groupe était le partage de seringues en prison.

Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons d'Allemagne

L'élaboration d'une réponse au VIH/sida et aux hépatites dans les prisons d'Allemagne pourrait être qualifiée de longue démarche vers la normalisation. Au milieu des années 1980, lors de la détection initiale du VIH/sida en prison, on a discuté de la possibilité de séparer ou d'isoler les détenus séropositifs et d'imposer le test obligatoire du VIH. À cette époque, les employés correctionnels manquaient aussi de connaissances à propos des voies de transmission du VIH. On offrait le test volontaire du VIH, mais le terme « volontaire » était interprété et appliqué différemment dans chaque État. Pendant les premières années, certaines prisons traitaient comme séropositifs tous les individus qui refusaient le test du VIH. Compte tenu des diverses pratiques des 16 *Länder*, le taux de test variait de 10% à plus de 90%.

Plus de 90% des détenus séropositifs au VIH, au VHB ou au VHC s'injectent des drogues ou ont des antécédents d'injection. L'injection de drogue est le plus grand facteur de risque pour la transmission du VIH et des hépatites, dans les prisons allemandes. Malgré ce fait, la principale réponse du système allemand de justice pénale devant les risques posés par l'injection de drogue continue de se fonder sur l'abstinence et comprend du counselling, des unités de prison « sans drogue » et la référence vers un traitement de la toxicomanie comme peine pour des infractions mineures. Des condoms sont disponibles dans toutes les prisons de l'Allemagne. Le traitement de substitution est fourni dans la plupart des prisons – mais son accessibilité dépend en grande partie de l'État où se situe l'établissement. Tandis que ce traitement est répandu dans les États du Nord, il se fait plus rare dans ceux du Sud comme la Bavière et le Baden-Württemberg.¹⁴⁵ L'entretien à la méthadone est le traitement de substitution le plus répandu.¹⁴⁶ D'autres mesures de réduction des méfaits ne sont fournies que dans quelques prisons. La provision d'eau de Javel a été amorcée dans une prison de Hamburg au début des années 1990, mais elle a été interrompue en raison d'une faible participation des détenus. L'eau de Javel n'est pas disponible dans les prisons allemandes à l'heure actuelle.¹⁴⁷ Des programmes d'échange de seringues en prison ont été mis à l'essai en 1996.

L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues

Les premiers programmes

En 1995, le ministre de la Justice de la Basse-Saxe, un État du Nord de l'Allemagne, a approuvé la mise en œuvre de projets pilotes d'échange de seringues de deux ans dans la

prison pour femmes de Vechta et la prison pour hommes de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe.¹⁴⁸ Le succès de telles initiatives en Suisse ainsi que l'appui de divers experts allemands ont favorisé cette décision. Les projets pilotes se sont amorcés dans l'établissement pour femmes et dans celui pour hommes respectivement en avril et en juillet 1996.

La prison de Vechta abrite une population d'environ 200 femmes (adultes et jeunes); celle de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe, quelque 230 hommes adultes. On a estimé qu'au moins 50% des détenus de chaque prison s'injectaient des drogues ou avaient des antécédents d'injection. Chaque prison a opté pour une méthode différente de distribution des seringues. À Vechta, cinq distributeurs automatiques ont été installés à divers endroits dans l'établissement, pour permettre un accès anonyme. Dans la prison pour hommes, on a choisi de faire distribuer les seringues par des employés des services médicaux et de counselling en matière de drogue. Une évaluation scientifique externe des deux projets pilotes a été planifiée avec des chercheurs de l'Université d'Oldenburg.

À la prison de Vechta, le programme d'échange de seringues faisait partie d'un programme complet de prévention du VIH qui comprenait de l'éducation et du counselling, des mesures de réduction des méfaits et de l'information sur le sécurisexe, l'accès à la méthadone et l'implication d'organismes externes. Chaque nouvelle détenue recevait, du personnel médical, de la documentation qui comprenait des renseignements sur l'adhésion au programme d'échange de seringues. Avant d'être admise au programme, chaque détenue subissait un examen médical et ses antécédents de consommation de drogue étaient notés dans son dossier médical. Les jeunes contrevenantes logées à la prison de Vechta étaient admissibles à l'échange de seringues, à condition d'obtenir l'autorisation d'un parent. Les détenues inscrites au programme d'entretien à la méthadone ne pouvaient pas participer au projet d'échange de seringues.

Comme en Suisse, les participantes au programme recevaient une seringue sans aiguille qui pouvait être insérée dans un distributeur pour obtenir une seringue stérile avec aiguille. Par la suite, elles pouvaient s'en procurer une nouvelle en insérant leur seringue usagée dans l'appareil. En plus de seringues stériles, les distributeurs fournissaient d'autres moyens de

réduction des méfaits nécessaires aux pratiques d'injection sûres, notamment des tampons d'alcool, de l'acide ascorbique, des filtres, des pansements et du chlorure de sodium. Chaque distributeur était rempli quotidiennement par des employés médicaux.

Chaque détenue inscrite au programme ne devait posséder qu'une seule seringue à la fois, qu'elle était tenue de transporter sur elle au moment de l'échange. Les participantes ne pouvaient pas prêter ou vendre leur seringue, ni l'apporter en cas de transfèrement. La possession et la distribution de drogues étaient illégales. Pendant les deux années de l'essai, 169 femmes ont participé au programme et

16 390 seringues ont été échangées, avec un taux de retour de 98,9%.

Dans le cadre de l'autre projet pilote, à la prison pour hommes de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe, les seringues étaient distribuées par des membres du personnel. Des employés de l'unité de santé ou du service de counselling en matière de drogue procédaient tous les jours à l'échange de seringues dans le salon de thé, un lieu discret situé près du centre de counselling, accessible par l'aire de récréation. Offert à heures fixes, le service d'échange était accessible à tout détenu qui rapportait une seringue usagée. Les détenus inscrits au traitement d'entretien à la méthadone n'étaient pas admissibles à l'échange de seringues. Comme à la prison de Vechta, le programme d'échange de seringues de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe faisait partie d'un programme complet de prévention du VIH qui comprenait des interventions éducatives, un accès à la méthadone et l'implication d'organismes externes. Au total, 83

À la lumière du succès
des premiers projets,
des programmes d'échange
de seringues ont été
introduits dans d'autres
prisons d'Allemagne.

individus ont participé au projet pendant sa phase d'essai et 4 517 seringues ont été échangées, avec un taux de retour de 98,3%.

Dans les deux prisons, des consultations et des programmes éducatifs ont sensibilisé les employés aux fondements et objectifs des programmes et sollicité leurs commentaires et suggestions.

Expansion à d'autres prisons

À la lumière du succès des projets de Vechta et de Lingen, des programmes d'échange de seringues ont été introduits dans d'autres prisons de l'Allemagne.

En 1996, un programme s'est amorcé à la prison de Vierlande, à Hamburg, qui loge quelque 300 hommes et 20 femmes. La distribution des seringues s'y faisait à la fois par le biais de distributeurs et d'employés. En 1998, des distributeurs automatiques pour l'échange de seringues ont été installés dans la prison de Lichtenberg (pour femmes) et dans celle de Lehrter Str. (pour hommes), à Berlin.

À la prison de Lichtenberg, où la population est d'environ 75 femmes, chaque nouvelle détenue recevait une trousse de réduction des méfaits, parmi le matériel inclus dans sa cellule. Cette trousse prenait la forme d'un boîtier en plastique (étui à lunettes), contenant de l'acide ascorbique, des tampons d'alcool, de la crème pour les veines et une seringue sans aiguille à utiliser dans un distributeur. Comme dans les autres prisons qui pratiquaient l'échange de seringues, les seringues rangées adéquatement dans leur contenant de plastique étaient considérées légales. Une détenue était passible de sanctions si elle était trouvée en possession d'une seringue mal rangée ou cachée, de plusieurs seringues, ou d'une seringue contenant une dose d'héroïne.

Au début de 2000, on a commencé à offrir l'échange de seringues par le biais d'employés à la prison pour femmes de Hannöversand et à la prison pour hommes d'Am Hasenberge, à Hamburg (voir « Situation actuelle », ci-dessous).

Évaluation et leçons à retenir

Après deux ans, on a évalué les projets pilotes des établissements de Vechta et de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe.¹⁴⁹ Cette évaluation a donné des résultats semblables aux initiatives menées en Suisse.

La provision de seringues stériles n'a pas entraîné de hausse de l'usage de drogue; la quantité de drogues saisies dans l'établissement n'a pas été affectée par l'échange de seringues. De fait, le nombre d'utilisateurs de drogue inscrits à des programmes de traitement a augmenté après la mise en œuvre du projet pilote, ce qui montre que, comme dans la communauté générale, les programmes d'échange de seringues en prison sont une intervention et un point de référence efficaces pour les personnes qui s'injectent des drogues.

On n'a recensé aucun cas de seringue utilisée comme arme contre des employés ou des détenus, même si plus de 20 000 seringues ont été distribuées dans les deux prisons pendant l'essai pilote. Le taux de respect des règlements du programme était élevé; on n'a compté que quelques infractions mineures liées au rangement inadéquat de seringues, ou à la possession de seringues par des détenus inscrits au programme d'entretien



Distributeur automatique de seringues (prison de Lichtenberg, Berlin).



Trousse de réduction des méfaits (prison de Lichtenberg, Berlin).
(photo : Peter Dimakos)

à la méthadone (qui ne pouvaient pas participer au projet d'échange de seringues).

L'existence du programme n'était pas considérée comme menaçante par les employés et les détenus. Les employés se sont rapidement adaptés aux nouveaux programmes, qu'ils sont venus à considérer comme un aspect normal de la routine institutionnelle. Des différences ont été notées quant au degré d'acceptation du programme par les détenus des deux établissements. L'évaluation a révélé que les détenues de la prison de Vechta étaient beaucoup plus confiantes à l'égard du programme que ceux de l'établissement de Lingen. Cela découle des méthodes différentes adoptées par les deux prisons pour distribuer les seringues (distributeurs anonymes à Vechta; distribution de main à main par des employés médicaux à Lingen). Plusieurs détenus de la prison de Lingen ont hésité à participer au programme, puisque cela impliquait de s'identifier comme utilisateur de drogue par injection auprès du personnel.

Enfin, l'évaluation n'a recensé aucun nouveau cas de VIH parmi les participants permanents aux projets pilotes. Elle a également noté une diminution marquée du nombre d'abcès.

L'établissement de Lichtenberg, visité pour les fins du présent rapport, n'a rapporté aucun incident où une seringue aurait été utilisée comme arme, bien qu'un employé se soit accidentellement blessé avec une seringue. Dans ce cas, un employé a trouvé une seringue et l'a placée dans une enveloppe; puis un autre employé s'est piqué en ramassant l'enveloppe. Au début du programme de Lichtenberg, le taux d'échange de seringues était élevé, mais il a ensuite décliné. Les employés attribuent ce phénomène au fait que plusieurs détenues ont participé au programme à ses débuts, en croyant qu'un fort taux de participation assurerait son maintien.

Situation actuelle

Depuis 2001, les programmes d'échange de seringues des prisons allemandes sont cependant la cible d'attaques politiques. En 2002, les programmes des prisons de Hannöversand (pour femmes), d'Am Hasenberge (pour hommes) et de la prison ouverte de Vierlande (pour femmes et hommes), à Hamburg, ont été interrompus. Cette décision a été prise par un gou-

Depuis 2001, les programmes d'échange de seringues des prisons allemandes se heurtent à des attaques politiques.

vernement de coalition de centre-droite formé en septembre 2001, malgré l'absence de tout signe ou preuve de problème. Il est évident que l'abandon de ces programmes traduit des motifs politiques et idéologiques. Faisant fi de six années de preuves de l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans des prisons allemandes, ce gouvernement a prôné l'abolition des mesures de réduction des méfaits et affirmé son intention d'éliminer les drogues en prison.¹⁵⁰

Le 1^{er} juin 2003, les programmes d'échange de seringues des prisons de Vechta et de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe ont été interrompus dans des circonstances semblables par un nouveau gouvernement libéral centriste en Basse-Saxe.

À Berlin, au début de 2004, la coalition sociale-démocrate et socialiste a mis fin à un des deux programmes d'échange de seringues. Le motif invoqué est un manque allégué d'acceptation du programme par les employés. Le gouvernement a également soutenu que l'on n'avait pas observé dans la prison un taux de VIH inférieur à celui d'une prison sans initiative d'échange de seringues – mais cette allégation n'est appuyée par aucune recherche épidémiologique.

Dans chacun de ces cas, la décision d'interrompre le programme d'échange de seringues a été prise sans consulter les employés de la prison concernée et sans occasion de préparer les détenus à la perte du programme. En Basse-Saxe, la décision du gouvernement de mettre fin à l'échange de seringues le 1^{er} juin 2003 n'a été annoncée que trois jours à l'avance, à la

veille d'un week-end férié. Il n'a donc pas été possible de discuter du changement de politique avec les détenus qui accédaient au programme; autrement dit, du jour au lendemain, ces détenus ont perdu l'accès à un programme qui leur fournissait des seringues stériles depuis sept ans.

En juin 2003, des entretiens avec des détenues de la prison de Vechta ont révélé que, depuis la fin du programme, plusieurs ont commencé à partager des seringues et ont régressé vers des pratiques qui leur étaient auparavant inconnues, comme emprunter ou louer des seringues d'autrui. Dans l'établissement de Lingen, on a rapporté qu'une seringue coûte maintenant 10€ ou deux paquets de cigarettes, sur le marché noir. Avant, les seringues étaient rangées de façon sûre dans des contenants de plastique à la vue des employés. Maintenant, elles sont cachées, ce qui accroît le risque de blessure pour le personnel.

Fait intéressant, outre les professionnels de la santé publique, les employés de ces prisons sont parmi les plus ardents détracteurs des décisions gouvernementales. Par exemple, à la prison de Vechta, des employés ont lancé une pétition pour inciter le gouvernement à rétablir le programme. Leur représentant officiel a écrit au gouvernement pour réfuter l'allégation du ministre de la Justice de la Basse-Saxe à l'effet que le retrait du programme résultait d'un manque d'appui du personnel. À la prison de Lichtenberg, à Berlin, les employés (dont 85% s'opposaient à l'introduction du programme d'échange de seringues en 1998) sont maintenant les principaux acteurs d'une campagne revendiquant que le gouvernement rétablisse le programme. Ces exemples montrent que les programmes d'échange de seringues comportent des bienfaits pour les employés des prisons, et que ceux-ci peuvent leur apporter un solide appui.

De façon générale, la décision de certains gouvernements d'États allemands de mettre fin aux programmes d'échange de seringues en prison illustre clairement la nature controversée de ces initiatives, même dans les ressorts où elles ont un historique de succès. L'interruption de programmes efficaces d'échange de seringues, sans preuves à l'appui d'une telle décision, est injustifiable sur le plan de la santé publique; cela témoigne du triomphe de l'idéologie et des considérations politiques injustifiées, au détriment de politiques de santé publique saines.

Depuis l'interruption du programme d'échange de seringues en prison, plusieurs détenues ont commencé à partager des seringues.

Les employés de ces prisons sont parmi les plus ardents détracteurs des décisions gouvernementales.

Espagne

Sommaire

On compte 69 prisons en Espagne qui sont gérées par le ministère de l'Intérieur. Onze autres sont administrées par le gouvernement de la région autonome de la Catalogne.

Le premier programme d'échange de seringues dans une prison espagnole a été introduit en juillet 1997, dans la prison de Basauri, à Bilbao, dans la région basque. Il a été suivi par des programmes pilotes dans la prison de Pamplona (1998) et celles d'Orense et de Tenerife (1999). En juin 2001, la Direction générale des prisons a ordonné que des programmes d'échange de seringues soient mis en œuvre dans toutes les prisons. À la fin de 2001, c'était chose faite dans 11 prisons. À la fin de 2002, le nombre de prisons dotées de programmes d'échange de seringues avait augmenté à 27, puis en 2003 on en comptait 30.¹⁵¹

À l'heure actuelle, le mandat d'établir des programmes d'échange de seringues est en vigueur pour toutes les prisons sous la juridiction du ministère espagnol de l'Intérieur, à l'exception des prisons psychiatriques et d'une prison à sécurité maximale. On trouve aussi un

programme pilote d'échange de seringues dans une prison sous la juridiction du gouvernement de la Catalogne.

Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Espagne

À la fin de 2003, le nombre de prisons d'Espagne dotées d'un programme d'échange de seringues était passé à 30.

D'après les statistiques de l'ONUSIDA et de l'OMS, on comptait quelque 130 000 adultes (de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida en Espagne à la fin de 2001, et un taux de prévalence de 0,5%.¹⁵² Le taux de prévalence du VHC dans la population générale est d'environ 3%.¹⁵³ Bien qu'il ait décliné depuis quelques années en raison d'une vaste mise en œuvre de programmes de réduction des méfaits (comme l'entretien à la méthadone et l'échange de seringues), le taux de prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues demeure élevé : de 37,1% qu'il était en 1996, il avait diminué à 33,5% en 2000. En date de juin 2001, 39 681 cas cumulatifs de sida liés à l'injection de drogue avaient été inscrits au registre national d'Espagne sur le sida – soit 65% de tous les cas de sida identifiés jusque-là.¹⁵⁴

Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons d'Espagne

Approximativement la moitié des détenus d'Espagne ont des antécédents d'usage de drogue, à leur entrée en prison. La vaste majorité des détenus qui demandent un traitement de la toxicomanie pendant leur détention le font pour la dépendance à l'héroïne (85%). Cependant, on a noté depuis quelques années une augmentation de l'injection de cocaïne.¹⁵⁵

Les taux de VIH et de VHC parmi les détenus espagnols sont élevés. Alors que les détenus représentent 0,01% de la population du pays, on trouve parmi eux 7% des cas diagnostiqués de sida.¹⁵⁶ Les taux d'infection sont particulièrement élevés parmi ceux qui ont des antécédents d'injection de drogue. En 1989, la première étude transversale sur la prévalence du VIH parmi les détenus a mesuré un taux de prévalence de 32%.¹⁵⁷ Depuis, de rigoureuses initiatives de prévention du VIH ainsi que de réduction de méfaits, dans la communauté de même qu'en prison, ont produit des résultats notables. Le taux de prévalence du VIH dans les prisons était d'approximativement 23% au début des années 1990;¹⁵⁸ en 2000, le taux rapporté avait diminué à 16,6%.¹⁵⁹ Un rapport conjoint de 2002, par le ministère de l'Intérieur et celui de la Santé et des Affaires des consommateurs, estimait le taux de prévalence du VIH à 15% et celui du VHC à 40%.¹⁶⁰ Parmi les femmes incarcérées, le taux d'infection à VIH est particulièrement élevé : en 2001, il était estimé à 38%.¹⁶¹

La majorité des cas de sida parmi les détenus d'Espagne est composée de personnes qui s'injectent des drogues.¹⁶² Environ 90% des détenus vivant avec le sida déclarent l'injection de drogue comme facteur de risque.¹⁶³ Les taux rapportés d'infection à VIH parmi les détenus espagnols ayant des antécédents d'injection de drogue ont été jusqu'à 46,1%.¹⁶⁴

Les taux de VHC sont encore plus élevés, en particulier parmi les personnes qui s'injectent des drogues. D'après une étude du Service de santé pénitentiaire, en 1998, quelque 46,1% des détenus vivaient avec l'infection à VHC.¹⁶⁵ En 2002, l'estimé du taux de prévalence du VHC était de 40%.¹⁶⁶ Parmi les détenus ayant des antécédents d'injection de drogue, il atteignait les 90%. Même parmi les détenus sans antécédents d'injection de drogue, le taux d'infection à VHC est élevé : 20% parmi ceux qui ont subi le test.¹⁶⁷ La co-infection à VIH/VHC est aussi un problème important. On estime que jusqu'à 83,5% des détenus espagnols vivant avec le VIH/sida sont aussi atteints de l'infection à VHC,¹⁶⁸ et que 31% de l'ensemble des femmes incarcérées vivent avec la coinfection à VIH/hépatite.¹⁶⁹

Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons d'Espagne

Bien que le système pénitentiaire de l'Espagne ait développé des programmes complets de traitement de la toxicomanie, de même que d'abstinence en créant des unités sans drogue dans plusieurs prisons, il reconnaît expressément que « les utilisateurs de drogue ne sont pas tous candidats pour des programmes fondés sur l'abstinence ».¹⁷⁰ On y a mis en œuvre une approche à plusieurs facettes, assortie d'initiatives de réduction des méfaits.

Cette approche est soutenue par divers instruments juridiques et de politiques, qui appuient l'expansion des programmes de réduction des méfaits pour les détenus. La Constitution espagnole, par exemple, établit que les peines de prison et les mesures de sécurité doivent viser la rééducation et la réinsertion sociale des individus ainsi que la protection de leur santé.¹⁷¹ L'alinéa 3.3 de la Loi générale sur les prisons stipule aussi que « le système pénitentiaire veillera à préserver la vie, la santé et l'intégrité des détenus ». Plus récemment, le Plan national 2000-2008 sur les drogues a introduit des références explicites à la santé en prison, notamment un appel à « diversifier la gamme de programmes accessibles en prison pour la réduction des méfaits, par des initiatives comme l'expansion des programmes d'échange de seringues ».¹⁷²

L'entretien à la méthadone a été introduit dans les prisons d'Espagne en 1992, pour contribuer à réduire la transmission du VIH et du VHC par l'injection de drogue. En 1998, ce traitement était disponible dans toutes les prisons, à l'exception d'un petit établissement sur l'île de Tenerife. Au cours de l'année 2000, plus de 23 000 détenus ont reçu de la méthadone.¹⁷³

Le premier projet pilote d'échange de seringues en prison s'est déroulé en 1997. En novembre 1998, la Direction générale pour les prisons a émis la recommandation que toutes les prisons mettent en œuvre des mesures de réduction des méfaits et considèrent d'y inclure des programmes d'échange de seringues.¹⁷⁴ En juin 2001, elle a émis une directive à l'effet que toutes les prisons mettent en œuvre des programmes d'échange de seringues.

Pendant l'année 2000, plus de 23 000 détenus espagnols recevaient un traitement à la méthadone.

L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues

Le premier programme

En décembre 1995, un document de discussion et de consultation du Parlement basque recommandait que le Secrétariat d'État aux prisons mette en œuvre trois programmes pilotes d'échange de seringues dans des prisons de la Communauté autonome basque, suggérant que ces projets puissent servir à évaluer la faisabilité d'en introduire par la suite à plus grande échelle dans le système pénitentiaire.¹⁷⁵

En janvier 1996, un comité de planification a été créé pour examiner la question de l'échange de seringues en prison et formuler des recommandations sur le sujet. Sa principale conclusion fut que des programmes d'échange de seringues en prison devraient être mis en œuvre en collaboration avec le personnel d'un organisme non gouvernemental externe qui fournit déjà des services en prison. Par suite de démarches d'éducation et de consultation auprès des employés de prisons, le premier programme pilote d'échange de seringues a été établi en juillet 1997 au Centre pénitentiaire de Basauri, à Bilbao, un établissement pour hommes qui loge 250 détenus.¹⁷⁶ Des 180 détenus admis en 1995, un tiers s'injectaient régulièrement des drogues; la moitié de ces derniers étaient séropositifs au VIH.

À Basauri, l'échange est fait par des employés d'organismes non gouvernementaux, à

raison de cinq heures par jour, dans deux endroits peu en vue dans la prison. En plus d'une seringue stérile, les détenus reçoivent une trousse de réduction des méfaits qui contient un tampon d'alcool, de l'eau distillée, un coffret de plastique pour ranger la seringue, ainsi qu'un condom. Le programme met l'accent sur le rangement sécuritaire des seringues dans les coffrets afin de réduire les risques de blessures accidentelles avec des aiguilles. Les seringues fournies portent une marque, afin de les distinguer des seringues de contrebande.¹⁷⁷

Deux ans et demi après l'amorce du programme pilote, on avait échangé 16 500 seringues; plus de 600 détenus avaient eu recours au programme. On n'a signalé aucun incident violent impliquant une seringue.

Expansion à d'autres prisons

En octobre 1996, la Cour pénale de la province de Navarre a ordonné que les responsables de la prison de Pamplona fournissent des seringues stériles aux détenus. En 1997, comme suite à de nombreuses plaintes, le Bureau de l'Ombudsman a aussi recommandé la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues.¹⁷⁸ En novembre 1998, un programme d'échange de seringues en prison a été amorcé à Pamplona. D'autres programmes ont emboîté le pas en 1999, à Tenerife, San Sebastián et Orense.

Partant de l'expérience acquise grâce à ces programmes, les responsables du Plan national sur le sida et la Direction générale des prisons ont mis sur pied un Groupe de travail sur l'échange de seringues en prison. Les objectifs du groupe consistaient à « élaborer des recommandations pour standardiser autant que possible les conditions d'introduction, les critères d'action ainsi que les indicateurs pour l'évaluation des programmes d'échange de seringues en prison ». ¹⁷⁹ Le rapport du Groupe de travail, *Key Elements for the Implementation of Syringe Exchange Programs in Prison*, a été publié en avril 2000. À ce moment, des programmes d'échange de seringues étaient déjà en opération dans neuf prisons de la région basque, de la Galicie, des Îles Canari et de la province de Navarre. En octobre 2001, on a rapporté que ces programmes avaient échangé 5 488 seringues.¹⁸⁰ À la fin de 2001, on comptait des programmes d'échange de seringues dans onze prisons de l'Espagne.¹⁸¹

Au constat de l'expérience positive de ces projets, le gouvernement espagnol s'est engagé à en élargir la disponibilité; en mars 2001, le Parlement a approuvé un document consultatif où était recommandée la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans toutes

Au constat de l'expérience positive des premiers projets d'échange de seringues, le gouvernement espagnol s'est engagé à en élargir la disponibilité.

les prisons du pays.¹⁸² Dès lors, les choses ont évolué rapidement. En juin 2001, la Direction générale des prisons a diffusé une directive requérant la mise en œuvre de tels programmes dans toutes les prisons. Suivit, en octobre, une directive de la Sous-direction générale de la santé en prison précisant que des programmes d'échange de seringues devaient être introduits avant janvier 2002, dans toutes les prisons. En mars 2002, le ministère de l'Intérieur et celui de la Santé et des Affaires des consommateurs ont publié le document *Needle Exchange in Prison: Framework Program*, qui fournit aux prisons des directives, des politiques, des procédures et du matériel de formation

et d'évaluation, en lien avec la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues.¹⁸³ À la fin de 2002, on avait échangé 12 970 seringues, dans 27 prisons espagnoles.¹⁸⁴ Un projet pilote en la matière a aussi été établi dans une prison qui relève du gouvernement catalan. Dans toutes les prisons, l'échange se fait exclusivement de main à main, dans des endroits discrets. Dans plusieurs cas, en particulier dans les grands établissements, le matériel stérile est disponible à plusieurs endroits.

Les services d'échange de seringues sont fournis par le personnel des soins de santé (infirmiers ou médecins) ou par le personnel de santé en collaboration avec des organismes non

gouvernementaux de l'extérieur. Comme dans d'autres ressort, l'échange de seringues fait partie d'une approche plus vaste en matière de drogue, de réduction des méfaits ainsi que de promotion de la santé (qui englobe l'éducation, le counselling et les services de traitement). La fréquence de la fourniture des seringues stériles varie, de deux jours par semaine à une distribution quotidienne, selon l'établissement. Les heures d'opération varient aussi, mais en général il s'agit d'une plage horaire de deux à quatre heures, le matin ou le soir.¹⁸⁵

Plutôt que seulement des seringues, on fournit des trousse de réduction des méfaits. La politique veut que ces trousse contiennent une seringue dans un coffret de plastique transparent, de l'eau distillée et un tampon alcoolisé. Dans certaines prisons, les trousse incluent aussi chauffeirs et filtres. Deux gabarits de seringues sont disponibles, selon que l'on s'injecte de la cocaïne ou de l'héroïne. Les détenus qui ont recours au programme sont tenus de garder en tout temps leur seringue rangée dans le coffret, que ce soit dans leur cellule ou sur eux. En cas de fouille par le personnel, ils doivent déclarer leur possession d'une seringue ainsi que l'endroit où elle est rangée.¹⁸⁶ Les seringues qui ne sont pas remises par le programme officiel sont interdites et on les confisque.

Bien que plusieurs administrations pénitentiaires aient tendance à élaborer des ensembles de règles et règlements sur tous les aspects, les directives des prisons espagnoles sont très progressistes et pragmatiques. Par exemple, en ce qui a trait à la sécurité du personnel, le Programme-cadre signale que :

On devrait tenir compte aussi qu'il est déconseillé d'établir un grand nombre de règles, puisqu'un trop grand nombre de règles vient à diluer l'importance des règles de base. Il est plus facile d'assurer le respect d'un nombre minimal de règles élémentaires qui ont un impact réel sur le maintien de la sécurité que d'appliquer un programme assorti de nombreuses règles accessoires qui pourraient entraîner une négligence des règles de prévention efficaces et conduire par le fait même à un plus grand risque d'accident.¹⁸⁷

Un certain nombre de caractéristiques des politiques espagnoles méritent un examen plus attentif.

Premièrement, les directives sur le programme ne requièrent pas que l'on se limite strictement à des échanges unitaires. Bien qu'on y signale que « la règle devrait être l'échange, i.e. que la seringue précédente doit être retournée avant l'obtention d'une nouvelle trousse », on y reconnaît aussi que « une attitude souple devrait être maintenue, à l'égard de l'application de [la règle d'un contre un], en gardant à l'esprit que l'objectif principal du programme est de prévenir le partage de seringues usagées »,¹⁸⁸ Les directives prévoient que « le nombre de trousse à fournir dépend de la fréquence de l'échange ainsi que des habitudes de consommation de l'utilisateur : on devrait en fournir suffisamment pour satisfaire les besoins du détenu, de manière à ce qu'il n'ait pas à réutiliser la même seringue le lendemain. »¹⁸⁹

Deuxièmement, les détenus qui ont recours à l'entretien à la

L'échange de seringues dans les prisons espagnoles est fait par des employés de l'unité des soins de santé, ou ces derniers en collaboration avec des ONG de l'extérieur.

La politique veut que les trousse de réduction des méfaits contiennent une seringue dans un coffret de plastique transparent, de l'eau distillée et un tampon alcoolisé.



Trousse de réduction des méfaits (prison Soto de Real, Madrid).
(photo : Peter Dimakos)

méthadone ne sont pas exclus de l'accès au programme d'échange de seringues. Trois raisons sont invoquées à l'appui de cette décision : on reconnaît que certaines personnes qui prennent de la méthadone continueront à s'injecter d'autres drogues, soit de manière sporadique, soit régulièrement, et que cela indique habituellement qu'on ne leur fournit pas une dose suffisante de méthadone; par ailleurs, on reconnaît la possibilité que les personnes qui prennent de la méthadone continuent de s'injecter de la cocaïne; en outre, on admet que les patients qui suivent un traitement à la méthadone puissent servir d'intermédiaire pour obtenir des seringues stériles destinées à d'autres individus qui ne veulent pas s'identifier au personnel de santé comme utilisant des drogues par injection.¹⁹⁰

Les directives permettent aussi la remise de seringues stériles aux détenus qui vivent dans les unités sans drogue, de même qu'à ceux qui participent à des programmes axés sur l'abstinence. Il est recommandé que les demandes de seringues par ces détenus soient « abordées d'un point de vue thérapeutique, et que les mesures thérapeutiques appropriées soient

Les détenus qui ont recours à l'entretien à la méthadone ne sont pas exclus de l'accès au programme d'échange de seringues.

entreprises pour les aider à vaincre leur rechute – mais que l'on ne devrait jamais refuser de remettre du matériel d'injection stérile ».¹⁹¹

Les seuls cas de restriction possible à la participation à un programme d'échange de seringues concernent les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui posent un danger et celles qui sont considérées particulièrement violentes. Dans chacun de ces cas, les directives suggèrent que le cas individuel soit évalué. Par exemple, dans le cas de détenus violents, les responsables de prisons sont encouragés à « régler les moyens d'accès des détenus particulière-

ment dangereux, en gardant à l'esprit qu'il est toujours préférable d'adopter des règles spéciales de sécurité, pour ces détenus, que de leur refuser l'accès à des seringues stériles ».¹⁹² La participation au programme peut aussi être refusée si un individu se sert d'une aiguille comme arme ou enfreint continuellement les règles du programme.¹⁹³

Évaluation et leçons à retenir

Pour l'évaluation du projet pilote de Basauri, on a formé un comité de suivi mandaté d'examiner et d'évaluer le programme en progrès.¹⁹⁴ Des évaluations impliquant la consultation de détenus et d'employés ont été réalisées avant le début du programme, puis après trois et six mois. Une évaluation au terme de 12 mois a été jugée impossible à réaliser, puisque le

Seulement les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles qui sont particulièrement violentes peuvent être exclues du recours à un programme d'échange de seringues.

roulement élevé au sein de la population de la prison signifiait que peu de détenus dans cette prison au début du projet s'y trouvaient encore après un an. Cependant, on a procédé à une évaluation après 22 mois, auprès des intervenants correctionnels et non gouvernementaux.

Les détenus qui ont eu accès au programme n'ont pas subi d'obstruction de la part des agents correctionnels; ils appuyaient la méthode voulant que le programme soit réalisé par des organismes non gouvernementaux de l'extérieur. Il a été noté que cette caractéristique – le contact personnel – était préférable à l'utilisation d'un distributeur automatisé. De plus, l'évaluation a permis de constater que la consommation de drogues par les détenus n'avait pas augmenté, et qu'il y avait eu diminution des comportements à risque.

Les agents correctionnels ont aussi signalé des expériences très positives, en lien avec le projet pilote. Ils n'ont pas signalé de problèmes ou conflits avec les détenus, associés aux programmes, et il n'y a eu aucun cas d'utilisation de seringue comme arme. En dépit de leurs commentaires positifs à l'égard du programme, ils ont exprimé qu'ils préféreraient qu'il soit

réalisé par du personnel de la prison plutôt que par un organisme de l'extérieur.

Les employés de l'organisme non gouvernemental n'ont signalé aucun cas de détenu puni par le personnel de la prison pour avoir eu recours au programme; ils ont aussi fait valoir que le programme offre un moyen efficace de joindre les détenus par des messages de promotion de la santé et de les référer à d'autres programmes de santé. Par ailleurs, ils ont suggéré qu'un certain degré de souplesse était nécessaire, dans le cadre du programme, en ce sens qu'une politique d'échange unitaire n'était pas toujours possible à appliquer. Cette question a été soumise à des discussions au sein du comité de suivi. Les employés de l'organisme externe se sont prononcés en faveur de la souplesse, en lien avec cette politique. Leur principale préoccupation était la réticence à refuser une seringue stérile à des détenus qui n'avaient pas de seringue usagée à échanger, puisque le résultat risquerait de placer ces individus dans une situation où ils n'auraient d'autre choix que de partager celle d'un autre. Les gardiens de la prison étaient toutefois inquiets sur le plan de la sécurité. On finit par s'entendre à l'effet qu'un taux de retour de 80% était acceptable (le taux de retour mesuré dans le déroulement du programme était de 82%).

Les évaluations des autres projets pilotes ont aussi été positives. Dans la discussion sur l'expérience de neuf programmes d'échange de seringues en prison, un rapport de 2001 préparé par les responsables du Plan national en matière de drogues signale que « [c]es expériences ont montré que ces programmes peuvent être reproduits dans un environnement pénitentiaire sans entraîner de distorsion ou de problèmes directs ». ¹⁹⁵ Le document de 2002, *Needle Exchange in Prison: Framework Program*, contenait les conclusions suivantes de l'évaluation des programmes d'échange de seringues dans des prisons espagnoles : ¹⁹⁶

- La mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en prison est faisable, comme dans la communauté générale, et elle est adaptable aux conditions d'exécution des peines.
- Les programmes d'échange de seringues en prison, comme dans la communauté, génèrent des changements comportementaux qui réduisent les risques associés à l'injection de drogue.
- Les programmes d'échange de seringues en prison favorisent la référence des utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie.
- La mise en œuvre d'un programme d'échange de seringues en prison n'entraîne généralement pas d'augmentation de l'usage de drogue, ni d'augmentation de l'usage d'héroïne ou de cocaïne par voie parentérale.
- Un programme d'échange de seringues en prison devrait fonctionner avec une certaine marge de souplesse et être adapté aux circonstances personnelles de chaque détenu, sans toutefois oublier les conditions d'encadrement de chaque programme.
- La coexistence d'un programme d'échange de seringues et d'autres programmes d'intervention ou de prévention, en matière de toxicomanie, est réalisable.

L'expérience de l'échange de seringues dans les prisons espagnoles a également permis de constater que le taux d'utilisation de drogues par injection n'avait pas augmenté, qu'il n'y avait pas eu de blessures accidentelles sur des aiguilles, pas d'augmentation des conflits entre détenus ni entre des détenus et des membres du personnel, ni de cas d'utilisation de seringues comme armes; de plus, l'appui du personnel à l'égard des programmes avait augmenté au fur et à mesure du déroulement. ¹⁹⁷

Les agents correctionnels ont signalé des expériences très positives en lien avec le projet pilote.

Les programmes d'échange de seringues en prison favorisent la référence des utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie.

Il est toujours préférable de trouver un moyen de fournir du matériel stérile à un détenu qui s'injecte des drogues que de le pousser dans une situation où il partagera du matériel usagé.

À présent que l'échange de seringues est étendu à l'échelle nationale, des directives pour l'évaluation continue ont été développées et intégrées au Programme cadre. Un logiciel appelé SANIT est utilisé dans chaque prison pour compiler le nombre d'utilisateurs du programme, le nombre de seringues fournies et rapportées, les adhésions et abandons du programme ainsi que les raisons de ces derniers. On consigne également des renseignements sur l'état de santé. Afin de préserver la confidentialité des utilisateurs de programme, un pseudonyme ou un numéro généré au hasard sert d'identificateur des participants. Outre des données quantitatives, l'évaluation inclut le feed-back qualitatif des détenus et employés. Des questionnaires standardisés et anonymes, pour la collecte de ces données, sont fournis dans le document du Programme cadre. Il est suggéré d'effectuer au minimum des évaluations annuelles, ou plus fréquentes (i.e. à intervalles de trois, six ou douze mois). En conséquence, une évaluation continue des programmes sera disponible annuellement, à l'échelle nationale.

Trois leçons se dégagent de l'expérience de l'Espagne.

Il est possible de mettre rapidement en œuvre des programmes d'échange de seringues en prison, à l'échelle nationale, si une volonté politique se combine à un solide plan de réalisation.

Premièrement, les responsables de l'administration des programmes d'échange de seringues maintiennent un solide engagement à l'égard des objectifs et bienfaits sanitaires du programme, d'une philosophie de réduction des méfaits, ainsi que du droit des personnes incarcérées à la santé. Ainsi, le système pénitentiaire espagnol est parvenu à développer des approches très progressives, pragmatiques et souples, devant les problématiques et défis liés aux programmes. Les solutions adoptées, devant des questions controversées (comme celle de privilégier ou non l'échange unitaire; l'accès à l'échange de seringues pour les détenus supposés être abstinents parce qu'ils suivent un traitement à la méthadone ou sont logés dans des unités « sans drogue »; ou l'accès aux seringues pour les détenus violents ou psychotiques) sont toutes fondées sur le principe élémentaire que les personnes incarcérées ont le droit de se protéger contre les infections à VIH et à VHC, le principe que les réactions de réduction des méfaits doivent être adaptées pour satisfaire des besoins individuels et particuliers, et qu'il est toujours préférable de trouver un moyen de fournir du matériel stérile à un détenu qui s'injecte des drogues que de le pousser ou de le laisser dans une situation où il partagera du matériel usagé. Voilà une leçon importante pour les autres ressorts.

Deuxièmement, l'exemple espagnol démontre le bien-fondé de fournir des directives et principes clairs, pour les programmes d'échange de seringues en prison, tout en laissant aux établissements une certaine souplesse quant à la manière de les appliquer. Cela revêt une importance particulière, puisqu'il serait difficile d'imposer une politique strictement uniforme à l'échelle d'un système qui compte 69 prisons qui ont chacune leurs caractéristiques, notamment sur le

plan de la taille, de la région et de la cote de sécurité. Cependant, la publication de directives claires, de principes, ainsi que d'instructions politiques claires, à l'effet que ces programmes devaient être mis en œuvre avant une certaine échéance, a permis de faire en sorte que les établissements rendent le service disponible, tout en tenant compte de leurs particularités.

Cela nous mène à une autre leçon à retenir de l'expérience espagnole : il est possible de mettre rapidement en œuvre des programmes d'échange de seringues en prison, à l'échelle nationale, lorsque la volonté politique se combine à un solide plan de réalisation. À la fin de 2001, onze prisons avaient un programme d'échange de seringues. À peine 18 mois plus tard, l'infrastructure législative et les politiques étaient en place, pour une mise en œuvre dans les 69 prisons du pays, et des programmes étaient déjà en fonction dans 27 d'entre elles.

Situation actuelle

À l'heure actuelle, la législation et les politiques nécessaires à la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans les 69 prisons administrées par le ministère espagnol de l'Intérieur sont en place, hormis le cas des prisons psychiatriques et d'une prison à sécurité élevée. À la fin de 2002, des seringues étaient distribuées dans 27 prisons; ce nombre était de 30 à la fin de 2003.¹⁹⁸ Un programme pilote avait également été amorcé dans une des 11 prisons du ressort autonome du gouvernement de la Catalogne. Le ministère espagnol de l'Intérieur procédera à une évaluation annuelle des programmes.

Moldavie

Sommaire

Le premier programme d'échange de seringues dans une prison de la Moldavie a été initié en mai 1999 dans la Prison Colony 18 (PC18), à Branesti. Au début, les seringues stériles étaient remises aux détenus par des employés de l'unité de santé de la prison. Après quatre à cinq mois, cependant, on a modifié la méthode de distribution pour adopter un modèle impliquant des pairs; cette méthode a ensuite été conservée.

En mai 2002, partant du constat de réussite du projet pilote dans la PC18, un deuxième programme d'échange de seringues a été initié, à la Prison Colony 4 (PC4), à Cricova. Le programme de la PC4 est aussi basé sur l'intervention de pairs. Un troisième projet, dans la prison pour femmes de Rusca, a été amorcé en août 2003.

Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Moldavie

Avant 1995, on recensait moins de 10 cas de VIH par année, en Moldavie. Cependant, une épidémie d'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues a entraîné une importante augmentation de ces statistiques. À la fin de 2001, d'après l'ONUSIDA et l'OMS, on comptait quelque 1 500 adultes (de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH en Moldavie, dont la majorité avait contracté le VIH par l'injection de drogue. Dans leur rapport de 2002, l'ONUSIDA et l'OMS signalaient que 66,7% des cas de sida en Moldavie étaient associés à l'injection de drogue (73,7% chez les hommes et 57,1% chez les femmes).¹⁹⁹ Des médecins qui travaillent dans ce pays ont affirmé qu'un taux aussi élevé que 83% de l'ensemble des infections par le VIH serait maintenant lié à l'injection de drogue.²⁰⁰

Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons de Moldavie

Le nombre de détenus vivant avec le VIH/sida, en septembre 2002, s'y élevait à 210, ce qui correspond à un taux de prévalence du VIH/sida environ 100 fois plus élevé que dans la communauté générale.²⁰¹ Douze p. cent (12%) des cas signalés d'infection à VIH dans les prisons moldaves touchent des femmes. Cependant, ces statistiques sous-estiment l'étendue de la prévalence du VIH, car elles n'incluent que les cas diagnostiqués. Il n'y a pas de programme universel de test du VIH dans les prisons; on croit que la prévalence réelle du VIH y est plus élevée.²⁰²

Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons de Moldavie

L'élaboration d'initiatives de réduction des méfaits dans les prisons moldaves a été dirigée par la Health Reform in Prisons, un organisme non gouvernemental regroupant des médecins de prisons, fondé en 1997 par l'ancien chef du département de la santé carcérale. Puisque ses

membres sont ou ont été des médecins de prison, cet organisme était dans une position unique, vis-à-vis de l'administration carcérale, pour faire valoir la nécessité de mettre en œuvre des mesures de réduction des méfaits.

Health Reform in Prisons, avec la collaboration du ministère des Prisons de la Moldavie ainsi que l'aide financière de l'Open Society Institute, du Soros Foundation Network, a commencé en 1999 à fournir des programmes de prévention du VIH en prison.²⁰⁴ L'organisme a ensuite implanté des programmes et services en matière de VIH et de réduction des méfaits dans 19 prisons du pays. Ses activités incluent l'éducation des détenus et du personnel à propos de la prévention du VIH, l'éducation par des pairs, la création et la dissémination de matériel d'éducation, l'achat de matériel de prévention et de réduction des méfaits, la distribution de condoms et de désinfectants ainsi que la fourniture de seringues stériles dans deux prisons.

Cas diagnostiqués de VIH/sida en Moldavie

<i>Année</i>	<i>Population générale</i>	<i>Population carcérale²⁰³</i>
1997	404	38
1998	408	78
1999	155	122
2000	64	134
2001	1300	179
jusqu'à septembre 2002	1620	210

Jusqu'à septembre 2002, le projet avait joint quelque 14 000 détenus (79% de la population carcérale de la Moldavie) et 1 600 employés de prisons. Health Reform in Prisons distribue maintenant des condoms, des désinfectants et de l'information dans toutes les prisons de la Moldavie. Depuis l'amorce du projet, plus de 30 000 items informatifs ont été distribués.²⁰⁵

L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues

Le premier programme

En mai 1999, un programme pilote d'échange de seringues a été établi dans une prison²⁰⁶ – la Prison Colony 18, à Branesti. Cet établissement a été choisi pour plusieurs raisons, notamment sa proximité de la ville de Chisinau (capitale de la Moldavie, où est établi l'ONG qui coordonne le projet) et les faits qu'elle présentait la plus basse moyenne d'âge des détenus (24 à 26 ans) et le plus grand nombre de cas connus de détenus vivant avec le VIH/sida (18 cas).

La PC18 est une prison à sécurité moyenne/maximale comptant une population d'environ 1 000 hommes. L'établissement a été construit en 1950, pour héberger 250 personnes. Le système des prisons de la Moldavie est un système militaire. Le personnel de la

PC18 se compose d'environ 200 agents correctionnels (qui sont des militaires) et de 100 employés civils. Tous ses détenus travaillent dans l'une des industries de la prison (notamment une mine, une exploitation agricole et d'élevage de bétail, un moulin à grain ainsi qu'une boulangerie).

En Moldavie, 210 détenus vivaient avec le VIH/sida, en septembre 2002.

L'Administration pénitentiaire, au ministère de la Justice, était d'abord réticente à autoriser le projet, craignant que la fourniture de seringues stériles n'entraîne une augmentation de l'usage de drogue. Cependant, ces inquiétudes ont été atténuées par les résultats d'un sondage anonyme auprès des détenus, qui a révélé des cas de partage de seringues par huit à douze détenus, et l'utilisation d'instruments de fabrication artisanale pour s'injecter des drogues. Le 3 décembre 1999, l'Ordonnance 115 a été adoptée, autorisant la mise en œuvre d'un programme d'échange de seringues dans la PC18.

Le programme pilote de la PC18 s'est déroulé en deux phases. Pendant la première, les seringues étaient distribuées de main à main aux détenus par des employés de l'unité médicale. Pendant les quatre à cinq mois de cette phase, on a échangé entre 40 et 50 seringues.

Cependant, l'équipe du projet a convenu que cette méthode de distribution n'était pas satisfaisante. Sa principale inquiétude résidait dans le fait que seulement 25% à 30% des détenus connus comme s'injectant des drogues avaient recours au programme. Le Dr Nicolae Bodrug, chef de l'unité médicale de la prison et coordonnateur du projet, a identifié un certain nombre d'obstacles, notamment la difficulté à créer des liens entre le personnel médical et les détenus utilisateurs de drogues, le manque d'anonymat et de confidentialité du service et sa disponibilité limitée aux heures de bureau. Le Dr Bodrug explique que, par la suite, « afin de rendre l'échange de seringues réellement anonyme, nous avons recruté huit volontaires pour faire l'échange secondaire dans toute la colonie carcérale. L'avantage est un degré beaucoup plus élevé de confiance et de confidentialité ».²⁰⁷ Cette décision a enclenché la deuxième phase du programme.

Dans la phase II, huit pairs bénévoles ont été formés pour la fourniture de services de réduction des méfaits, dans quatre sites de la prison. Deux pairs bénévoles ont été assignés à chaque site; ils sont disponibles 24 heures sur 24 puisque leurs sites d'intervention se trouvent dans les aires de vie (des lieux d'hébergement prenant la forme de casernes, où 70 hommes ou plus vivent et dorment dans la même grande salle). Les activités et programmes sont réalisés en collaboration avec le médecin de la prison, dont le rôle est de superviser le projet et de faire la liaison entre les pairs bénévoles, le personnel de la prison et celui de la Health Reform in Prison. Dans les premiers mois de 2002, entre 65% et 70% des personnes connues comme s'injectant des drogues ont eu recours au programme en s'adressant aux pairs bénévoles. En 2002, ces derniers ont échangé 7 150 seringues.²⁰⁸

En mai 1999, un programme pilote d'échange de seringues a été établi dans la Prison Colony 18, un établissement à sécurité moyenne/maximale logeant 1 000 détenus.

Pour rendre l'échange de seringues réellement anonyme, l'unité médicale de la prison a recruté huit volontaires pour faire l'échange secondaire dans toute la colonie carcérale.

Évolution de l'échange de seringues dans la Prison Colony 18 : nombre annuel de seringues échangées²⁰⁹

<i>Année</i>	<i>Nombre de seringues échangées</i>
2000	115
2001	4 350
2002	7 150

Outre l'échange unitaire de seringues, les pairs bénévoles distribuent des condoms, des désinfectants, des tampons antiseptiques ainsi que des rasoirs. Ils fournissent aussi de l'information sur la réduction des méfaits et sur la prévention du VIH, y compris sur l'injection plus sécuritaire et les problèmes post-injection. La composition de l'équipe de pairs bénévoles est changée à chaque année.

Les pairs bénévoles distribuent des condoms, des désinfectants, des tampons antiseptiques ainsi que des rasoirs.

Expansion à d'autres prisons

Le 26 mai 2002, au constat de la réussite du projet pilote, l'Ordonnance 52 a autorisé la mise en œuvre d'un deuxième projet pilote d'échange de seringues, dans la Prison Colony 4 (PC4), à Cricova, qui compte 1 200 détenus de sexe masculin. Ce programme procède aussi de l'intervention de pairs; trois pairs volontaires y travaillent. Pendant les premiers mois du projet, entre 40 et 45 détenus ont eu recours à l'échange de seringues. À la fin de la première année, le nombre de détenus qui y ont eu recours avait augmenté à approximativement 160.²¹⁰ Les pairs bénévoles y ont échangé 7 555 seringues pendant l'année 2002.²¹¹

Distribution d'instruments de réduction des méfaits dans les prisons moldaves : statistiques nationales²¹²

Trousses d'eau de Javel	1 026
Iode	211
Rasoirs	3 550
Seringues	14 705
Condoms	100 056

Évaluation et leçons à retenir

Comme l'a signalé le D^r Bodrug, médecin à la PC18, la normalisation du concept d'échange de seringues en prison a été un défi, à la fois pour les employés et pour les détenus. Cependant, les attitudes ont évolué avec le temps. Le D^r Bodrug explique : « Nous avons souligné le fait que la réduction des méfaits est une pratique qui fonctionne bien dans d'autres lieux et qui peut protéger les employés autant que les détenus, contre l'infection à VIH. »²¹³

Un obstacle important à l'acceptation et à la réussite du programme, dans la PC18, résidait dans le fait que les gardiens de la prison, initialement, continuaient de considérer les seringues comme des objets de contrebande et de les chercher pour les confisquer. Bien que la possession et la distribution de drogues demeurent illégales dans la prison, le D^r Bodrug explique : « Nous sommes parvenus à faire accepter aux gardiens que les seringues du projet seraient légales et qu'elles ne seraient plus confisquées. »²¹⁴

Le fait d'impliquer des détenus comme bénévoles pour l'échange de seringues a eu des conséquences positives à d'autres égards, notamment un allègement de la stigmatisation et une augmentation de l'estime de soi parmi les détenus vivant avec le VIH/sida, une conscientisation accrue des détenus à la problématique de la transmission du VIH ainsi qu'une augmentation de la crédibilité des services de santé grâce à une image plus humaine.²¹⁵ Le fait que les seringues soient échangées par des détenus bénévoles, bien qu'il ait renforcé la confiance à l'égard du programme et son caractère anonyme, comporte un certain risque que l'information disséminée soit de qualité inférieure à celle que peut fournir un personnel expérimenté en soins de santé. Ainsi, la méthode doit s'accompagner d'un engagement à

fournir une formation continue et du soutien aux pairs bénévoles.

Les programmes des prisons de la Moldavie n'appliquent pas une politique stricte d'échange d'une seringue stérile contre une usagée. Contrairement aux programmes des prisons de l'Ouest de l'Europe, on n'y fournit pas de coffret pour ranger la seringue et il n'y a pas de règles sur le lieu de rangement. À l'origine, la décision de ne pas fournir de coffret de plastique a été fondée sur des considérations de coût. Plus tard, il est devenu clair que les programmes fonctionnaient bien et de manière sécuritaire sans que l'on donne de coffret de rangement. On n'a noté, dans les projets des prisons moldaves, aucun cas de seringue utilisée comme arme, ni de problème associé à des seringues usagées.

De l'expérience de mise en œuvre du premier projet pilote d'échange de seringues dans une prison de Moldavie, le D^r Bodrug résume :

Il a fallu deux années pour briser la glace – la méfiance. Nous avons dû apprendre beaucoup, dire des choses étranges et agir bizarrement aux yeux d'une majorité [sceptique]. Mais la réduction des méfaits a fini par devenir une chose normale. Et puisque le chef de l'administration des prisons est en faveur de la réduction des méfaits, de même qu'à présent le ministre de la Justice, nous pouvons être confiants qu'il y aura une expansion.²¹⁶

Situation actuelle

Un troisième programme d'échange de seringues en prison a été amorcé en août 2003 dans la prison pour femmes de Rusca. En 2003, on y avait recensé 17 cas de détenues vivant avec le VIH/sida, soit 12% de la population totale de cette prison.²¹⁷

Kirghizstan²¹⁸

Sommaire

Au Kirghizstan, un projet pilote d'échange de seringues en prison a été amorcé en octobre 2002. Au début de 2003, on a approuvé son expansion aux 11 prisons du pays. L'échange de seringues est maintenant disponible dans toutes les prisons kirghizes.

Le VIH/sida, le VHC et l'ID au Kirghizstan

L'augmentation marquée de l'injection de drogue, couplée à une situation socioéconomique difficile, au Kirghizstan, crée un risque important de croissance de l'épidémie du VIH. En juin 2003, on comptait 825 cas déclarés de VIH/sida, dont 82% étaient attribués à l'injection de drogue.²¹⁹ Selon un rapport publié par l'ONUSIDA et l'OMS en décembre 2002, « [u]ne augmentation de la propagation du VIH est maintenant aussi manifeste » au Kirghizstan.²²⁰

Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons du Kirghizstan

Dans les 11 prisons du Kirghizstan, le nombre de détenus vivant avec le VIH/sida s'est accru régulièrement en quelques années. En 2000, on ne comptait que trois cas connus de VIH



Information sur la réduction des méfaits et la prévention du VIH (Prison Colony 18, Branesti, Moldavie).
(photo : Elena Vovc)

L'implication de détenus comme bénévoles à l'échange de seringues a eu des conséquences positives dans d'autres domaines.

dans les prisons du pays. En septembre 2001, ce nombre avait grimpé à 24 – la majorité touchant des personnes qui s'injectent des drogues. En novembre 2002, plus de 150 détenus vivaient avec le VIH/sida au Kirghizstan – soit 56% des cas déclarés au pays.²²¹

L'injection de drogue et le partage de seringues sont répandus, dans les prisons kirghizes. Une enquête menée par un organisme non gouvernemental a révélé que 100% des employés correctionnels estimaient qu'il y a consommation de drogues en prison; et que 90% des détenus utilisateurs de drogue affirmaient partager des seringues sans les désinfecter.²²²

Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons du Kirghizstan

Les programmes de prévention du VIH dans les prisons kirghizes ont commencé en 1998, avant la détection d'un premier cas de VIH. Cette réponse initiale consistait en des programmes d'éducation pour les détenus et les employés de prison.

L'échange de seringues est maintenant disponible dans toutes les prisons du Kirghizstan.

En février 2001, la Direction principale de l'application des peines et son Département des établissements correctionnels ont émis une « prikaz » (consigne) sur « la prévention du VIH/sida dans les prisons du Kirghizstan », enjoignant les établissements d'adopter des mesures pour prévenir la transmission du VIH parmi les détenus. Diverses initiatives de prévention du VIH et de réduction des méfaits ont été mises en œuvre, notamment la provision de condoms et de

désinfectant, l'éducation à la prévention pour les détenus et les employés, l'éducation des pairs et le test volontaire du VIH. Un service non officiel d'échange de seringues a également été initié à l'intention des détenus vivant avec le VIH/sida.

L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues

Le premier programme

En octobre 2002, un projet pilote d'échange de seringues s'est amorcé dans la prison IK-47 (à sécurité maximale). Le projet dessert quelque 50 détenus qui échangent leurs seringues à tous les jours (le nombre moyen d'échanges quotidiens est d'environ 50).

On a décidé que les échanges devraient s'effectuer dans un lieu où les détenus ne pourraient pas être vus par les gardiens de sécurité – on a donc choisi l'unité médicale. L'échange de seringues est offert à tous les détenus, dans l'unité des narcotiques de l'hôpital central de l'établissement. Un détenu peut demander à se rendre à l'unité médicale pour recevoir des services, et échanger sa seringue par la même occasion. Une autre option est offerte : l'échange de seringues par des pairs bénévoles, comme dans le modèle moldave. Les coordonnateurs du projet ont jugé ces deux approches nécessaires.

Au début du projet pilote, tous les participants ont reçu une seringue. Chaque seringue usagée pouvait être échangée contre une neuve. Seuls les détenus inscrits au projet pilote pouvaient accéder au service. On a comptabilisé les échanges et fourni de l'éducation au personnel.

Expansion à d'autres prisons

Au début de 2003, on a approuvé la provision de seringues stériles dans toutes les prisons du Kirghizstan. En septembre 2003, des programmes d'échange de seringues fonctionnaient dans six prisons sur onze (cinq pour hommes et une pour femmes). En février 2004, des fonds ont été obtenus pour l'expansion du programme à l'ensemble du système; et dès avril 2004, l'échange de seringues était disponible dans toutes les prisons du pays.²²³

Dans les 11 prisons du Kirghizstan, l'échange de seringues s'effectue par le biais de

détenus qui ont reçu une formation de pairs intervenants et qui collaborent avec l'unité médicale. Ce modèle a été adopté à la lumière de préoccupations qui ont émergé lorsque l'unité médicale était l'unique point d'échange. Étant donné que les détenus pouvaient seulement y obtenir des seringues pendant la journée, et qu'une grande partie du trafic de drogue s'effectue le soir, certains détenus qui ne consomment pas de drogue se procuraient des seringues stériles le jour, pour les vendre le soir à des détenus qui s'injectent des drogues. Ce problème a été corrigé par l'introduction du modèle des pairs intervenants. Puisque ceux-ci vivent dans la prison, ils sont disponibles 24 heures sur 24 pour fournir des seringues; le problème de la redistribution de seringues à but lucratif a été éliminé.

En septembre 2003, environ 470 utilisateurs de drogue avaient quotidiennement recours aux six programmes d'échange de seringues disponibles. En avril 2004, après l'expansion du programme aux 11 prisons, ce nombre a augmenté à près de 1 000.²²⁴ Les utilisateurs de drogue reçoivent une seringue stérile et trois aiguilles. Cela leur permet de s'injecter jusqu'à trois par jour sans avoir à réutiliser une aiguille. Cette approche réduit également les coûts du programme, puisqu'une aiguille est moins dispendieuse qu'une seringue.

On n'a recensé aucun cas d'utilisation d'une seringue comme arme; et les employés des prisons ont signalé une diminution des problèmes liés à l'injection (comme les abcès).

Situation actuelle

Des programmes d'échange de seringues fonctionnent dans les 11 prisons du Kirghizstan. On envisage la mise en œuvre d'un projet pilote d'entretien à la méthadone en 2004.

Biélorussie

Sommaire

La République de Biélorussie a amorcé un projet pilote d'échange de seringues dans une prison, l'École de réforme 15/1 de Minsk, en avril 2003.

Le VIH/sida, le VHC et l'ID en Biélorussie

Au 1er septembre 2003, on comptait 5 165 cas connus de VIH/sida en Biélorussie.²²⁵ Le VIH et l'injection de drogue soulèvent d'importantes préoccupations. En avril 2003, quelque 9 400 personnes étaient officiellement inscrites à des services de traitement de la toxicomanie. Ce nombre croît de 20% à 40% par année. On considère toutefois ces données sur les traitements comme une sous-estimation de la réalité; le nombre réel d'utilisateurs est plutôt estimé entre 40 000 et 43 000. En Biélorussie, 91% des utilisateurs de drogue pratiquent l'injection. L'injection de drogue est la principale cause de transmission du VIH – 75,5% des personnes séropositives ont contracté l'infection par cette voie.²²⁶

Le VIH/sida, le VHC et l'ID dans les prisons de Biélorussie

En mai 2003, on comptait 1 131 détenus connus comme étant séropositifs au VIH, en Biélorussie – soit 22,5% de tous les cas déclarés de VIH au pays.²²⁷

Historique de la réaction au VIH/sida, au VHC et à l'ID dans les prisons de Biélorussie

Les détenus biélorusses se voient imposer le test du VIH à leur entrée dans un centre de détention.²²⁸ Le programme d'échange de seringues fait partie d'une initiative qui englobe l'éducation aux employés et détenus, l'éducation des pairs, la provision d'information, le test

volontaire du VIH et la distribution de condoms et d'eau de Javel. Ce projet bénéficie du soutien du Comité de l'application des peines du ministère des Affaires intérieures et de l'administration de la prison.

L'introduction de programmes d'échange/distribution de seringues

La Biélorussie a amorcé un projet pilote d'échange de seringues dans une prison en avril 2003.

Le projet pilote s'est amorcé en avril 2003 à l'École de réforme 15/1 de Minsk, qui compte environ 2 000 détenus. Ce site a été sélectionné en raison de la disponibilité de spécialistes scientifiques et médicaux et de l'Hôpital national qui fournit des soins primaires à tous les détenus biélorusses connus comme séropositifs au VIH.²²⁹

Le projet pilote se poursuivra jusqu'en 2004. Dans l'établissement de Minsk, 28 détenus y sont inscrits, mais on estime à environ 200 le nombre réel d'utilisateurs de drogue. Quinze détenus sont connus comme étant séropositifs. Le programme est accessible à tous les détenus de l'établissement. Son fonctionnement s'inspire du modèle moldave : 20 détenus bénévoles distribuent des seringues à leurs pairs. Durant le premier mois, plus de 100 seringues ont été distribuées.²³⁰

Évaluation et leçons à retenir

Certains défis ont été identifiés dans la mise en œuvre du programme, notamment la réticence d'employés, l'absence d'un cadre juridique pour appuyer le programme, la courte durée du projet pilote, et le fait que les détenus qui consomment des drogues subissent encore des sanctions s'ils sont découverts. On n'a rapporté aucun cas d'utilisation d'une seringue comme arme. Le programme n'a pas encore été évalué.²³¹

Situation actuelle

Le projet pilote devait s'achever en janvier 2004 mais a été prolongé jusqu'en juin. Entre-temps, l'échange de seringues a été étendu à deux autres prisons. Le ministre des Affaires intérieures est disposé à étendre ce programme à toutes les prisons du pays, mais la mobilisation de ressources est un important obstacle à cet objectif.²³² On envisage aussi la possibilité d'amorcer un programme d'entretien à la méthadone.²³³



Analyse des données

Réfutations des objections

Certaines objections à l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison ont maintes fois été répétées. Dans plusieurs pays, y compris au Canada, ces objections constituent le fondement de l'opposition de politiciens et de responsables des systèmes correctionnels aux programmes d'échange de seringues. Les quatre principales objections aux programmes d'échange de seringues en prison sont :

1. La crainte qu'un programme d'échange de seringues n'entraîne une augmentation de la violence et l'utilisation de seringues comme armes contre des détenus et des employés.
2. La crainte que l'échange de seringues n'accroisse la consommation de drogue et/ou l'injection de drogue parmi les détenus qui ne s'y adonnent pas.
3. La crainte que l'échange de seringues ne nuise aux messages et programmes fondés sur l'abstinence, en tolérant l'usage de drogue.
4. La réserve qu'une mise en œuvre réussie de programmes d'échange de seringues dans les prisons de certains ressorts ne signifie pas nécessairement que les initiatives d'autres systèmes connaîtraient un succès comparable, puisque les programmes actuels sont adaptés à des milieux institutionnels particuliers et uniques.

Sûreté accrue dans les établissements

Une des plus importantes leçons tirées de l'expérience internationale est que l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison n'implique pas un compromis entre la santé et la sûreté. Comme l'ont expliqué Stöver et Nelles dans un examen (mené en 2003) des résultats d'évaluations de programmes d'échange de seringues :

En aucun cas des aiguilles ou seringues n'ont servi d'armes contre des employés ou des détenus.

La sûreté de programmes d'échange de seringues en prison a été observée par des responsables du Service correctionnel du Canada.

En aucun cas des aiguilles et seringues n'ont servi d'armes contre des employés ou des détenus. Cela était et demeure un aspect controversé des programmes d'échange de seringues. [Mais] les seringues n'ont pas été mal utilisées et leur mise au rebut n'a présenté aucun problème. Au chapitre de la sûreté en milieu de travail, il est intéressant de noter que le taux d'échange est élevé (presque 1:1), dans ces programmes : en Basse-Saxe, le taux de retour des seringues était de 98,9% pour le distributeur de la prison pour femmes de Vechta, et de 98,3% dans la prison pour hommes de Lingen, Gross-Hesepe... Par conséquent, le risque de blessure lié aux seringues qui ne sont pas adéquatement jetées est très faible.²³⁴ [emphase ajoutée]

La sûreté de tels programmes a été observée par des responsables du Service correctionnel du Canada (SCC). En janvier-février 1999, une délégation du Groupe d'étude du SCC sur les programmes d'échange de seringues s'est rendue en Suisse pour observer de telles initiatives dans trois prisons. Dans le rapport de la délégation, un constat portait sur la sûreté des programmes :

Les détenus impliqués dans le programme d'échange de seringues doivent conserver leur trousse à un endroit précis dans leur cellule. Cela facilite le travail du personnel lors des fouilles. Puisque l'échange des seringues et aiguilles fait partie d'un programme approuvé, les détenus n'ont pas besoin de les cacher dans leur cellule. Jusqu'ici, aucun employé n'a subi de blessure par aiguille. [trad.]²³⁵

De fait, l'accès des détenus aux moyens nécessaires pour se protéger contre le VIH et le VHC est compatible avec les intérêts de la sécurité en milieu de travail et du maintien de la sûreté et de l'ordre dans les établissements correctionnels.

La réduction de la transmission parentérale d'infections fera des prisons un milieu plus sain et moins risqué.

Toutes les données internationales signalent déjà la présence de seringues dans les prisons de plusieurs pays. Ainsi, l'allégation que l'avènement de programmes d'échange de seringues en prison stimulerait la présence de seringues dans un milieu qui en était exempt est manifestement fausse. Il faut plutôt se demander quelle situation est préférable : le statu quo – où il y a présence de seringues en prison, mais sans que l'on en connaisse le nombre ni l'emplacement, et dont la plupart sont probablement contaminées – ou la situation d'établissements dotés d'un programme d'échange de seringues adéquatement géré, où l'on connaît le nombre de seringues en circulation et les détenus qui y ont accès, et où les seringues sont stériles, ou du moins utilisées par une seule personne dont l'identité est connue? Dans une perspective de santé et de sûreté au travail, le deuxième scénario est préférable.

Dans leurs lignes directrices de 2002 pour la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en prison, les ministères espagnols de l'Intérieur et de la Santé et de la Consommation décrivent brièvement les bienfaits de l'échange de seringues sur le plan de la sûreté :

Comme on l'a déjà mentionné, l'amorce d'un programme d'échange de seringues ne devrait pas accroître les risques, mais plutôt la sûreté. Premièrement, les seringues illégales, qui sont souvent cachées et non sécuri-

taires, sont remplacées par des seringues approuvées par le programme et accompagnées d'un contenant protecteur rigide. Deuxièmement, en cas d'accident, il est moins probable que la seringue ait été utilisée puisque le détenu peut et devrait l'échanger pour une neuve à la première occasion, après usage. Troisièmement, si la seringue a été utilisée, il est moins probable qu'elle ait été partagée par plusieurs détenus, ce qui réduit le risque qu'elle soit contaminée et permet d'en identifier l'utilisateur avec plus de certitude, dans le cas où des mesures [prophylactiques] s'imposeraient. Enfin, à long terme, la réduction de la transmission parentérale d'infections fera des prisons un milieu plus sain et moins risqué.²³⁶

Pas d'augmentation de l'usage de drogue ou de l'injection

L'allégation que les programmes d'échange de seringues encourageraient l'injection de drogue est un obstacle de longue date à l'introduction de cette mesure efficace de réduction des méfaits, dans la communauté comme en prison. Toutefois, en prison, cet argument est compliqué par le fait que plusieurs détenus sont incarcérés pour des motifs liés à la drogue. Par conséquent, la provision d'eau de Javel ou de seringues est dépeinte comme une mesure qui tolère ou promeut un comportement que les prisons devraient plutôt chercher à éradiquer, dans le cadre de la « réadaptation » des détenus. En outre, la reconnaissance de la réalité de l'usage de drogue est une tâche difficile pour les systèmes correctionnels, puisqu'elle pourrait être perçue comme un aveu de l'échec des établissements et de leurs employés à fournir des programmes efficaces de lutte contre la drogue et à maintenir l'ordre et la sûreté en prison.

Dans le cas de l'échange de seringues en prison, des évaluations scientifiques ont constamment démontré que la disponibilité de seringues stériles *n'entraîne pas* de hausse du nombre d'utilisateurs de drogue par injection, de l'usage de drogue en général, ou de la présence de drogues dans les établissements. Dans un récent examen des résultats d'évaluation de 11 programmes d'échange de seringues dans des prisons de la Suisse, de l'Allemagne et de l'Espagne, Stöver et Nelles ont fait les constats suivants :²³⁷

Ces observations démontrent que la provision de seringues stériles n'a pas entraîné de hausse de la consommation ni de l'injection de drogue parmi les détenus.

Des données de certains pays, notamment du Canada, révèlent que plusieurs détenus s'injectent des drogues pour la première fois pendant leur incarcération. L'argument qu'un programme d'échange de seringues inciterait des détenus à commencer à s'injecter des drogues est donc infirmé par le fait que ce comportement est déjà la norme *en l'absence* de telles initiatives dans plusieurs pays. Dans ces ressorts, les détenus sont forcés de partager ou de réutiliser des seringues, ce qui accroît le risque de transmission du VIH et du VHC.

Bien que la provision de seringues stériles n'ait pas stimulé l'usage de drogue, elle a permis une diminution du nombre de détenus qui contractent le VIH, le VHC et d'autres infections.

Élément d'un continuum de programmes liés à la drogue

La provision de seringues stériles n'équivaut pas à fermer les yeux sur la consommation de drogues illégales en prison. Dans les prisons des six pays examinés dans ce rapport, la provision de seringues stériles n'a pas conduit les responsables correctionnels à tolérer ou à permettre d'une quelconque façon l'usage, la possession ou le trafic de drogues. Dans tous

Des évaluations scientifiques ont constamment démontré que la disponibilité de seringues stériles *n'entraîne pas* de hausse de la consommation ou de l'injection de drogue parmi les détenus.

Prison Pays	Usage de drogue dans la prison	Injection de drogue dans la prison
Am Hasenberg Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse
Basauri Pays basque	Aucune hausse	Aucune hausse
Hannöversand Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse
Hindelbank Suisse	Diminution	Aucune hausse
Lehrter Strasse Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse
Lichtenberg Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse
Lingen I Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse
Realta Suisse	Diminution	Aucune hausse
Saxerriet Suisse	N/d	N/d
Vechta Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse
Vierlande Allemagne	Aucune hausse	Aucune hausse

les cas, les drogues demeurent interdites dans les établissements dotés d'un programme d'échange de seringues et les agents de sécurité ont le mandat de repérer et de confisquer tout matériel de contrebande (y compris les seringues qui ne relèvent pas du programme). En ce sens, les politiques et pratiques ne diffèrent pas de celles des ressorts qui n'ont pas de programmes d'échange de seringues. Toutefois, bien que la possession de drogues demeure illégale, la possession de seringues fournies par le programme ne l'est pas.

La présence de programmes d'échange de seringues signifie que les élus et les responsables de prisons prennent au sérieux leur obligation légale de protéger la santé des détenus qui sont sous leur garde. La reconnaissance du fait que les drogues font partie de la réalité carcérale, malgré l'abondance des ressources consacrées à leur élimination, est le fondement de cette réponse pragmatique au problème de la transmission du VIH et du VHC, en lien avec l'injection de drogue. Lorsque la drogue s'immisce en prison et que des détenus s'en

injectent, la priorité doit être de protéger leur santé en prévenant la transmission du VIH et du VHC par des pratiques non sécuritaires. Idéalement, les programmes d'échange de seringues devraient faire partie d'un éventail complet de services en matière de drogue, en prison, qui incluraient des programmes fondés sur l'abstinence et de traitement de la toxicomanie, des unités « sans drogue » et des mesures de réduction des méfaits. Dans cette perspective, la disponibilité de seringues stériles n'entrave pas la provision d'autres programmes, mais fournit plutôt aux utilisateurs de drogue d'autres

Les programmes d'échange de seringues en prison facilitent la référence des utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie.

options pour améliorer leur santé ainsi qu'une interaction potentiellement rehaussée avec les services de santé et de traitement de la toxicomanie de leur établissement. Dans le cas des programmes pilotes allemands, l'évaluateur a constaté que l'échange de seringues avait *accru* le nombre de détenus ayant recours aux services – ce qui démontre que ces programmes peuvent servir de précieux points de contact et de référence, dans une population difficile à joindre. Ce fut également le cas en Espagne, où le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé et de la Consommation ont conclu non seulement que « la coexistence d'un programme d'échange de seringues et d'autres programmes de prévention ou d'intervention en matière de toxicomanie est possible », mais aussi que « les programmes d'échange de seringues en prison facilitent la référence des utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie ».²³⁸

Néanmoins, des responsables et des employés de prisons rencontrent souvent des problèmes philosophiques et pratiques liés à l'usage de drogue, dans la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues. Comme on l'a constaté dans la Prison Colony 18 de la Moldavie, et dans d'autres ressorts, les employés de prison qui ont reçu une formation misant sur l'éthos de la tolérance-zéro de l'usage de drogue, et sur le traitement de la toxicomanie fondé sur l'abstinence, ont dû accepter de confisquer uniquement les drogues et non les instruments d'injection. Toutefois, comme le démontre l'expérience de l'Allemagne et de la Moldavie, les attitudes des employés ont évolué à mesure qu'ils se sont familiarisés directement avec un programme d'échange de seringues et avec l'éthique de la réduction des méfaits, et qu'ils ont participé à leur mise en œuvre et à leur évaluation. Un phénomène semblable a été observé dans la communauté : l'attitude des policiers s'est ajustée de façon à accommoder les programmes d'échange de seringues. Dans les pays où il existe de tels programmes communautaires, les forces policières ont intégré la philosophie plus vaste de la réduction des méfaits dans leur travail, sans compromettre leur mandat de protection de la population. Dans les faits, l'approche de la réduction des méfaits est compatible avec l'objectif ultime de protéger et de préserver la vie. Comme l'a affirmé le chef de l'escouade antidrogue de la police de Merseyside :

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.²³⁹

Cette position a trouvé écho dans les propos de Martin Lachat, directeur intérimaire de l'Établissement d'Hindelbank (Suisse), en 1994 :

Nous ne saurions tolérer la transmission de l'infection par le VIH ou de toute autre maladie grave. Étant donné que nous ne pouvons que restreindre l'introduction de drogue et non la supprimer, nous nous sentons responsables de fournir au moins des seringues stériles aux détenus. L'ambivalence de notre mandat aboutit à une contradiction avec laquelle il nous faut vivre.²⁴⁰

Dans les prisons des six pays examinés dans ce rapport, les programmes d'échange de seringues font partie d'initiatives plus vastes de réduction des méfaits. Les autres mesures de réduction des méfaits offertes aux détenus comprennent l'éducation sur le VIH/VHC, le

traitement de substitution, la distribution de condoms, d'eau de Javel ou d'autres désinfectants, de serviettes antiseptiques et de rasoirs, ainsi que le test anonyme du VIH et du VHC.

En réalité, le refus des autorités et des responsables de systèmes correctionnels de rendre accessibles des seringues stériles, dans les prisons où il y a injection de drogue et partage de seringues, revient à fermer les yeux sur la propagation du VIH et du VHC dans la population carcérale et la communauté générale. Par ailleurs, la provision de seringues stériles n'est pas incompatible avec l'objectif de réduire l'usage de drogue en prison.

Effets positifs sur la santé des détenus et la santé publique

Les programmes d'échange de seringues en prison réduisent les comportements à risque et préviennent la transmission de maladies

La plus importante leçon tirée des données internationales sur l'échange de seringues en prison est que ces programmes sont très efficaces pour réduire le partage de seringues – et donc pour prévenir la transmission du VIH et du VHC. Dans un récent examen des résultats d'évaluation de programmes d'échange de seringues établis dans des prisons de la Suisse, de l'Allemagne et de l'Espagne, Stöver et Nelles ont noté que ces initiatives ont réduit considérablement le partage de seringues (dans sept prisons sur neuf) et réduit fortement la prévalence du VIH et du VHC (dans deux prisons sur cinq) ou ne l'ont pas accrue (dans trois prisons sur cinq).²⁴¹

Prison Pays	Partage de seringues	Prévalence du VIH et du VHC
Am Hasenberg Allemagne	Fortement réduit	Non examinée
Basauri Pays basque	N/d	Fortement réduite
Hannöversand Allemagne	Fortement réduit	Fortement réduite
Hindelbank Suisse	Fortement réduit	Aucune hausse
Lehrter Strasse Allemagne	Fortement réduit	Non examinée
Lichtenberg Allemagne	Fortement réduit	Non examinée
Lingen I Allemagne	Fortement réduit	Aucune hausse
Realta Suisse	Cas isolés	Non examinée
Saxerriet Suisse	N/d	Non examinée
Vechta Allemagne	Fortement réduit	Aucune hausse
Vierlande Allemagne	Aucun changement	Non examinée

Autres effets positifs sur la santé en prison

Outre la réduction de la transmission du VIH et du VHC citée précédemment, les données internationales ont montré que les programmes d'échange de seringues ont d'autres effets positifs sur la santé des détenus. L'un des principaux effets bénéfiques est le déclin significatif des surdoses mortelles et non mortelles d'héroïne parmi les détenus qui s'injectent des drogues. Par exemple, à la prison suisse d'Hindelbank, avant l'introduction d'un programme d'échange de seringues, on comptait entre une et trois surdoses mortelles d'héroïne par année. Depuis l'avènement du programme, Hindelbank n'a recensé qu'une surdose mortelle d'héroïne en neuf ans.²⁴² Une expérience semblable a été rapportée par la prison suisse d'Oberschöngrün, dotée d'un programme d'entretien à l'héroïne en plus d'un échange de seringues. Avant l'introduction de l'échange de seringues, on estime qu'il y avait environ une surdose non mortelle par semaine et deux surdoses mortelles par année. Les surdoses de tout genre sont maintenant très rares; et l'établissement a recensé un seul décès par surdose depuis 1995.²⁴³ Les programmes d'échange de seringues en prison sauvent donc des vies, en prévenant non seulement la transmission du VIH et du VHC mais aussi les décès par surdose.

Les employés correctionnels interviewés dans la préparation du présent rapport ont cité deux raisons pour lesquelles l'échange de seringues a entraîné une diminution marquée des cas de surdose. Premièrement, le fait de fournir à chaque utilisateur de drogue sa propre seringue lui permet de s'injecter une plus petite quantité de drogue à la fois. Par le passé, lorsqu'une seringue était partagée par plusieurs détenus, chaque utilisateur n'y avait qu'un accès limité et était plus susceptible de s'injecter de fortes doses à chaque occasion. Deuxièmement, la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues et l'adoption d'une philosophie de réduction des méfaits ont fondamentalement modifié la façon dont les professionnels de la santé et des services sociaux des prisons peuvent aborder le counselling des détenus.

L'injection de drogue étant reconnue comme une réalité par toutes les parties intéressées, les conseillers, les professionnels de la santé et les détenus peuvent avoir des discussions beaucoup plus franches et ouvertes à propos de l'usage de drogue et de la réduction des méfaits. Les détenus n'ont plus à prétendre qu'ils ne consomment pas de drogue; cela permet des discussions honnêtes sur les comportements à risque et les surdoses, sans crainte de sanctions.

Un autre effet positif important de l'échange de seringues, en matière de santé, est la diminution des abcès et autres infections liées à l'injection. Les prisons d'Hindelbank et d'Oberschöngrün ont toutes deux rapporté une quasi disparition des cas d'abcès, qui constituaient un grave problème avant l'introduction de l'échange de seringues. Des employés d'Hindelbank ont souligné que cela a généré d'importantes économies pour l'établissement, puisque le traitement des abcès était auparavant une tâche courante du personnel médical.

Efficacité dans une grande diversité d'établissements

Des responsables de prisons ont parfois rejeté les preuves de l'efficacité des programmes d'échange de seringues en prison en qualifiant ceux-ci de projets « de niche » qui ne

Le refus de rendre accessibles des seringues stériles dans les systèmes correctionnels où il y a injection de drogue et partage de seringues revient à fermer les yeux sur la propagation du VIH et du VHC.

Les programmes d'échange de seringues en prison sauvent des vies, en prévenant non seulement la transmission du VIH et du VHC mais aussi les décès par surdose.

Un autre effet positif important de l'échange de seringues sur la santé est la diminution des abcès et autres infections liées à l'injection.

s'appliquent qu'à des milieux correctionnels inhabituels (p. ex., petits établissements, prisons pour femmes, prisons dont la population carcérale est docile, etc.). Selon cet argument, le succès de ces programmes n'aurait aucune pertinence pour les « vrais » établissements correctionnels.

Il est vrai qu'en Suisse, les projets pilotes initiaux ont été menés dans des prisons considérées à plusieurs points de vue comme étant petites (la prison d'Oberschöngrün abrite 75 détenus; celle d'Hindelbank, 110), mais des programmes subséquents ont été introduits avec succès dans une diversité de systèmes à la fois civils et militaires. Par exemple, en

Des prisons de Moldavie et d'Espagne où des programmes d'échange de seringues s'avèrent efficaces abritent un nombre de détenus supérieur à celui de toute prison fédérale canadienne.

Allemagne, des programmes d'échange de seringues ont été établis dans des prisons dont la population varie de 50 (prison pour femmes de Hannöversand) à 500 détenus (prison pour hommes d'Am Hasenberge, Hamburg). En Moldavie, des programmes d'échange de seringues fonctionnent dans des prisons à sécurité moyenne/maximale pour hommes dont la population est de 1 000 détenus ou plus. L'établissement de Soto de Real, à Madrid, visité pendant la préparation du présent rapport, abrite quelque 1 600 détenus. Des prisons de Moldavie et d'Espagne où des programmes d'échange de seringues s'avèrent efficaces abritent un nombre de détenus supérieur à celui de toute prison fédérale canadienne. En Espagne, en 2002, des programmes d'échange de seringues étaient présents dans 30 prisons – des établissements de tailles variées et de tous les niveaux de sécurité.

Des initiatives d'échange de seringues ont été établies dans des prisons dont l'environnement physique varie considérablement. En Europe occidentale, ces programmes se sont avérés efficaces dans des prisons où les détenus sont logés dans des cellules individuelles, chacune abritant un ou deux individus, disposées en rangées. Cela est semblable à la situation canadienne. En revanche, en Moldavie, l'efficacité des programmes d'échange de seringues a été démontrée dans des établissements prenant la forme d'une caserne, où quelque 70 détenus vivent et dorment dans une même pièce.

Les cas examinés montrent aussi que des initiatives d'échange de seringues peuvent être réalisées avec succès dans des ressorts qui sont relativement bien financés et dotés de ressources (Suisse, Allemagne, Espagne), tout comme dans des pays en transition économique qui fonctionnent avec beaucoup moins de financement et d'appuis infrastruc-

turels (Moldavie, Kirghizstan, Biélorussie). Toutefois, il est important de noter que certains pays en transition examinés dans le cadre de ce rapport ont bénéficié de ressources versées par des donateurs internationaux, pour la création de leurs programmes d'échange de seringues.

La mise en œuvre réussie de programmes d'échange de seringues tient compte non seulement de la taille, du niveau de sécurité et de la structure des établissements hôtes, mais aussi des besoins de leurs populations carcérales. Dans les six pays examinés, de telles initiatives ont été initiées en réponse à des taux élevés de VIH et/ou d'injection de drogue en prison. Dans chaque ressort à l'étude, une fois ce besoin reconnu, les prisons ont fait preuve de flexibilité et de créativité dans l'introduction d'un programme d'échange de seringues adapté aux besoins de leur population et de leur contexte institutionnel particulier.



Les programmes d'échange de seringues s'avèrent efficaces aussi dans des établissements pénitentiaires en caserne, comme la Prison Colony 18, à Branesti, Moldavie.

(photo : Elena Vovc)

Diverses méthodes de distribution de seringues/aiguilles sont efficaces

Parmi les programmes d'échange de seringues examinés ci-dessus, divers pays (et diverses prisons dans un pays donné) ont adopté des méthodes variées de distribution (ou d'échange) de seringues. De précieuses leçons peuvent être tirées de l'expérience des pays qui emploient des méthodes différentes. Ces leçons sont particulièrement pertinentes aux ressorts et établissements qui planifient la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en prison. Les diverses méthodes de distribution de seringues utilisées par les pays examinés sont :

- la distribution par des infirmiers ou médecins d'une unité médicale ou autre, dans l'établissement
- la distribution par des détenus qui ont une formation de pairs intervenants
- la distribution par des organismes non gouvernementaux ou des professionnels de la santé indépendants qui visitent la prison à cette fin
- des distributeurs automatiques qui échangent une seringue usagée contre une neuve.

Chaque méthode de distribution comporte des bienfaits et défis particuliers. Il est difficile de qualifier simplement ceux-ci d'« avantages » ou d'« inconvénients », puisque cela impliquerait une évaluation subjective fondée sur la philosophie, les politiques et l'environnement physique d'un établissement ou d'un système correctionnel donné. Un « avantage » pour un ressort pourrait constituer un « inconvénient » pour un autre, selon la nature et l'éthos des programmes en question.

L'exigence d'échanger une seringue pour en recevoir une autre illustre bien cette situation. Certains ressorts prônent une stricte politique d'échange d'une seringue contre une autre, mais pas tous. L'établissement d'Hindelbank, par exemple, utilise des distributeurs automatiques qui appliquent ce principe, mais on y fournit aussi de main à main jusqu'à cinq aiguilles aux participants du programme qui ont de la difficulté à trouver leurs veines. L'Espagne fait également preuve de flexibilité dans son approche. Bien que les directives espagnoles stipulent que « la règle devrait être l'échange, i.e. que la seringue précédente doit être retournée avant l'obtention d'une nouvelle trousses », elle souligne qu'une « attitude souple devrait être maintenue, à l'égard de l'application de [la règle d'un contre un], en gardant à l'esprit que l'objectif principal du programme est de prévenir le partage de seringues usagées ».²⁴⁴ Les directives prévoient que « le nombre de trousses à fournir dépend de la fréquence de l'échange ainsi que des habitudes de consommation de l'utilisateur : on devrait en fournir suffisamment pour satisfaire les besoins du détenu, de manière à ce qu'il n'ait pas à réutiliser la même seringue le lendemain. »²⁴⁵

Le nombre de trousses fournies dépend de la fréquence d'échange et des habitudes de consommation des utilisateurs.

Bien que certaines caractéristiques puissent constituer un avantage pour un programme d'échange de seringues et un inconvénient pour un autre, les données des six initiatives examinées montrent clairement que chaque méthode de distribution comporte des caractéristiques et des retombées distinctes.²⁴⁶ Chaque méthode est abordée ci-dessous.

Distribution de main à main par un infirmier ou médecin de l'établissement

- Offre un contact personnel avec les détenus et une occasion de counselling.
- Peut faciliter l'intervention et le contact auprès d'utilisateurs de drogue qui n'étaient pas connus.

- La prison maintient un degré élevé de contrôle sur l'accès aux seringues.
- Possibilités d'échange d'une seringue contre une autre et de distribution de plusieurs seringues à la fois (au besoin, et selon les politiques de l'établissement).
- Degré moindre d'anonymat et de confidentialité, qui peut réduire le taux de participation (mais un degré élevé d'acceptation est possible, chez les détenus, si la confidentialité est maintenue).
- Accès plus limité, puisque les seringues sont accessibles uniquement durant les heures d'ouverture du service de santé (en particulier si la prison applique une stricte politique d'échange d'une seringue contre une autre).
- Crée la possibilité d'échanges par intermédiaires, pour le compte de détenus qui ne souhaitent pas participer au programme en raison d'un manque de confiance envers le personnel.

Distribution de main à main par des pairs intervenants

- Degré élevé d'acceptation par les détenus.
- Degré élevé d'anonymat et de confiance.
- Degré élevé d'accessibilité (les pairs intervenants vivent dans les unités de prison et sont disponibles en tout temps).
- Aucun contrôle direct du personnel sur la distribution – ce qui peut accroître les craintes liées à la sûreté au travail, parmi les employés.
- L'échange d'une seringue contre une autre est plus difficile à assurer.

Distribution de main à main par des organismes non gouvernementaux ou un professionnel de la santé indépendant

- Offre un contact personnel avec les détenus et une occasion de counselling.
- Facilite l'intervention et le contact auprès d'utilisateurs de drogue qui n'étaient pas connus.
- La prison peut maintenir un degré élevé de contrôle sur l'accès aux seringues.
- Possibilités d'échange d'une seringue contre une autre et de distribution de plusieurs seringues à la fois (au besoin, et selon les politiques de l'établissement).
- Degré accru d'anonymat et de confidentialité, puisqu'il n'y a pas d'interaction avec des employés de la prison.
- Accès plus limité, puisque les seringues sont accessibles uniquement à des heures précises ou durant des périodes données de la semaine (en particulier si la prison applique une stricte politique d'échange d'une seringue contre une autre).
- L'anonymat et la confidentialité peuvent être compromis par des politiques exigeant que l'organisme externe fournisse à la prison des renseignements sur la participation.
- Le personnel de la prison peut manquer de confiance à l'égard des services externes qui distribuent les seringues.
- Les professionnels indépendants peuvent se heurter à plus d'obstacles de bureaucratie correctionnelle que les employés médicaux de la prison.
- La rotation du personnel dans les organismes non gouvernementaux pourrait entraîner un manque de continuité et de constance dans les « visages » associés aux programmes, pour les détenus et les employés de la prison.

Distributeurs automatiques

- Degré élevé d'accessibilité (des distributeurs sont souvent placés à divers endroits dans l'établissement; et les détenus peuvent y accéder en dehors des heures d'ouverture des services médicaux).
- Degré élevé d'anonymat, puisqu'il n'y a pas d'interaction avec des employés de la prison.
- Degré élevé d'acceptation par les détenus.
- Échange strict d'une seringue contre une autre.
- Les distributeurs sont vulnérables au vandalisme et aux dommages que pourraient causer des détenus et des employés qui s'opposent au programme.
- Des problèmes techniques pourraient empêcher la distribution de seringues pendant un certain temps, ce qui pourrait diminuer la confiance des détenus à l'égard du programme.
- La structure de certaines prisons se prête mal aux distributeurs automatiques (p. ex., manque de lieux discrets, librement accessibles aux détenus, où l'on pourrait installer des distributeurs).
- Étant donné que les distributeurs automatiques doivent être spécifiquement conçus, et fabriqués à l'unité, sur commande, l'investissement requis pour en acquérir en nombre suffisant dans de nombreuses prisons peut être un obstacle pour certains systèmes pénitentiaires.

Facteurs communs aux programmes efficaces d'échange de seringues en prison

Les données des programmes d'échange de seringues en prison examinés dans le cadre du présent rapport indiquent que la méthode de distribution des seringues revêt moins d'importance que la tâche de veiller à ce que le programme réponde aux besoins de l'établissement, de sa population carcérale et de ses employés. Comme on l'a expliqué ci-dessus, les programmes ont adopté diverses méthodes de distribution/échange de seringues. Chacune de ces méthodes s'est montrée efficace et a été mise en œuvre sans affecter la sûreté en prison. Malgré les différences entre les programmes examinés, les données compilées révèlent un certain nombre de facteurs communs aux programmes efficaces d'échange de seringues en prison. Ils sont abordés dans la section qui suit.

Le leadership de l'administration de l'établissement et l'appui du personnel

À l'instar d'autres mesures controversées, ou de mesures qui vont apparemment à l'encontre de l'orthodoxie acceptée dans un système, l'appui de leaders aux échelons supérieurs est crucial à l'établissement et à la mise en œuvre réussie de programmes d'échange de seringues en prison. En pratique, il peut s'agir du leadership de hauts responsables de services correctionnels de santé, ou d'établissements, et de l'appui du directeur de la prison où un projet d'échange de seringues est envisagé. Il a aussi été démontré que l'appui du personnel des prisons est essentiel au succès des programmes. Dans tous les ressorts visités, l'organisation d'ateliers et de consultations avec les employés des prisons a été un aspect clé du développement des programmes d'échange de seringues.

L'appui de leaders aux échelons supérieurs est crucial à l'établissement et à la mise en œuvre réussie de programmes d'échange de seringues en prison.

L'organisation d'ateliers et de consultations avec les employés des prisons est un aspect clé du développement des programmes d'échange de seringues.

Cela ne signifie toutefois pas que les employés ont appuyé à l'unanimité les programmes dès le départ. Dans plusieurs cas, comme en témoignent les évaluations, des employés étaient d'abord réticents à l'initiative, mais ont fini par l'appuyer avec le temps, en constatant ses bienfaits pratiques. La réticence initiale de certains employés renforce d'autant plus la nécessité de leaders engagés, informés et inclusifs qui appuient la mise en œuvre des programmes d'échange de seringues en prison. Tandis que l'approche ascendante qui sollicite l'implication et la collaboration des

employés correctionnels s'est avérée efficace, l'approche descendante (où la mise en œuvre des programmes d'échange de seringues est dirigée par le gouvernement) a donné des résultats mixtes. La Suisse a rencontré certains problèmes avec son approche strictement descendante. En revanche, l'expérience de l'Espagne a montré qu'il est possible pour un gouvernement, y compris son parlement, de jouer un rôle d'avant-plan dans l'établissement de l'ordre du jour de la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues, pour peu que l'esprit pratique et la flexibilité soient encouragés au palier des prisons.

La confidentialité et la confiance

La question de la confidentialité est un facteur clé dans la création de programmes d'échange de seringues fructueux. Aux yeux de plusieurs détenus, la confidentialité est le facteur le plus crucial pour susciter la confiance à l'égard de l'initiative. Dans toute prison, la confidentialité absolue des renseignements personnels des détenus peut être impossible. Toutefois, dans le contexte d'un programme d'échange de seringues, il est essentiel de protéger le mieux possible la confidentialité des détenus qui consomment des drogues et qui se procurent des seringues stériles. Les programmes efficaces examinés dans le cadre de ce rapport se sont tous efforcés d'identifier les méthodes de distribution de seringues qui gagneraient la confiance des détenus et qui optimiseraient donc la participation à l'initiative.

Il est essentiel de protéger le mieux possible la confidentialité des détenus qui consomment des drogues et qui se procurent des seringues stériles.

Dans certaines prisons, l'installation de distributeurs automatiques de seringues dans des endroits où les détenus sont logés s'est avérée la meilleure option de distribution confidentielle. Dans les établissements qui ont adopté une méthode de distribution de main à main, il a été démontré que le fait de fournir ce service dans un endroit discret de la prison est un facteur de succès du programme. L'importance de la confidentialité s'est illustrée de façon frappante dans la Prison Colony 18 de la Moldavie, où la participation au

projet pilote d'échange de seringues a connu une forte augmentation lorsque le médecin a décidé de recourir à des pairs intervenants plutôt qu'à des employés médicaux pour desservir les détenus qui s'injectent des drogues. L'expérience du projet pilote espagnol de Bilbao, dont l'évaluation a révélé que les détenus préféraient que le programme soit dirigé par un organisme non gouvernemental externe plutôt que par le personnel de la prison, illustre aussi l'importance de la confidentialité pour les utilisateurs du programme. De la même façon, l'évaluation de deux projets pilotes allemands a montré que le programme qui avait adopté une méthode de distribution des seringues de main à main par le personnel médical suscitait moins de confiance des détenus que celui qui avait recours à des distributeurs automatiques.

Cela dit, le projet de Bilbao suggère que l'anonymat complet est peut-être moins important pour les personnes qui s'injectent des drogues que la confiance envers la personne ou l'organisme qui gère le programme et la qualité du service. L'évaluation du programme de

Bilbao indique que les détenus accordent une importance à l'interaction personnelle avec les intervenants de l'organisme non gouvernemental externe qui gère l'initiative – de fait, ils identifient cette méthode de distribution comme étant préférable aux distributeurs automatiques.

L'accès adéquat aux seringues

En plus d'une confidentialité optimale, la provision d'un accès adéquat au programme d'échange de seringues est un facteur clé pour s'assurer que celui-ci réponde aux besoins des détenus. Dans certains cas, cela a été accompli par l'installation de plusieurs distributeurs automatiques dans un même établissement, comme à Hindelbank. Dans les cas où une méthode de distribution de main à main a été adoptée (comme dans le cadre du projet pilote de Lingen 1 Dept Groß-Hesepe en Allemagne ou de Bilbao dans la région basque), le personnel s'est efforcé d'identifier des endroits de la prison qui étaient à la fois discrets et facilement accessibles aux détenus. En Moldavie, la décision d'adopter une approche fondée sur les pairs a permis un accès 24 heures par jour, puisque les pairs intervenants vivent dans l'unité de prison où ils distribuent des seringues.

L'échange de seringues dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits

Il a également été démontré que le but de réduire la transmission du VIH et du VHC est plus susceptible d'être atteint lorsque l'échange de seringues fait partie d'une stratégie plus vaste de réduction des méfaits. Dans les prisons des six pays examinés pour ce rapport, les programmes d'échange de seringues s'intègrent dans des initiatives élargies de réduction des méfaits. Les autres mesures de réduction des méfaits offertes aux détenus comprennent l'éducation sur le VIH/VHC, le traitement de substitution, la distribution de condoms, d'eau de Javel ou d'autres désinfectants, de serviettes antiseptiques et de rasoirs, ainsi que le test anonyme du VIH et du VHC. Malgré l'absence de preuves scientifiques à cet effet, les données préliminaires et les expériences présentées dans ce rapport semblent indiquer que les programmes d'échange de seringues et les autres mesures de réduction des méfaits se renforcent mutuellement, et que l'existence préalable de mesures de réduction des méfaits contribue à la mise en œuvre réussie des programmes d'échange de seringues en prison.

Le but de réduire la transmission du VIH et du VHC est plus susceptible d'être atteint lorsque l'échange de seringues fait partie d'une stratégie plus vaste de réduction des méfaits.

Dans certains établissements, cette approche complète de réduction des méfaits implique de ne pas détecter le THC (l'ingrédient actif du cannabis) dans les analyses d'urine qui servent au dépistage de la drogue. Quelques prisons visitées ont décidé de ne pas dépister le THC, ou de ne pas en pénaliser la détection, car elles considèrent que cela inciterait plusieurs détenus à abandonner l'usage du cannabis au profit de l'injection de drogue pour déjouer le dépistage.

L'importance de décisions fondées sur des données : évaluer des projets pilotes

Un dernier facteur commun est l'utilisation d'un projet pilote adéquatement évalué, comme première étape menant à l'expansion. Dans certains pays, on a eu recours à un seul projet pilote, alors qu'ailleurs (par exemple en Allemagne) on a amorcé parallèlement deux projets pilotes. Les résultats de l'évaluation de ces projets ont ensuite servi à orienter la planification future. Dans certains cas (Suisse, Allemagne, Espagne), les prisons sélectionnées pour

les programmes initiaux étaient des établissements relativement petits et/ou ouverts ou semi-ouverts, dont le niveau de sécurité était moindre. Les programmes ont alors été mis à l'essai et évalués dans ces contextes avant d'être mis en œuvre dans des prisons plus grandes, fermées, et à sécurité plus élevée. Par contre, en Moldavie, le projet pilote d'échange de seringues a été mené dans un établissement à sécurité moyenne/maximale abritant environ 1 000 détenus.

L'expérience des six pays examinés montre que des projets pilotes peuvent être amorcés rapidement et qu'ils ne retardent pas nécessairement la mise en œuvre de programmes élargis d'échange de seringues. Par exemple, au Kirghizstan, un projet pilote d'échange de seringues s'est amorcé en octobre 2002; au début de 2003, son expansion a été approuvée; dès septembre 2003, des programmes avaient été créés dans six des 11 prisons; et en avril 2004, des programmes existaient dans toutes les prisons du pays. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire que l'évaluation du projet pilote soit complétée avant que le programme s'étende à d'autres prisons. Par exemple, en Biélorussie, un projet pilote s'est amorcé dans une prison en avril 2003, pour se poursuivre jusqu'en janvier 2004. Il a été prolongé jusqu'en juin 2004, mais aussi étendu à deux autres prisons; et le ministère des Affaires intérieures a signalé qu'il était disposé à l'étendre à toutes les prisons du pays. Il est important de souligner que dans les systèmes correctionnels examinés, les projets pilotes n'ont pas servi de tactique pour retarder une mise en œuvre élargie des programmes d'échange de seringues.

L'évaluation est non seulement cruciale à l'expansion des programmes d'échange de seringues dans un ressort, mais elle revêt aussi une grande utilité pour la communauté internationale. L'évaluation rigoureuse des programmes pilotes (et élargis) enrichit la littérature internationale de précieuses informations relatives aux programmes d'échange de seringues en prison. Les résultats de ces évaluations servent de preuves à d'autres ressorts. Armés de telles données, de plus en plus de ressorts peuvent faire preuve de leadership et générer un consensus à l'appui de la nécessité et de la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans leurs prisons.



Des programmes d'échange de seringues devraient être mis en œuvre dans les prisons du Canada

On recommande des programmes d'échange de seringues en prison depuis 1992

Nous l'avons expliqué en détail dans des parties précédentes de ce rapport, le taux d'infection à VIH dans les prisons du Canada est estimé être au moins dix fois plus élevé que celui de la population générale; et le taux de VHC approche les 30%, parmi les détenus. Les conclusions de nombreuses études indiquent clairement la nécessité de programmes pour réduire le risque de transmission du VIH et du VHC entre les détenus qui s'injectent des drogues. De fait, les résultats de plusieurs études canadiennes signalent des taux d'infections à VIH et à VHC et d'utilisation de drogue par injection qui sont équivalents ou supérieurs à ceux observés dans des pays qui ont déjà mis en œuvre des programmes d'échange de seringues dans des prisons.

Depuis 1992, de nombreux rapports publiés par des instances gouvernementales et non gouvernementales ont recommandé et demandé expressément que les autorités fournissent des seringues stériles aux détenus des prisons du Canada (fédérales et provinciales/territoriales); notamment :

- en 1992 – *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN)²⁴⁷
- en 1994 – *Le VIH/sida en milieu carcéral : rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Comité d'experts sur le sida et les prisons, Service correctionnel du Canada²⁴⁸

- en 1996 – *VIH/sida et prisons : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida²⁴⁹
- en 1997 – *Le VIH, le sida et l'injection de drogue : un plan d'action national*, Groupe de travail sur le VIH/sida et l'usage de drogue par injection²⁵⁰
- en 1998 – *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN)²⁵¹
- en 1999 – *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues, Service correctionnel du Canada²⁵²
- en 2002 – *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'é-tape*, Réseau juridique canadien VIH/sida²⁵³
- en 2003 – *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hé-patite C*, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN)²⁵⁴
- en 2003 – *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Commission canadienne des droits de la personne.²⁵⁵

De plus, deux rapports de comités de la Chambre des communes ont demandé au Service correctionnel du Canada de permettre l'accès des détenus à des interventions de réduction des méfaits afin de réduire l'incidence d'infections hématogènes d'une manière qui soit conforme aux exigences de sécurité des établissements :

- 2002 – *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*, rapport du Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou de médicaments²⁵⁶
- 2003 – *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, rapport du Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes.²⁵⁷

Ensemble, le présent rapport et les onze précédents fournissent des preuves claires de l'efficacité des programmes d'échange de seringues et montrent l'évidente nécessité d'implanter de tels programmes dans les prisons canadiennes. Vu ce corpus, ajouté aux opinions fondées

Les gouvernements et les autorités pénitentiaires, au Canada, doivent agir de manière résolue pour réduire les méfaits associés à l'injection de drogue en prison, comme la propagation du VIH et du VHC.

qui ont été exprimées à l'appui de la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans les prisons du Canada, les élus et les responsables des prisons ne peuvent plus prétendre de manière crédible qu'ils sont encore inconscients des risques associés à l'injection de drogue dans les prisons canadiennes, ou de l'existence de moyens d'efficacité démontrée pour réduire ces méfaits – comme les programmes d'échange de seringues. Or, en dépit des appuis à l'échange de seringues, exprimés par des organismes et des individus qui en parlent avec crédibilité et de manière informée, les gouvernements et les autorités pénitentiaires, au Canada, échouent encore à agir de manière résolue pour réduire les méfaits que l'on sait être associés à l'injection de drogue, comme la propagation du VIH et du VHC.

Tous les rapports susmentionnés sont de sources dignes de foi et contiennent des données importantes à l'appui des programmes d'échange de seringues en prison. Toutefois, trois d'entre eux revêtent une importance exceptionnelle en raison de la convergence de processus et d'intervenants impliqués dans la collecte de données et la rédaction.

Comité d'experts sur le sida et les prisons

En 1994, *Le VIH/sida en milieu carcéral : rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, préparé comme son nom l'indique par un Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), a été publié par le Service correctionnel du Canada. Le CESP avait été établi en 1992, à la demande du Solliciteur général du Canada, pour aider le gouvernement fédéral à promouvoir la santé des détenus de ressort fédéral, à protéger le personnel du SCC et à prévenir la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes dans les établissements correctionnels fédéraux. Les membres du CESP étaient : un immunologiste clinique, chercheur et éthicien; un médecin membre du Comité consultatif du SCC en matière de soins de santé; une professeure en service social, d'ascendance autochtone; et un ancien commissaire du SCC. Des employés du SCC et de Santé Canada agissaient comme observateurs auprès du Comité. Le CESP a examiné les lois et politiques, visité des prisons, interviewé des détenus de même que des employés de prisons, des experts et des organismes intéressés; il a reçu des mémoires de 91 agences canadiennes et d'autres pays ainsi que de ministères et gouvernements du Canada. Le CESP a présenté ses constats et conclusions lors de rencontres et de congrès, et largement disséminé l'ébauche de son rapport. Il a reçu le feed-back de 50 organismes, individus et agences.

Le CESP a examiné et évalué la situation en vigueur ainsi que le débat à propos de la prévention des méfaits associés notamment à l'injection de drogue en prison. À propos du matériel d'injection stérile, le CESP a recommandé :²⁵⁸

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

Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues en prison

Le *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, publié en 1999, a été préparé par le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues en prison, mis sur pied par le SCC et spécifiquement mandaté d'examiner la question de l'introduction de programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales canadiennes. En faisait partie notamment le Dr Peter Ford, médecin interniste spécialisé dans les maladies infectieuses, travaillant notamment à contrat pour le SCC aux soins des détenus séropositifs au VIH dans

Le Groupe d'étude mis sur pied par le SCC lui-même, a affirmé en 1999 qu'un projet d'échange de seringues serait bénéfique au respect de la promesse du gouvernement de bâtir des communautés plus sûres et à renforcer l'engagement du Solliciteur général à l'égard de la protection et de la sécurité du public.

plusieurs prisons de l'Ontario, et co-auteur de quatre études épidémiologiques sur la prévalence du VIH et du VHC dans des prisons canadiennes. Ses autres membres incluaient des employés du SCC (aux services de sécurité et de santé ainsi que d'établissements pour femmes), d'organismes de santé et de la communauté, de Santé Canada, de même que des détenus et des membres du public. Le projet incluait un groupe de travail de représentants des services de santé et de la sécurité, qui ont fait la visite de trois prisons de la Suisse, afin de mieux s'informer sur les stratégies de réduction des méfaits et en particulier sur les programmes d'échange de seringues.

Dans le *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, le Groupe d'étude a reconnu qu'un projet d'échange de seringues en prison :²⁵⁹

- contribuerait au respect de la promesse du gouvernement de bâtir des communautés plus sûres et renforcerait l'engagement du Solliciteur général à l'égard de la protection et de la sécurité du public;
- pourrait joindre des détenus qui ont un risque relativement élevé d'infection à VIH et à VHC, et servir de portail pour les diriger vers d'autres services de santé appropriés, des programmes de traitement de la toxicomanie ainsi que des services sociaux et du counselling – ce qui serait propice à leur réinsertion dans la communauté après leur libération;
- n'est pas, et ne peut pas être, un programme isolé : un programme d'échange de seringues doit être offert dans le cadre d'un ensemble complet de programmes de prévention et de traitement, incluant l'entretien à la méthadone, les traitements pour l'abus de drogues et la dépendance, ainsi que le counselling.

Le Groupe d'étude a formulé une recommandation par consensus à l'effet que le SCC procède :²⁶⁰

à obtenir une approbation ministérielle de principe, à un programme pilote multi-centrique d'échange de seringue dans des établissements correctionnels fédéraux pour hommes et pour femmes, y compris l'élaboration et la planification du modèle de programme, et la mise en œuvre et l'évaluation du programme pilote.

Comité permanent de la santé

En juin 2003, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a publié son rapport intitulé *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*. Ce Comité se compose de membres du Parlement, de tous les partis politiques représentés à la Chambre des communes. Il a entendu des témoignages et reçu les mémoires écrits de nombreux groupes, organismes, individus et services ministériels, notamment de Santé Canada, du Service correctionnel du Canada, du Réseau juridique canadien VIH/sida et de l'Association canadienne de la recherche sur le VIH. Bien que le point de mire de l'examen et des recommandations du Comité portait sur les niveaux de financement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le Comité a recommandé, en lien avec la réduction des méfaits dans les prisons fédérales :²⁶¹

que le Service correctionnel du Canada offre des stratégies de réduction des préjudices pour la prévention du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables dans les établissements correctionnels sur la base de critères d'admissibilité similaires à ceux qui sont employés dans la collectivité en général (dans l'esprit de la recommandation contenue dans le rapport de décembre 2002 du Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments);

Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments avait quant à lui recommandé « que Service correctionnel Canada permette aux contrevenants incarcérés de bénéficier d'initiatives de réduction des méfaits afin de réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang, tout en respectant les exigences des pénitenciers en matière de sécurité. »²⁶²

Dans sa réponse au rapport du Comité permanent, la ministre de la Santé n'a pas abordé cette recommandation.²⁶³

L'obligation légale de respecter, protéger et réaliser le droit des détenus à la santé

Comme nous l'avons observé dans un chapitre précédent (« Les droits de la personne et les normes juridiques »), de nombreux instruments internationaux et canadiens établissent de manière détaillée la responsabilité légale et éthique des gouvernements, au Canada, de fournir des soins de santé, y compris les moyens pour la prévention du VIH et du VHC, aux détenus. Au constat des garanties et des normes formulées dans ces instruments, on peut affirmer que les prisons canadiennes (de ressorts fédéral et provincial/territorial) ont une obligation de fournir des seringues stériles aux détenus. De plus, il est plausible que des détenus ayant subi des dommages ou des préjudices, dus au fait que les autorités pénitentiaires ne leur donnent pas accès à des seringues stériles, aient là un motif pertinent d'action en justice contre ces autorités. Une telle action pourrait se fonder sur des dispositions de la Charte et sur la common law (par exemple, une action pour négligence).

Les prisons (fédérales et provinciales/territoriales) du Canada ont une obligation légale de fournir aux détenus l'accès à des seringues stériles.

L'insuffisance de l'eau de Javel

Au Canada, plusieurs prisons fournissent de l'eau de Javel aux détenus, pour la réduction des méfaits.²⁶⁴ L'eau de Javel est une importante option, pour les détenus qui s'injectent des drogues mais qui n'ont pas accès à des seringues stériles. Cependant, elle n'est pas un substitut aux seringues stériles, pour les personnes qui risquent de contracter les infections à VIH et à VHC en s'injectant des drogues.

L'efficacité d'une désinfection adéquate à l'eau de Javel pour l'élimination du VIH dans le matériel d'injection est établie,²⁶⁵ mais l'eau de Javel n'est pas complètement efficace contre la transmission du VHC.²⁶⁶ De plus, des études ont montré que plusieurs utilisateurs de drogue par injection ont de la difficulté à se souvenir de la méthode de désinfection adéquate d'une seringue au moyen d'eau de Javel.²⁶⁷ Dans plusieurs études, la moitié des utilisateurs, voire une proportion encore plus grande, ne connaissaient pas ou n'appliquaient pas la méthode adéquate de désinfection des seringues à l'eau de Javel.²⁶⁸ Par conséquent, l'eau de Javel n'est pas considérée comme l'étalon or, pour prévenir la transmission d'agents pathogènes entre utilisateurs de drogue par injection. De plus, en ce qui concerne le cas particulier des mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral, des données de l'Australie

montrent qu'une proportion considérable des détenus n'ont pas recours à l'eau de Javel même si elle est disponible.²⁶⁹ La probabilité d'une désinfection efficace de la seringue avec de l'eau de Javel est en outre réduite, en prison, parce que la procédure exige un certain temps et que certains détenus peuvent être réticents à faire quoi que ce soit qui pourrait accroître leur risque qu'un employé découvre qu'ils s'injectent illicitement des drogues.

Bien que la fourniture d'eau de Javel aux détenus soit une mesure positive, le problème de non-recours au programme et son efficacité incomplète contre la transmission du VHC indiquent que cette mesure, à elle seule, est une réponse clairement insuffisante devant les risques sanitaires que pose le partage de seringues en prison. Il a même été avancé que la réutilisation d'une seringue contenant le VIH et qui a été nettoyée à l'eau de Javel pourrait en fait *augmenter* le risque de transmission du VIH.²⁷⁰ Plusieurs des études qui ont fait valoir l'utilité de l'eau de Javel, comme moyen de réduction des méfaits, ont conclu également que l'accès à des seringues stériles est préférable à la désinfection de seringues usagées.²⁷¹

Les expériences de programmes d'échange de seringues examinées dans le présent rapport mettent en relief d'autres avantages sanitaires associés à l'échange de seringues pour les détenus – et que la désinfection à l'eau de Javel ne procure pas; notamment, une importante réduction des abcès et d'autres problèmes de veines résultant de la réutilisation d'aiguilles usagées ou endommagées et, dans certains établissements, une réduction considérable des surdoses mortelles et non mortelles.

Les programmes d'échange de seringues ont aussi rehaussé la sécurité pour les employés de prison, en réduisant ou en éliminant leur risque de se piquer sur des aiguilles cachées, lors de fouilles de cellules ou corporelles. La fourniture d'eau de Javel n'offre pas cet avantage au personnel de prison si les seringues et aiguilles, considérées comme des objets de contrebande dans les établissements, sont cachées plutôt que rangées à un endroit désigné et visible.

Dans ce contexte, le fait que l'eau de Javel constitue une mesure sanitaire sous-optimale ne concerne pas seulement le Canada, mais tous les systèmes pénitentiaires du monde où l'on fournit de l'eau de Javel ou d'autres désinfectants sans donner accès à des seringues stériles. D'après l'ONUSIDA, la fourniture aux détenus d'eau de Javel non diluée, pour la réduction des méfaits, a été adoptée dans des prisons d'Europe, d'Australie, d'Afrique ainsi que d'Amérique centrale.²⁷² Or les élus et les responsables de prisons, dans les ressorts où l'on fournit de l'eau de Javel aux détenus sans leur donner de seringues stériles, pourraient améliorer considérablement la santé et la sécurité des détenus, des employés de prison ainsi que du public en mettant en œuvre des programmes d'échange de seringues.

Le traitement à la méthadone est un élément crucial d'une stratégie complète de réduction des méfaits, tant en prison que dans la communauté.

Le traitement d'entretien à la méthadone, solution partielle à des méfaits de l'ID

Le traitement à la méthadone est un élément crucial d'une stratégie complète de réduction des méfaits, tant en prison que dans la communauté : il s'agit d'une option importante pour les personnes qui désirent cesser de s'injecter de l'héroïne. La méthadone est une

substance qui se consomme par voie orale et qui bloque les symptômes du sevrage d'opiacés.²⁷³ Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est efficace pour réduire les principaux risques, méfaits et coûts associés à la dépendance non traitée à des opiacés, parmi les patients qui amorcent et poursuivent un TEM.²⁷⁴ Ce traitement est associé à une réduction des taux de transmission du VIH et d'hépatites virales.²⁷⁵ Dans le monde, un nombre croissant de systèmes pénitentiaires offrent à présent le TEM aux détenus.²⁷⁶ Les évaluations de

programmes de TEM en prison ont conclu à des résultats positifs.²⁷⁷ Par exemple, une étude dans une prison de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, a mesuré des taux plus faibles d'usage d'héroïne, d'injection de drogue ainsi que de partage de matériel d'injection parmi les détenus inscrits à un TEM, en comparaison avec ceux d'un groupe-témoin.²⁷⁸

Au Canada, en mai 2002, le SCC a élargi l'accès au TEM dans ses établissements.²⁷⁹ En vertu de sa politique révisée, les détenus qui recevaient un TEM avant d'être incarcérés peuvent désormais continuer ce traitement en prison, et les détenus qui satisfont aux critères d'accès élargi peuvent faire une demande afin de commencer un TEM alors qu'ils sont incarcérés. L'expansion des critères d'accès au TEM a été fondée en partie sur des évaluations réalisées par le SCC, qui ont démontré que le TEM avait un impact positif sur les résultats après la libération, ainsi que sur le comportement en établissement.²⁸⁰ L'accès au TEM dans les prisons de ressort provincial/territorial varie grandement.²⁸¹

En dépit de son utilité, plusieurs raisons mènent au constat que l'entretien à la méthadone en l'absence d'un programme d'échange de seringues est toutefois une réponse insuffisante au risque de transmission du VIH et du VHC entre détenus par l'injection de drogue. Principalement, le TEM, en tant que forme de traitement de la dépendance à l'héroïne, ne bénéficie pas aux détenus qui n'y ont pas accès ou recours. Or on peut identifier au moins quatre situations possibles où des détenus qui consomment de l'héroïne n'auront ou n'ont pas accès à un TEM. Premièrement, il se peut que certains choisissent de ne pas demander ce traitement. Deuxièmement, malgré une dépendance à l'héroïne, il se peut que des détenus ne satisfassent pas aux critères d'admissibilité à la continuation d'un TEM, une fois ce traitement amorcé. Troisièmement, les politiques actuelles du SCC prévoient des nombres maximaux de détenus qui peuvent être inscrits simultanément à un TEM – en fonction de la capacité de chaque établissement d'administrer le programme. Le problème du manque de capacité et de ressources n'est pas unique au SCC – il se rencontre probablement parmi plusieurs autres systèmes pénitentiaires de provinces ou territoires canadiens. Quatrièmement, la démarche de demande d'un TEM requiert un certain temps, de même que l'amorce de ce traitement, pour un détenu auquel il est accordé. Il en résulte plusieurs situations éventuelles où des détenus dépendants de l'héroïne pourraient continuer de s'injecter de l'héroïne et de s'adonner à des comportements à risque en dépit de l'existence d'un programme de TEM dans la prison.

De plus, en vertu des directives adoptées, le TEM n'est accordé qu'aux détenus qui ont une dépendance physique à un opiacé d'après des critères standard (habituellement ceux établis dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de l'American Psychiatric Association). Par conséquent, le TEM n'est pas indiqué médicalement pour des personnes qui font un usage occasionnel ou récréatif d'opiacés par injection, et qui, elles aussi, continueraient probablement de s'injecter et possiblement de partager des seringues en l'absence d'instruments stériles pour l'injection. Par ailleurs, il existe souvent dans les prisons des obstacles à la fourniture optimale de méthadone. Étant un traitement médical, l'entretien à la méthadone nécessite l'implication d'un médecin qui, d'une part, a la formation nécessaire pour fournir un traitement de méthadone, et d'autre part, qui appuie la philosophie du recours à un traitement de substitution. Au Canada et dans le monde, il se peut que de tels médecins ne soient pas présents dans toutes les prisons.

Il se peut aussi que des détenus continuent de s'injecter des drogues illégales autres que l'héroïne, même lorsqu'ils reçoivent un TEM. Le gouvernement de l'Espagne a reconnu cette réalité et en fait mention parmi les raisons pour lesquelles il permet aux détenus qui suivent un TEM d'avoir aussi accès à l'échange de seringues.²⁸² L'injection d'héroïne peut se poursuivre chez les détenus qui ne reçoivent pas une dose de méthadone suffisante pour

contrer leurs symptômes de sevrage, ou ceux qui s'injectent des narcotiques afin de traiter eux-mêmes une douleur associée à une maladie chronique.

En outre, le traitement à la méthadone n'est utile qu'en cas de dépendance aux opiacés. N'étant donc pas un moyen de réduction des méfaits pour les personnes qui s'injectent des drogues non opiacées, comme la cocaïne, il ne prévient pas les pratiques non sécuritaires d'injection parmi les utilisateurs de ces autres drogues.

En somme, bien que le TEM soit un élément crucial d'une stratégie de réduction des méfaits, seul ou en combinaison à la distribution d'eau de Javel il ne constitue pas une réponse suffisante au risque de transmission de pathogènes par l'injection de drogues en prison. De plus, pour des raisons semblables à celles qui sont présentées dans la section précédente (« L'insuffisance de l'eau de Javel »), la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans des prisons a entraîné d'autres bienfaits importants pour la santé des détenus et la sécurité du personnel, qui ne peuvent être procurés par le TEM seul ou en combinaison avec la fourniture d'eau de Javel.

Les opinions d'employés correctionnels

La réticence du gouvernement fédéral canadien et des gouvernements des provinces et territoires du Canada à introduire des programmes d'échange de seringues en prison est attribuable en partie aux objections, réelles ou appréhendées, du personnel. En 1999, le Syndicat des employé-es du Solliciteur général, qui représente les agents correctionnels, a exprimé son opposition à l'idée de programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales.²⁸³ Cependant, les données sur les attitudes des employés de prison à l'égard des programmes d'échange de seringues sont peu concluantes. Par exemple, lorsque les chercheurs du Comité d'experts sur le sida et les prisons ont examiné les attitudes des employés du SCC à l'égard d'initiatives de prévention du VIH, 15% des agents correctionnels et 31% des employés de santé en prison étaient en faveur de rendre des programmes d'échange de seringues disponibles en prison.²⁸⁴ Ce sondage a été réalisé il y a dix ans. Depuis ce temps, les développements pertinents incluent : de nouvelles données sur d'importantes augmentations des taux de VIH et de VHC parmi les détenus; de nouvelles preuves de la mise en œuvre réussie et sécuritaire de programmes d'échange de seringues dans des prisons d'autres pays; des données sur la mise en œuvre et l'expansion ultérieure du TEM

dans les prisons fédérales canadiennes; et des programmes d'éducation actualisés, en matière de VIH/sida. Les attitudes et les opinions peuvent évoluer. Cette évolution peut résulter de connaissances et d'informations acquises de première main, ou de programmes d'éducation en milieu de travail. Par conséquent, il est raisonnable de s'attendre à ce que le nombre d'employés correctionnels qui appuient la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans les prisons soit à présent plus élevé.

Les élus et responsables des prisons, au Canada, devraient être informés des données sur les attitudes du personnel dans les prisons d'autres pays. Un récent examen des études sur les programmes d'échange de seringues des prisons suisses, allemandes et espa-

gnoles a permis de constater que le personnel est maintenant généralement en faveur de ces programmes, bien que les taux de réponse aux sondages étaient variables.²⁸⁵ Par ailleurs, comme il est mentionné précédemment dans le présent rapport, notamment en lien avec la situation en Allemagne et en Moldavie, les attitudes des employés ont évolué à mesure que ces derniers ont pu se familiariser directement avec les programmes d'échange de seringues

Un récent examen des études sur les programmes d'échange de seringues des prisons suisses, allemandes et espagnoles a révélé que le personnel est maintenant généralement en faveur de ces programmes.

et l'éthos de la réduction des méfaits, et qu'ils ont été impliqués dans la mise en œuvre et l'examen de ces programmes.

Il est important de souligner que, depuis quelques années, plusieurs ressorts canadiens ont procédé à une mise en œuvre sécuritaire et réussie de mesures de réduction des méfaits – comme la distribution de condoms et d'eau de Javel – en prison, en dépit de la controverse initiale qui entourait ces mesures. La mise en œuvre de ces programmes a démontré que, malgré les inquiétudes initiales de certains, les mesures de réduction des méfaits n'ont ni « lancé le mauvais message », ni conduit à des augmentations de l'usage ou de la contrebande de drogue, de la violence contre des employés ou entre des détenus, ni à un vandalisme accru. Ensemble, le constat de cette évolution et les leçons tirées des programmes d'échange de seringues dans d'autres ressorts devraient être gardés à l'esprit, dans la réaction aux craintes d'employés à l'effet que l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison puisse avoir des conséquences négatives de ce type.

L'efficacité du rapport coût-bienfaits des programmes d'échange de seringues en prison

L'efficacité coût-bienfaits de l'échange de seringues n'a pas été directement étudiée en prison, mais elle a été démontrée dans la communauté. Un récent rapport a conclu que l'investissement dans des programmes d'échange de seringues dans la communauté, en Australie, avait conduit à des économies de 15 fois supérieures aux montants investis, en raison des cas d'infection qui ont été évités, en 10 ans.²⁸⁶ Un modèle mathématique de cette rentabilité, utilisant les États-Unis comme exemple, a établi que les bienfaits économiques des programmes d'échange et de mise au rebut des seringues sont considérables.²⁸⁷ Une analyse des programmes d'échange de seringues dans l'État de New York a démontré que ces programmes étaient à la fois efficaces sur le plan coût-bienfaits et une source d'économies sur le plan sociétal.²⁸⁸

Même en l'absence d'une analyse économique particulière au contexte des prisons, la rentabilité des programmes d'échange de seringues au palier sociétal est un argument pertinent et de poids. On peut soutenir que les conclusions d'études qui ont mesuré le rapport coût-efficacité avantageux des programmes d'échange de seringues dans la communauté sont des indicateurs valides du potentiel d'économie de coûts qui s'associe à de tels programmes en prison. Notamment, étant donné que la majorité des détenus finissent par retourner dans la communauté, où ils auront recours aux services sociaux et de santé, la majorité des coûts associés aux infections par le VIH et le VHC retombent éventuellement sur la communauté. Par conséquent, un examen du rapport coût-efficacité des programmes d'échange de seringues en prison ne devrait pas être limité à l'évitement de coûts pour le système pénitentiaire. En particulier dans un pays comme le Canada, où les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux financent une grande partie des soins de santé et médicaments d'ordonnance dans la communauté (et leur totalité, dans les prisons), toute analyse économique de cette question devrait tenir compte de l'ensemble des économies pour les gouvernements.

Les économies de coûts associées à chaque cas évité de VIH et de VHC sont considérables. Pour le VIH, par exemple, une récente étude canadienne a montré que le coût direct médian de la fourniture de soins médicaux (y compris les médicaments, les soins hospitaliers, externes ainsi qu'à domicile) à un patient, pendant un mois, en Alberta pendant l'année 1997-1998, était de 1 036\$ (en valeur de dollar ajustée pour 2001).²⁸⁹ Ainsi, sur une base annuelle, chaque cas de VIH évité équivaut à des économies de 12 432 \$ (basées sur la valeur du dollar ajustée pour 2001). Pour mettre cette somme en perspective, le coût d'un distribu-

Les prisons du Canada devraient mettre en œuvre sans délai des programmes d'échange de seringues.

teur automatique de seringues est d'environ 3 000 euros,²⁹⁰ soit l'équivalent d'approximativement 4 700 \$ CDN. Même en supposant que des programmes d'échange de seringues contribueraient à prévenir un nombre relativement limité de cas de transmission du VIH et/ou du VHC parmi les détenus s'injectant des drogues, le coût de ces programmes serait maintes fois absorbé par les économies réalisées. De plus, ces programmes contribueraient aussi possiblement à réduire les besoins en ressources pour traiter d'autres problèmes de santé associés à des pratiques d'injection peu sécuritaires, notamment des infections au point d'injection.

Le temps d'agir, pour les élus et les responsables des prisons, au Canada

On devrait mettre en œuvre sans délai des programmes d'échange de seringues dans des prisons du Canada. Depuis 1992, les autorités pénitentiaires y ont été incitées à plusieurs reprises par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, des groupes d'étude et des comités de spécialistes. L'expérience et les données à propos des programmes d'échange de seringues qui existent à présent dans des prisons de six pays démontrent que ces programmes :

- ne compromettent pas la sécurité des employés, ni des détenus; et de fait, font des prisons un milieu de travail et de vie qui est plus sûr;
- n'entraînent pas d'augmentation de la consommation de drogue ou de son injection;
- réduisent les comportements à risque et la transmission de maladies (comme les infections à VIH et à VHC);
- ont d'autres effets positifs sur la santé des détenus;
- sont efficaces dans une grande diversité de prisons, dans six pays; et
- fonctionnent avec succès par diverses méthodes de distribution du matériel d'injection, selon les besoins des employés et des détenus, dans divers types de prisons.

Nous ne saurions nous limiter à dire que les programmes d'échange de seringues sont une mesure de santé publique efficace pour réduire des méfaits associés à l'injection de drogue (comme la transmission du VIH et du VHC) en prison comme dans la communauté. Le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et territoires, au Canada, ont une obligation légale de respecter, de protéger et d'assurer le plein exercice du droit des détenus à la santé. Reconnu en droit international, ce droit inclut d'avoir accès aux mesures sanitaires préventives. Dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida, les programmes d'échange de seringues constituent un moyen dont l'efficacité est démontrée, en tant que moyen sanitaire préventif pour les personnes qui risquent d'être exposées à l'infection par le VIH. Or, vu la persistance de l'injection de drogues illicites dans les prisons, et vu les données sur le partage de seringues parmi les détenus qui s'en injectent, les programmes d'échange de seringues en prison sont un élément crucial du droit à la santé des détenus qui s'injectent des drogues.

De plus, tout indique que de tels programmes en prison présentent un rapport coût-efficacité avantageux et qu'ils conduiraient même à des économies pour les gouvernements du Canada.

Des décisions de santé publique aussi importantes devraient être prises par les gouvernements en se basant sur les données disponibles et en conformité avec les obligations légales des États – et non sur des sondages d'opinion publique ou des considérations politiques. Les responsables des prisons ne doivent pas, non plus, prendre des décisions relativement à l'échange de seringues en fermant les yeux sur les données qui existent dans d'autres pays

et en faisant fi de leurs obligations légales, comme on le fait depuis trop longtemps dans ce dossier, au Canada. Les élus et les responsables des prisons doivent faire preuve de leadership en la matière. Le leadership est aussi nécessaire de la part des employés de prison (agents correctionnels et employés des services de santé) et des médecins externes qui travaillent dans des prisons. Les gouvernements, au Canada, et en particulier le SCC, ont été des leaders dans l'introduction de mesures de réduction des méfaits en prison : de nombreux systèmes pénitentiaires du Canada ont déjà mis en œuvre la distribution de condoms et d'eau de Javel, le traitement d'entretien à la méthadone, et l'éducation des détenus et des employés à propos du VIH – bien qu'il reste du travail à faire pour veiller à ce que les détenus, à l'échelle du pays, aient un accès sûr à ces moyens.

Bien que l'introduction de ces mesures de réduction des méfaits ait soulevé des débats et une certaine résistance initiale, elles sont aujourd'hui largement acceptées comme faisant partie de la responsabilité des systèmes pénitentiaires envers les détenus – et elles n'ont pas affecté la sécurité, ni le maintien de l'ordre, dans les établissements. L'existence de ces mesures et l'expérience acquise dans leur mise en œuvre, couplées à l'expérience et aux données internationales en lien avec des programmes d'échange de seringues en prison, sont les pierres d'assise pour implanter l'échange de seringues dans les prisons du Canada.

Recommandation

Les services correctionnels fédéraux et provinciaux/territoriaux, au Canada, devraient adopter immédiatement des mesures pour mettre en œuvre des programmes pilotes multi-centriques d'échange de seringues en prison.



Conclusion : un appel au leadership pour des programmes d'échange de seringues en prison

Malgré le nombre relativement limité de pays qui ont implanté des programmes d'échange de seringues en prison, cette mise en œuvre a été réussie dans des prisons aux situations très diversifiées. On en trouve dans des pays de l'Europe occidentale ainsi qu'en Europe de l'Est et en Asie centrale; dans des systèmes pénitentiaires bien financés et dans d'autres où il y a un grave manque de ressources; dans des systèmes pénitentiaires civils et militaires; dans des établissements entre lesquels les conditions d'hébergement des détenus sont très contrastées; dans des prisons pour hommes et des prisons pour femmes; et dans des établissements de toutes tailles et cotes de sécurité. Certains sont des projets pilotes isolés, d'autres sont une composante intégrée aux politiques de l'ensemble des prisons d'un système; et diverses méthodes de distribution des seringues sont utilisées.

Les conditions et circonstances dans lesquelles ces programmes ont été mis en œuvre sont diversifiées, mais on observe une remarquable constance dans les résultats des programmes. La santé des détenus s'est améliorée. Le partage des seringues a diminué. Les craintes de violence, d'augmentation de l'usage de drogue ou d'autres conséquences négatives ne se sont pas matérialisées. Les données et expériences décrites dans ce rapport permettent de conclure sans équivoque que les programmes d'échange de seringues en prison sont un moyen efficace et fructueux pour contrer la transmission du VIH et du VHC par l'injection de drogue en prison.

Les données objectives ont souvent été reléguées à l'arrière-plan, dans ce dossier, pour des considérations politiques et idéologiques, et pour cause d'apathie du public devant les

problèmes que rencontrent les détenus, les employés de prisons et les systèmes correctionnels. Plusieurs pays aux prises avec des taux élevés de VIH, de VHC et d'injection de drogue en prison refusent d'envisager d'y implanter des programmes d'échange de seringues même si l'on dispose à présent de données qui concluent à leur efficacité et à leur sûreté. C'est même le cas dans des pays, comme le Canada, qui ont déployé dans leurs prisons d'autres initiatives de réduction des méfaits en lien avec l'injection de drogue et la propagation du VIH et du VHC. Or, comme nous l'avons examiné dans ce rapport, une stratégie de réduction des méfaits qui n'inclut pas l'échange de seringues n'est qu'une mesure sanitaire sous-optimale – ce qui constitue une violation des normes internationales en matière de santé en milieu carcéral et un échec à appliquer les meilleures pratiques reconnues.

Parmi les leçons tirées de la recherche effectuée pour le présent rapport, deux s'imposent et doivent inciter les systèmes pénitentiaires qui sont aux prises avec des épidémies de VIH et de VHC alimentées par l'injection de drogue à mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues.

Première leçon : l'échange de seringues en prison est une réponse sanitaire pragmatique et nécessaire, sécuritaire et efficace, devant les problèmes de la transmission du VIH et du VHC en lien avec l'injection de drogue. Dans des prisons de certains pays, l'échange de seringues est disponible depuis une décennie et il a été soumis à de rigoureuses évaluations. Les systèmes pénitentiaires et les gouvernements ne peuvent pas continuer de prétendre que les programmes d'échange de seringues en prison sont une intervention nouvelle qui n'a pas été évaluée, et faire fi de leurs responsabilités à l'égard de la santé carcérale. Ces programmes ne sont plus nouveaux et ils ont été évalués.

Deuxième leçon : aussi efficaces qu'elles soient dans la pratique, les initiatives de réduction des méfaits en prison demeurent controversées. Les décisions entourant les conditions dans les prisons, ou l'absence de décisions à certains égards, sont souvent fondées sur d'autres motifs que les données scientifiques, ce qui peut être néfaste à la santé des détenus, des employés de prisons ainsi que du grand public. Pour d'autres, les dossiers ayant trait aux prisons sont devenus un point de mire pour l'expression d'une idéologie politique – au mépris des données pertinentes à propos de mesures qui, de fait, favorisent la santé et la sécurité de tous. Le cas est manifeste en Allemagne, où des programmes d'échange de seringues qui fonctionnaient depuis longtemps, et qui étaient fructueux, ont été abolis par de nouveaux gouvernements.

De ces deux leçons, se dégage la nécessité de leadership de la part des élus et des autorités pénitentiaires pour mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues en prison. Le leadership est nécessaire aussi de la part des employés de prisons (agents correctionnels et personnel de santé) et des médecins de la communauté qui font du travail en prison. Dans le contexte des programmes d'échange de seringues en prison, le leadership a plusieurs facettes. Premièrement, le leadership implique la compréhension des obligations légales des systèmes pénitentiaires de respecter, de protéger et de réaliser le droit des détenus à la santé. Deuxièmement, il nécessite la connaissance des données et de l'expérience issues de tels programmes qui sont déjà en fonction dans des prisons. Le présent rapport constitue une ressource complète, à l'heure actuelle, à propos de cette connaissance. Troisièmement, le leadership requiert une volonté et un engagement à faire en sorte que les éventuels programmes d'échange de seringues en prison soient adaptés aux besoins des détenus et des employés de prison (agents correctionnels et employés de santé). Cela implique que des détenus et des employés de prisons participent à la conception et à la mise en œuvre de ces programmes.



Notes

¹ J. Nelles, T. Harding, « Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism », *Lancet*, 1995, 346 : 1507.

² T.M. Hammett, *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*, 3^e éd., Washington (DC), US Department of Justice, 1988, p. 26.

³ US National Commission on AIDS, *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*, Washington (DC), la Commission, 1991, p. 10.

⁴ Spanish Focal Point, *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Madrid, Government Delegation for the National Plan on Drugs, octobre 2001, p. 84, avec renvoi.

⁵ T. Harding, G. Schaller, « HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? », dans J. Mann, D. Tarantola, T. Netter (éds.), *AIDS in the World*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1992, p. 761-769, à la p. 762; avec renvoi à T. Harding, « AIDS in prison », *The Lancet*, 1987, 2 : 1260-1263.

⁶ H. Heilpern, S. Egger, *AIDS in Australian Prisons – Issues and Policy Options*, Canberra, Department of Community Services and Health, 1989, p. 21.

⁷ T. Harding, G. Schaller, *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries*, Genève, Programme mondial de lutte contre le sida (OMS), 1992, p. 20.

⁸ Heilpern et Egger, *supra*, note 6.

⁹ T.M. Hammett, M.P. Harmon, W. Rhodes, « The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997 », *American Journal of Public Health*, 2002, 92 : 1789-1794.

¹⁰ Bureau of Justice Statistics Bulletin, *HIV in Prisons, 2001*, Washington, US Department of Justice, Office of Justice Programs, janvier 2004 (NCJ 202293).

¹¹ A. Bobrik, *Health and health-related factors at the penal system of Russia*, janvier 2004 (inédit).

¹² Central and Eastern Europe Harm Reduction Network, *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*, Vilnius, le Network, juillet 2002, p. 5.

¹³ International Harm Reduction Development, *Drugs, AIDS, and Harm Reduction: How to Slow the HIV Epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, New York, Open Society Institute, 2001, p. 14, avec renvoi.

¹⁴ M. Schonteich, *Latvia: Exploring alternatives to pre-trial detention*, Open Society Justice Initiative, 2003 (www.justiceinitiative.org/publications/justiceinitiatives/2003/schoenteich0603).

¹⁵ Central and Eastern Europe Harm Reduction Network, *supra*, note 12, p. 5, avec renvoi.

¹⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé (ONUSIDA/OMS), *Le point sur l'épidémie de sida – Décembre 2002*, Genève, ONUSIDA/OMS, 2002, p. 15.

¹⁷ *Ibid.*, aux notes 8 à 15.

¹⁸ Les statistiques sur la séroprévalence sont celles du Service correctionnel du Canada (SCC). *Le VIH/sida en milieu carcéral : rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, SCC, 1994, p. 19-27; SCC, *Le VIH/sida en milieu carcéral : documentation*, Ottawa, SCC, 1994, p. 55-92; Jürgens, *infra*, note 47, dans l'annexe 2, avec renvois; R. Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002, p. 3-4.

¹⁹ Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, et Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, Ottawa, SCC, 2003, p. 6.

²⁰ *VIH/sida et hépatite C en prison : les faits*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004 (version mise à jour du feuillet d'information #1 de la série sur le VIH/sida en prison). On trouve des renseignements plus détaillés pour 2001; voir *supra*, note 19.

²¹ *Supra*, note 19.

²² C. Hankins et coll., « Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes – Québec », *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, 15(33) : p. 168-170.

²³ D.A. Rethon, R.G. Mathias, M.T. Schechter, « Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, 151(6) : 781-787.

²⁴ P. Ford, C. White, H. Kaufmann et coll., « Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, 153 : 1605-1609.

²⁵ P.M. Ford, M. Pearson, P. Sankar-Mistry, T. Stevenson, D. Bell, J. Austin, « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *QJM*, 2000, 93(2) : 113-119.

²⁶ M. Pearson, P.S. Mistry, P.M. Ford, « Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21 : 134-136.

²⁷ C.A. Hankins, S. Gendron, M.A. Handley, C. Richard, M.T. Tung, M. O'Shaughnessy, « HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology », *American Journal of Public Health*, 1994, 84(10) : 1637-1640.

²⁸ S. Landry et coll., « Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2004, 15(Suppl A) : 50A (abrégé 306).

²⁹ Reuters Health, 18 février 2003 (voir www.kaisernet.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=16138).

³⁰ *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996; 2(2) : 20.

³¹ A. Raufu, « Nigerian prison authorities free HIV positive inmates », *AIDS Analysis Africa*, 2001, 12(1) : 15.

³² ONUSIDA/OMS, *supra*, note 16, p. 23.

³³ N.M. Osti et coll., « Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, state of São Paulo, Brazil », *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 1999, 94(4) : 479-483. Aussi, M. Burattini et coll., « Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison », *Revista de Saúde Pública*, 2000, 34(5) : 431-436; L. Strazza, R.S. Azevedo, H.B. Carvalho, E. Massad, « The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection », *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2004, 37(5) : 771-776.

³⁴ K. Dolan et coll., « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 98 : 153-158, avec renvoi.

³⁵ B. Pal, A. Acharya, K. Satyanarayana, « Seroprevalence of HIV infection among jail inmates in Orissa », *Indian Journal of Medical Research*, 1999, 109 : 199-201.

³⁶ Voir, en général, G.E. Macalino, J.C. Hou, M.S. Kumar, L.E. Taylor, I.G. Sumantera, J.D. Rich, « Hepatitis C infection and incarcerated populations », *International Journal of Drug Policy*, 2004, 15 : 103-114; K. Dolan, *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Prison Populations*, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 1999, p. 12, avec multiples renvois.

³⁷ Macalino et coll., *supra*, note 36, p. 111.

³⁸ SCC, *supra*, note 19, p. 14.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*, p. 21.

⁴¹ S. Black, *Springhill Project Report*, Ottawa, SCC, 1999.

⁴² Voir, par exemple, A. Taylor et coll., « Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison », *British Medical Journal*, 1995, 310 : 289-292.

⁴³ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT/EMCDDA), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002*, Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 2002, p. 51-52.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*, p. 52.

⁴⁶ Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995*, Ottawa, le SCC (Recherche et développement correctionnels), 1996, No SR-02.

⁴⁷ R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, p. 25-26, avec renvois.

⁴⁸ En ce qui touche les impacts que l'analyse d'urine pour la détection de drogues en prison peut entraîner sur la santé publique, voir en général S.M. Gore, A.G. Bird, A.J. Ross, « Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons », *British Medical Journal*, 1996, 312(7043) : 1411-1413.

⁴⁹ Voir, par exemple, S.M. Shah, P. Shapshak, J.E. Rivers, R.V. Stewart, N.L. Weatherby, K.Q. Xin, J.B. Page, D.D. Chitwood, D.C. Mash, D. Vlahov, C.B. McCoy, « Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 1996, 11(3) : 301-306; P. Shapshak, R.K. Fujimura, J.B. Page, D. Segal, J.E. Rivers, J. Yang, S.M. Shah, G. Graham, L. Metsch, N. Weatherby, D.D. Chitwood, C.B. McCoy, « HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report », *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 58(1-2) : 153-157; R.H. Needle, S. Coyle, H. Cesari, R. Trotter, M. Clatts, S. Koester, L. Price, E. McLellan, A. Finlinson, R.N. Bluthenthal, T. Pierce, J. Johnson, T.S. Jones, M. Williams, « HIV risk behaviors associated with the injection process: multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks », *Substance Use & Misuse*, 1998, 33(12) : 2403-2423; B. Jose, S.R. Friedman, A. Neaigus, R. Curtis, J.P. Grund, M.F. Goldstein, T.P. Ward, D.C. Des Jarlais, « Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users », *AIDS*, 1993, 7(12) : 1653-1660, et un erratum dans *AIDS*, 1994, 8(1) : après p. 4.

⁵⁰ R. Lines, *Des pros pour les détenus : Un guide pour créer et réussir des actions communautaires contre le VIH/sida, pour les détenus*, Toronto, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), 2002, p. 77.

⁵¹ *Supra*, note 36.

⁵² A. Ball et coll., « Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse », Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995.

⁵³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le SIDA dans les prisons : Point de vue ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA, avril 1997, p. 6.

⁵⁴ *Supra*, note 43, p. 52-53.

⁵⁵ Dolan, *supra*, note 51, p. 6.

⁵⁶ *Ibid.*, avec renvoi.

⁵⁷ Jürgens, *supra*, note 47, avec renvoi.

⁵⁸ A. Buavirat et coll., « Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study », *British Medical Journal*, 2003, 326(7384) : 308.

⁵⁹ Médecins Sans Frontières, « Health Promotion Program in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000 », cité dans International Harm Reduction Development, *supra*, note 13. Voir aussi R. Jürgens, M.B. Bijl, « Risk behaviours in penal institutions », dans P. Bollini (éd.), *HIV in Prison. A Manual for the Newly Independent States*, MSF, OMS et Prison Reform International, 2002.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ C. Magis-Rodriguez et coll., « Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico », abrégé à la XIII^e Conférence internationale sur le sida, 2000.

⁶² Dolan, *supra*, note 34, p. 153, avec renvois.

⁶³ Jürgens, *supra*, note 47, p. 43-44, avec renvois.

⁶⁴ K. Dolan, W. Hall, A. Wodak, M. Gaughwin, « Evidence of HIV transmission in an Australian prison », *Medical Journal of Australia*, 1994, 160(11) : 734; K. Dolan et coll., « A network of HIV infections among Australian inmates », XI^e Conférence internationale sur le sida (Vancouver, juillet 1996), abrégé We.D.3655.

⁶⁵ R. Jürgens, « VIH/sida en prison : développements récents », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 14-21, à la p. 20, avec renvoi à L. Dapkus, « Prison's rate of HIV frightens a nation », Associated Press, 29 septembre 2002.

⁶⁶ Dolan, *supra*, note 51.

⁶⁷ R. Keppler, F. Nolte, H. Stöver, « Transmission of infectious diseases in prisons – results of a study for women in Vechta, Lower Saxony, Germany », *Sucht*, 1996, 42 : 98-107, à la p. 104.

⁶⁸ L.M. Calzavara, A.N. Burchell, J. Schlossberg, T. Myers, M. Escobar, E. Wallace, C. Major, C. Strike, M. Millson, « Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates », *Addiction*, 2003, 98(9) : 1257-1265.

⁶⁹ A. DiCenso et coll., *Ouvrir notre avenir : une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Toronto, PASAN, 2003.

⁷⁰ P.M. Ford et coll., « Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999; 4(2/3) : 60-68.

⁷¹ T. Nichol, *Bleach Pilot Project*, deuxième compte-rendu non publié de la mise en oeuvre de la distribution d'eau de Javel dans l'établissement Matsqui, document daté du 28 mars 1996. Cité dans Jürgens, *supra*, note 47.

⁷² *Sondage national auprès des détenus*, *supra*, note 46.

⁷³ C. Hankins et coll., « Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions – Montreal », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(Suppl B) : 31B. Cité dans Jürgens, *supra*, note 47.

⁷⁴ A. Dufour et coll., « HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(Suppl B) : 31B. Cité dans Jürgens, *supra*, note 47.

⁷⁵ E. Single, « Harm reduction as the basis for hepatitis C policy and programming », exposé présenté à la première Conférence canadienne sur l'hépatite C, Montréal, 4 mai 2001.

⁷⁶ Lines, *supra*, note 18.

⁷⁷ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le SIDA dans les prisons : Actualisation ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA, avril 1997, p. 3 (accessible via www.unaids.org).

⁷⁸ Déclaration et Programme d'action de Vienne, adopté le 25 juin 1993, Conférence mondiale sur les droits de l'Homme, UN GA Doc A/CONF/137/23.

⁷⁹ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16), p. 52, UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entré en vigueur le 23 mars 1976.

⁸⁰ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16), p. 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3, entré en vigueur le 3 janvier 1976.

⁸¹ Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982), adoptée le 27 juin 1981, entrée en vigueur le 21 octobre 1986.

⁸² Convention américaine relative aux droits de l'Homme, OAS Treaty Series No 36, 1144 UNTS 123, entrée en vigueur le 18 juillet 1978.

⁸³ Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, OAS Treaty Series No 69 (1988), signé le 17 novembre 1988.

⁸⁴ Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ETS 5, 213 UNTS 222, entrée en vigueur le 3 septembre 1953, amendée par les Protocoles No 3, 5 et 8, entrés en vigueur le 21 septembre 1970, le 20 décembre 1971 et le 1^{er} janvier 1990 respectivement.

⁸⁵ Charte sociale européenne, ETS 35, 529 UNTS 89, entrée en vigueur le 26 février 1965.

⁸⁶ Déclaration universelle des droits de l'Homme, UN GA res 217A (III), UN Doc A/810, p. 71 (1948).

⁸⁷ En vertu du principe du droit international coutumier, les normes contenues dans les déclarations sont reconnues par la communauté des nations en tant que dispositions ayant force d'application légale. La question de ce qui fait partie du droit coutumier international relève de faits et usages. Un élément est considéré faire partie du droit international coutumier lorsqu'un nombre suffisant d'États ont commencé à agir comme s'il s'agissait d'une loi, et qu'il n'est pas nécessaire qu'une loi soit rédigée.

⁸⁸ Voir en général Jürgens, *supra*, note 47, p. 90-92. En particulier, l'élément 5 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus prévoit que « Sauf pour ce qui est des limitations qui sont évidemment rendues nécessaires par leur incarcération, tous les détenus doivent continuer à jouir des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et ... le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ... ainsi que de tous les autres droits énoncés dans d'autres pactes des Nations Unies ». Adopté par Résolution de l'Assemblée générale, no 45/111, appendice, 45 UN GAOR Supp (No 49A) p. 200, UN Doc A/45/49 (1990).

⁸⁹ S. Shaw, « Prisoners' Rights », dans P. Seighart (éd.), *Human Rights in the United Kingdom*, Londres, Pinter Publishers, 1988, p. 42.

⁹⁰ Principes fondamentaux pour le traitement des détenus, UN GA res 45/111, appendice, 45 UN GAOR Supp (No 49A), p. 200, UN Doc A/45/49 (1990).

⁹¹ Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, UN GA res 43/173, appendice, 43 UN GAOR Supp (No 49), p. 298, UN Doc A/43/49 (1988).

⁹² Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, adopté le 30 août 1955 par le Premier Congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, UN Doc A/CONF/61 I, appendice I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1), p. 11, UN Doc E/3048 (1957), amendé ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1), p. 35, UN Doc E/5988 (1977).

⁹³ Recommandation no R (98)7 du comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée par le comité des ministres le 8 avril 1998, lors de la 627^e Rencontre des députés des ministres [ci-après, la Recommandation no R (98)7 du Conseil de l'Europe].

⁹⁴ Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons, Genève, OMS, 1993 [ci-après, les Directives de l'OMS].

⁹⁵ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, UN GA Res/S-26/2, 27 juin 2001 [ci-après, la Déclaration de l'UNGASS].

⁹⁶ Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997).

⁹⁷ Directives de l'OMS, *supra*, note 94.

⁹⁸ Déclaration de l'UNGASS, *supra*, note 96, article 58.

⁹⁹ *Ibid.*, aux articles 62, 64.

¹⁰⁰ Voir, par exemple, la Déclaration universelle des droits de l'Homme, *supra*, note 86, art 25; Pacte international relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, *supra*, note 80, art 12; Charte sociale européenne, *supra*, note 85, art 11; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, *supra*, note 81, art. 16.

¹⁰¹ Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, dans *Basic Documents*, 39^e éd., Genève, OMS, 1992. Voir, en général, V. Leary, « The right to health in international human rights law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) : 24-56.

¹⁰² Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, *supra*, note 90.

¹⁰³ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, art 35.

¹⁰⁴ Recommandation du Conseil de l'Europe No R 98(7), *supra*, note 93.

¹⁰⁵ Directives de l'OMS, *supra*, note 94, items 1, 2, 4.

¹⁰⁶ H. Stöver, *Drugs and HIV/AIDS Services in European Prisons*, Oldenburg (Allemagne), Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2002, p. 127-128.

¹⁰⁷ Directives de l'OMS, *supra*, note 94, p. 4.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 6.

¹¹⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session », avril 1996.

¹¹¹ Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, *supra*, note 96, paragr: 2 et 15(d).

¹¹² International Council of Prison Medical Services, « Oath of Athens for Prison Health Professionals », adopté le 10 septembre 1979, Athènes.

¹¹³ Voir Jürgens, *supra*, note 47, p. 87-94.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ R. Elliott, « Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel », annexe 2, dans Jürgens, *supra*, note 47.

¹¹⁶ Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, L.C. 1992, ch. 20 (ci-après, la LSCMLC); DORS/92-620.

¹¹⁷ LSCMLC, alinéa 86(2).

¹¹⁸ I. Malkin, « Le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant l'incarcération », annexe I dans Jürgens, *supra*, note 47.

¹¹⁹ S.F. Hurley, D.J. Jolley, J.M. Kaldor; « Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection », *Lancet*, 1997, 349(9068) : 1797-1800.

¹²⁰ D.R. Holtgrave, S.D. Pinkerton, T.S. Jones, P. Lurie, D. Vlahov, « Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 1998, 18(Suppl 1) : S133-138.

¹²¹ Australian National Council on Drugs, Australian National Council of AIDS and Hepatitis Related Diseases, « National Council backs investment on needle programs », communiqué de presse du 22 octobre 2002, Australian National Council on Drugs.

¹²² ONUSIDA/OMS, *Switzerland: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, 2002.

¹²³ Office fédéral de la santé publique, *La politique suisse en matière de drogue*, Berne, l'Office, septembre 2000, p. 8-11.

¹²⁴ C. Berger, A. Uchtenhagen, *Prevention of Infectious Diseases and Health Promotion in Penal Institutions: Summary of a final report for the Swiss Federal Office of Public Health*, Zurich, l'Office, avril 2001, p. 1.

¹²⁵ J. Nelles, A. Fuhrer, H.P. Hirsbrunner, T.W. Harding, « Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? », *British Medical Journal*, 1998, 317 : 270-273.

¹²⁶ J. Nelles, A. Fuhrer, I. Vincenz, *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation*, Berne, University Psychiatric Services, 1999.

¹²⁷ J. Nelles, « The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences », *International Journal of Drug Policy*, 1997, 1 : 2-4.

¹²⁸ Office fédéral de la santé publique, *La politique suisse en matière de drogue – Feuille d'information Réduction des risques*, Berne, l'Office, septembre 2000.

¹²⁹ Décrit dans Nelles et Harding, *supra*, note 1.

¹³⁰ J. Nelles, A. Dobler-Mikola, B. Kaufmann, « Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün », dans J. Nelles, A. Fuhrer (éds), *Harm Reduction in Prison*, Berne, Peter Lang, 1997, p. 239-262. Cité dans K. Dolan, S. Rutter, A. Wodak, *supra*, note 34.

¹³¹ Entretien personnel avec P. Fäh, directeur de la prison d'Oberschöngrün, le 1er mars 1996, cité dans R. Jürgens, « Échange de seringues en prison : un survol », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4) : 1, 38-40.

¹³² Cette description du programme de la prison de Hindelbank puise dans deux sources : R. Jürgens, « La prévention prise au sérieux : remise de seringues dans une prison suisse », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1) : 1-3; et Nelles et coll., *supra*, note 125.

¹³³ Stöver, *supra*, note 106, p. 135-136.

¹³⁴ L'information sur l'évaluation du projet de Hindelbank est tirée de Nelles et coll., *supra*, note 125; et de Dolan et coll., *supra*, note 34.

¹³⁵ D. DeSantis, établissement de Hindelbank, 2 juin 2003, dans un entretien avec Rick Lines.

¹³⁶ J. Nelles, A. Fuhrer, H.P. Hirsbrunner, T.W. Harding, « How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? », *Drug and Alcohol Review*, 1999, 18 : 133-138.

¹³⁷ Nelles et coll., *supra*, note 126.

¹³⁸ Nelles et coll., *supra*, note 130.

(*) N.d.T. Le THC, tétrahydro-cannabinol, est l'ingrédient actif du cannabis.

¹³⁹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé (ONUSIDA/OMS), *Germany: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, 2002.

¹⁴⁰ U. Marcus, « HIV/AIDS und Drogenkonsum in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen und Erklärungen », dans J. Klee, H. Stöver (éds), *AIDS und Drogen – Ein Beratungsführer*, 3e édition, 2003 (à paraître).

¹⁴¹ R. Simon, E. Hoch, R. Hüllinghorst, G. Nöcker, M. David-Spickermann, *Report on the Drug Situation in Germany 2001*, Centre de référence de l'Allemagne auprès de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2001, p. 145, avec renvoi.

¹⁴² R. Muller, K. Stark, I. Guggenmoos-Holzmann, D. Wirth, U. Bienze, « Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users », *AIDS*, 1995, 9(2) : 183-190.

¹⁴³ A. Thiel, « Hepatitis C in prison – the underestimated problem », exposé à la 7th International Conference on Hepatitis C, Edinburgh, 12-13 juin 2003.

¹⁴⁴ Simon et coll., *supra*, note 141.

¹⁴⁵ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *supra*, note 43, p. 50. Voir aussi Keppler et coll., *supra*, note 57.

¹⁴⁶ Les autres drogues servant au traitement de substitution incluent la levométhadone, la buprénorphine, la dihydrocodéine et la codéine. Correspondance personnelle de M. Heino Stöver.

¹⁴⁷ Correspondance personnelle de M. Heino Stöver, en date du 8 septembre 2004.

¹⁴⁸ Les données relatives aux projets d'échange de seringues allemands sont tirées de Stöver, *supra*, note 106, p. 128-131, à moins d'autre indication.

¹⁴⁹ Les données qui suivent sont un résumé des résultats d'évaluation présentés dans H. Stöver; « Évaluation positive de projets pilotes d'échange de seringues en prison », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 65-69.

¹⁵⁰ H. Stöver; J. Nelles, « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14(5/6) (sous presse).

¹⁵¹ J. Sanz Sanz, P. Hernando Briongos, J.A. López Blanco, « Syringes Exchange Programs in Spanish Prisons », exposé à la conférence du European Network of Drug Services in Prison, Rome, 22-24 mai 2003; et J. Sanz Sanz, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio Del Interior. Communication personnelle (20 avril 2004).

¹⁵² ONUSIDA/OMS, *Spain: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, p. 2.

¹⁵³ Spanish Focal Point, *supra*, note 4, p. 75.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 25.

¹⁵⁵ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior; *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000*, Madrid, Ministerio Del Interior, 2001, p. 54.

¹⁵⁶ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *Needle Exchange in Prison: Framework Program*, Madrid, Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, octobre 2002, p. 4.

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ Sanz Sanz et coll., *supra*, note 151.

¹⁵⁹ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *supra*, note 155, p. 53.

¹⁶⁰ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 4.

¹⁶¹ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *supra*, note 155, p. 55.

¹⁶² Spanish Focal Point, *supra*, note 4, p. 75.

¹⁶³ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 4.

¹⁶⁴ Sanz Sanz et coll., *supra*, note 151.

¹⁶⁵ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior (2000), p. 53.

¹⁶⁶ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 4.

¹⁶⁷ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *supra*, note 155, p. 53.

¹⁶⁸ Sanz Sanz et coll., *supra*, note 151.

¹⁶⁹ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *supra*, note 155, p. 55.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 58.

¹⁷¹ Spanish Focal Point, *supra*, note 4, p. 75-76.

¹⁷² A.L. Sánchez Iglesias, *Instruction 101/2002 on Criteria of Action in Connection with the Implementation in a Number of Prisons of the Needle Exchange Program (NEP) for Injecting Drug Users (IDUs)*, Madrid, Direction générale des prisons, 23 août 2002, p. 7. Reproduit dans Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156.

¹⁷³ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *supra*, note 155, p. 58.

¹⁷⁴ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 6.

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ À moins d'indication contraire, l'information sur le projet pilote est tirée de C. Menoyo, D. Zulaica, F. Parras, « Programmes d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 22-24.

¹⁷⁷ Dolan et coll., *supra*, note 34, p. 157.

¹⁷⁸ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 6.

¹⁷⁹ Grupo De Trabajo Sobre Programas De Intercambio De Jeringuillas En Prisiones (avril 2000), *Elementos Clave para la Implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA/Dirección General de Instituciones Penitenciarias, p. 2.

¹⁸⁰ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *supra*, note 155, p. 58.

¹⁸¹ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 5.

- ¹⁸² *Ibid.*, p. 6.
- ¹⁸³ *Ibid.*, p. 6-7.
- ¹⁸⁴ Sanz Sanz et coll., *supra*, note 151.
- ¹⁸⁵ J. Sanz Sanz, P. Hernando Briongos, J.A. López Blanco, « Syringe-exchange programmes in Spanish prisons », dans *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003, 13 : 9-12.
- ¹⁸⁶ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 11.
- ¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 16-17.
- ¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 11.
- ¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 14.
- ¹⁹⁰ *Recomendaciones sobre los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PJJ)*, reçu de la Prisión Soto de Real, Madrid (en filière).
- ¹⁹¹ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 10.
- ¹⁹² *Ibid.*
- ¹⁹³ *Ibid.*, p. 12.
- ¹⁹⁴ L'information sur l'évaluation du programme de la prison de Bilbao est puisée dans Menoyo et coll., *supra*, note 176.
- ¹⁹⁵ Spanish Focal Point, *supra*, note 4, p. 60.
- ¹⁹⁶ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 5.
- ¹⁹⁷ Sanz Sanz et coll., *supra*, note 185. Les responsables du service espagnol des prisons et du plan national en matière de drogue qui ont été interviewés pendant la préparation du présent rapport ont aussi confirmé qu'il n'y avait eu aucun cas d'utilisation des seringues comme armes, ni à autres mauvais escients.
- ¹⁹⁸ Sanz Sanz, *supra*, note 151.
- ¹⁹⁹ ONUSIDA/OMS, *Republic of Moldova: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, p. 2 et 6.
- ²⁰⁰ Estimation fournie par Health Reform in Prisons, novembre 2002.
- ²⁰¹ On compte 20 prisons, en Moldavie, qui logent approximativement 10 500 détenus.
- ²⁰² Health Reform in Prisons, novembre 2002.
- ²⁰³ Les statistiques dans ces colonnes représentent le nombre de cas de VIH/sida identifiés au cours de l'année civile. Le nombre de cas au cours d'une année n'était pas nécessairement constant, vu le va-et-vient entre la prison et la communauté, et les cas de décès.
- ²⁰⁴ Pour plus d'information sur l'Open Society Institute et son International Harm Reduction Development Program : www.soros.org/initiatives/ihrd.
- ²⁰⁵ Statistique fournie par Health Reform in Prisons, novembre 2002.
- ²⁰⁶ Une large part de l'information sur les deux programmes moldaves a été fournie par la Dre Larisa Pintelli et le Dr Nicolae Bodrug de la Health Reform in Prisons, International Harm Reduction Development Prison Grantees Conference, Chisinau, Moldavie, mai 2002.
- ²⁰⁷ N. Bodrug, « A pilot project breaks down resistance », dans *Harm Reduction News – Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute*, 2002, 3(2).
- ²⁰⁸ Dre Larisa Pintelli, Health Reform in Prisons, Moldavie. Communication personnelle du 13 mai 2003.
- ²⁰⁹ Dre Larisa Pintelli, Health Reform in Prisons, Moldavie. Exposé à un congrès en novembre 2002; et communication personnelle du 13 mai 2003.
- ²¹⁰ Pintelli, communication personnelle du 19 mai 2002.
- ²¹¹ Pintelli, communication personnelle, *supra*, note 208.
- ²¹² Pintelli, communication personnelle, *supra*, note 210.
- ²¹³ Bodrug, *supra*, note 207, p. 11.
- ²¹⁴ *Ibid.*, p. 11.
- ²¹⁵ *Ibid.*

- ²¹⁶ *Ibid.*
- ²¹⁷ Pintelli, communication personnelle, *supra*, note 208.
- ²¹⁸ Les renseignements sur le VIH/sida, l'injection de drogue, la réduction des méfaits et le projet pilote d'échange de seringues dans les prisons du Kirghizstan ont été fournis par la Dre Raushan Abdylbaev et par Elvira Muratalieva de l'Open Society Institute, à moins d'autre indication.
- ²¹⁹ E. Subata, « Accepting maintenance treatment », *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute*, 2003, 4(2) : 6.
- ²²⁰ *Le point sur l'épidémie de sida – Décembre 2002, supra*, note 16, p. 14.
- ²²¹ Données présentées par la délégation du Kirghizstan au « Prison Grantees Workshop » de l'International Harm Reduction Development Conference, Chisinau, Moldavie, novembre 2002.
- ²²² Dre Raushan Abdylbaeva, correspondance personnelle, mai 2003.
- ²²³ Elvira Muratalieva, Open Society Institute, Kirghizstan, correspondance personnelle du 9 avril 2004.
- ²²⁴ *Ibid.*
- ²²⁵ Dre Larisa Savishcheva, « Prevention of HIV in Penitentiary Institutions in the Republic of Belarus », exposé présenté à l'International Harm Reduction Development Conference, Varsovie, Pologne, 8 septembre 2003.
- ²²⁶ Données tirées de Nathalia Karzhaeva, « Drug Using and Harm Reduction Programme in Belarus », exposé présenté à l'Effective Advocacy for Health in the NIS Conference, Tbilisi, Géorgie, 18 septembre 2003.
- ²²⁷ Dre Larisa Savishcheva, directrice d'un projet en Biélorussie, communication personnelle, septembre 2003.
- ²²⁸ L. Savishcheva, « Needle exchange in Belarussian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project », dans *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003, 13 : 8.
- ²²⁹ *Ibid.*
- ²³⁰ Dre Larisa Savishcheva, directrice d'un projet en Biélorussie, communication personnelle du 30 septembre 2003.
- ²³¹ *Ibid.*
- ²³² Dre Larisa Savishcheva, directrice d'un projet en Biélorussie, communication personnelle du 8 avril 2004.
- ²³³ Savishcheva, *supra*, note 230.
- ²³⁴ Stöver et Nelles, *supra*, note 149.
- ²³⁵ W. Headrick, *Report on the Needle Exchange Program in Switzerland Prisons*, 9 avril 1999, en filière.
- ²³⁶ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 16.
- ²³⁷ Stöver et Nelles, *supra*, note 149, p. 15.
- ²³⁸ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 5.
- ²³⁹ Cité dans D. Riley, « La consommation de drogues dans les prisons », dans Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : Documentation*, Ottawa, SCC, 1994, p. 174.
- ²⁴⁰ M. Lachat, « Projet-pilote de prévention du VIH dans les établissements pénitentiaires pour femmes de Hindelbank », conférence de presse, 16 mai 1994, Berne, Office d'information et de relations publiques du canton de Berne.
- ²⁴¹ Stöver et Nelles, *supra*, note 149, p. 15.
- ²⁴² DeSantis, *supra*, note 135.
- ²⁴³ H. Stutz, U. Weibel, prison d'Obershöngrün, 4 juin 2003, entrevue avec Rick Lines.
- ²⁴⁴ Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *supra*, note 156, p. 11.
- ²⁴⁵ *Ibid.*, p. 14.
- ²⁴⁶ Analyse adaptée et étoffée de Stöver et Nelles, *supra*, note 149, p. 14.
- ²⁴⁷ Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, Toronto, PASAN, juin 1992.
- ²⁴⁸ SCC, *Rapport final, supra*, note 18.
- ²⁴⁹ Jürgens, *supra*, note 47.

- ²⁵⁰ Groupe de travail sur le VIH/sida et l'injection de drogue, *Le VIH, le sida et l'injection de drogue : un plan d'action national*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Association canadienne de santé publique, 1997.
- ²⁵¹ A. Scott, R. Lines, *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, Toronto, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 1998.
- ²⁵² Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues, *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, octobre 1999 (en filière).
- ²⁵³ Lines, *supra*, note 18.
- ²⁵⁴ DiCenso et coll., *supra*, note 69.
- ²⁵⁵ Commission canadienne des droits de la personne, *Rapport spécial – Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Ottawa, la Commission, décembre 2003 (www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/consultation_report-fr.asp).
- ²⁵⁶ Comité spécial sur l'usage non médical de drogues ou médicaments, *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Chambre des communes, 2002. La recommandation 32 du rapport : « Le Comité recommande que Service correctionnel Canada permette aux contrevenants incarcérés de bénéficier d'initiatives de réduction des méfaits afin de réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang, tout en respectant les exigences des pénitenciers en matière de sécurité. » Dans des rapports supplémentaires, l'Alliance canadienne a fermement rejeté l'idée de l'échange de seringues en prison, en la qualifiant de « grotesque » (p. 182); le Bloc québécois n'a pas parlé de la question; et le NPD a signalé qu'il « mettrait davantage l'accent sur les mesures de réduction des méfaits, comme les échanges de seringues et l'accès élargi au traitement, solution selon lui plus pratique [devant la réalité des drogues dans nos prisons] (p. 190) ».
- ²⁵⁷ Chambre des communes, Comité permanent de la santé, *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, Ottawa, Chambre des communes, 2003 (www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/HEAL/Studies/Reports/healrp03-f.htm).
- ²⁵⁸ SCC, *Rapport final*, *supra*, note 18, p. 112-113.
- ²⁵⁹ *Final Report of the Study Group*, *supra*, note 252, p. 1-2.
- ²⁶⁰ *Ibid.*
- ²⁶¹ Comité permanent de la santé, *supra*, note 257, recommandation 4(d).
- ²⁶² Comité spécial sur l'usage non médical de drogues ou médicaments, *supra*, note 256, p. 119.
- ²⁶³ Réponse du gouvernement au Troisième rapport du Comité permanent de la santé, *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida* (www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/publications/brown_letter.html).
- ²⁶⁴ Lines, *supra*, note 18.
- ²⁶⁵ N. Abdala, A.A. Gleghorn, J.M. Carney, R. Heimer, « Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(5) : 487-494.
- ²⁶⁶ H. Hagan, H. Thiede, « Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? », *Epidemiology*, 2003, 14(5) : 628-629; « author reply », à la p. 629.
- ²⁶⁷ C.B. McCoy, J.E. Rivers, H.V. McCoy et coll., « Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7(7) : 773-776.
- ²⁶⁸ Voir R.G. Carlson, J. Wang, H.A. Siegal, R.S. Falck, « A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users », *AIDS Education and Prevention*, 1998, 10(6) : 523-532; McCoy et coll., *supra*, note 267; A.A. Gleghorn, M.C. Doherty, D. Vlahov, D.D. Celentano, T.S. Jones, « Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7(7) : 767-772.
- ²⁶⁹ K.A. Dolan, A.D. Wodak, W.D. Hall, « A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1998, 22(7) : 838-840.
- ²⁷⁰ Dans une seringue désinfectée à l'eau de Javel, des traces d'eau de Javel peuvent demeurer même après le rinçage à l'eau. L'eau de Javel contient du chlore libre, une substance connue comme un oxydant; des études in vitro ont révélé que de faibles concentrations d'oxydants peuvent conduire à une inflammation des tissus corporels et à une réplication du VIH-1. Ainsi, bien que cela ne soit pas statistiquement démontré, « en théorie, les effets oxydants de l'eau de Javel résiduelle dans des seringues nettoyées avec cette substance pourraient augmenter la possibilité d'infection par le VIH-1 qui pourrait être contenu dans une seringue contaminée » : C. Contoreggi, S. Jones, P. Simpson, W.R. Lange, W.A. Meyer, « Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use », *Intervirology*, 2000, 43(1) : 1-5.
- ²⁷¹ F. Kapadia, D. Vlahov, D.C. Des Jarlais, S.A. Strathdee, L. Ouellet, P. Kerndt, E.V. Morse, I. Williams, R.S. Garfein, S. Richard, pour le Second Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS-II) Group, « Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? », *Epidemiology*, 2002, 13(6) : 738-741. Voir aussi N. Flynn, S. Jain, E.M. Keddie, J.R. Carlson, M.B. Jennings, H.W. Haverkos, N. Nassar, R. Anderson, S. Cohen, D. Goldberg, « In vitro activity of readily available household materials against HIV-1: is bleach enough? », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7(7) : 747-753.

- ²⁷² ONUSIDA, *Le sida dans les prisons : Actualisation ONUSIDA*, supra, note 77, p. 6.
- ²⁷³ E. Senay, A. Uchtenhagen, « Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature », dans J. Westermeyer (éd.), *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*, New York, Prager, 1990.
- ²⁷⁴ G. Bertschy, « Methadone maintenance treatment: an update », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1995, 245(2) : 114-124; M. Rosenbaum, A. Washburn, K. Knight, M. Kelley, J. Irwin, « Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1996, 28(3) : 241-249.
- ²⁷⁵ D.R. Gibson, N.M. Flynn, J.J. McCarthy, « Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS*, 1999, 13(14) : 1807-1818; D.M. Hartel, E.E. Schoenbaum, « Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City », *Public Health Reports*, 1998, 113(Suppl 1) : 107-115; K.A. Dolan, J. Shearer, M. MacDonald, R.P. Mattick, W. Hall, A.D. Wodak, « A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system », *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 72(1) : 59-65.
- ²⁷⁶ A. Byrne, K. Dolan, « Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales », *British Medical Journal*, 1998, 316(7146) : 1744-1745; D. Goldberg, A. Taylor, J. McGregor, B. Davis, J. Wrench, L. Gruer, « A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? », *International Journal of STD & AIDS*, 1998, 9(1) : 25-30.
- ²⁷⁷ K. Dolan, W. Hall, A. Wodak, « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *British Medical Journal*, 1996, 312(7039) : 1162; Dolan et coll., supra, note 275.
- ²⁷⁸ *Ibid.*
- ²⁷⁹ Directive 800-1 du Commissaire, *Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone* (2 mai 2002); Bulletin politique 127, 2 mai 2002. Voir, en général, R. Jürgens, « VIH/sida en prison : autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 15-17.
- ²⁸⁰ B. Sibbald, « Methadone maintenance expands inside federal prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2002, 167(10) : 1154.
- ²⁸¹ Voir Lines, supra, note 18; N. Whiting, « Alberta – Nouvelle politique sur le traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 49-51.
- ²⁸² Voir l'analyse du programme d'échange de seringues dans les prisons d'Espagne, dans le présent rapport.
- ²⁸³ *Final Report of the Study Group*, supra, note 252.
- ²⁸⁴ SCC, *Le VIH/sida en milieu carcéral : Documentation*, supra, note 18, p. 109.
- ²⁸⁵ Dolan et coll., supra, note 34.
- ²⁸⁶ Australian National Council on Drugs, supra, note 121.
- ²⁸⁷ Holtgrave et coll., supra, note 120.
- ²⁸⁸ F.N. Laufer, « Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(3) : 273-278.
- ²⁸⁹ H.B. Krentz, M.C. Auld, M.J. Gill, « The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 169(2) : 106-110.
- ²⁹⁰ Communication personnelle avec Heino Stöver.



Bibliographie

Instruments internationaux

Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982), adoptée le 27 juin 1981, entrée en vigueur le 21 octobre 1986.

Charte sociale européenne, ETS 35, 529 UNTS 89, entrée en vigueur le 26 février 1965.

Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ETS 5, 213 UNTS 222, entrée en vigueur le 3 septembre 1953, amendée par les Protocoles No 3, 5 et 8, entrés en vigueur le 21 septembre 1970, le 20 décembre 1971 et le 1er janvier 1990 respectivement.

Convention américaine relative aux droits de l'Homme, OAS Treaty Series No 36, 1144 UNTS 123, entrée en vigueur le 18 juillet 1978.

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

Déclaration et Programme d'action de Vienne, adopté le 25 juin 1993, Conférence mondiale sur les droits de l'Homme, UN GA Doc A/CONF/137/23.

Déclaration universelle des droits de l'Homme, UN GA res 217A (III), UN Doc A/810, p. 71 (1948).

Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons, Genève, OMS, 1993.

Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, UN GA res 43/173, appendice, 43 UN GAOR Supp (No 49), p. 298, UN Doc A/43/49 (1988).

Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, adopté le 30 août 1955 par le Premier Congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, UN Doc A/CONF/611, appendice I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1), p. 11, UN Doc E/3048 (1957), amendé ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1), p. 35, UN Doc E/5988 (1977).

Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997).

Pacte international relatif aux droits civils et politiques, UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16), p. 52, UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entré en vigueur le 23 mars 1976.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, UN GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16), p. 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3, entré en vigueur le 3 janvier 1976.

Principes fondamentaux pour le traitement des détenus, UN GA res 45/111, appendice, 45 UN GAOR Supp (No 49A), p. 200, UN Doc A/45/49 (1990).

Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, OAS Treaty Series No 69 (1988), signé le 17 novembre 1988.

Recommandation no R (98)7 du comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée par le comité des ministres le 8 avril 1998, lors de la 62^e Rencontre des députés des ministres.

Livres, articles, rapports, abrégés, etc

Abdala N., A.A. Gleghorn, J.M. Carney, R. Heimer, « Can HIV-1-contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(5) : 487-494.

Ball A. et coll., « Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse », Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995.

Berger C., A. Uchtenhagen, *Prevention of Infectious Diseases and Health Promotion in Penal Institutions: Summary of a final report for the Swiss Federal Office of Public Health*, Zurich, l'Office, avril 2001.

Bertschy G., « Methadone maintenance treatment: an update », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1995, 245(2) : 114-124.

Black S., *Springhill Project Report*, Ottawa, SCC, 1999.

Bobrik A., *Health and health-related factors at the penal system of Russia*, janvier 2004 (inédit).

Bodrug N., « A pilot project breaks down resistance », dans *Harm Reduction News – Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute*, 2002, 3(2).

Buavirat A. et coll., « Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study », *British Medical Journal*, 2003, 326(7384) : 308.

Burattini M. et coll., « Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison », *Revista de Saúde Pública*, 2000, 34(5) : 431-436.

Bureau of Justice Statistics Bulletin, *HIV in Prisons*, 2001, Washington, US Department of Justice, Office of Justice Programs, janvier 2004 (NCJ 202293).

- Byrne A., K. Dolan, « Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales », *British Medical Journal*, 1998, 316(7146) : 1744-1745.
- Calzavara L.M., A.N. Burchell, J. Schlossberg, T. Myers, M. Escobar, E. Wallace, C. Major, C. Strike, M. Millson, « Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates », *Addiction*, 2003, 98(9) : 1257-1265.
- Canada, Chambre des communes, Comité permanent de la santé, *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, Ottawa, Chambre des communes, 2003.
- Canada, Chambre des communes, Comité spécial sur l'usage non médical de drogues ou médicaments, *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Chambre des communes, 2002.
- Carlson R.G., J. Wang, H.A. Siegal, R.S. Falck, « A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users », *AIDS Education and Prevention*, 1998, 10(6) : 523-532.
- Central and Eastern Europe Harm Reduction Network, *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*, Vilnius, le Network, juillet 2002.
- Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, et Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, Ottawa, SCC, 2003.
- Commission canadienne des droits de la personne, *Rapport spécial – Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, Ottawa, la Commission, décembre 2003.
- Contoreggi C., S. Jones, P. Simpson, W.R. Lange, W.A. Meyer, « Effects of varying concentrations of bleach on in vitro HIV-1 replication and the relevance to injection drug use », *Intervirology*, 2000, 43(1) : 1-5.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior, *Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000*, Madrid, Ministerio Del Interior, 2001.
- DiCenso A. et coll., *Ouvrir notre avenir : une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Toronto, PASAN, 2003.
- Directive 800-1 du Commissaire, *Lignes directrices sur le traitement d'entretien à la méthadone* (2 mai 2002); Bulletin politique 127, 2 mai 2002.
- Dolan K. et coll., « A network of HIV infections among Australian inmates », XIe Conférence internationale sur le sida (Vancouver, juillet 1996), abrégé We.D.3655.
- Dolan K. et coll., « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 98 : 153-158.
- Dolan K., *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Prison Populations*, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 1999.
- Dolan K., W. Hall, A. Wodak, « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *British Medical Journal*, 1996, 312(7039) : 1162.
- Dolan K., W. Hall, A. Wodak, M. Gaughwin, « Evidence of HIV transmission in an Australian prison », *Medical Journal of Australia*, 1994, 160(11) : 734.
- Dolan K.A., A.D. Wodak, W.D. Hall, « A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1998, 22(7) : 838-840.

- Dolan K.A., J. Shearer, M. MacDonald, R.P. Mattick, W. Hall, A.D. Wodak, « A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system », *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 72(1) : 59-65.
- Dufour A. et coll., « HIV prevalence among inmates of a provincial prison in Quebec City », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(Suppl B) : 31B.
- Elliott R., « Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles stériles et à de l'eau de Javel », annexe 2, dans Jürgens R., *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.
- Flynn N., S. Jain, E.M. Keddie, J.R. Carlson, M.B. Jennings, H.W. Haverkos, N. Nassar, R. Anderson, S. Cohen, D. Goldberg, « In vitro activity of readily available household materials against HIV-1: is bleach enough? », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7(7) : 747-753.
- Ford P., C. White, H. Kaufmann et coll., « Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, 153 : 1605-1609.
- Ford P.M. et coll., « Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999; 4(2/3) : 60-68.
- Ford P.M., M. Pearson, P. Sankar-Mistry, T. Stevenson, D. Bell, J. Austin, « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *QJM*, 2000, 93(2) : 113-119.
- Gibson D.R., N.M. Flynn, J.J. McCarthy, « Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS*, 1999, 13(14) : 1807-1818.
- Gleghorn A.A., M.C. Doherty, D. Vlahov, D.D. Celentano, T.S. Jones, « Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7(7) : 767-772.
- Goldberg D., A. Taylor, J. McGregor, B. Davis, J. Wrench, L. Gruer, « A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? », *International Journal of STD & AIDS*, 1998, 9(1) : 25-30.
- Gore S.M., A.G. Bird, A.J. Ross, « Prison rights: mandatory drugs tests and performance indicators for prisons », *British Medical Journal*, 1996, 312(7043) : 1411-1413.
- Groupe de travail sur le VIH/sida et l'injection de drogue, *Le VIH, le sida et l'injection de drogue : un plan d'action national*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Association canadienne de santé publique, 1997.
- Grupo De Trabajo Sobre Programas De Intercambio De Jeringuillas En Prisiones (avril 2000), *Elementos Clave para la Implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA/Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Hagan H., H. Thiede, « Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? », *Epidemiology*, 2003, 14(5) : 628-629; « author reply », à la p. 629.
- Hammett T.M., *AIDS in Correctional Facilities: Issues and Options*, 3è éd., Washington (DC), US Department of Justice, 1988.
- Hammett T.M., M.P. Harmon, W. Rhodes, « The burden of infectious disease among inmates of and releaseses from US correctional facilities, 1997 », *American Journal of Public Health*, 2002, 92 : 1789-1794.

- Hankins C. et coll., « Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes – Québec », *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, 15(33) : p. 168-170.
- Hankins C. et coll., « Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions – Montreal », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(Suppl B) : 31B.
- Hankins C.A., S. Gendron, M.A. Handley, C. Richard, M.T. Tung, M. O'Shaughnessy, « HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology », *American Journal of Public Health*, 1994, 84(10) : 1637-1640.
- Harding T., G. Schaller, « HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners? », dans J. Mann, D. Tarantola, T. Netter (éds.), *AIDS in the World*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1992, p. 761-769, à la p. 762; avec renvoi à T. Harding, « AIDS in prison », *The Lancet*, 1987, 2: 1260-1263.
- Harding T., G. Schaller, *HIV/AIDS and Prisons: Updating and Policy Review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries*, Genève, Programme mondial de lutte contre le sida (OMS), 1992, p. 20.
- Hartel D.M., E.E. Schoenbaum, « Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City », *Public Health Reports*, 1998, 113(Suppl 1) : 107-115.
- Heilpern H., S. Egger, *AIDS in Australian Prisons – Issues and Policy Options*, Canberra, Department of Community Services and Health, 1989.
- Holtgrave D.R., S.D. Pinkerton, T.S. Jones, P. Lurie, D. Vlahov, « Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 1998, 18(Suppl 1) : S133-138.
- Hurley S.F., D.J. Jolley, J.M. Kaldor, « Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection », *Lancet*, 1997, 349(9068) : 1797-1800.
- International Council of Prison Medical Services, « Oath of Athens for Prison Health Professionals », adopté le 10 septembre 1979, Athènes.
- International Harm Reduction Development, *Drugs, AIDS, and Harm Reduction: How to Slow the HIV Epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, New York, Open Society Institute, 2001.
- Jacobs P., P. Calder, M. Taylor, S. Houston, L.D. Saunders, T. Albert, « Cost effectiveness of Streetworks' needle exchange program of Edmonton », *Revue canadienne de santé publique*, 1999, 90(3) : 168-171.
- Jose B., S.R. Friedman, A. Neaigus, R. Curtis, J.P. Grund, M.F. Goldstein, T.P. Ward, D.C. Des Jarlais, « Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users », *AIDS*, 1993, 7(12) : 1653-1660, et un erratum dans *AIDS*, 1994, 8(1) : après p. 4.
- Jürgens R., « La prévention prise au sérieux : remise de seringues dans une prison suisse », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1) : 1-3.
- Jürgens R., « VIH/sida en prison : autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 15-17.
- Jürgens R., « VIH/sida en prison : développements récents », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 14-21.

- Jürgens R., M.B. Bijl, « Risk behaviours in penal institutions », dans P. Bollini (éd.), *HIV in Prison. A Manual for the Newly Independent States*, MSF, OMS et Prison Reform International, 2002.
- Jürgens R., *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.
- Kapadia F., D. Vlahov, D.C. Des Jarlais, S.A. Strathdee, L. Ouellet, P. Kerndt, E.V. Morse, I. Williams, R.S. Garfein, S. Richard, pour le Second Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS-II) Group, « Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? », *Epidemiology*, 2002, 13(6) : 738-741.
- Keppler R., F. Nolte, H. Stöver, « Transmission of infectious diseases in prisons – results of a study for women in Vechta, Lower Saxony, Germany », *Sucht*, 1996, 42 : 98-107.
- Krentz H.B., M.C. Auld, M.J. Gill, « The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 169(2) : 106-110.
- Landry S. et coll., « Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2004; 15(Suppl A) : 50A (abrégé 306).
- Laufer F.N., « Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(3) : 273-278.
- Leary V., « The right to health in international human rights law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) : 24-56.
- Lines R., *Des pros pour les détenus : Un guide pour créer et réussir des actions communautaires contre le VIH/sida, pour les détenus*, Toronto, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), 2002.
- Lines R., *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.
- Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, L.C. 1992, ch. 20; DORS/92-620.
- Macalino G.E., J.C. Hou, M.S. Kumar, L.E. Taylor, I.G. Sumantera, J.D. Rich, « Hepatitis C infection and incarcerated populations », *International Journal of Drug Policy*, 2004, 15 : 103-114.
- Magis-Rodriguez C. et coll., « Injecting drug use and HIV/AIDS in two jails of the North border of Mexico », abrégé à la XIIIe Conférence internationale sur le sida, 2000.
- Malkin I., « Le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition des détenus au VIH pendant l'incarcération », annexe 1 dans R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.
- Marcus U., « HIV/AIDS und Drogenkonsum in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen und Erklärungen », dans J. Klee, H. Stöver (éds), *AIDS und Drogen – Ein Beratungsführer*, 3e édition, 2003 (à paraître).
- McCoy C.B., J.E. Rivers, H.V. McCoy et coll., « Compliance to bleach disinfection protocols among injecting drug users in Miami », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7(7) : 773-776.
- Menoyo C., D. Zulaica, F. Parras, « Programmes d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 22-24.

- Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *Needle Exchange in Prison: Framework Program*, Madrid, Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, octobre 2002.
- Muller R., K. Stark, I. Guggenmoos-Holzmann, D. Wirth, U. Bienzle, « Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users », *AIDS*, 1995, 9(2) : 183-190.
- Needle R.H., S. Coyle, H. Cesari, R. Trotter, M. Clatts, S. Koester, L. Price, E. McLellan, A. Finlinson, R.N. Bluthenthal, T. Pierce, J. Johnson, T.S. Jones, M. Williams, « HIV risk behaviors associated with the injection process: multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks », *Substance Use & Misuse*, 1998, 33(12) : 2403-2423.
- Nelles J., « The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences », *International Journal of Drug Policy*, 1997, 1 : 2-4.
- Nelles J., A. Dobler-Mikola, B. Kaufmann, « Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün », dans J. Nelles, A. Fuhrer (éds), *Harm Reduction in Prison*, Berne, Peter Lang, 1997, p. 239-262.
- Nelles J., A. Fuhrer, H.P. Hirsbrunner, T.W. Harding, « How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? », *Drug and Alcohol Review*, 1999, 18 : 133-138.
- Nelles J., A. Fuhrer, H.P. Hirsbrunner, T.W. Harding, « Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? », *British Medical Journal*, 1998, 317 : 270-273.
- Nelles J., A. Fuhrer, I. Vincenz, *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation*, Berne, University Psychiatric Services, 1999.
- Nelles J., T. Harding, « Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism », *Lancet*, 1995, 346 : 1507.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT/EMCDDA), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège – 2002*, Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 2002.
- Osti N.M. et coll., « Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, state of São Paulo, Brazil », *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 1999, 94(4) : 479-483.
- Pal B., A. Acharya, K. Satyanarayana, « Seroprevalence of HIV infection among jail inmates in Orissa », *Indian Journal of Medical Research*, 1999, 109 : 199-201.
- Pearson M., P.S. Mistry, P.M. Ford, « Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21 : 134-136.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le SIDA dans les prisons : Point de vue ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA, avril 1997.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Le point sur l'épidémie de sida – Décembre 2002*, Genève, ONUSIDA/OMS, 2002.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Germany: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, 2002.

- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Republic of Moldova: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, 2002.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Spain: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, 2002.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Switzerland: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – 2002 Update*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida, 2002.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le SIDA dans les prisons : Actualisation ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA, avril 1997.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, « Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second session », avril 1996.
- Raufu A., « Nigerian prison authorities free HIV positive inmates », *AIDS Analysis Africa*, 2001, 12(1) : 15.
- Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, Toronto, PASAN, juin 1992.
- Riley D., « La consommation de drogues dans les prisons », dans Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : Documentation*, Ottawa, SCC, 1994.
- Rosenbaum M., A. Washburn, K. Knight, M. Kelley, J. Irwin, « Treatment as harm reduction, defunding as harm maximization: the case of methadone maintenance », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1996, 28(3) : 241-249.
- Rothon D.A., R.G. Mathias, M.T. Schechter, « Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, 151(6) : 781-787.
- Sánchez Iglesias A.L., *Instruction 101/2002 on Criteria of Action in Connection with the Implementation in a Number of Prisons of the Needle Exchange Program (NEP) for Injecting Drug Users (IDUs)*, Madrid, Direction générale des prisons, 23 août 2002.
- Sanz Sanz J., P. Hernando Briongos, J.A. López Blanco, « Syringe-exchange programmes in Spanish prisons », dans *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003, 13 : 9-12.
- Savischeva L., « Needle exchange in Belarussian prisons: A joint UNDP-UNAIDS pilot project », dans *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, 2003, 13 : 8.
- Schonteich M., *Latvia: Exploring alternatives to pre-trial detention*, Open Society Justice Initiative, 2003.
- Scott A., R. Lines, *HIV/AIDS in the Male-to-Female Transsexual/Transgendered Prison Population: A Comprehensive Strategy*, Toronto, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, 1998.
- Senay E., A. Uchtenhagen, « Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature », dans J. Westermeyer (éd.), *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*, New York, Prager, 1990.

- Service correctionnel du Canada, Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues, *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, octobre 1999.
- Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, SCC, 1994.
- Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral : documentation*, Ottawa, SCC, 1994.
- Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995*, Ottawa, le SCC (Recherche et développement correctionnels), 1996, No SR-02.
- Shah S.M., P. Shapshak, J.E. Rivers, R.V. Stewart, N.L. Weatherby, K.Q. Xin, J.B. Page, D.D. Chitwood, D.C. Mash, D. Vlahov, C.B. McCoy, « Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 1996, 11(3) : 301-306.
- Shapshak P., R.K. Fujimura, J.B. Page, D. Segal, J.E. Rivers, J. Yang, S.M. Shah, G. Graham, L. Metsch, N. Weatherby, D.D. Chitwood, C.B. McCoy, « HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report », *Journal of Drug and Alcohol Dependency*, 2000, 58(1-2) : 153-157.
- Shaw S., « Prisoners' Rights », dans P. Seighart (éd.), *Human Rights in the United Kingdom*, Londres, Pinter Publishers, 1988, p. 42.
- Sibbald B., « Methadone maintenance expands inside federal prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2002, 167(10) : 1154.
- Simon R., E. Hoch, R. Hüllinghorst, G. Nöcker, M. David-Spickermann, *Report on the Drug Situation in Germany 2001*, Centre de référence de l'Allemagne auprès de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2001, p. 145, avec renvoi.
- Spanish Focal Point, *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Madrid, Government Delegation for the National Plan on Drugs, octobre 2001.
- Stöver H., *Drugs and HIV/AIDS Services in European Prisons*, Oldenburg (Allemagne), Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2002.
- Stöver H., J. Nelles, « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14(5/6) (sous presse).
- Strazza L., R.S. Azevedo, H.B. Carvalho, E. Massad, « The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection », *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2004, 37(5) : 771-776.
- Subata E., « Accepting maintenance treatment », *Harm Reduction News: Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute*, 2003, 4(2) : 6.
- Suisse, Office fédéral de la santé publique, *La politique suisse en matière de drogue*, Berne, l'Office, septembre 2000.
- Suisse, Office fédéral de la santé publique, *La politique suisse en matière de drogue – Feuille d'information Réduction des risques*, Berne, l'Office, septembre 2000.
- Taylor A. et coll., « Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison », *British Medical Journal*, 1995, 310 : 289-292.

US National Commission on *AIDS, Report: HIV Disease in Correctional Facilities*, Washington (DC), la Commission, 1991.

Whitling N., « Alberta – Nouvelle politique sur le traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 49-51.



À propos des auteurs

Rick Lines est directeur général du Irish Penal Reform Trust, à Dublin, Irlande. Il travaille depuis 1993 sur les questions touchant le VIH/sida et la réduction des méfaits en prison; il l'a fait auprès de plusieurs organismes, dont le Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à rlines@iprt.ie.

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, à Montréal. De 1992 à 1994, il a été coordonnateur du Comité d'experts sur le sida et les prisons du Service correctionnel du Canada. On peut le joindre à ralfj@aidslaw.ca.

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques pour le Réseau juridique canadien VIH/sida. Avant de se joindre à l'équipe du Réseau juridique, il a été avocat à la HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

Heino Stöver, Ph.D., chercheur en sciences sociales, travail au Bremen Institute for Drug Research, en Allemagne. On peut le joindre à heino.stoever@uni-bremen.de.

Le Dr Dumitru Laticevschi est impliqué depuis 1999 auprès de l'ONG moldave nommé Health Reform in Prisons et il a participé à la mise en œuvre de projets d'échange de seringues dans deux prisons de la Moldavie. On peut le joindre à dlaticevski@ucimp.mdl.net.

Le Dr Joachim Nelles a initié le premier programme d'échange de seringues évalué scientifiquement, dans la prison de Hindelbank, à Berne, Suisse; depuis, il dirige les évaluations scientifiques des programmes d'échange de seringues dans diverses prisons de ce pays. On peut le joindre à joachim.nelles@solnet.ch.