



Mémoire au Comité sénatorial permanent des droits de la personne concernant son étude sur les droits de la personne des prisonniers dans le système correctionnel :

Le bien-fondé des programmes d'échange de seringues en prison sur le plan de la santé publique et des droits de la personne

Juin 2017

Sandra Ka Hon Chu
Directrice, Recherche et plaidoyer
Réseau juridique canadien VIH/SIDA
1240, rue Bay, bureau 600
Toronto (Ontario) M5R 2A7
+1 416-595-1666, poste 232
schu@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

The Canadian HIV/AIDS Legal Network promotes the human rights of people living with, at risk of or affected by HIV or AIDS, in Canada and internationally, through research and analysis, litigation and other advocacy, public education and community mobilization.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida fait valoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH ou le sida et de celles qui sont à risque ou affectées autrement, au Canada et dans le monde, à l'aide de recherches et d'analyses, d'actions en contentieux et d'autres formes de plaidoyer, d'éducation du public et de mobilisation communautaire.

PASAN is a community-based Harm Reduction/HIV/HCV organization that provides support, education and advocacy to prisoners and ex-prisoners, and is the only community-based organization in Canada exclusively providing HIV/AIDS and HCV prevention, education and support services to prisoners, ex-prisoners and their families.

PASAN est un organisme communautaire de réduction des méfaits contre le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) qui offre des services de soutien, d'éducation et de plaidoyer aux détenus et ex-détenus. Il est le seul organisme communautaire du pays qui assure exclusivement des services de prévention, d'éducation et de soutien à l'égard du VIH/sida et du VHC aux détenus, aux ex-détenus et aux membres de leur famille.

1. Sommaire

Il faut se rendre à l'évidence que, malgré les efforts soutenus pour prévenir la consommation de drogues au sein de la population carcérale, il est possible de faire passer de la drogue dans les prisons. Comme l'a reconnu l'ancien enquêteur correctionnel du Canada, « [I]l n'y a aucune prison au monde où on ne trouverait pas de produits interdits, notamment des drogues illicites. Le Canada n'est pas le seul pays à faire face à ce défi¹ ». Les démêlés avec la justice et l'incarcération résultent souvent d'infractions liées à la criminalisation de certaines drogues ou au financement de l'usage de drogue, ou d'infractions pour des comportements associés à l'usage de drogue². Dans un milieu de justice pénale où trois personnes sur quatre admises dans les établissements correctionnels du Canada ont un problème de toxicomanie, et où la consommation de drogues est un facteur contributif aux comportements criminels de la moitié des personnes admises dans les pénitenciers fédéraux³, il ne faut pas s'étonner que bien des détenus consomment de la drogue, souvent par injection. D'ailleurs, ce fait a été confirmé par de nombreuses études⁴. Et pourtant, on refuse aux détenus l'accès à des outils de réduction des méfaits pour les protéger du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), y compris ceux qui sont déjà offerts au sein de la population en général. En raison de la rareté du matériel d'injection dans les prisons, les détenus qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles d'y partager le matériel d'injection que dans la collectivité, ce qui augmente les risques de contracter le VIH ou le VHC.

Comme dans bien d'autres pays, l'étendue de l'usage de drogues injectables dans les prisons du pays a entraîné une hausse plus marquée des taux de VIH et de VHC chez les détenus que dans la population en général. Selon les données publiées en 2010 par Service correctionnel Canada (SCC), les taux d'infection par le VIH et par le VHC chez les détenus s'élevaient à 4,6 et 31 % respectivement, soit 15 et 39 fois la prévalence observée dans le reste de la population. On rapporte des taux d'infection par le VIH et par le VHC encore plus élevés au sein de la population carcérale féminine autochtone (11,7 % et 49,1 %, respectivement)⁵. Des études réalisées par la suite ont montré qu'environ 30 % des détenus des établissements fédéraux et 15 % des hommes et 30 % des femmes détenus dans les établissements provinciaux sont atteints du VHC, et que de 1 à 2 % des hommes et de 1 à 9 % des femmes sont atteints du VIH⁶.

Les programmes d'accès à du matériel d'injection stérile sont par conséquent un élément important d'une démarche globale de réduction de la vulnérabilité des détenus à une infection par le VIH ou par le VHC. Selon les meilleures données existantes, tout porte à croire que les programmes d'échange de seringues en prison (PESP), dans les pays où ils ont été instaurés :

- réduisent les comportements à risque et les infections;
- réduisent le nombre de surdoses;
- n'ont pas pour effet d'augmenter l'usage des drogues, injectables ou non;
- ne mettent pas en danger la sécurité du personnel et des détenus;
- ont d'autres incidences positives sur la santé des détenus, y compris une augmentation du nombre d'inscriptions à des programmes de traitement de la toxicomanie.

Ces observations ont été confirmées dans *Prison Needle Exchange: Review of the Evidence*, une étude effectuée en 2006 par l'Agence de la santé publique du Canada à la demande de SCC⁷, puis en 2015 dans *Needle Exchange Programs in a Correctional Setting: A Review of the Clinical and Cost-Effectiveness*, un rapport publié par l'Agence canadienne des médicaments et des

technologies de la santé (ACMTS), un organisme fédéral, provincial et territorial ayant pour mandat d'examiner les technologies de la santé et de formuler des recommandations à leur égard⁸.

En outre, en vertu du droit canadien et international, les détenus méritent les mêmes soins et la même protection dont jouissent les personnes qui sont en liberté. En outre, leur droit à la santé comprend l'accès à des outils pour se protéger contre les infections. En refusant de mettre en œuvre les PESP, SCC place inutilement les détenus qui s'injectent des drogues – possiblement les personnes qui sont les plus dépendantes des drogues – à risque de contracter une infection par le VIH ou par le VHC; d'ailleurs, bon nombre avaient peut-être recours aux programmes d'échange de seringues (PES) offerts dans la collectivité avant leur incarcération. Non seulement ce refus de fournir des soins de santé aux détenus touche de manière disproportionnée les femmes, les Autochtones et les autres détenus racialisés incarcérés dans des établissements fédéraux, mais il nuit aussi à la santé publique en contribuant à aggraver les méfaits associés à l'usage de drogues dans des conditions non sécuritaires. En revanche, la distribution de matériel d'injection stérile aux détenus profite non seulement aux détenus qui consomment des drogues, mais aussi aux autres détenus et au personnel des prisons qui courent moins de risques par suite de contacts accidentels avec des aiguilles grâce au programme réglementé de distribution d'aiguilles et de seringues. Il en va de même pour la population générale qui, somme toute, assume les coûts considérables associés au traitement du VIH et du VHC.

2. Données en matière de santé publique favorables au PESP

Comme nous l'avons déjà indiqué, les taux d'infection par le VIH et par le VHC dans les prisons du Canada sont beaucoup plus élevés que dans le reste de la communauté, et ils le sont encore plus parmi les détenus autochtones⁹. Les recherches réalisées durant de nombreuses années et dans différents endroits démontrent non seulement que la prévalence des infections à VIH et à VHC est plus élevée dans les populations incarcérées, mais aussi qu'il existe un lien étroit entre ces infections et l'utilisation de drogues injectables, conséquence de la prévalence des infections par le VIH et par le VHC chez les utilisateurs de drogues injectables dans la collectivité, du taux élevé d'incarcération des consommateurs de drogues et de l'absence de mesures de réduction des méfaits dans les prisons¹⁰. Selon une étude nationale de SCC publiée en 2010, 34 % des hommes et 25 % des femmes consomment des drogues depuis leur arrivée dans leur établissement, 17 % des hommes et 14 % des femmes ayant déclaré en faire usage par injection¹¹. Dans la même étude, environ la moitié des détenus s'étant injecté des drogues ont indiqué avoir partagé du matériel d'injection, y compris avec des personnes atteintes du VIH et du VHC ou dont l'état d'infection est inconnu¹². Selon une étude de Vancouver publiée en 2003, l'incarcération multiplie par plus de deux les risques d'infection par le VIH des personnes qui consomment des drogues illégales¹³. Par ailleurs, il ressort d'une évaluation indépendante de cette étude que 21 % de tous les consommateurs de drogues par injection de Vancouver affectés par le VIH ont probablement été infectés en prison¹⁴. Sur la scène mondiale, un certain nombre de vagues d'infection par le VIH et par le VHC en milieu carcéral ont été attribuées au partage de matériel d'injection, notamment en Australie¹⁵, en Lituanie¹⁶, en Russie¹⁷ et en Écosse¹⁸.

L'intervention de SCC pour atténuer les effets de la consommation omniprésente de drogues injectables dans les pénitenciers fédéraux consiste principalement à fournir du javellisant pour stériliser le matériel d'injection. Toutefois, comme l'ont indiqué de nombreux organismes de santé,

dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le javellisant n'est pas un substitut approprié à la mise en œuvre de PESP¹⁹. D'ailleurs, on ne se sert plus de javellisant dans la collectivité pour prévenir la transmission du VIH et du VHC chez les personnes qui s'injectent de la drogue. Le matériel d'injection stérile neuf est plus sécuritaire que les aiguilles et les seringues usagées qui ont été nettoyées, souvent mal, avec du javellisant. Dans la collectivité, les programmes d'échange de seringues (PES) font l'objet d'études approfondies depuis plus de 20 ans. Il a été démontré qu'ils constituent un mécanisme important de réduction des risques d'infection découlant de l'utilisation de matériel d'injection non stérile. De nombreuses évaluations des PES communautaires ont démontré que ces derniers contribuent à réduire les risques d'infection par le VIH et par le VHC²⁰, qu'ils sont rentables²¹ et qu'ils facilitent l'accès des toxicomanes aux soins, aux traitements et aux services de soutien²².

Depuis le lancement du premier PESP dans une prison de Suisse, en 1992, de plus en plus de pays mettent en place ce type de services de santé dans un nombre croissant de prisons. À ce jour, les PESP ont été lancés dans plus de 60 prisons de tailles diverses et de niveaux de sécurité variés; on en trouve en Arménie, en Allemagne, au Kirghizistan, au Luxembourg, en Moldova, en Espagne et en Suisse²³. Au Kirghizistan, en Moldova et en Espagne, les PESP ont pris rapidement de l'ampleur et sont présents dans un grand nombre de prisons. Dans chaque cas, les PESP sont une réponse à des données indiquant le risque de transmission du VIH et du VHC en prison par le partage de matériel d'injection de drogues. Un certain nombre de PESP ont fait l'objet d'évaluations systématiques, notamment, en 2004, par le Réseau juridique canadien VIH/sida et, en 2006, par l'ASPC, à la demande de SCC²⁴. Les PESP sont mis en œuvre dans des circonstances et des environnements diversifiés, mais leurs résultats sont toutefois remarquablement constants.

Les PESP sont sécuritaires

Il est possible de mettre du matériel d'injection à la disposition des détenus sans compromettre la sécurité des employés et en parvenant à améliorer la sécurité du personnel. Depuis la mise en place du premier PESP en 1992, aucun cas où une seringue aurait été utilisée comme arme contre le personnel ou d'autres détenus n'a été signalé. Les détenus sont habituellement tenus de garder leur trousse dans un endroit déterminé de leur cellule. Cette exigence facilite la tâche des employés lorsqu'ils pénètrent dans une cellule pour effectuer une fouille et a grandement réduit le nombre de blessures découlant d'un contact accidentel avec des aiguilles.

Les PESP n'ont pas pour effet d'augmenter la consommation de drogues

Les conclusions des évaluations des programmes existants sont toujours les mêmes : l'accès à du matériel d'injection stérile n'a pas pour effet de hausser le nombre d'utilisateurs de drogues injectables, d'accroître la consommation globale de drogue ou d'augmenter la quantité de drogues dans les prisons.

Les PESP ne sont pas une approbation de l'utilisation de drogues

L'usage des drogues demeure interdit dans les établissements dotés de PESP, et le personnel de sécurité demeure chargé de trouver et de confisquer les drogues illégales. Toutefois, il est admis que, dans l'éventualité où des drogues sont introduites dans l'établissement et sont utilisées par des détenus, il faut d'abord et avant tout prévenir la transmission du VIH et du VHC découlant de pratiques d'injection dangereuses. Par conséquent, les drogues demeurent illégales, mais le matériel distribué dans le cadre d'un PESP ne l'est pas. Dans la plupart des cas, le PESP n'est que l'un des

éléments d'une démarche globale visant à remédier aux méfaits liés à la drogue, notamment les traitements de toxicomanies comme la thérapie de substitution aux opioïdes. Des évaluations ont permis de constater que les PESP facilitent en fait l'orientation des utilisateurs vers des programmes de traitement des toxicomanies, ce qui a entraîné une hausse de la clientèle de ces programmes.

Des PESP ont été mis en place avec succès dans divers environnements carcéraux

Les premiers programmes ont été mis en place dans de petites prisons suisses; depuis, des programmes ont été instaurés dans des établissements petits, moyens et grands, pour hommes et pour femmes, et de tous les niveaux de sécurité. Après avoir été instaurés dans des systèmes carcéraux ayant beaucoup de ressources, des programmes sont maintenant mis en place dans des systèmes carcéraux dotés de ressources très limitées. Le matériel d'injection stérile peut être distribué de diverses façons, notamment au moyen de distributrices automatiques, par le personnel médical, les thérapeutes ou des organismes externes ou encore par des prisonniers formés à titre de pairs travailleurs d'approche. La formule adoptée dans un établissement dépend de nombreux facteurs comme la taille de celui-ci, l'ampleur de l'utilisation de drogues injectables, le niveau de sécurité, le fait qu'il s'agisse d'une prison pour femmes ou pour hommes et l'engagement du personnel sanitaire.

Les PESP réduisent les comportements à risque et contribuent à prévenir la transmission de maladies

Par-dessus tout, les évaluations des programmes en place montrent que les cas signalés de partage de seringues ont diminué considérablement et qu'aucun nouveau cas d'infection par le VIH et par le VHC n'a été attribué à l'injection de drogues depuis l'instauration des programmes. De plus, d'autres résultats sanitaires positifs ont été documentés dans certaines prisons, par exemple la diminution du nombre de surdoses mortelles ou non mortelles et la réduction du nombre d'abcès et d'autres infections liées à la pratique de l'injection.

Insistant encore davantage sur la nécessité de mettre en place des PESP pour la santé publique au Canada, plusieurs organismes, dont l'Association médicale canadienne²⁵, l'Association médicale de l'Ontario²⁶, le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada²⁷ et la Commission canadienne des droits de la personne²⁸ ont recommandé que SCC développe, mette en œuvre et évalue des projets pilotes de PESP dans ses établissements. L'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ont également appuyé les PESP dans le cadre d'une action nationale globale de lutte contre le VIH dans les prisons²⁹. En outre, les PESP sont considérés par divers organes de l'ONU comme l'une des 15 « interventions clés » pour la prévention du VIH dans les prisons³⁰.

3. Droits de la personne et PESP

i. Droit international

Dans le contexte des PESP, deux principes sont particulièrement pertinents pour les droits de la personne en prison. D'abord, en vertu du droit international des droits de la personne, les détenus conservent leurs droits et libertés, hormis ceux qui sont inévitablement limités du fait de leur détention³¹. Cela inclut le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, que

reconnait, entre autres traités que le Canada a ratifiés³², le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*³³. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, « [l]es États sont en particulier liés par l'obligation de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, [...] aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs³⁴ ». Étant donné que le VIH et le VHC sont des maladies potentiellement mortelles, le droit à la vie est aussi pertinent si l'on considère l'obligation des États à prendre des mesures efficaces pour prévenir la transmission des virus à diffusion hémotogène dans les prisons. Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a précisé que les États se doivent, en vertu du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, de prendre des « mesures positives » pour « accroître l'espérance de vie » et « éliminer [...] les épidémies³⁵ ».

Ensuite, le « principe de l'équivalence » fait en sorte que les détenus devraient avoir accès à une norme de soins de santé équivalente à celle en vigueur hors des prisons, ce qui inclut des mesures préventives comparables à celles qui existent dans la communauté. Le droit des détenus à des soins de santé équivalents à ceux offerts dans la communauté s'illustre dans les déclarations et les lignes directrices de l'Assemblée générale des Nations Unies³⁶, de l'OMS³⁷, de l'ONUSIDA³⁸, de l'ONUSIDA³⁹ et, plus récemment, de l'*Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus* (les « Règles Nelson Mandela ») qui demande à ce que les services de santé soient organisés « de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie⁴⁰ ». En outre, de nombreuses instances internationales œuvrant dans le domaine de la santé et des droits de la personne sont d'avis qu'en corollaire du droit des détenus à des services préventifs en matière de santé, l'État a l'obligation de prévenir la propagation de maladies contagieuses dans les lieux de détention. Les normes sur la santé des détenus ainsi que des déclarations de l'OMS⁴¹ et de l'Association médicale mondiale⁴², par exemple, indiquent clairement que l'on doit offrir aux détenus des mesures pour prévenir la transmission de maladies. Comme le déclarait l'ancien rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé, « [l]e fait de proposer les programmes de réduction des risques et les traitements éprouvés au grand public, mais pas aux détenus, porte atteinte au droit international⁴³ ». L'ancien rapporteur spécial a ajouté que « [d]ans le cadre de la réduction des risques et de la propagation du VIH, cela impose de mettre en place dans les lieux de détention des services de réduction des risques, *quand bien même ceux-ci ne seraient pas encore disponibles dans la communauté*, car le principe d'équivalence ne suffit pas à maîtriser l'épidémie observée chez les prisonniers⁴⁴ » [notre soulignement].

La distribution de matériel d'injection stérile aux détenus pour prévenir la propagation des virus à diffusion hémotogène a fait l'objet d'études, et de nombreux organismes internationaux la considèrent à la fois comme une affaire de politique de santé publique avisée et une affaire de droits de la personne. Par exemple, dans les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme*, l'ONUSIDA et le Haut-Commissariat des droits de l'homme demandent aux autorités carcérales d'« assurer aux détenus [...] l'accès [...] aux moyens de prévention (préservatifs, eau de javel et matériel d'injection propre)⁴⁵ ». Dans ses *Directives sur l'infection à VIH et le sida en prison*, l'OMS recommande que les pays distribuent du « matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en feront la demande⁴⁶ ». Dans le document *Le VIH/sida : prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire – Cadre pour une intervention nationale efficace*, l'ONUSIDA, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent spécifiquement que des aiguilles et des seringues

stériles soient mises à la disposition des détenus de manière confidentielle et non discriminatoire⁴⁷. En outre, les « Recommandations de Madrid » – un ensemble de recommandations pour la protection de la santé en milieu carcéral qu’ont appuyé des représentants de 65 pays ainsi que l’OMS, l’ONUDC et le Conseil de l’Europe – reconnaissent « le besoin urgent, dans l’ensemble des systèmes carcéraux, d’instaurer des mesures, des programmes et des directives visant à prévenir et à contrôler les principales maladies transmissibles dans les prisons », et notamment les PESP⁴⁸. Deux anciens rapporteurs spéciaux sur la torture ont eux aussi demandé explicitement aux États de mettre en place des programmes de distribution d’aiguilles et de seringues dans les lieux de détention⁴⁹. En 2016, le Comité pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes a exhorté le Canada à « étendre les services de soins, de traitement et de soutien aux femmes en détention vivant avec le VIH ou vulnérables à cette infection, notamment par des programmes d’échange d’aiguilles et de seringues dans les prisons, la thérapie de substitution aux opioïdes, la fourniture de préservatifs et d’autres moyens assurant des rapports protégés⁵⁰ ».

ii. Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition

La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* oblige SCC de « prend[re] toutes mesures utiles pour que le milieu de vie et de travail des détenus et les conditions de travail des agents soient sains, sécuritaires et exempts de pratiques portant atteinte à la dignité humaine⁵¹ ». En se conformant à cette obligation, SCC doit respecter le droit des prisonniers de « continu[er] à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui [leur] est infligée⁵² ». Cela comprend le droit à des « soins de santé essentiels » et un « accès, dans la mesure du possible, aux soins [de santé non essentiels] » qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale⁵³. La prestation des soins de santé en milieu carcéral, comme le précisent la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* et la Directive n° 800 du commissaire de SCC sur les Services de santé, « doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues », ce qui suppose par le fait même un droit à des soins de santé comparables à ceux fournis dans le reste de la communauté⁵⁴.

Étant donné la disponibilité des PES dans la communauté, la définition large de « soins de santé » et la disposition concernant la prestation des soins de santé « selon les normes s’appliquant dans la collectivité », les détenus des pénitenciers fédéraux devraient avoir accès à des services de santé qui incluent les PESP, compte tenu surtout de la disposition non équivoque de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* selon laquelle les détenus conservent tous leurs droits sauf, ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de leur peine. Le bien-fondé des PESP est particulièrement convaincant si l’on tient compte de l’effet démesuré du VIH et du VHC parmi les prisonniers autochtones, les femmes incarcérées et les détenus qui consomment des drogues, et l’obligation de SCC de fournir des services de santé qui « soient adaptés aux besoins des Autochtones et des délinquantes, ainsi qu’aux délinquants ayant des besoins spéciaux⁵⁵ ».

iii. La Charte

Enfin, le refus de distribuer du matériel d’injection stérile aux détenus des pénitenciers fédéraux concerne les droits constitutionnels des détenus que garantit la *Charte canadienne des droits et libertés*. Plus particulièrement, si SCC ne met pas en place des PESP, les détenus ne peuvent pas s’injecter leurs substances de manière plus sécuritaire et risquent d’être infectés par le VIH ou le VHC et, possiblement, de mourir, ce qui constitue une violation du droit des détenus à la vie et à la

sécurité de la personne. Selon la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, le fait d'étendre l'interdiction pénale de posséder de la drogue aux locaux d'un lieu d'injection supervisée enfreint le droit à la vie et à la sécurité de la personne parce qu'il prive les clients du site de services de santé qui peuvent sauver la vie et protéger la santé⁵⁶. Comme l'a fait observer la Cour, « [u]ne loi qui crée un risque pour la santé en empêchant l'accès à des soins porte atteinte au droit à la sécurité de la personne⁵⁷ ». Dans le même ordre d'idées, le fait de refuser à des détenus les avantages sanitaires des PESP – qui comprennent un risque passablement réduit d'infection au VIH et au VHC découlant d'un partage réduit des seringues – enfreint leur droit à la santé et à la sécurité de la personne.

Par ailleurs, le refus de distribuer du matériel d'injection stérile aux détenus pourrait constituer une violation du droit de ces derniers à l'égalité devant la loi, à l'égalité de bénéfice et à la protection égale de la loi prévue à l'article 15 de la *Charte* qui, selon l'interprétation de la Cour suprême du Canada, inclut une combinaison de motifs de discrimination⁵⁸. Comme il a été indiqué précédemment, trois détenus sur quatre des pénitenciers fédéraux du Canada ont des problèmes de toxicomanie; la consommation de stupéfiants est un facteur contributif aux comportements criminels de la moitié des délinquants admis dans des pénitenciers fédéraux⁵⁹. Parallèlement, les membres des peuples autochtones, inuits et métis représentent plus de 25 % de la population carcérale des pénitenciers fédéraux, même s'ils ne représentent que 4,3 % de la population canadienne; les femmes autochtones constituent le segment de la population carcérale des pénitenciers fédéraux qui connaît la croissance la plus rapide⁶⁰. À la Cour suprême, dans *Sauvé c. Canada (Directeur général des élections)*, la juge McLachlin, au nom de la majorité, a souligné que les effets négatifs du refus du droit de vote aux prisonniers aux élections fédérales étaient « disproportionnés à l'égard de la population autochtone déjà désavantagée du Canada⁶¹ ». Le fait de refuser aux détenus l'accès à du matériel d'injection stérile aurait un impact disproportionné pour les Autochtones, chez qui, selon les estimations, 45 % des nouvelles infections par le VIH sont attribuables à l'injection de drogues, soit quatre fois plus que les estimations concernant la population en général⁶². Il y a lieu de noter que, dans les pénitenciers fédéraux, les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de purger une peine pour des infractions liées à la drogue; les femmes autochtones et de race noire sont plus susceptibles que les femmes de race blanche à se trouver en prison pour cette raison⁶³. En outre, il a été démontré à maintes reprises que, au Canada, la prévalence du VIH et du VHC chez les détenus est plus élevée chez les femmes que chez les hommes⁶⁴, et que les taux de VIH et de VHC chez les femmes autochtones incarcérées sont beaucoup plus élevés que chez les hommes et les femmes non autochtones incarcérés dans les pénitenciers fédéraux⁶⁵. Comme l'a conclu la Commission canadienne des droits de la personne : « Même si le partage de seringues usagées constitue un risque pour tout détenu, l'incidence sur les femmes est plus marquée en raison du taux plus élevé de toxicomanie et d'infection par le VIH au sein de cette population », des effets qui « sont peut-être particulièrement notables chez les femmes autochtones purgeant une peine de ressort fédéral⁶⁶ ». En conséquence, l'absence de matériel d'injection stérile a un effet démesuré sur les détenus qui consomment des drogues, à savoir les détenus autochtones et de sexe féminin.

4. Conclusions et recommandations

Des données probantes toujours plus nombreuses confirment que les PESP parviennent de manière efficace à protéger la santé des détenus et qu'ils constituent un élément essentiel d'une stratégie plus vaste d'amélioration de la santé et du bien-être des personnes qui consomment des drogues, dont bon

nombre font partie des plus marginalisés de la société canadienne. Le refus d'accorder aux détenus cette mesure sanitaire clé, dans un environnement caractérisé par une prévalence élevée des infections à diffusion hématogène et où les drogues sont accessibles alors que le matériel d'injection stérile ne l'est pas, mènera tout droit à une crise de santé publique. En outre, ce refus constitue une violation flagrante des droits de la personne des détenus : en n'instaurant pas les PESP, SCC ne tient pas compte des engagements du Canada au chapitre du droit international en matière de droits de la personne, de son mandat en vertu de la loi correctionnelle canadienne ou de ses obligations en vertu de la *Charte*.

Chaque jour, à l'intérieur et à l'extérieur des prisons, des gens subissent de graves préjudices en raison de l'absence de matériel d'injection stérile dans les prisons. Il est donc impératif que SCC mette en place des PESP sans tarder. Conformément à la nouvelle *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*, qui rétablit officiellement la réduction des méfaits à titre de pilier clé de la stratégie canadienne antidrogue, nous prions instamment le Comité sénatorial permanent des droits de la personne de recommander la mise en œuvre immédiate des PESP dans les prisons du pays. Il est essentiel que leur mise en œuvre, ce qui comprend l'élaboration de la nomenclature, de la structure et des politiques les concernant, soit exécutée en consultation concrète et soutenue avec les acteurs concernés, y compris les détenus, et repose sur la recherche et les recommandations du rapport *Visez juste : Recommandations pour la mise en œuvre de programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons canadiennes*, une étude réalisée en 2016 sur la mise en œuvre des PESP au Canada⁶⁷. Si SCC tient vraiment à améliorer la santé et la sécurité du milieu carcéral pour les détenus et le personnel et à respecter son obligation de protéger la santé des détenus, il n'y a pas d'instant à perdre.

Chaque jour, à l'intérieur et à l'extérieur des prisons, des gens subissent de graves préjudices en raison de l'absence de matériel d'injection stérile. Compte tenu de la nouvelle *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* du Canada, qui rétablit officiellement la réduction des méfaits à titre de pilier clé de la stratégie canadienne antidrogue, des avantages considérables à tirer des PESP et des conséquences néfastes bien réelles de l'inaction, nous prions instamment le Comité sénatorial permanent des droits de la personne de recommander la mise en œuvre immédiate des PESP dans les prisons du pays en consultation concrète et soutenue avec les acteurs concernés, ce qui comprend les détenus.

¹ Témoignage de M. Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada, Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada devant le Comité permanent de la sécurité publique et nationale, 1^{re} session, 42^e législature, 31 mai 2016.

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

³ Sécurité publique Canada, *Toxicomanie*, décembre 2015.

⁴ Voir, par exemple, E. van der Meulen, « 'It Goes on Everywhere': Injection Drug Use in Canadian Federal Prisons », *Substance Use & Misuse*, 22 février 2017, et D. Zakaria et coll., *Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*, Service correctionnel Canada, mars 2010.

⁵ D. Zakaria et coll.

⁶ F. Kouyoumdjian et coll., « Health status of prisoners in Canada », *Canadian Family Physician* n° 62, mars 2016, p. 215-222.

⁷ Agence de la santé publique du Canada, *Prison needle exchange: Review of the evidence, report prepared for Correctional Service of Canada*, avril 2006.

⁸ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *Efficacité clinique et rentabilité du programme d'échange de seringues dans la collectivité*, 3 septembre 2015 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁹ D. Zakaria et coll.; F. Kouyoumdjian et coll.

¹⁰ R. Elliott, « Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and hepatitis C virus infections in prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 177, n° 3, 2007, p. 262-264. Voir aussi M.-J. Milloy et coll., « Incarceration experiences in a cohort of active injection drug users », *Drug and Alcohol Review*, 2008, p. 1-7; C. Poulin et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 177, n° 3, 2007, p. 252-256; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, 2002; E. Wood et coll., « Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users », *Public Health Reports*, vol. 120, n° 2, mars-avril 2005, p. 150-156; W. Small et coll., « Incarceration, Addiction and Harm Reduction: Inmates Experience Injecting Drugs in Prison », *Substance Use and Misuse*, vol. 40, 2005, p. 831-843.

¹¹ D. Zakaria et coll.

¹² D. Zakaria et coll.

¹³ M. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS*, vol. 17, n° 6, 2003, p. 887-893.

¹⁴ H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS*, vol. 17, n° 6, 2003, p. 911-913.

¹⁵ K. Dolan et A. Wodak, « HIV transmission in a prison system in an Australian State », *Medical Journal of Australia*, vol. 171, n° 1, 1999, p. 14-17.

¹⁶ M. MacDonald, *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*, Institut européen pour la prévention du crime et la lutte contre la délinquance, 2005 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹⁷ A. Bobrik et coll., « Prison health in Russia: the larger picture », *Journal of Public Health Policy*, vol. 26, 2005, p. 30-59.

¹⁸ A. Taylor et coll., « Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison », *British Medical Journal*, vol. 310, 1995, p. 289-292.

¹⁹ OMS, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users, Evidence for Action Technical Papers*, 2004. Voir aussi : Association médicale de l'Ontario, *Improving our Health: Why is Canada Lagging Behind in Establishing Needle Exchange Programs in Prisons? A Position Paper by the Ontario Medical Association*, octobre 2004; R. Carlson et coll., « A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users », *AIDS Education and Prevention*, vol. 10, n° 6, 1998, p. 523-532.

²⁰ R. Jürgens, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2007; M. Macdonald et coll., « Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission », *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, 2003, p. 353-357; R. Bluthenthal et coll., « The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study », *AIDS*, vol. 14, n° 5, 2000, p. 605-611; D. Gibson et coll., « Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS*, vol. 15, n° 11, 2001, p. 1329-1341; K. Ksobiech, « A meta-analysis of needle sharing, lending and borrowing behaviours of needle exchange program attenders », *AIDS Education and Prevention*, vol. 15, n° 3, 2003, p. 257-268; A. Wodak et A. Cooney, « Effectiveness of sterile needle and syringe programmes », *International Journal of Drug Policy*, vol. 16S, 2005, p. S31-S344.

²¹ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, *Efficacité clinique et rentabilité du programme d'échange de seringues dans la collectivité*, 14 septembre 2015; M. Gold et coll., « Needle exchange programs: an economic evaluation of local experience », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 157, n° 3, 1997, p. 255-262; F. Laufer, « Cost effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 28, n° 3, 2001, p. 273-278.

²² R. Heimer, « Can syringe exchange serve as a conduit to substance abuse treatment? », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, n° 3, 1998, p. 183-191; H. Hagan et coll., « Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19, n° 3, 2000, p. 247-252.

²³ R. Jürgens, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons*; Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2016*, 2017.

²⁴ R. Lines et coll., *Prison Needle Exchange*; ASPC, *Prison needle exchange*; K. Stark et coll., « A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany », *Epidemiology and Infection*, vol. 13, n° 4, 2006, p. 814-819; H. Stöver et J. Nelles, « 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies », *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, 2003, p. 437-444; S. Rutter et coll., *Prison-Based Syringe Exchange Programs: A Review of International Research and Program Developments*, NDARC Technical Report No. 112, National Drug and Alcohol Research Centre, Université de Nouvelle-Galles-du-Sud, 2001; J. Nelles et coll., « Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? », *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7153, 1998, p. 270-273; K. Dolan et coll., « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, vol. 98, 2003, p. 153-158; J. Nelles et coll., *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the Evaluation* (Berne, Services psychiatriques universitaires, 1999); J. Nelles et coll., « Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün », dans J. Nelles et A. Fuhrer (éd.), *Harm Reduction in Prison*, Berne, Peter Lang, 1997, p. 239-262; H. Stöver, « Evaluation of needle exchange pilot projects show positive results », *Bulletin canadien VIH/ sida et droit* 5(2/3), 2000, p. 60-64; C. Menoyo et coll., « Programmes d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 5(4), 2000, p. 20- 21; Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *Needle Exchange in Prison: Framework Program*, 2002; J. Sanz Sanz et coll., « Syringe-exchange programmes in Spanish prisons », *Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison*, vol. 13, 2003, p. 9-12; N. Bodrug, « A pilot project breaks down resistance », *Harm Reduction News*, vol. 3, n° 2, 2002, p. 11.

²⁵ Association médicale canadienne, Assemblée annuelle; résolution 26, 17 août 2005.

²⁶ Association médicale de l'Ontario, *Improving our Health*.

²⁷ Voir les rapports annuels de l'enquêteur correctionnel 2003-2004, 2005-2006, 2006-2007, 2009-2010 et 2015- 2016.

²⁸ Commission canadienne des droits de la personne, *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*, 2004.

²⁹ Voir HCDH et ONUSIDA, *Directives internationales*, Directive 4 au paragr. 21e); OMS, *Lignes directrices de l'OMS*, Ligne directrice 24; ONUDC, OMS et ONUSIDA, *Le VIH/sida : prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire – Cadre pour une intervention nationale efficace*, 2006, recommandation n° 60.

³⁰ ONUDC, Organisation internationale du travail (OIT), PNUD, OMS et ONUSIDA, *Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : Ensemble complet de mesures d'intervention*, 2013.

³¹ Voir, par exemple, Assemblée générale des Nations Unies, *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)*, Résolution 70/175, Annexe, adoptée le 17 décembre 2015, règles 3 et 5 et Comité des droits de l'homme de l'ONU, Observation générale 21, article 10 (traitement humain des personnes privées de liberté), Nations Unies, Doc. HRI.GEN.1.Rev.1 (1992), paragr. 3.

³² Voir, par exemple, l'article 12 de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW).

³³ Voir le paragraphe 12(1) du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, 993 UNTS 3 (entré en vigueur le 3 janvier 1976) [PIRDESC].

³⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (22^e Session, 2000), Nations Unies Doc E/C.12/2000/4, paragr. 34.

³⁵ Comité des droits de l'homme de l'ONU, Observation générale n° 6 : Droit à la vie : art. 6 (16^e Session, 1982), UN Doc. HRI\GEN\1\Rev.1, paragr. 5.

³⁶ Assemblée générale des Nations Unies, *Principes fondamentaux*, paragr. 9.

³⁷ OMS, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, 1993.

³⁸ ONUDC, OMS et ONUSIDA, *Le VIH/sida : prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire*.

- ³⁹ ONUSIDA, « Déclaration de l'ONUSIDA à la Commission des droits de l'homme pendant sa cinquante-deuxième session, avril 1996 », dans *Le sida dans les prisons : point de vue ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA, 1997, p. 3.
- ⁴⁰ Résolution A/RES/70/175 de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*, 17 décembre 2015, règle 24(2).
- ⁴¹ OMS, *Lignes directrices de l'OMS*.
- ⁴² Association médicale mondiale, *Déclaration d'Édimbourg sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et autres maladies transmissibles*, 2000.
- ⁴³ A. Grover, Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint*, Nations Unies, Doc. A/65/255, 6 août 2010, paragr. 60.
- ⁴⁴ A. Grover; R. Lines, « From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons », *International Journal of Prisoner Health*, vol. 2, n° 4, 2006, p. 269-280.
- ⁴⁵ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, version consolidée*, Nations Unies, Doc. HR/PUB/06/9, 2006, Directive 4, paragr. 21(e).
- ⁴⁶ OMS, *Lignes directrices de l'OMS*, Ligne directrice 24. Plus récemment, l'OMS a réitéré que la gamme de services nécessaires aux personnes en prison inclut la fourniture de seringues et aiguilles stériles : OMS, *Interventions prioritaires : prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé*, 2008, p. 25.
- ⁴⁷ ONUDC, OMS et ONUSIDA, *Le VIH/sida : prévention*, recommandation n° 60.
- ⁴⁸ OMS, *The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health*, 2010 [TRADUCTION].
- ⁴⁹ M. Nowak, Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Nations Unies, Doc. A/HRC/10/44, 14 janvier 2009, paragr. 74; J. Méndez, Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, *Rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Nations Unies, Doc. A/68/295, octobre 2013, paragr. 71.
- ⁵⁰ Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Observations finales : Canada*, novembre 2016, paragr. 49.
- ⁵¹ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, ch. 20; DORS/92-620.
- ⁵² *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, al. 4d).
- ⁵³ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, art. 85-88.
- ⁵⁴ SCC, *Directive du commissaire n° 800 : Services de santé*, 2015, al. 2a).
- ⁵⁵ SCC, *Directive du commissaire n° 800 : Services de santé*, 2015, art. 10.
- ⁵⁶ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, [2011] 3 R.C.S. 134.
- ⁵⁷ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 C.S.C 44, para. 93.
- ⁵⁸ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, paragr. 93-94.
- ⁵⁹ Sécurité publique Canada, *Toxicomanie*, décembre 2015.
- ⁶⁰ Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2015-2016*.
- ⁶¹ *Sauvé c. Canada (Directeur général des élections)*, [2002] 3 RCS 519, paragr. 60.
- ⁶² Agence de la santé publique du Canada, *Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada*, 2014.
- ⁶³ Bureau de l'enquêteur correctionnel, *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2014-2015*.
- ⁶⁴ Voir, par exemple L. Calzavara et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 177, n° 3, 2007, p. 257-261; C. Poulin et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons », Service correctionnel du Canada, Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001, 2003.
- ⁶⁵ D. Zakaria et coll.
- ⁶⁶ Commission canadienne des droits de la personne, *Protégeons leurs droits*, p. 39.
- ⁶⁷ E. van der Meulen et coll., *Visez juste : Recommandations pour la mise en œuvre de programmes de seringues et d'aiguilles dans les prisons canadiennes*, 2016.