

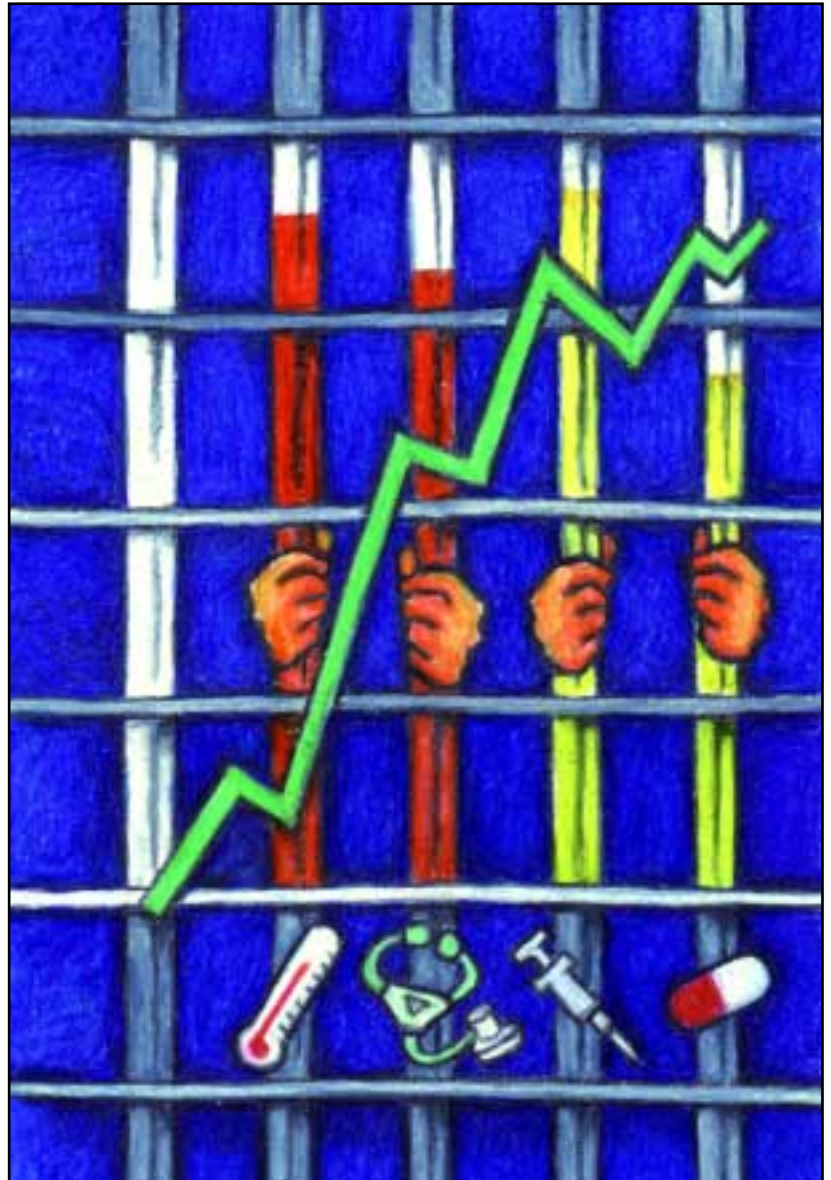


**Évaluation des
besoins en soins de
santé des détenus
sous responsabilité
fédérale**

REVUE CANADIENNE DE

SANTÉ
PUBLIQUE

VOLUME 95, SUPPLÉMENT 1 · MARS/AVRIL 2004



CANADIAN JOURNAL OF

PUBLIC
HEALTH

VOLUME 95, SUPPLEMENT 1 · MARCH/APRIL 2004



Table des matières Table of Contents

Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale

Table des matières

Remerciements	S-5
Liste des tableaux.....	S-6
Liste des figures	S-8
Introduction.....	S-9
Aperçu des services de santé.....	S-11
Description de la population carcérale.....	S-12
Mortalité dans la population carcérale	S-19
Santé physique.....	S-21
Maladies infectieuses.....	S-33
Santé mentale	S-40
Analyse	S-54
Conclusion	S-58
Renvois.....	S-59

Voulez-vous vous abonner à la RCSP? Avez-vous déménagé ou changé de nom?

Pour obtenir des informations sur l'abonnement à la RCSP ou pour modifier votre profil de membre ou d'abonné, veuillez contacter le bureau des abonnements, info@cpha.ca, ou composer le (613) 725-3769, poste 118.

Interested in subscribing to the CJPH? Have you moved or changed your name?

For information on subscribing to the *CJPH* or to make changes to your membership or subscription information, please contact the Membership and Subscription Office, info@cpha.ca, or 613-725-3769, ext. 118.

www.cpha.ca

Annexes

Annexe 1	Origine ethnique des détenus sous responsabilité fédérale.....	S-62
Annexe 2	Besoins repérés à l'évaluation initiale	S-63
Annexe 3	Calcul de la prévalence prévue de maladies	S-64
Annexe 4	Programmes de soins psychiatriques avec hospitalisation	S-66
Annexe 5	Comparaison récapitulative des indicateurs de la santé : détenus et population canadienne.....	S-68

Board of Directors Conseil d'administration

EXECUTIVE BOARD / COMITÉ EXÉCUTIF

President/Présidente :

Christina Mills, MD, FRCPC

Past President/Président sortant :

David Butler-Jones, MD, MHSc, FRCPC, CCFP

President Elect/Présidente désignée :

Sheilah Sommer, MSc, BScN

Honorary Secretary/Secrétaire honoraire :

Mary Martin-Smith, RN, BScN

Honorary Treasurer/Trésorier honoraire :

W. Gordon Wells, CA

Honorary Legal Counsel/ Conseiller juridique honoraire :

David L.E. Charles, BSc, LLB

Ex officio:

PTBA Representative/Représentante des DAPT

Joan Riemer, BScN

Chief Executive Officer/Chef de la direction

Elinor Wilson, RN, PhD

Honorary Scientific Editor/Rédactrice en chef scientifique honoraire :

Patricia Huston, MD, MPH

MEMBERS-AT-LARGE/ REPRÉSENTANTS DES MEMBRES

Ms. Elaine Berthelet

International Health / Santé internationale

Dr. Brian Brodie

*Administration of Health Services /
Administration des services de santé*

Mr. Ron de Burger

*Human and Ecosystem Health /
Santé de l'humain et de l'écosystème*

Ms. Heather Ann Pattullo

*Disease Surveillance and Control /
Contrôle et lutte contre les maladies*

Dr. Harvey Skinner

*Equity and Social Justice /
Équité et justice sociale*

Mrs. Lee Stones

Health Promotion / Promotion de la santé

PROVINCIAL/TERRITORIAL BRANCH/ASSOCIATION REPRESENTATIVES REPRÉSENTANTS DES DIVISIONS ET ASSOCIATIONS PROVINCIALES/TERRITORIALES

Ms. Rosemarie Goodyear

*President, Newfoundland Public Health
Association*

Ms. Susan McBroom

*President, Public Health Association of Nova
Scotia*

Ms. Sharon Lawlor

*President, New Brunswick/Prince Edward
Island Branch - CPHA*

Dr. Régnald Bujold

*Président, Association pour la santé publique du
Québec*

Mrs. Connie Uetrecht

President, Ontario Public Health Association

Ms. Karen Ingebrigtsen

President, Manitoba Public Health Association

Ms. Joan Riemer

President, Saskatchewan Public Health Association

Dr. James Talbot

President, Alberta Public Health Association

Ms. Victoria Barr

*President, Public Health Association of British
Columbia*

Ms. Vicki Lafferty

*President, Northwest Territories/Nunavut
Branch - CPHA*

Ms. Jan Trim

President, Yukon Public Health Association

PATRON/PRÉSIDENTE D'HONNEUR

Her Excellency the Right Honourable /
Son Excellence la très honorable

Adrienne Clarkson, CC, CMM, CD

Governor General of Canada

Gouverneure générale du Canada

PATRON/PRÉSIDENT D'HONNEUR

His Excellency / Son Excellence

John Ralston Saul, CC

CPHA MISSION STATEMENT

The Canadian Public Health Association (CPHA) is a national, independent, not-for-profit, voluntary association representing public health in Canada, with links to the international public health community. CPHA's members believe in universal and equitable access to the basic conditions which are necessary to achieve health for all Canadians.

CPHA's mission is to constitute a special national resource in Canada that advocates for the improvement and maintenance of personal and community health according to the public health principles of disease prevention, health promotion and protection and healthy public policy.

The *Canadian Journal of Public Health* contributes to CPHA's mission through the publishing of original articles, reviews and correspondence on related aspects of public health.

ÉNONCÉ DE MISSION DE L'ACSP

L'Association canadienne de santé publique est un organisme bénévole, sans but lucratif, indépendant et national, représentant la santé publique au Canada, avec des liens auprès de la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP sont convaincus de la nécessité d'un accès équitable aux conditions de base qui sont indispensables pour réaliser la santé pour tous les Canadiens.

La mission de l'ACSP est de constituer une ressource nationale spécialisée au Canada qui soit en mesure de recommander des améliorations et (ou) des mesures assurant la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément à des principes reconnus de santé publique en matière de prévention des maladies, de promotion et de protection de la santé et de politique publique favorisant la santé.

La *Revue canadienne de santé publique* contribue à la mission de l'ACSP à travers la publication d'articles originaux, de critiques et de la correspondance sur tous les aspects de la santé publique et de la médecine préventive.

Editorial Offices Bureaux de rédaction



STAFF/PERSONNEL

Scientific Editor/Rédactrice en chef scientifique :

Patricia Huston, MD, MPH

Rédacteurs en chef adjoints/

Associate Co-Editors :

Denise Aubé, MD, FRCP

Clément Beaucage, MD, FRCP

Associate Editor (Book reviews)/

Rédactrice associée (Recension)

Ardene Robinson Vollman, RN, PhD

Executive Managing Editor/Rédactrice en chef :

Elinor Wilson, RN, PhD

Assistant Editor/Rédactrice adjointe :

Karen Craven kcraven@cpha.ca

Editorial Assistant/Adjointe à la rédaction :

Debbie Buchanan journal@cpha.ca

Designer/Conception graphique :

Ian Culbert iculbert@cpha.ca

Circulation/Directrice de la diffusion :

Joan Barbier info@cpha.ca

ISSN 0008-4263

All articles published in this journal, including editorials, represent the opinions of the authors and do not necessarily reflect the official policy of the Canadian Public Health Association or the institution with which the author is affiliated, unless this is clearly specified.

The *Canadian Journal of Public Health* is published every two months by the Canadian Public Health Association. A subscription to the *CJPH* is included in the Association's membership fee.

Publications Mail Agreement #40062779. Registration #09853. Return undeliverable Canadian addresses to: Circulation Department, Canadian Public Health Association, 1565 Carling Avenue, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1Z 8R1, E-mail: info@cpha.ca.

Subscription rate: Canada \$97.61 per year, including 7% GST (\$104.90 per year, including 15% HST), payable in advance; United States \$117.42 per year and other countries \$151.41 per year payable in advance in Canadian funds. Single copies \$19.09 Canadian, including 7% GST (\$20.52 Canadian, including 15% HST), \$23.69 U.S.A. and \$28.84 International. Reprints: Reprints of articles, minimum 50, are available from the business office of the Journal (price on request). Contents may be reproduced only with the prior permission of the Editorial Board. A maximum of 30 photocopies of articles are permitted with acknowledgement of *CJPH*. *CJPH* is printed by St. Joseph Print Group-Ottawa, 1165 Kenaston St., Ottawa, Ontario, K1B 3N9. Prices of special supplements vary.

Changes of address and requests for subscription information should be forwarded to the business office.

CJPH is available in microform from University Microfilms International, Ann Arbor, Michigan and is abstracted by Proquest.

Indexed in the Canadian Periodical Index, Index Medicus, and Social Science Citation Index.

EDITORIAL BOARD / COMITÉ DE RÉDACTION

Patricia Huston, MD, MPH

Scientific Editor/Rédactrice en chef scientifique

Denise Aubé, MD, FRCP

Clément Beaucage, MD, FRCP

Rédacteurs en chef adjoints

Associate Co-Editors

Elinor Wilson, RN, PhD

Executive Managing Editor/Rédactrice en chef

Sheilah Sommer, MSc, BScN

Chair

Reg Warren, MA

Member-at-Large

Heather Maclean, MD

Member-at-Large

COVER ILLUSTRATION/ ILLUSTRATION DE LA COUVERTURE

Andrew Young

TRANSLATION/TRADUCTION

Marie Cousineau

BUSINESS OFFICE / SUBMISSION OF ARTICLES SIÈGE SOCIAL / SOUMISSION DES ARTICLES

Canadian Journal of Public Health /

Revue canadienne de santé publique

400-1565 avenue Carling Avenue

Ottawa, Ontario, Canada K1Z 8R1

Telephone/Téléphone : 613-725-3769

Fax/Télocopieur : 613-725-9826

E-mail/Courriel : cjph@cpha.ca

www.cpha.ca

All material intended for publication should be addressed to the Scientific Editor.

Les documents à publier doivent être soumis au rédacteur en chef scientifique.

ADVERTISING/PUBLICITÉ

Karen Craven

400-1565 avenue Carling Avenue

Ottawa, Ontario, Canada K1Z 8R1

Telephone/Téléphone : 613-725-3769

Fax/Télocopieur : 613-725-9826

E-mail/Courriel : kcraven@cpha.ca

Tous les articles publiés dans cette revue, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de l'Association canadienne de santé publique ou de l'établissement auquel l'auteur est affilié, sauf indication contraire.

La *Revue canadienne de santé publique* est publiée tous les deux mois par l'Association canadienne de santé publique. La cotisation de membre de l'Association donne droit à l'abonnement à la *RCSP*.

Numéro de convention de la Postes-publications 40062779. Numéro d'enregistrement 09853. Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada au : Service des publications, Association canadienne de santé publique, 1565 avenue Carling, suite 400, Ottawa, Ontario, K1Z 8R1, courriel : info@cpha.ca.

Abonnement : Canada 97,61 \$ par an, 7 % TPS comprise (104,90 \$ par an, 15 % TVH comprise), payable à l'avance; États-Unis 117,42 \$ par an et autres pays 151,41 \$ par an, payable à l'avance, en dollars canadiens. Exemple unique, 19,09 \$ canadiens, TPS comprise (20,52 \$ canadiens, TVH comprise); États-Unis 23,69 \$; international 28,84 \$. Tirés-à-part : on peut se procurer des tirés-à-part d'article, minimum de 50 exemplaires, auprès des bureaux de la *Revue* (prix disponible sur demande). On ne peut reproduire le contenu de la *Revue* qu'avec la permission préalable de la rédaction. Il est permis de copier un maximum de 30 articles à condition de bien indiquer la source. La *RCSP* est imprimée par St. Joseph Groupe d'imprimerie-Ottawa, 1165, rue Kenaston, Ottawa (Ontario) K1B 3N9. Les prix des suppléments spéciaux varient.

Il faut adresser les changements d'adresses et demandes d'information sur les abonnements au bureau de la revue.

La *RCSP* est disponible sur microfilm auprès de University Microfilms International, Ann Arbor, Michigan et est abrégée par Proquest.

Répertorié dans Canadian Periodical Index, Index Medicus, et Social Science Citation Index.

Abréviations utilisées dans le rapport

ALTO	Programme prélibératoire d'intervention en toxicomanie
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
Choix	Programme de traitement, de prévention de la rechute et de suivi dans la collectivité
CIM	Classification internationale des maladies
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DMS	Durée moyenne du séjour
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EID	Évaluation initiale des délinquants
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
LSCMLC	Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition
MTS	Maladies transmissibles sexuellement
MVL	Médicaments en vente libre
NHS	National Health Service (Royaume-Uni)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PES	Programme d'échange de seringues
PPT	Programme prélibératoire pour toxicomanes
QIMV	Questionnaire informatisé sur le mode de vie
SCC	Service correctionnel du Canada
SCID	Entrevue clinique structurée du DSM
SGD	Système de gestion des délinquants
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSMI	Système de surveillance des maladies infectieuses
TEM	Traitement d'entretien à la méthadone
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

La réalisation de la présente étude a été coordonnée par Jane Laishes, à l'Administration centrale, Service correctionnel du Canada. Le D^r Brent Moloughney, spécialiste de la santé publique et de l'épidémiologie, a été engagé à contrat pour rédiger le rapport. Un grand nombre des employés des Services de santé de l'Administration centrale ont aidé à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données : Vanessa Kyle, Lucie Poliquin, Nancy Sutton, D^r Fred Bellemare, D^r Donna McDonagh, Prithwish De, Alan Sierolawski, Carol Halden et D^r Françoise Bouchard.

Ce rapport n'aurait pu être réalisé sans l'aide de nombreuses personnes qui ont fourni des copies de rapports antérieurs, ont communiqué des données sur leur établissement et, dans plusieurs cas, ont fait des extractions de données sur mesure. La majorité des établissements ont répondu à un questionnaire distribué au cours du projet. Le personnel des administrations régionales a été d'un secours précieux dans l'obtention des données. Bien qu'il soit impossible de nommer tous ceux et celles qui ont contribué à ce projet, on voudrait remercier notamment les personnes suivantes :

- Données tirées du SGD : Martin Devenport et Jacques Racicot;
- Données pharmaceutiques régionales : Pam Lindsay et Jason Wong;
- Données sur le QIMV : Dan Kunic;
- Données sur les troubles mentaux chez les détenues : Kelley Blanchette;
- Renseignements sur les programmes de traitement de l'alcoolisme : D^r Lynn Lightfoot et D^r Joel Ginsburg;
- Données sur le dépistage de drogue dans l'urine : Patricia MacPherson;
- Renseignements sur l'alphabétisation : Roger Boe;
- Données sur les établissements : Fran McKnight (Drumheller), Trudy Farrow (Collins Bay) et Réjean Bérard (Drummond);
- Données sur la prévalence de la dialyse au Canada : Kim Badovinac, Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO);
- Révision des graphiques : Jane Jarrett et Jeremy Mills pour leur aide dans la révision des graphiques dans la région de Kingston.

On peut obtenir des exemplaires du présent supplément en s'adressant à la Direction des services de santé, Service correctionnel du Canada, (613) 995-7833.

Le supplément se trouve également sur le site de l'Association canadienne de santé publique, à l'adresse suivante :

www.cpha.ca/français/cjph/cjph.htm (français)

www.cpha.ca/english/cjph/cjph.htm (anglais)

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues du Service correctionnel du Canada.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Types de soins et contextes dans lesquels les soins de santé sont prodigués au SCC.....	S-11
Tableau 2 : Liste des produits d'hygiène offerts à la cantine de l'établissement.....	S-12
Tableau 3 : Nombre de pénitenciers par niveau de sécurité et par région.....	S-12
Tableau 4 : Répartition de la population carcérale selon le niveau de sécurité et le sexe	S-13
Tableau 5 : Répartition de la population carcérale selon la durée de la peine et le sexe.....	S-13
Tableau 6 : Taux de roulement de la population carcérale dans les divers établissements, par région, 2000-2001	S-14
Tableau 7 : Nombre de détenus âgés, 1993-2002.....	S-14
Tableau 8 : Répartition réelle et attendue des détenus autochtones.....	S-15
Tableau 9 : Répartition des jeunes détenus autochtones et non autochtones par région	S-16
Tableau 10 : Niveau d'instruction des détenus selon l'origine ethnique et le sexe	S-17
Tableau 11 : Ampleur du chômage et des changements fréquents de logement	S-17
Tableau 12 : Ampleur des besoins repérés à l'évaluation initiale.....	S-17
Tableau 13 : Caractéristiques des détenus à sécurité maximale selon leur sexe, 1997	S-18
Tableau 14 : Domaines de besoins des détenus âgés de sexe masculin, 2002.....	S-18
Tableau 15 : Nombre de détenus décédés, 1996-1997 à 2001-2002	S-19
Tableau 16 : Décès de détenus de causes naturelles, 1996-2001	S-20
Tableau 17 : Proportion de détenus ayant des problèmes de santé au moment de leur évaluation initiale selon le sexe, 2002	S-21
Tableau 18 : Détenus de sexe masculin ayant des problèmes de santé à leur évaluation initiale par groupe d'âge, 2002	S-21
Tableau 19 : Nombre de jours où des détenus de sexe masculin ont été malades ou blessés et nombre de jours d'indisponibilité, 1995.....	S-21
Tableau 20 : Attitude des détenus de sexe masculin à l'égard de l'usage du tabac, 1995.....	S-22
Tableau 21 : Nombre d'heures consacrées à l'exercice physique un jour normal, détenus de sexe masculin, 1995.....	S-22
Tableau 22 : Obstacles aux activités physiques, signalés par les sujets eux-mêmes, détenus de sexe masculin, 1995.....	S-22
Tableau 23 : Détenus diabétiques, nombre prévu et nombre réel de cas traités.....	S-23
Tableau 24 : Résumé des comparaisons entre le nombre observé et le nombre prévu de détenus atteints de certaines affections chroniques	S-25
Tableau 25 : Nombre de blessures subies à un établissement pour hommes selon leur cause, 2001.....	S-25
Tableau 26 : Comparaison des blessures des détenus et de celles de la population dans la collectivité, Kingston, 1996-1998.....	S-26
Tableau 27 : Nombre auto-déclaré de visites au personnel infirmier ou à un médecin au cours des six mois précédant le Sondage, détenus de sexe masculin, 1995.....	S-26
Tableau 28 : Utilisation des services de santé par les détenus, région de l'Ontario, 1998-1999	S-27
Tableau 29 : Comparaison de l'utilisation des services de santé selon le sexe, région de l'Ontario, 1998-1999.....	S-27
Tableau 30 : Utilisation moyenne de services de santé par détenu de sexe masculin et par groupe d'âge, région de l'Ontario, 1998-1999	S-27
Tableau 31 : Comparaison de l'utilisation de services de santé à certains établissements et dans la région de l'Ontario, détenus de sexe masculin ...	S-28
Tableau 32 : Comparaison des taux d'utilisation des services de santé dans la population carcérale et dans la population canadienne.....	S-28
Tableau 33 : Types de médecins spécialistes consultés, établissement de Collins Bay, 2001	S-28
Tableau 34 : Motifs des visites faites au médecin à certains établissements, octobre 2001	S-29
Tableau 35 : Motifs des visites faites sur rendez-vous au personnel infirmier à certains établissements, octobre 2001	S-29
Tableau 36 : Usage comparé de médicaments dans la population carcérale et dans la population canadienne.....	S-30
Tableau 37 : Motifs des hospitalisations, pénitencier de Dorchester, 2000-2001	S-31
Tableau 38 : Proportion des détenus qui ont déclaré avoir consommé des drogues injectables avant leur arrestation par groupe d'âge, 1995-2001	S-34
Tableau 39 : Comparaison de la prévalence des virus à diffusion hémotogène chez les détenus qui se sont injecté des drogues et chez les autres, établissement de Springhill, 1997.....	S-34
Tableau 40 : Prévalence du tatouage et du perçage par niveau de sécurité, détenus de sexe masculin, 1995	S-34
Tableau 41 : Forme d'aide requise pour se protéger du VIH/sida, détenus de sexe masculin, 1995.....	S-35
Tableau 42 : Répartition des nouveaux cas d'hépatite B, par région, 2000-2001	S-37
Tableau 43 : Risque de développer une tuberculose active chez les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse, selon divers facteurs de risque	S-37

Tableau 44 : Craintes pour leur sécurité personnelle, détenus de sexe masculin, 1995	S-40
Tableau 45 : Proportion des détenus présentant des déficiences au niveau de la capacité mentale à l'évaluation initiale, selon le sexe et le niveau de sécurité, 2002	S-41
Tableau 46 : Proportion des détenus chez lesquels des besoins liés à leur santé mentale ont été repérés à l'évaluation initiale, 2002.....	S-41
Tableau 47 : Proportion des détenus de sexe masculin présentant des problèmes de santé mentale à l'évaluation initiale, 2002	S-41
Tableau 48 : Prévalence de certains troubles de l'Axe I, détenus de sexe masculin, 1988 et 1999	S-42
Tableau 49 : Comparaison des taux de prévalence de troubles mentaux chez les détenus et dans la collectivité, population masculine.....	S-42
Tableau 50 : Comparaison de certaines caractéristiques de l'Enquête sur la santé mentale de 1988 et de l'étude de 1999 sur la prévalence de troubles mentaux à l'admission en Colombie-Britannique.....	S-43
Tableau 51 : Comorbidité dans la population carcérale	S-44
Tableau 52 : Prévalence de troubles mentaux répertoriés au DSM-III sur toute la vie, critères stricts, Prison des femmes, 1988	S-44
Tableau 53 : Prévalence de troubles mentaux actuels et sur toute la vie, Centre correctionnel de Burnaby pour femmes, 1992	S-44
Tableau 54 : Comparaison de la prévalence de troubles mentaux mesurés par le DIS dans la population carcérale masculine et féminine	S-45
Tableau 55 : Nombre annuel prévu de détenus de sexe masculin atteints d'un trouble mental ou ayant des antécédents de troubles mentaux à leur admission	S-46
Tableau 56 : Nombre annuel d'admissions et de départs et durée moyenne des séjours, patients psychiatriques hospitalisés, par région.....	S-46
Tableau 57 : Répartition des troubles de l'Axe I chez les patients psychiatriques hospitalisés, par région, 2000-2001	S-47
Tableau 58 : Troubles de la personnalité des patients psychiatriques hospitalisés.....	S-47
Tableau 59 : Comparaison du nombre d'admissions de patients psychiatriques et des diagnostics à leur départ, 1981-1982 à 1985-1986 et 2000-2001.....	S-47
Tableau 60 : Nombre de répondants au QIMV, 2001-2002	S-48
Tableau 61 : Fréquence de la consommation de substances psychoactives au cours des 6 mois précédant l'arrestation, 1993-1995, QIMV.....	S-49
Tableau 62 : Caractéristiques des détenues toxicomanes et non toxicomanes	S-49
Tableau 63 : Comparaison de divers indicateurs de besoin, détenues toxicomanes et non toxicomanes	S-49
Tableau 64 : Effet du programme d'analyse d'urine sur la consommation de drogue d'après les détenus de sexe masculin, 1995	S-50
Tableau 65 : Pourcentage de résultats positifs aux analyses d'urine selon le type de drogue, 1996-2001	S-50
Tableau 66 : Taux de suicide de détenus dans divers pays	S-51
Tableau 67 : Répartition régionale des suicides	S-51
Tableau 68 : Caractéristiques des détenus suicidés, 1991-1992 à 1997-1998	S-52
Tableau 69 : Durée de l'incarcération des victimes de suicide à leur dernier établissement	S-52
Tableau 70 : Rapport entre l'Échelle d'évaluation du risque de suicide et les tentatives de suicide ultérieures	S-52
Tableau 71 : Proportion des détenus au courant des services de prévention du suicide, hommes, 1995	S-53
Tableau 72 : Constatations visant certains groupes de la population carcérale	S-56
Tableau 73 : Répartition des détenus par race et par région.....	S-62
Tableau 74 : Besoins repérés à l'évaluation initiale selon l'origine ethnique, le niveau de sécurité et le sexe des détenus, 2002 (%).....	S-63
Tableau 75 : Calcul du nombre attendu de cas de diabète dans la population carcérale	S-64
Tableau 76 : Calcul du nombre attendu de détenus diabétiques selon le type de traitement	S-64
Tableau 77 : Calcul du nombre attendu de détenus autochtones diabétiques	S-65
Tableau 78 : Proportion des détenus prenant des médicaments antidiabétiques, régions de l'Ontario et du Pacifique, hommes	S-65

Liste des figures

Figure 1 :	Répartition comparée de la population carcérale et de la population canadienne selon l'âge et le sexe.....	S-13
Figure 2 :	Évolution de la population carcérale de 1977-1978 à 2001-2002.....	S-13
Figure 3 :	Proportion des détenus ayant purgé une peine antérieure de ressort fédéral selon le sexe (%)	S-13
Figure 4 :	Répartition des détenus par groupe d'âge, 2002	S-14
Figure 5 :	Espérance de vie de la population urbaine canadienne selon le niveau de revenu, 1986	S-14
Figure 6 :	Niveau de sécurité des détenus de sexe masculin par groupe d'âge.....	S-15
Figure 7 :	Niveau de sécurité des détenues par groupe d'âge.....	S-15
Figure 8 :	Détenus autochtones par région (%), 2002	S-16
Figure 9 :	Répartition des détenus autochtones et non autochtones de sexe masculin par niveau de sécurité, 2002.....	S-16
Figure 10 :	Répartition des détenues autochtones et non autochtones par niveau de sécurité, 2002.....	S-16
Figure 11 :	Proportion des adultes parmi les Premières nations et les Inuits et dans la population canadienne qui se déclarent diabétiques, par groupe d'âge, 1996-1997	S-23
Figure 12 :	Nombre annuel de blessures subies par des détenus lors d'incidents	S-25
Figure 13 :	Nombre de blessures subies par des détenus selon leur cause, 2000-2001	S-25
Figure 14 :	Nombre d'admissions et de départs de malades non psychiatriques hospitalisés dans certaines régions, 2001-2002	S-31
Figure 15 :	Perceptions des détenus de sexe masculin concernant le VIH/sida, 1995.....	S-35
Figure 16 :	Proportion des détenus soumis à un test de dépistage du VIH par région, 2001	S-35
Figure 17 :	Proportion de cas VIH séropositifs connus dans la population carcérale générale, 2001	S-36
Figure 18 :	Proportion de cas VHC-positifs connus dans la population carcérale générale, par région, 2001	S-36
Figure 19 :	Ampleur des problèmes liés à l'alcool.....	S-48
Figure 20 :	Gravité de la dépendance à l'alcool.....	S-48
Figure 21 :	Niveau d'abus de drogue.....	S-49
Figure 22 :	Alcool et/ou drogue ont joué un rôle dans le crime à l'origine de la peine.....	S-49
Figure 23 :	Intensité du traitement de la toxicomanie requis	S-49
Figure 24 :	Suicides et taux de suicide, SCC, 1991-1992 à 2000-2001	S-51

Introduction

Objet de l'étude

Ce rapport trace un profil exhaustif des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale au Canada. En raison de nombreux facteurs, il contribue de façon opportune et utile à notre planification et gestion des services de santé dans les prisons :

- Dans son rapport de novembre 2000, le Groupe de travail sur les services de santé a fait observer qu'il existe peu d'information sur les besoins en soins de santé des détenus. Parce qu'il lui semblait clair qu'il y a un lien entre les coûts des services de santé et les besoins des détenus, il a précisé, dans ses recommandations, qu'il faudrait créer une méthode de financement qui réponde aux besoins des détenus, en respectant des normes de prestation des services et en évaluant les résultats. Le présent rapport, qui brosse un portrait complet des détenus, est un premier pas dans cette direction.
- Au cours des dernières années, les gouvernements fédéral et provinciaux ont souligné l'importance d'établir des indicateurs qui serviraient de base à la production d'un « bulletin de santé » pour la population canadienne. Ce rapport fournira au gouvernement fédéral les éléments de base qui lui permettront de rendre compte des services de santé offerts à la population carcérale.
- Une planification et une évaluation efficaces et efficientes des services doivent s'appuyer sur des renseignements valables. Bien qu'il existe de nombreux rapports et documents sur des sujets particuliers ayant trait à la santé des détenus, aucun rapport sur l'état de santé des détenus ni profil de la prestation de services de santé à cette population carcérale n'a été rédigé auparavant.

Le rapport rassemble des renseignements tirés de diverses sources pour décrire la gamme des problèmes de santé des détenus et pour commencer à définir leurs besoins. On pourrait y voir une approche « négative », mais il faudrait, au contraire, la percevoir comme un processus normal qui permet à une organisation de prestation de soins de santé d'évaluer les secteurs sur lesquels il faut se pencher et d'améliorer l'effet de ses services.

Responsabilité de la prestation des services de santé

La prestation des soins de santé est une responsabilité provinciale au Canada, mais il y a quelques exceptions où le gouvernement fédéral fournit ces services (p. ex., aux agents de la GRC, aux membres militaires des Forces canadiennes et aux personnes incarcérées dans des pénitenciers fédéraux). Le Service correctionnel du Canada (SCC) est responsable des services de santé offerts aux détenus. La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* de 1992 précise en effet que :

- (1) Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.
- (2) La prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.

Le Service est guidé, dans l'exécution de ce mandat, par les principes qui suivent :

ses directives d'orientation générale, programmes et méthodes respectent les différences ethniques, culturelles et linguistiques, ainsi qu'entre les sexes, et tiennent compte des besoins propres aux femmes, aux autochtones et à d'autres groupes particuliers; (4i)

Les Directives du commissaire 800, 803 et 805 contiennent plus de précisions sur l'accès aux soins médicaux, dentaires et de santé mentale essentiels, le consentement du détenu et l'accès aux médicaments et autres fournitures médicales. Les *Normes des Services de santé* de 1994 traitent des grands éléments du programme, y compris la promotion de la santé, la prévention des maladies et les services de réadaptation ¹.

Santé, maladie et besoins

Voici la définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

[...] mesure dans laquelle un particulier ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et combler ses besoins et, d'autre part, modifier son environnement ou y faire face. La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ².

La promotion de la santé, c'est permettre à l'individu d'améliorer sa santé; elle vise les déterminants (ou causes) de la santé ³. De nombreux facteurs ou déterminants peuvent avoir un effet bien-faisant ou nocif sur la santé. En voici une courte liste ⁴ :

- le niveau de revenu et le statut social;
- les réseaux de soutien social;
- l'éducation;
- les conditions de travail;
- l'environnement physique;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les habitudes d'hygiène et la capacité d'adaptation personnelles;
- le sain développement de la petite enfance;
- les services de santé.

Une telle liste met en évidence la vaste gamme de facteurs qui influent sur la santé, outre les services de santé. L'ampleur de la portée nocive de certains déterminants (p. ex. un faible revenu, un statut social inférieur, le manque d'éducation, une faible capacité d'adaptation) rend encore plus difficile la prestation des services de santé. La promotion de la santé cherche à agir sur les déterminants de la santé par diverses actions, y compris l'apprentissage d'habiletés personnelles et l'aménagement d'environnements favorables à la santé.

Cette courte description indique clairement que la santé n'est pas que l'absence de maladie. Cependant, en tant que perturbations physiologiques ou psychologiques, les maladies sont plus faciles à mesurer et à signaler. Le présent rapport portera donc principalement sur les maladies plutôt que sur le concept positif de la « santé ».

Un besoin de soins de santé est défini comme la capacité de la population de tirer profit et de se prévaloir de soins de santé⁵. L'évaluation des besoins en soins de santé ne se limite donc pas à l'élaboration du profil sanitaire d'une population, puisque le besoin suppose l'existence d'une intervention efficace et la possibilité de fournir cette intervention, alors que mesurer l'état de santé ne tient pas compte de ces facteurs⁶. Il est également sous-entendu que le besoin a été comblé une fois que la capacité de tirer profit de l'intervention a été épuisée. Les besoins sont évalués dans le but de recueillir des renseignements utiles pour l'établissement des priorités et pour la planification et la prestation des services. Leur évaluation est réalisée dans l'optique de l'ensemble de la population plutôt que dans le contexte de la prise de décisions sur des soins individuels à fournir, et elle est fondée sur l'épidémiologie*. Stevens et Raftery (1997) décrivent trois éléments clés de l'évaluation des besoins en soins de santé :

- l'incidence et/ou la prévalence[†] d'un problème de santé;
- l'efficacité des interventions disponibles pour traiter le mal;
- les services existants.

Chacun de ces éléments est important pour permettre la triangulation de l'évaluation des besoins en soins de santé. La précision de cette triangulation dépend beaucoup de la disponibilité de données pertinentes.

Sources de données

La disponibilité de données est essentielle pour faire une évaluation des besoins en soins de santé. Diverses sources de données existantes ont été utilisées afin de donner une vue d'ensemble aussi complète que possible des besoins des détenus. La collecte de nouvelles données a été réduite au minimum en raison du manque de ressources et de temps. Les sources suivantes ont été beaucoup utilisées dans la rédaction du présent rapport :

- Système de gestion des délinquants (SGD) : le SGD est une source clé de données sur les variables sociodémographiques et les facteurs criminogènes;
- Sondage national auprès des détenus : en 1995, le SCC a réalisé auprès des détenus de sexe masculin un sondage par échantillonnage aléatoire qui comportait des questions sur certaines habitudes de vie liées à la santé;
- rapports sur les maladies transmissibles : chaque établissement présente des rapports mensuels sur certaines maladies transmissibles (p. ex. le VIH) aux Services de santé de l'AC;
- rapports de recherche : plusieurs études ont été réalisées par des chercheurs du SCC et de l'extérieur sur des sujets rattachés au présent rapport;
- ouvrages publiés : la littérature scientifique contient des données directes ainsi que des données comparatives provenant d'autres organismes et administrations;

* Épidémiologie : étude de la distribution et des déterminants d'états ou d'événements liés à la santé dans une population donnée, et l'application de cette étude au contrôle des problèmes de santé².

† L'incidence et la prévalence sont des mesures clés d'affections et sont souvent confondues. L'incidence est le nombre de cas de maladies, ou de tout autre événement médical, apparus pendant une période donnée au sein d'une population (p. ex. le nombre de suicides pour 10 000 détenus en un an). La prévalence est la proportion d'une population qui est atteinte d'une affection particulière ou qui manifeste un comportement particulier à une date donnée (p. ex. la proportion de la population qui fume au moment de l'enquête).

- données sur l'utilisation des services : certains établissements ont pu fournir des données sur l'utilisation des services. Deux régions ont pu fournir des données sur la consommation de médicaments dans leurs établissements;
- données sur la population canadienne : des renseignements sur la santé de l'ensemble de la population canadienne sont disponibles auprès de diverses sources, y compris Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. Bien qu'il soit tentant d'extrapoler tout simplement et d'appliquer ces données à la population carcérale, nous avons évité de le faire, car il s'agissait avant tout de déterminer dans quelle mesure les détenus *diffèrent* de la population canadienne. Les données sur la population canadienne ont donc surtout été utilisées comme référence pour la comparaison des données disponibles portant sur les détenus.

Délinquants non visés par le rapport

Les personnes condamnées à une peine d'emprisonnement* de deux ans ou plus sont incarcérées dans les établissements correctionnels fédéraux. Le présent rapport porte sur ces détenus. Comme le SCC n'est généralement[‡] plus responsable de la prestation de services de santé aux délinquants une fois qu'ils sont en liberté (p. ex. en liberté conditionnelle), ces délinquants sont exclus du champ du présent rapport. En sont également exclues les personnes condamnées à une peine d'emprisonnement de moins de deux ans et incarcérées dans des prisons de ressort provincial et territorial ainsi que les jeunes contrevenants qui relèvent du ministère de la Justice.

Durée de l'étude

La collecte des données des différentes sources s'est effectuée en 2001 et en 2002. Le rapport présente donc l'information disponible jusqu'en 2002.

Structure du rapport

La section suivante fournit un aperçu des services de santé, suivi d'une description de la population carcérale, y compris ses caractéristiques sociodémographiques. Les autres sections portent sur les taux de mortalité parmi les détenus et sur les affections physiques, les maladies infectieuses et les troubles de santé mentale, ainsi que sur les services offerts pour les soigner. Certains sujets des diverses catégories se chevauchent, mais de tels chevauchements sont inévitables, quelle que soit la classification utilisée. La dernière section récapitule les thèmes communs présentés qui mènent aux principales constatations et recommandations. Le rapport comporte plusieurs annexes dans lesquelles certains sujets sont abordés plus en détail. La liste des abréviations utilisées dans le rapport se trouve à la page S-4.

* Le terme « prison » désigne ordinairement une installation correctionnelle provinciale, tandis que le terme « pénitencier » est le terme utilisé dans la LSCMLC et désigne des installations fédérales. Selon le SCC, le terme « établissement » est souvent utilisé à la place de « pénitencier ». Dans le présent rapport, ces deux termes sont utilisés, mais le terme « prison » y est actuellement utilisé pour désigner les installations fédérales.

‡ Lorsqu'un délinquant en liberté conditionnelle habite dans un des 17 établissements communautaires relevant du SCC, le SCC continue de payer les services essentiels que reçoit ce délinquant. Le SCC paie également les médicaments et les soins dentaires des délinquants en liberté conditionnelle qui n'en ont pas les moyens, ainsi que les soins de santé mentale non assurés qui sont prescrits par la Commission nationale des libérations conditionnelles ou prévus dans le plan correctionnel du délinquant. Comme il est précisé dans le corps du rapport, les délinquants qui ont été libérés sont exclus du champ du présent rapport.

Aperçu des services de santé

Les soins de santé individuels sont généralement conçus comme une série de niveaux :

- Soins précliniques : soins auto-administrés, soins administrés mutuellement;
- Soins primaires : services fournis au premier niveau de contact entre le patient et le professionnel de la santé; cela comprend le traitement, la promotion et le maintien de la santé, l'éventail complet de soins continus;
- Soins secondaires : soins spécialisés, y compris les soins hospitaliers;
- Soins tertiaires : soins spécialisés pour des problèmes plus difficiles, offerts notamment dans un centre hospitalier universitaire.

La plupart des problèmes de santé peuvent être traités au niveau des soins primaires, mais si des soins spécialisés sont requis, le patient est orienté vers le niveau secondaire ou tertiaire.

Souvent, les analyses des soins de santé sont centrées sur la prestation des soins individuels. Il existe cependant un autre système de services dont l'objet est la santé des groupes et des populations. Il s'agit du système d'hygiène ou de santé publique qui vise la protection et la promotion de la santé des populations. Les services de santé publique essentiels ont été définis comme suit :

- L'évaluation de l'état de santé de la population;
- La surveillance des maladies infectieuses et chroniques;
- La promotion de la santé;
- La prévention des maladies et des blessures;
- La protection de la santé;
- L'évaluation de l'efficacité, de l'accessibilité et de la qualité des soins individuels et des services visant la santé de la population.

Structure et personnel des services de santé

Il y a trois grandes catégories d'installations où des services de santé sont assurés au SCC :

- Pénitenciers (centres de soins ambulatoires);
- Hôpitaux régionaux;
- Centres régionaux de traitement psychiatrique.

Les profils des établissements rédigés en 2001 renferment de l'information sur les services de santé dispensés. Tout comme dans la collectivité, la majorité des services de santé fournis dans les prisons

sont des soins primaires. Dans la plupart des localités, les médecins de premier recours sont les principaux fournisseurs de soins. Dans les établissements correctionnels fédéraux, par contre, les principaux professionnels de la santé du SCC sont les infirmières et infirmiers qui dispensent une vaste gamme de services : évaluations, counseling, administration de médicaments, prélèvements de sang, immunisations, mesure de la tension artérielle, changements de pansements, et autres services. D'autres professionnels de la santé fournissent des services sous contrat. Des médecins de premier recours dispensent des soins primaires dans la vaste majorité des pénitenciers et accueillent des patients sur rendez-vous au moins deux jours par semaine. La plupart des pénitenciers sont équipés d'appareils de radiographie. Des dentistes offrent leurs services une fois par semaine dans la plupart des établissements, et des optométristes sont, eux aussi, souvent présents. Des physiothérapeutes offrent leurs services sur place dans moins de la moitié des établissements.

Beaucoup de pénitenciers ont pris des dispositions avec des médecins spécialistes pour offrir des consultations en établissement. Les spécialités les plus courantes sont la psychiatrie, l'orthopédie et la médecine interne (en particulier pour le VIH et le VHC). Si le besoin est suffisant, le pénitencier fait venir les spécialistes à l'établissement afin d'éviter le coût des escortes des détenus aux cabinets de consultation dans la collectivité. Les pénitenciers dépendent de la disponibilité de spécialistes et de leur volonté d'offrir leurs services à l'établissement.

Dans toutes les régions sauf une, on trouve un hôpital régional où peuvent être soignés les détenus ayant besoin d'être hospitalisés (y compris ceux qui ont besoin de soins palliatifs). Dans la région des Prairies, les patients qui doivent être hospitalisés sont traités dans une aile réservée aux soins chroniques du Centre de santé mentale. Les lits réservés aux patients hospitalisés peuvent servir à différentes fins, dont l'observation (p. ex., à la suite d'une blessure à la tête) et les soins post-opératoires (p. ex. soins postérieurs à l'hospitalisation dans un hôpital communautaire). Le lecteur trouvera d'autres précisions à ce sujet dans la section qui traite de la santé physique des détenus.

Il y a, dans chaque région, des installations de traitement de santé mentale qui fournissent des services aux détenus souffrant de troubles psychiatriques qui sont trop graves pour qu'on puisse les maintenir dans la population carcérale générale. Il y a également, parmi les membres du personnel dans les prisons, des psychologues qui assurent toute une gamme de services. Ces services sont décrits de façon plus détaillée dans la section sur la santé mentale du présent rapport.

Promotion de la santé

D'après les documents de politique, la promotion de la santé constitue une grande priorité. Dans les *Normes des Services de santé*, le troisième principe régissant la gestion et la prestation des services de santé au SCC veut que la promotion de la santé et la prévention des maladies soient la principale activité du personnel des services de santé.

Soins auto-administrés

Beaucoup de gens peuvent soigner eux-mêmes diverses affections, et notamment les maux courants et mineurs, s'ils disposent des

Tableau 1

Types de soins et contextes dans lesquels les soins de santé sont prodigués au SCC

Type de soins de santé	SCC
Primaires	Unité des soins de santé dans les pénitenciers : infirmières, infirmiers et médecin généraliste
Secondaires	Visites de spécialistes à l'établissement Services de consultation extérieurs
Tertiaires	Hôpitaux régionaux Centres de traitement psychiatrique Hospitalisation à l'extérieur

* Adaptation de Public Health in America, Public Health Functions Steering Committee, 1994⁷.

renseignements, du soutien et des fournitures nécessaires. En milieu carcéral, l'auto-administration de soins pose plus de difficultés, et ce, pour plusieurs raisons. Les détenus sont généralement peu instruits, n'ont pas beaucoup accès à la documentation autodidactique (p. ex. l'Internet, les guides médicaux) et ne sont pas nécessairement incités à penser et à agir de façon autonome. Malgré cela, au Sondage national de 1995, la majorité des détenus (79 %) ont déclaré qu'ils étaient assez renseignés pour se soigner eux-mêmes s'ils avaient une blessure mineure ou une maladie bénigne⁸. Pour favoriser l'auto-administration de soins, il a été recommandé que divers produits soient offerts à la cantine de l'établissement (tableau 2).

Tableau 2**Liste des produits d'hygiène offerts à la cantine de l'établissement**

Antiacide	Écran solaire
Acétaminophène (analgésique/antipyrétique)	Hydratant/lotion pour la peau
Remèdes contre le rhume (décongestifs)	Shampooing antipelliculaire
Pastilles contre la toux	Onguent pour boutons de fièvre
Sirop contre la toux	Poudre pour les pieds
Multivitamines	Onguent hémorroïdal
Baume thermogène	Nettoyant pour la peau
	Soie dentaire
	Comprimés de calcium

Source : Services de santé, SCC, 1977

Soins administrés mutuellement et entraide

Au Sondage national auprès des détenus réalisé en 1995, beaucoup (61 %) ont déclaré qu'ils étaient disposés à se porter volontaires pour les programmes ou services destinés aux détenus, et 20 % étaient indécis⁸. Ainsi, des détenus aident d'autres détenus qui sont âgés et ne sont pas entièrement autonomes; chez les femmes, des détenues fournissent des services de garde d'enfants à leurs codétenues mères. Pour combattre les maladies infectieuses, le SCC a institué des programmes d'éducation assurés par d'autres détenus. L'entraide constitue une composante du continuum de soins nécessaires pour répondre aux besoins en santé mentale des femmes⁹. Les programmes d'entraide dans la population carcérale féminine ont fait l'objet de plusieurs études pilotes¹⁰⁻¹³. D'après ces évaluations, les détenues et le personnel ont généralement une opinion favorable du programme qui semble particulièrement utile aux participantes mêmes. De plus, le programme semblait aider à prévenir et à désamorcer les crises, tandis que la phase de l'intervention exige un personnel formé.

Défis uniques : la prestation de soins en milieu carcéral

La prestation de soins de santé dans les prisons diffère de la prestation de soins dans la collectivité, à divers égards :

- Il faut exercer un contrôle plus rigoureux sur les médicaments : risque d'abus, risque de suicide, etc.;
- Lorsqu'on a recours à des services de soins de santé dans la collectivité, il faut accompagner les détenus;
- Le personnel de santé et le personnel correctionnel ont des objectifs différents (prestation de soins de santé par opposition à sécurité);
- Certains détenus risquent de manipuler les employés des services de santé pour obtenir des gains personnels;
- Certains détenus se servent des services de santé comme moyen de quitter le milieu carcéral et voir d'autres personnes.

RÉSUMÉ DE LA SECTION

Bien qu'ils soient similaires aux services dispensés dans la collectivité, en milieu carcéral, les services de santé sont assurés dans un environnement qui pose plusieurs défis. La section suivante traite des grandes différences qu'il y a entre les détenus et les citoyens ordinaires qui font partie de la population canadienne.

Description de la population carcérale

Description générale et tendances

Il y a, au Canada, 53 pénitenciers fédéraux. Ces établissements, certains pour hommes d'autres pour femmes, sont adaptés aux besoins des personnes qui y sont incarcérées en matière de sécurité (minimale, moyenne et maximale). Le tableau 3 présente la répartition des pénitenciers fédéraux par niveau de sécurité et par région.

Tableau 3**Nombre de pénitenciers par niveau de sécurité et par région**

Niveau de sécurité	Pacifique	Prairies	Ontario	Québec	Atlantique	Total
Maximale	1	1	2	3	1	8
Moyenne	4	4	5	5	2	20
Minimale	2	7	4	3	1	17
Niveaux multiples	1	3	2	1	1	8
Total	8	15	13	12	5	53

Source : Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral, 2002¹⁴.

Pour répondre aux besoins particuliers des détenus autochtones, des pavillons de ressourcement ont été aménagés en vue de favoriser leur réadaptation¹⁵. Le pavillon de ressourcement Okimaw Ohci pour femmes et le Centre Pê Sâkâstêw pour hommes en sont des exemples. Le SCC assure le fonctionnement de divers autres centres en collaboration avec d'autres administrations (p. ex. les gouvernements provinciaux, les Premières nations).

En janvier 2002, il y avait 12 727 détenus dans les établissements fédéraux. Les hommes constituent 97 % de l'ensemble des détenus (12 355 hommes et 372 femmes). Les détenus sont beaucoup plus jeunes que la population canadienne, la majorité d'entre eux ayant moins de 40 ans (figure 1).

Le nombre de détenus a varié considérablement au fil des ans. Comme le fait voir la figure 2, la population carcérale a augmenté de la fin des années 1970 jusqu'au milieu des années 1990. Elle s'est toutefois stabilisée depuis. Plusieurs tendances se dégagent de l'évolution de sous-populations. Le nombre de femmes admises dans les établissements fédéraux a augmenté en nombre absolu aussi bien qu'en proportion du nombre total d'admissions¹⁶. Dans les années 1980, les femmes constituaient entre 2 % et 3 % des admissions, alors qu'en 1999-2000, cette proportion atteignait 5 %. La proportion de délinquants autochtones dans l'ensemble des détenus admis dans les établissements fédéraux est passé de 8 % à 17 % au cours des 20 dernières années. La proportion des détenus âgés a augmenté elle aussi; le vieillissement de la population carcérale est abordé plus loin dans cette section.

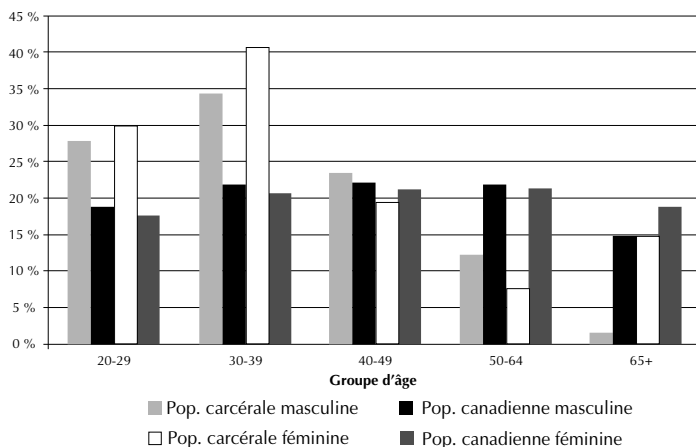


Figure 1 : Répartition comparée de la population carcérale et de la population canadienne selon l'âge et le sexe.

Sources : SGD, 2002; Statistique Canada. N = 12 355 détenus; N = 372 détenues.

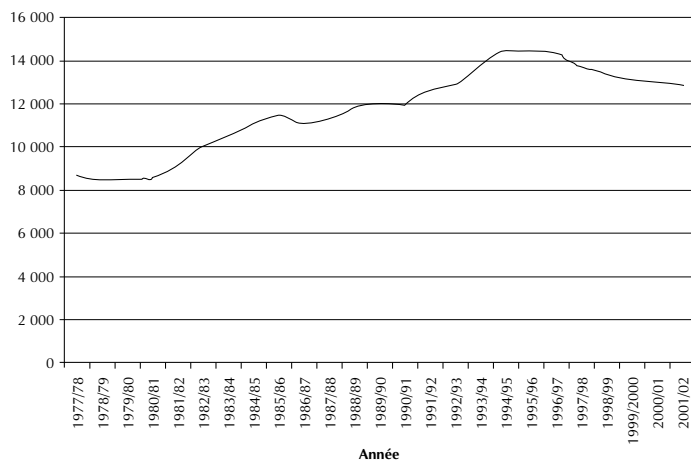


Figure 2 : Évolution de la population carcérale de 1977-1978 à 2001-2002.

Source : SGD, 2002.

Les projections des taux d'incarcération dépendent beaucoup des hypothèses de base. Par exemple, d'après une analyse faite en 1997 et portant sur la période allant de 1998 à 2007, les segments suivants de la population carcérale devraient augmenter : hommes (14,4 %), femmes (19,4 %), et hommes autochtones (38,3 %) ¹⁷. Or, le nombre de détenus n'a pas augmenté. Selon une analyse plus récente des projections, les taux de criminalité sont généralement liés à l'âge. Le vieillissement de la génération du baby-boom qui a maintenant traversé ses années de risque élevé de criminalité pourrait avoir pour corollaire une diminution de la criminalité et de l'incarcération au cours de la prochaine décennie ¹⁸. Cela dépendra de divers autres facteurs, y compris de l'état de l'économie et des décisions sociopolitiques en matière de prévention du crime et d'intervention. Il se peut que les Autochtones restent surreprésentés dans la population carcérale, car ils sont beaucoup plus jeunes que le reste de la population canadienne; il se peut aussi qu'ils aient plus de démêlés avec le système de justice pénale étant donné leur urbanisation croissante ¹⁹.

Niveau de sécurité et infractions

Le tableau 4 montre que parmi les détenus, les hommes sont classés aux niveaux de sécurité maximale ou moyenne plus souvent que les femmes.

Tableau 4

Répartition de la population carcérale selon le niveau de sécurité et le sexe

Niveau de sécurité	Hommes	Femmes
Maximale	16,4 %	14,6 %
Moyenne	63,4 %	47,8 %
Minimale	20,2 %	37,7 %

Source : SGD, 2002. Sont exclus 5,8 % des hommes et 11,7 % des femmes dont le niveau de sécurité n'était pas disponible. N = 11 538 hommes; N = 316 femmes.

La différence entre les hommes et les femmes est encore plus grande en ce qui a trait à la durée de la peine (tableau 5). Parmi les détenus actuels, les hommes sont proportionnellement beaucoup plus nombreux que les femmes à purger une longue peine : 35 % des hommes purgent une peine de 10 ans ou plus ou sont condamnés à perpétuité, par opposition à 24 % des femmes. Les femmes sont plus susceptibles de purger une peine de moins de trois ans (34 % contre 20 %).

Tableau 5

Répartition de la population carcérale selon la durée de la peine et le sexe

Durée de la peine	Hommes	Femmes
Moins de 3 ans	19,7 %	34,1 %
3 à 6 ans	30,0 %	28,8 %
6 à 10 ans	15,3 %	13,7 %
10 ans ou +	13,0 %	4,2 %
Perpétuité	22,1 %	19,3 %

Source : SGD, 2002. N = 12 243 hommes; N = 358 femmes.

La majorité des détenus actuels n'ont purgé aucune peine antérieure de ressort fédéral, bien que, comme le fait voir la figure 3, les hommes sont proportionnellement beaucoup plus nombreux que les femmes à avoir purgé une telle peine (38,4 % contre 17,6 %). Cependant, les démêlés antérieurs avec le système de justice sont

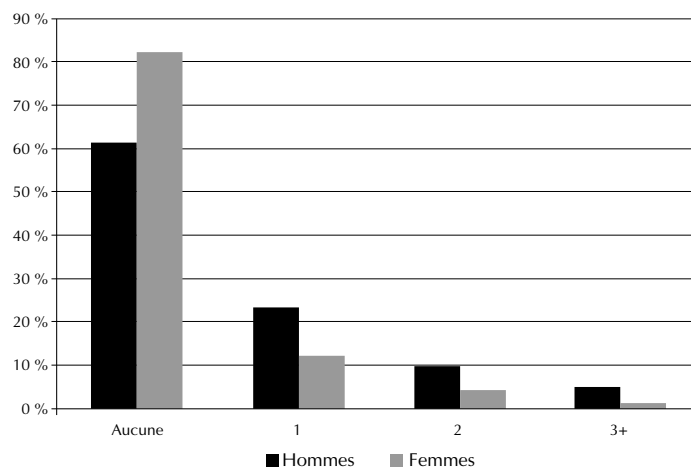


Figure 3 : Proportion des détenus ayant purgé une peine antérieure de ressort fédéral selon le sexe (%).

Source : SDG, 2002. N = 12 243 hommes; N = 358 femmes.

courants dans l'ensemble : plus des deux tiers des détenus (67 %) ont purgé au moins une peine antérieure dans un établissement provincial pour adultes. Si l'on inclut les détenus qui ont purgé une peine avant d'atteindre l'âge de 18 ans, la proportion des nouvelles admissions ayant des antécédents carcéraux passe à 87 %²⁰.

Roulement de la population carcérale

Le nombre d'admissions, de mises en liberté et de transfère­ments à chaque établissement au cours de l'année 2000-2001 a été examiné. Le taux de roulement a été calculé en divisant le nombre d'admissions et de transfère­ments par le nombre total de détenus à chaque établissement à la fin de l'année. Comme le fait voir le tableau 6, calculée en pourcentage, la population carcérale s'est complètement renouvelée dans la plupart des établissements au cours de l'année. Il peut donc être très difficile de connaître les besoins en soins de santé des détenus, de leur fournir des soins continus ainsi que d'enquêter sur les maladies transmissibles (p. ex. la tuberculose) et de surveiller celles-ci.

Tableau 6

Taux de roulement de la population carcérale dans les divers établissements, par région, 2000-2001

Région	Taux les plus faibles	Taux les plus élevés	Taux moyens
Pacifique	73 %	190 %	116 %
Prairies	82 %	203 %	137 %
Ontario	50 %	187 %	110 %
Québec	76 %	160 %	128 %
Atlantique	100 %	164 %	129 %
Total	50 %	203 %	123 %

Source : SGD, 2001. Nota : Sont exclus les établissements à roulement élevé comme les centres régionaux de réception.

Âge des détenus

La figure 4 présente un portrait plus détaillé de la répartition des détenus selon leur âge. La majorité a moins de 40 ans, et les femmes sont en moyenne un peu plus jeunes que les hommes.

Le choix de l'âge auquel un détenu se classe dans la catégorie des « détenus âgés » est arbitraire. La norme de 65 ans, établie dans la collectivité, est elle aussi très arbitraire, et il se peut qu'elle soit

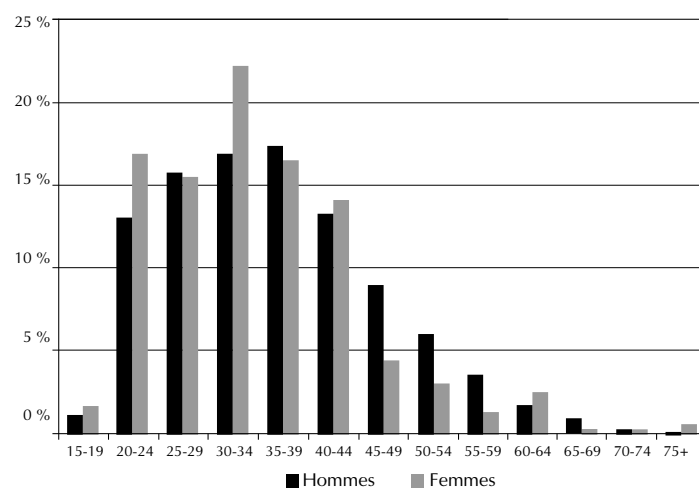


Figure 4 : Répartition des détenus par groupe d'âge, 2002. Source : SGD, 2002. N = 12 355 hommes; N = 372 femmes.

aujourd'hui périmée étant donné l'augmentation de l'espérance de vie. Dans la littérature correctionnelle, des arguments ont été formulés en faveur de l'établissement de cette ligne de démarcation à 50 ans en raison de l'âge biologique relativement avancé des détenus qui ont été exposés pendant toute leur vie aux stressors du tabagisme, d'une mauvaise alimentation, d'un manque de soins de santé et d'un statut socioéconomique inférieur²¹. Même si, dans un article récent, Gallagher²² conclut à l'absence de données empiriques justifiant cet abaissement de l'âge de la vieillesse, il semble que la question n'ait pas été étudiée suffisamment et qu'il n'y ait donc pas de preuves directes confirmant ou infirmant la validité de cet abaissement chez les détenus. Dans le contexte des déterminants de la santé, il semble plausible de fixer à 50 ans l'âge auquel un détenu devient « âgé », car les détenus sont surreprésentés parmi les faibles revenus et sont soumis à plusieurs autres menaces pour la santé. Par exemple, il est bien établi que dans la collectivité, les personnes à statut socioéconomique inférieur ont une espérance de vie moins élevée (voir la figure 5)²³.

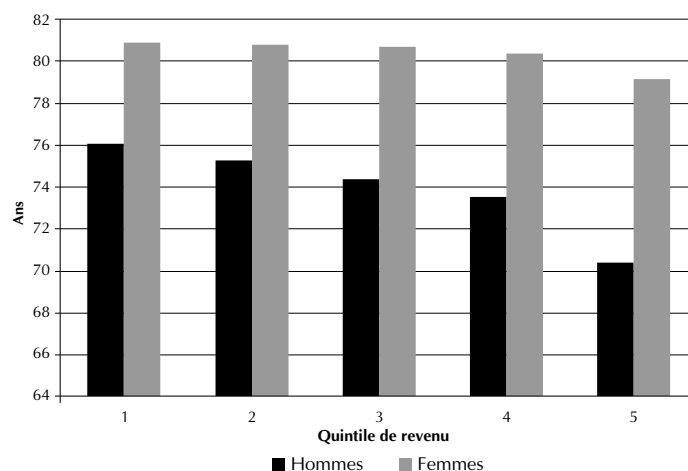


Figure 5 : Espérance de vie de la population urbaine canadienne selon le niveau de revenu, 1986. Source : Wilkins et al., 1990²³.

Le nombre absolu et la proportion de détenus âgés ont augmenté constamment. Le tableau 7 montre l'évolution du nombre et de la proportion de détenus de 50 ans ou plus entre 1993 et 2002. Au cours de cette période, le nombre de détenus de 50 ans ou plus a augmenté de 60 %, alors que le nombre des 65 ans ou plus a augmenté de 87 %.

La proportion des détenus qui ont 50 ans ou plus varie entre 10,0 % dans la région des Prairies et 16,9 % dans celle du Pacifique.

Tableau 7

Nombre de détenus âgés, 1993-2002

Âge	Nombre (%) de détenus âgés		
	1993*	1996*	2002**
Moins de 50 ans	12 021 (91,6%)	13 448 (90,7%)	10 945 (86,1%)
50 à 54 ans	524 (4,0 %)	632 (4,3 %)	786 (6,2 %)
55 à 59 ans	264 (2,0 %)	377 (2,5 %)	504 (4,0 %)
60 à 64 ans	200 (1,5 %)	200 (1,3 %)	255 (2,0 %)
65 ans ou +	116 (0,9 %)	170 (1,1 %)	217 (1,7 %)
Total (50 ans ou +)	1 104 (8,4 %)	1 379 (9,3 %)	1 762 (13,9 %)

Sources : *Uzoaba, J.H.E.²⁴, 1998; **SGD, 2002.

Quant aux détenus de 65 ans ou plus, leur proportion varie entre 1,2 % dans la région des Prairies et 2,4 % dans celles du Pacifique et de l'Atlantique. Les différences entre les proportions de détenus âgés peuvent être encore plus grandes lorsque la comparaison est faite entre établissements²⁴. Comme les maladies chroniques et les infirmités (p. ex. le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies du cœur, le cancer et l'arthrite) sont beaucoup plus répandues chez les personnes âgées, ces différences sont un facteur à prendre en considération dans la planification des services de santé dans les régions et les établissements.

Plusieurs différences se dégagent de la comparaison des données du SGD sur les détenus âgés et les plus jeunes²⁴ :

- La majorité des détenus âgés ont été condamnés à leur peine actuelle pour des infractions sexuelles; c'est le cas de 76,1 % des détenus de 65 ans ou plus par opposition à 10,7 % des moins de 30 ans et à 18,9 % des 30 à 49 ans;
- Les détenus âgés sont plus susceptibles que leurs cadets d'avoir un problème d'alcool, d'être agressifs et d'avoir de la difficulté à gérer les stress de la vie; leurs victimes sont plus souvent des enfants ou des personnes atteintes d'une infirmité;
- Les détenus âgés sont moins portés que leurs cadets à avoir une attitude négative à l'égard des tribunaux, des services correctionnels, de la collectivité et de la réadaptation.

Les antécédents carcéraux des détenus âgés varient, la plupart d'entre eux ayant été incarcérés tard dans la vie :

- 10,2 % ont été incarcérés jeunes et ont vieilli en prison;
- 17,1 % l'ont été sur révocation de leur libération conditionnelle;
- 72,8 % ont été incarcérés tard dans leur vie.

Étant donné les différences entre les détenus âgés et leurs cadets, il se peut que les personnes incarcérées pour la première fois à un âge avancé présentent des caractéristiques distinctes et ne soient pas simplement une version plus vieille des jeunes détenus. Dans l'évaluation des besoins des détenus en matière de santé, il serait souhaitable de disposer de données selon l'âge.

Âge et niveau de sécurité

La figure 6 montre que les jeunes détenus sont plus susceptibles de se trouver dans un établissement à sécurité maximale que les détenus âgés, alors que ces derniers sont plus souvent incarcérés

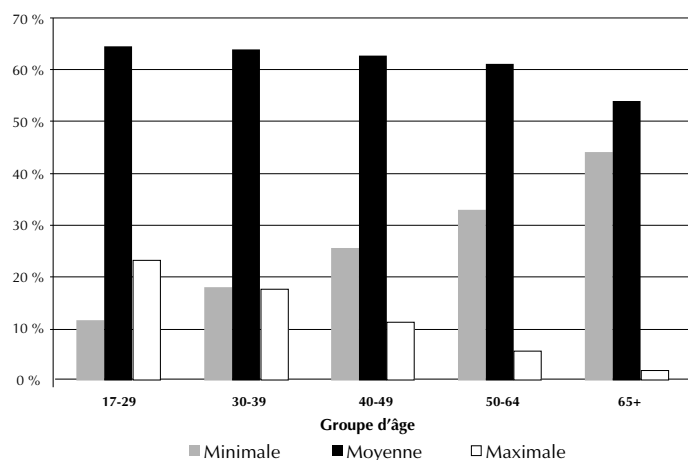


Figure 6 : Niveau de sécurité des détenus de sexe masculin par groupe d'âge.
Source : SGD, 2002. N = 11 538.

dans un établissement à sécurité minimale. Cette relation entre l'âge et le niveau de sécurité se manifeste aussi chez les femmes, à savoir que la plupart des détenues de 50 ans ou plus sont incarcérées dans un établissement à sécurité minimale (Figure 7).

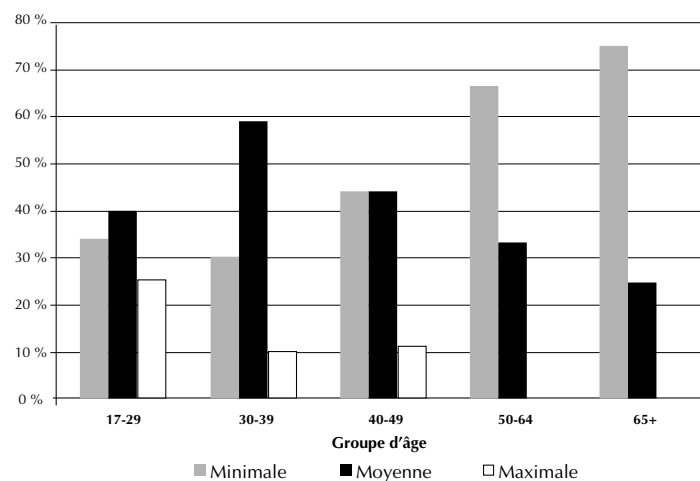


Figure 7 : Niveau de sécurité des détenues par groupe d'âge.
Source : SGD, 2002. N = 316.

Origine ethnique

Le tableau 8 fait voir la proportion des Autochtones dans la population carcérale par comparaison avec leur proportion dans l'ensemble de la population canadienne, corrigée pour tenir compte de l'âge des détenus. Étant donné la répartition de l'ensemble des détenus selon leur âge, on s'attendrait à ce que 2,5 % d'entre eux soient autochtones. Or, les délinquants autochtones constituent 17 % de la population carcérale masculine et 26 % de la population carcérale féminine. Vu cette surreprésentation, les données sur les détenus autochtones seront indiquées séparément dans le présent rapport lorsque la chose est possible. La population carcérale sous responsabilité fédérale compte des membres de nombreux groupes ethniques, reflétant ainsi la diversité de la population canadienne (voir l'annexe 1 pour plus de précisions).

Tableau 8

Répartition réelle et attendue des détenus autochtones

Population	Autochtones (%)	
	Hommes	Femmes
Répartition réelle*	17,3%	26,1%
Répartition attendue†	2,4%	2,7%

Sources : *SGD, 2002. †D'après la répartition selon l'âge et le sexe des Autochtones dans la population canadienne (Recensement de 1996), corrigée pour tenir compte de la répartition de la population carcérale selon l'âge et le sexe.

Comme le fait voir la figure 8, la proportion de détenus autochtones varie considérablement d'une région à l'autre. La région des Prairies compte la plus forte proportion de détenus autochtones (41 %), tandis que la région du Québec compte la plus faible (6 %).

Une plus grande proportion de détenus autochtones ont moins de 30 ans dans les régions des Prairies et de l'Atlantique, lorsqu'on compare la répartition des détenus autochtones selon l'âge dans celles-ci à leur répartition dans les autres régions (tableau 9). Ces tendances d'après l'âge se manifestent également chez les détenus non autochtones dans ces régions.

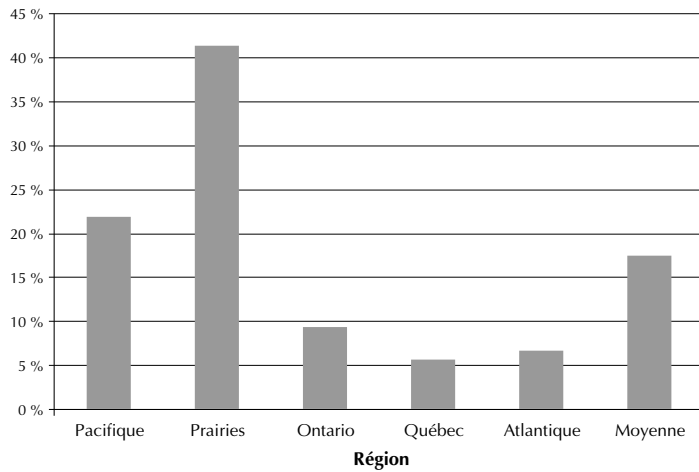


Figure 8 : Détenus autochtones par région (%), 2002.
Source : SGD, 2002. N= 2 230.

Tableau 9

Répartition des jeunes détenus autochtones et non autochtones par région

Âge	Autochtones			Non-Autochtones		
	Prairies	Atlantique	Autres	Prairies	Atlantique	Autres
15-19	2,1%	3,8%	1,3%	1,6%	2,8%	0,7%
20-24	22,6%	24,1%	11,6%	18,6%	16,8%	9,8%
25-29	19,5%	21,5%	16,4%	18,1%	16,6%	14,4%
30+	55,8%	50,6%	70,7%	61,7%	63,8%	75,1%

Source : SGD, 2002. Autochtones : N = 2 133; non Autochtones : N = 10 110.

Les figures 9 et 10 montrent que la proportion de détenus à sécurité maximale est plus forte chez les détenus autochtones que chez les détenus non autochtones. La différence est plus marquée chez les femmes.

L'analyse des dossiers des détenus autochtones et des résultats de sondages réalisés auprès des détenus révèle que la population carcérale autochtone constitue un groupe à besoins élevés dont bon nombre des membres ont des antécédents en commun : violence physique ou sexuelle, usage d'alcool et de drogue dès un jeune âge, absence ou négligence de la part des parents, et troubles émotionnels²⁵. Outre la surreprésentation des Autochtones dans les pénitenciers fédéraux, les différences suivantes se dégagent de la comparaison entre les détenus autochtones et non autochtones²⁶ :

- Les détenus autochtones sont proportionnellement plus nombreux à avoir été incarcérés pour une infraction avec violence (28 % contre 20 %);
- Une plus forte proportion d'entre eux en sont au moins à leur troisième peine (7,6 % contre 3,8 %);
- Une plus forte proportion d'entre eux sont classés parmi les détenus à risque élevé (73 % contre 61 %);
- Ils ont moins de chances d'obtenir une semi-liberté (4 %);
- Ils ont moins de chances d'obtenir une libération conditionnelle totale (13 %);
- Une plus forte proportion d'entre eux sont accusés d'une infraction grave pendant qu'ils sont en semi-liberté et liberté conditionnelle totale ou en liberté d'office (3 fois plus et 2,5 fois plus, respectivement);
- Ils sont proportionnellement moins nombreux à mener à terme leur période de semi-liberté sous responsabilité fédérale et plus nombreux à récidiver (72,7 % contre 84,5 %; 9,4 % contre 5,2 %).

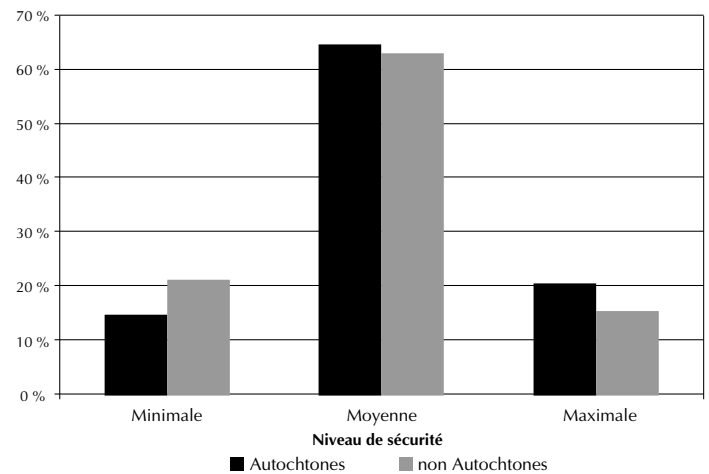


Figure 9 : Répartition des détenus autochtones et non autochtones de sexe masculin par niveau de sécurité, 2002.
Source : SGD, 2002. Autochtones : N= 1 997; non-Autochtones : N= 9 541.

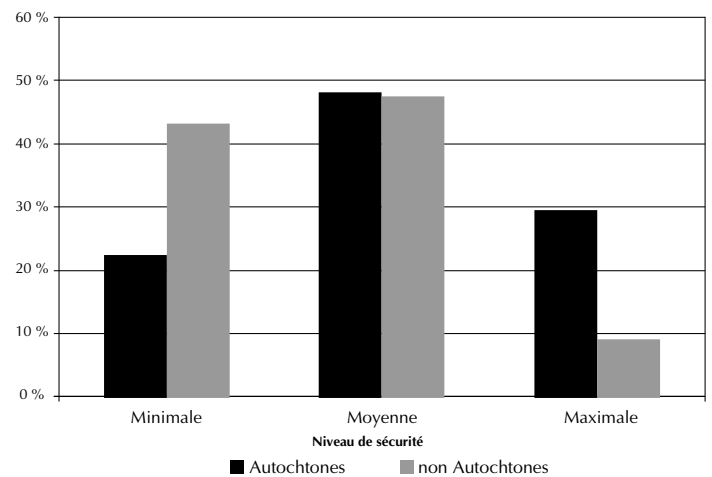


Figure 10 : Répartition des détenues autochtones et non autochtones par niveau de sécurité, 2002.
Source : SGD, 2002. Autochtones : N = 85; non-Autochtones : N = 231.

Éducation

Le niveau d'instruction des détenus varie beaucoup selon l'origine ethnique et le sexe. Comme le fait voir le tableau 10, les détenus autochtones ont généralement un niveau d'instruction inférieur à celui des détenus non autochtones. Les détenus autochtones ont un niveau d'instruction plus élevé que les détenus autochtones jusqu'à la 10^e année, mais après cela, elles sont moins nombreuses à avoir terminé l'école secondaire. Plus des deux tiers des détenus autochtones n'ont pas terminé leurs études secondaires, alors que chez les détenus non autochtones, cette proportion est légèrement au-dessus de la moitié. Selon Statistique Canada, seulement un peu plus du quart (27 %) de la population canadienne n'a pas obtenu son diplôme d'études secondaires. Au recensement de 1991, 42,8% des Autochtones ont déclaré avoir terminé l'école secondaire²⁶, ce pourcentage étant de moins de 30 % dans le cas des détenus autochtones.

Tableau 10**Niveau d'instruction des détenus selon l'origine ethnique et le sexe**

Niveau d'instruction	Hommes		Femmes	
	Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones
Inférieur à la 8 ^e année	21,0 %	13,5 %	11,3 %	16,9 %
Inférieur à la 10 ^e année	48,3 %	34,9 %	38,1 %	36,8 %
Pas de diplôme d'études secondaires	70,0 %	57,5 %	73,2 %	54,4 %

Source : SGD, 2002. Autochtones : N=2 230; non Autochtones : N=10 371.

Les années de scolarité ne sont pas toujours un indicateur fidèle du niveau réel de compétences. Les tests normalisés d'alphabétisme révèlent que 70 % des détenus possèdent des capacités de lecture et d'écriture inférieures à celles d'une 8^e année et 86 % des capacités inférieures à la 10^e année (le score moyen des détenus correspondant à 7,5 années de scolarité)²⁷.

Chômage et logement précaire

Avant leur incarcération, beaucoup de détenus étaient souvent au chômage et changeaient souvent de logement. Comme l'indique le tableau 11, parmi les détenus, les femmes ont généralement plus de difficultés que les hommes dans ces domaines, et les Autochtones plus que les non-Autochtones.

Tableau 11**Ampleur du chômage et des changements fréquents de logement**

	Hommes		Femmes	
	Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones
Au chômage 90 % ou + au moment de leur arrestation	60,3 %	49,9 %	72,2 %	65,4 %
Changements fréquents de logement	39,8 %	29,8 %	45,4 %	32,2 %

Source : SGD, 2002. Autochtones: N=2 230; non-Autochtones: N=10 371.

Par comparaison, le taux de chômage chez les Canadiens de 20 à 44 ans en 2001 se situait entre 6,7 % et 11,9 % chez les hommes et entre 6,3 % et 8,4 % chez les femmes²⁸.

Tableau 12**Ampleur des besoins repérés à l'évaluation initiale**

Domaine de besoins	Hommes			Femmes		
	Minimale	Moyenne	Maximale	Minimale	Moyenne	Maximale
Emploi						
Antécédents professionnels	59,6 %	70,3 %	63,4 %	63,9 %	89,6 %	91,3 %
Relations matrimoniales/familiales						
Famille d'origine	44,6 %	59,8 %	56,9 %	50,3 %	80,5 %	89,1 %
Relations conjugales	65,8 %	73,4 %	64,2 %	69,4 %	91,6 %	91,3 %
Fréquentations/relations sociales						
Liens	57,5 %	70,3 %	64,3 %	58,5 %	87,7 %	89,1 %
Relations interpersonnelles	39,3 %	50,3 %	48,0 %	36,7 %	65,6 %	63,0 %
Fonctionnement dans la communauté						
Logement	19,6 %	33,4 %	38,0 %	22,4 %	44,8 %	54,3 %
Finances	53,6 %	64,9 %	58,9 %	59,9 %	78,6 %	78,3 %
Orientation personnelle/affective						
Comportement	64,7 %	73,9 %	65,9 %	64,6 %	90,3 %	91,3 %
Facultés cognitives	64,7 %	73,9 %	65,7 %	59,9 %	85,7 %	89,1 %
Interventions	35,1 %	46,2 %	43,2 %	44,9 %	64,3 %	60,9 %
Facultés mentales	1,3 %	3,1 %	3,9 %	0,7 %	5,2 %	6,5 %
Attitude générale						
Justice	36,3 %	54,3 %	55,8 %	19,0 %	43,5 %	58,7 %
Style de vie	43,6 %	61,6 %	60,9 %	31,3 %	64,9 %	71,7 %
Société	38,2 %	53,2 %	51,9 %	21,1 %	42,9 %	47,8 %

Source : SGD, 2002. N = 12 243 hommes; N = 358 femmes.

Il est difficile d'établir une donnée statistique comparable à « changements fréquents de logement » dans l'ensemble de la population canadienne. Statistique Canada publie le nombre de personnes qui habitent des logements collectifs commerciaux (c.-à-d. des hôtels, motels, pensions ou maisons de chambres). Au moment du Recensement de 1996, 0,2 % de la population vivaient dans de tels logements²⁹. D'autres groupes font partie de cette catégorie de gens à « logement précaire », et dont il faudrait tenir compte, notamment : les sans-abri et les personnes qui vivent dans des logements insalubres ou consacrent 50 % ou plus de leur revenu au logement. Malheureusement, il n'y a pas de données nationales sur lesquelles se fonder pour calculer la taille estimative de ces groupes. Il est néanmoins évident que les problèmes de logement sont plus courants chez les détenus que dans l'ensemble de la population canadienne.

Mesures psychosociales

Dans le cadre de l'évaluation initiale des délinquants (EID), leurs besoins sont évalués dans sept domaines. Ces domaines et leurs éléments constitutifs ont été conçus pour mesurer les facteurs ou besoins criminogènes³⁰. Ces besoins sont ensuite ciblés par des programmes correctionnels du SCC pour réduire le risque de récidive que présente le détenu. Les domaines de besoins ainsi mesurés sont les suivants :

- éducation et emploi;
- relations matrimoniales et familiales;
- fréquentations et relations sociales;
- toxicomanie;
- fonctionnement dans la communauté;
- orientation personnelle et affective;
- attitude générale.

Ces domaines contiennent une masse de renseignements qui constituent la principale source de données des rapports de recherche et autres études du SCC. Comme bon nombre de ces rapports portent sur des sujets particuliers et/ou des sous-groupes de la population de délinquants, les données sur l'ensemble des détenus au mois de janvier 2002 ont été analysées. Bien qu'une

analyse exhaustive de ces données dépasse la portée du présent rapport, les points saillants y sont présentés. Les problèmes de toxicomanie, de santé physique et de santé mentale sont abordés dans les sections pertinentes du rapport.

Dans l'ensemble, certaines tendances générales se dégagent quant à l'ampleur des besoins que manifestent tous les groupes. Les voici en bref :

- En général, les besoins augmentent en fonction du niveau de sécurité;
- Les besoins sont généralement plus élevés chez les femmes que chez les hommes;
- Les besoins sont généralement plus élevés chez les détenus autochtones que chez les détenus non autochtones.

Le tableau 12 indique la proportion de détenus qui manifestaient un besoin dans divers domaines selon le sexe et le niveau de sécurité. Un tableau plus détaillé comportant aussi une répartition selon l'origine ethnique se trouve à l'annexe 2.

La mise en comparaison des détenus à sécurité maximale des deux sexes révèle que les détenues à sécurité maximale constituent un risque aussi élevé que les hommes classés à ce niveau de sécurité et manifestent autant de besoins, voire même davantage³¹. Le tableau 13 récapitule certaines constatations de ce rapport.

Tableau 13

Caractéristiques des détenus à sécurité maximale selon leur sexe, 1997

	Hommes	Femmes
% de détenus autochtones	14,8 %	40,5 %
Domaines de besoins		
Emploi	90,7 %	97,2 %
Relations matrimoniales/familiales	79,6 %	94,4 %
Fréquentations	87,0 %	86,1 %
Fonctionnement dans la communauté	81,5 %	94,4 %
Orientation personnelle/affektive	96,3 %	97,2 %
Attitude générale	83,3 %	75,0 %

Source : Blanchette et Motiuk, 1997³⁰. N = 54 hommes; N = 37 femmes.

Tableau 14

Domaines de besoins des détenus âgés de sexe masculin, 2002

Domaine de besoins	Groupe d'âge		
	moins de 50	50 à 64 ans	65 ans ou +
Emploi			
Antécédents professionnels	71,9 %	43,3 %	47,4 %
Relations matrimoniales/familiales			
Famille d'origine	60,5 %	34,0 %	34,7 %
Fréquentations/relations sociales			
Liens	71,7 %	41,1 %	40,5 %
Fonctionnement dans la communauté			
Logement	34,5 %	14,5 %	8,9 %
Finances	66,1 %	38,9 %	32,6 %
Orientation personnelle/affektive			
Comportement	74,6 %	50,5 %	61,6 %
Facultés cognitives	74,4 %	50,6 %	63,3 %
Interventions	45,7 %	32,3 %	39,5 %
Facultés mentales	3,0 %	2,8 %	2,1 %
Sexualité	16,6 %	24,2 %	45,8 %
Attitude générale			
Justice	54,3 %	34,5 %	35,3 %
Style de vie	62,5 %	33,3 %	28,4 %
Société	53,2 %	33,9 %	30,5 %

Source : SGD, 2002 <50: N = 10 643; 50-64: N = 1 410; 65+: N = 190.

Les données sur les domaines de besoins ont été examinées pour y relever les différences entre les détenus âgés et leurs cadets (comme les détenues âgées sont peu nombreuses, cette sous-section ne porte que sur les détenus de sexe masculin). Dans la plupart des grandes catégories, les détenus de 50 à 64 ans étaient proportionnellement moins nombreux que leurs cadets à manifester des besoins, mais la différence entre les détenus de 65 ans ou plus et leurs cadets était mince (tableau 14). D'autres sections du rapport contiennent plus de renseignements sur la santé physique et mentale des détenus selon le groupe d'âge.

RÉSUMÉ DE LA SECTION

Cette section a présenté un survol de certaines caractéristiques sociodémographiques de la population carcérale sous responsabilité fédérale. La population carcérale se distingue de l'ensemble de la population canadienne par plusieurs particularités démographiques :

- elle est beaucoup plus jeune en moyenne;
- elle se compose principalement d'hommes;
- les Autochtones y sont considérablement surreprésentés.

Il y a plusieurs différences entre les régions, et dans les Prairies, plus de 40 % des détenus sont autochtones. Cette région a aussi la plus faible proportion de détenus plus âgés.

Dans le contexte des déterminants de la santé, cette section a mis en évidence plusieurs facteurs critiques qui influent sur la santé des détenus, notamment :

- Faible niveau d'instruction et faible degré d'alphabétisme;
- Antécédents professionnels lacunaires et problèmes financiers;
- Changements fréquents de logement;
- Réseaux sociaux et liens qui laissent à désirer;
- Longs antécédents criminels.

Bien que le nombre de détenus se soit stabilisé depuis quelques années, plusieurs tendances clés se dégagent de certains sous-groupes de la population carcérale :

- Le nombre et la proportion de détenues augmentent;
- Le nombre et la proportion de détenus autochtones augmentent;
- Le nombre et la proportion de détenus âgés augmentent.

Du point de vue sociodémographique, ces trois sous-groupes risquent plus que l'ensemble de la population carcérale d'avoir des problèmes de santé. Lorsque les données disponibles le permettent, on mettra en évidence plus loin les constatations qui s'appliquent à ces segments de la population. Voici, en bref, les constatations présentées dans cette section et portant sur chacun de ces trois sous-groupes.

Détenus autochtones

Par comparaison avec les détenus non autochtones :

- Niveau d'instruction et taux d'emploi inférieurs;
- Taux plus élevés de « changements fréquents de logement »;
- Perpétration plus fréquente d'infractions avec violence;
- Taux plus élevés de récidive;
- Besoins criminogènes plus élevés repérés dans plusieurs domaines dont ceux de la famille d'origine, de la toxicomanie, des fréquentations et de l'attitude générale.

Femmes

Par comparaison avec les détenus de sexe masculin :

- Plus grande proportion de détenues sont autochtones (voir ci-dessus);
- Niveau d'instruction et taux d'emploi inférieurs à ceux des détenus de sexe masculin;
- Besoins criminogènes plus élevés repérés dans plusieurs domaines.

Détenus âgés

- Comparés à leurs cadets, un nombre moins élevé de détenus 50 ans ou plus ont des besoins sociodémographiques (p. ex. emploi, famille d'origine, logement, etc.);
- La plupart ont été incarcérés tard dans leur vie et ils ne constituent pas nécessairement une version plus vieille des détenus plus jeunes;
- La proportion de délinquants sexuels est plus forte chez les détenus âgés que chez les plus jeunes;
- La proportion de détenus âgés varie beaucoup d'une région à l'autre.

Mortalité dans la population carcérale

Le nombre et les causes des décès représentent des mesures de base de la santé. Comme le montre le tableau 15, en moyenne, 54 détenus sont décédés chaque année au cours des six dernières années (soit de 43 à 64).

Tableau 15

Nombre de détenus décédés, 1996-1997 à 2001-2002

Cause	Année					Total
	1996-97	1997-98	1998-99	1999-2000	2000-01 2001-02	
Homicide	5	2	7	8	0	23
Suicide	10	9	17	11	9	68
Causes naturelles	32	32	33	35	25	189
Autre/inconnue	5	10	7	5	9	42
Total	52	53	64	59	43	322

Source : SGD, 2002.

Le nombre de décès auquel on s'attendrait dans une population dépend en grande partie de la répartition par âge et par sexe de la population en question. Les taux de mortalité par âge et par sexe dans la population canadienne laissaient prévoir 34,9 décès dans la population carcérale de 2001-2002. Comme les décès sont des événements relativement rares et que leur nombre varie d'une année à l'autre, le nombre réel de décès de détenus sur une période de six ans a été comparé avec le nombre prévu; il en est ressorti que la mortalité réelle était 45 % supérieure à la mortalité prévue*. Ce nombre excessif de décès est d'autant plus préoccupant que les détenus sont protégés contre les accidents de la route, principale cause de décès chez les jeunes adultes†. Une étude récente des taux de mortalité parmi les hommes dans les pénitenciers fédéraux en Ontario de 1990 à 1999 a révélé que le taux de décès observé était le double de celui auquel on s'attendait dans la population canadienne³³. Selon une étude menée au Royaume-Uni portant sur les années 1996 et 1997, dans les prisons britanniques, le taux de mortalité chez les détenus était de 1,3 à 1,5 fois plus élevé que ce qui était normal pour la population générale de ce pays³⁴.

Comme le montre le tableau 15, les morts violentes (infligées par soi ou par d'autres) sont la principale cause de décès chez les détenus. Les taux d'homicide au Canada varient considérablement selon l'âge et le sexe, les taux les plus élevés étant le fait des jeunes adultes de sexe masculin³². Les calculs faits à partir des taux d'homicide selon l'âge et le sexe dans la population canadienne en l'an 2000 ont donné un nombre prévu de décès par homicide de 0,4 dans la population carcérale compte tenu de sa composition en janvier 2002. Tout comme dans le calcul de la mortalité des détenus, on se serait attendu à un nombre total de 2,8 décès par

* Au cours des six années financières de référence, 322 détenus sont décédés. En supposant que la répartition de la population carcérale par âge et par sexe a été la même au cours de ces six années, on se serait attendu à 221,5 décès de détenus. Le nombre réel dépasse donc le nombre prévu de 45 % ($322/221,5 = 1,45$).

† Dans la collectivité, les accidents de la route et autres blessures non intentionnelles sont à l'origine de 26 % des décès chez les hommes de 20 à 44 ans³². Comme les détenus ne sont pas vraiment exposés à cette cause de décès, on se serait attendu à ce que les taux de mortalité dans la population carcérale soient beaucoup moins élevés, surtout étant donné que les autres causes de décès sont normalement assez rares dans ce groupe d'âge.

homicide au cours des six années allant de 1996-1997 à 2001-2002. Or, le nombre réel est au moins 23 décès par homicide, soit huit fois le nombre prévu. Dans le cadre de l'étude britannique, le taux d'homicide était de 3,4 à 3,8 fois plus élevé que dans la population générale du Royaume-Uni³⁴. Au SCC, les taux de suicide sont eux aussi beaucoup plus élevés chez les détenus que dans la collectivité; le sujet est abordé plus en détail à la section consacrée à la santé mentale.

Plus de la moitié des décès de détenus sont attribuables à des « causes naturelles ». Bien que tous les décès de détenus fassent l'objet d'une enquête, ces enquêtes visent principalement à établir s'il y a eu des dérogations aux dispositions législatives, réglementaires et autres consignes avant, pendant et après le décès. Nous avons examiné les renseignements sur les causes naturelles de décès provenant des sources suivantes :

- SGD : les décès y sont qualifiés de « naturels », mais la cause n'en est pas précisée;
- Rapports d'enquête : ces enquêtes portent principalement sur la conformité aux dispositions législatives, réglementaires et autres consignes avant, pendant et après le décès;
- Rapports du coroner : ils contiennent des renseignements sur la cause précise du décès, mais sont généralement publiés des mois, voire des années, après le décès.

Ces trois sources d'information fournissent quelques renseignements sur les causes naturelles des décès. Le SGD signale 157 décès attribuables à des causes naturelles entre 1997 et 2001, tandis que les rapports d'enquête ne font état que de 77 décès au cours d'à peu près la même période. La base de données du coroner contenait 147 décès ayant fait l'objet d'une enquête entre 1997 et 2001, mais la moitié des morts naturelles mentionnées dans les rapports d'enquête ne figurent pas dans la base de données du coroner. Pour nous assurer de l'exhaustivité des données, nous avons aussi examiné un rapport établi dans la région du Pacifique et portant sur les décès survenus à l'hôpital régional entre 1990 et 1999. À partir de 1996, il s'est produit huit décès dont la cause précise était indiquée et qui ne figuraient ni dans la base de données du coroner ni dans les rapports d'enquête.

Les renseignements tirés de ces trois sources (rapports d'enquête, base de données du coroner, rapport de la région du Pacifique sur les décès survenus à l'hôpital régional) ont été rassemblés, ce qui a livré de l'information sur 103 décès de causes naturelles entre 1996 et 2001 (tableau 16). D'après les données du SGD, ces chiffres sous-estiment les morts naturelles d'au moins un tiers.

Tableau 16

Décès de détenus de causes naturelles, 1996-2001

Cause	Nombre (%)
Maladie cardiovasculaire*	35 (34 %)
Cancer	33 (32 %)
Maladie du foie	10 (9 %)
VIH	5 (5 %)
Autres	20 (19 %)

Source: rapports d'enquête, base de données du coroner, décès survenus à l'hôpital de la région du Pacifique.

*Comprend les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux et d'autres maladies vasculaires comme les anévrismes abdominaux.

Les maladies cardiovasculaires représentaient 34 % des morts naturelles où la cause précise était indiquée. Les cancers constituaient également plus de 30 % des morts naturelles, dont le tiers était des cancers du poumon. Avec le vieillissement de la population

carcérale, on peut s'attendre à ce que la proportion de détenus atteints de ces maladies soit élevée étant donné la forte prévalence du tabagisme, du diabète et peut-être d'autres facteurs de risque (voir la section sur la santé physique). Selon l'étude menée en Ontario, les décès dus à des maladies cardiovasculaires étaient 3,5 fois plus nombreux chez les détenus que chez les hommes dans la population canadienne générale³³. Le classement des maladies du foie parmi les principales causes de mort naturelle chez les détenus s'explique probablement par la forte prévalence de l'hépatite et de l'abus d'alcool dans cette population. L'importance du VIH comme cause de décès est liée à la forte proportion de détenus qui sont atteints de cette maladie (voir la section sur les maladies infectieuses).

RÉSUMÉ DE LA SECTION

Le SCC tient systématiquement des données sur certains types de décès seulement. Comme les morts non violentes sont généralement classées sous « causes naturelles », nous avons eu passablement de difficulté à établir les causes précises des décès. Étant donné que tous les décès liés à l'incarcération font l'objet d'une enquête du coroner, les causes de décès devraient être établies chaque fois qu'un détenu meurt. La connaissance des causes de décès dans une population constitue depuis très longtemps un élément fondamental de la pratique de la santé publique*. Il s'agit d'une exigence fondamentale qu'il faut satisfaire si l'on veut atteindre un objectif essentiel du domaine de la santé publique, à savoir évaluer de façon continue la santé de la population. Il faut suivre les taux de mortalité totaux et attribuables à différentes causes pour évaluer les tendances et les effets des interventions.

Bien que les détenus ne soient pas exposés à la principale cause de décès chez les jeunes hommes dans la collectivité (c.-à-d. les accidents de la route), ils ont des taux de mortalité *en prison* nettement supérieurs à ceux du même groupe d'âge dans la population générale.

Si l'on tient compte du profil sociodémographique et comportemental des détenus décrit dans le présent rapport, on peut affirmer que les personnes qui sont incarcérées auraient probablement des taux de décès supérieurs à ceux de l'ensemble de la population si elles vivaient en dehors des prisons. Nous ignorons quels seraient ces taux. Les taux de mortalité plus élevés dus à différentes causes font qu'il s'agit manifestement d'une population aux besoins élevés. Les sections qui suivent fournissent d'autres renseignements sur les risques et conditions qui contribuent aux taux de mortalité constatés chez les détenus.

Ce que nous savons :

- Les taux de mortalité chez les détenus sont nettement plus élevés que chez les mêmes groupes d'âge dans la population canadienne.

Aspects pour lesquels il y a lieu d'améliorer les connaissances :

- Les taux de décès non violents comparativement à ceux des mêmes groupes d'âge dans la population canadienne.

Incidences :

- Il y a lieu de normaliser la collecte de données sur les taux de mortalité liés à des causes précises pour déterminer s'il y a un nombre plus élevé que prévu de décès attribuables à des causes non violentes.

* L'utilité de la présentation de données chiffrées sur la mortalité a été démontrée pour la première fois par John Graunt en 1662 dans sa publication historique, *Natural and Political Observations on the Bills of Mortality*.

Santé physique

La présente section porte sur le fardeau des problèmes de santé physique dans la population carcérale. Elle présente aussi les renseignements disponibles sur les services de santé offerts aux détenus.

Problèmes de santé à l'admission

Le SGD contient des renseignements sur les problèmes de santé des détenus, relevés au moment de leur évaluation initiale (tableau 17). Cette première évaluation est généralement faite par un agent.

Tableau 17

Proportion de détenus ayant des problèmes de santé au moment de leur évaluation initiale selon le sexe, 2002

Problèmes de santé	Hommes	Femmes
A des besoins spéciaux	13,8 %	16,6 %
Problèmes de santé – soins immédiats requis	12,6 %	22,5 %
Prend des médicaments	27,7 %	52,6 %

Source : SGD, 2002. N = 12 170 hommes; N = 347 femmes.

Près du quart des femmes (23 %) et 13 % des hommes présentaient, à leur évaluation initiale, des problèmes de santé nécessitant des soins immédiats. Les différences selon le niveau de sécurité et l'origine ethnique, qui ne sont pas présentées dans ce rapport, étaient petites. Des différences plus grandes se dégagent entre les différents groupes d'âge. Comme le montre le tableau 18, la proportion de détenus ayant des problèmes de santé augmente avec l'âge : plus de la moitié des hommes de 65 ans ou plus prenaient des médicaments et 27 % avaient des problèmes de santé nécessitant des soins immédiats. Les détenues âgées n'étaient pas assez nombreuses pour que l'on analyse les données sur ce segment de la population carcérale.

Tableau 18

Détenus de sexe masculin ayant des problèmes de santé à leur évaluation initiale par groupe d'âge, 2002

Domaine de besoins	Groupe d'âge		
	moins de 50 ans	50 à 64 ans	65 ans ou +
A des besoins spéciaux	13,1 %	17,8 %	32,8 %
Problèmes de santé – soins immédiats requis	12,0 %	16,1 %	27,2 %
Prend des médicaments	26,5 %	35,3 %	56,0 %

Source : SGD, 2002. N=12 170.

Dans le cadre du processus d'évaluation initiale, une infirmière soumet les détenus à une évaluation dans les deux semaines suivant leur admission au pénitencier. Les renseignements recueillis au cours de ce bilan de santé sont consignés dans des dossiers sur papier et ne sont pas disponibles pour analyse.

Maladies bénignes

Une maladie bénigne est un malaise dont la durée est généralement limitée. De telles maladies peuvent nuire temporairement à la capacité de la personne de s'acquitter de ses tâches et responsabilités habituelles. Par exemple, un « rhume » est une forme courante de maladie bénigne. Le questionnaire du Sondage national auprès

des détenus de 1995 demandait aux détenus d'indiquer le nombre de jours où ils avaient été malades ou blessés. Leurs réponses sont récapitulées au tableau 19.

Tableau 19

Nombre de jours où des détenus de sexe masculin ont été malades ou blessés et nombre de jours d'indisponibilité, 1995

Question du Sondage auprès des détenus	Nombre de jours				
	Aucun	1 à 3	4 à 7	8 à 9	10+
Au cours des 6 derniers mois, combien de jours avez-vous été malade ou blessé?	34 %	30 %	14 %	5 %	17 %
Au cours des 3 derniers mois, combien de jours avez-vous été absent du travail, de l'école ou d'un programme pour cause de maladie ou de blessure?	66 %	21 %	6 %	2 %	5 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995.

D'après les réponses des détenus, les deux tiers n'avaient manqué aucune activité courante au cours des trois mois précédant le Sondage pour cause de maladie ou de blessures. Comme ces données proviennent des sujets eux-mêmes, il se peut que le nombre réel de jours d'absence soit sous-estimé. Le SCC ne recueille pas systématiquement de données administratives sur les absences pour cause de maladie. Dans la population canadienne, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) comprend des questions sur le nombre de jours où la personne réduit ses activités normales, mais ces questions portent sur une période plus courte, soit deux semaines³⁵. La différence entre les périodes de référence des deux sources de données interdit toute comparaison de fond.

Affections chroniques — facteurs de risques

Tabagisme

L'usage du tabac est la principale cause de décès évitable au Canada, contribuant aux décès causés par les maladies du cœur, le cancer du poumon, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et plusieurs autres affections. Les détenus sont autorisés à fumer dans leurs cellules, car ces endroits sont des locaux d'habitation désignés au sens de la *Loi sur la santé des non-fumeurs*³⁶. Il est interdit au personnel et aux détenus de fumer dans les aires administratives, gymnases, salles à manger, cuisines et infirmeries des établissements.

Le Sondage national auprès des détenus de 1995 contient les données les plus récentes sur le taux de tabagisme chez les détenus de sexe masculin. Dans l'ensemble, 72 % ont déclaré qu'ils fumaient, soit plus du double du taux de prévalence prévu de 31 % calculé en fonction de la population canadienne masculine d'à peu près le même âge*. L'usage du tabac est beaucoup plus répandu dans certains sous-groupes qui sont surreprésentés dans la population carcérale, y compris³⁸ :

- les personnes ayant des antécédents d'abus d'alcool et/ou de drogue;
- les personnes ayant des antécédents de troubles mentaux chroniques;
- les personnes à statut socioéconomique inférieur;
- les populations autochtones.

* Prévalence de l'usage du tabac à laquelle on s'attendrait en se fondant sur l'Enquête sociale générale de 1995 de Statistique Canada³⁷.

Le questionnaire du Sondage contenait plusieurs autres questions sur l'usage du tabac, dont les résultats sont récapitulés au tableau 20. Moins de 30 % des détenus ont dit que la fumée des autres les dérangeait ou qu'ils aimeraient que les établissements deviennent des lieux sans fumée, soit une proportion semblable à celle des non-fumeurs. Plus de la moitié des détenus consacraient le gros de leur revenu au tabac.

Tableau 20**Attitude des détenus de sexe masculin à l'égard de l'usage du tabac, 1995**

Question du Sondage auprès des détenus, 1995	Réponse affirmative (%)
Je veux arrêter de fumer.	60 %
Je paierais volontiers plus pour le tabac à la cantine si l'argent était utilisé pour améliorer les installations ou offrir plus de programmes.	26 %
La fumée des autres me dérange lorsqu'ils fument dans les unités de logement ou dans les salles où l'on offre les programmes.	27 %
J'aimerais que les établissements du SCC deviennent un milieu sans fumée.	21 %
Pendant que je suis à l'établissement, j'utilise principalement mon argent pour le tabac.	53 %

(choix numéro un)

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

Activité physique

Pour évaluer pleinement les niveaux d'activité physique, il faut des renseignements sur la fréquence, la durée et l'intensité des activités. Nous ne disposons pas de données sur ces trois aspects de l'activité physique des détenus. En réponse aux questions sur l'activité physique que contenait le Sondage national auprès des détenus de 1995, plus de la moitié des détenus (60 %) ont dit qu'ils avaient un « programme personnel de mise en forme ». Le tableau 21 montre combien de temps les détenus consacrent quotidiennement à l'exercice physique. Si ces données fournies par les détenus eux-mêmes sont exactes et que les détenus sont actifs durant les périodes indiquées, on pourrait s'attendre à ce qu'ils soient nettement en meilleure forme physique que les citoyens canadiens en moyenne. Si l'on tient compte du fait que 42 % et 21 % des détenus respectivement ont signalé qu'un manque de motivation et qu'un problème médical étaient les principaux obstacles à l'exercice physique (tableau 22), on est amené à conclure qu'il est nécessaire de valider les données se rapportant à l'activité physique.

Alimentation

Une saine alimentation est importante pour la prévention de l'obésité, du diabète, des maladies du cœur et du cancer. Nous ne disposons pas d'information sur les habitudes alimentaires de la population carcérale (dans la collectivité, des enquêtes nutritionnelles fournissent ce type de données). Les menus sont examinés pour en comparer la valeur nutritionnelle avec les consignes du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Des repas spéciaux sont préparés pour les détenus qui suivent un régime alimentaire particulier pour des raisons de santé ou autre (p. ex. un régime diabétique, hypolipidique, à faible teneur en sel ou végétarien). Des plats végétariens sont généralement offerts à tous les repas, ce qui répond à bon nombre des prescriptions des régimes alimentaires spéciaux. Des diététistes visitent périodiquement les prisons pour conseiller les détenus auxquels un régime spécial a été prescrit et

pour conférer avec le personnel des services d'alimentation. De plus, ils font périodiquement des vérifications pour contrôler la valeur nutritive des repas ordinaires et spéciaux.

Tableau 21**Nombre d'heures consacrées à l'exercice physique un jour normal, détenus de sexe masculin, 1995**

Question du Sondage	Nombre d'heures par jour				
	moins de 1/2	entre 1/2 et 1	entre 1 et 2	entre 2 et 3	3 ou plus
Exercice au gymnase	2 %	10 %	49 %	30 %	8 %
Autres exercices	11 %	23 %	42 %	16 %	7 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

Tableau 22**Obstacles aux activités physiques, signalés par les sujets eux-mêmes, détenus de sexe masculin, 1995**

Réponse	%
Pas de vrais empêchements	19 %
Manque de motivation	42 %
Manque de temps	8 %
État de santé	21 %
Manque d'installations, y compris des douches	6 %
Autres obstacles	4 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

Obésité

Des données sur la taille et le poids des détenus ne sont pas recueillies systématiquement. La prévalence de l'obésité est importante puisqu'une surcharge pondérale est liée au diabète, à l'arthrite précoce, à l'hypertension et à l'hypercholestérolémie. Au Canada et dans d'autres pays occidentaux, l'obésité est en progression constante depuis plusieurs années. En 1998-1999, 36,6 % des hommes et 25,7 % des femmes de 20 à 64 ans étaient trop gros, voire obèses³⁵.

Maladies chroniques

Les maladies chroniques sont aujourd'hui la principale cause d'invalidité et de décès prématuré dans la population canadienne. Le diabète, l'hypertension, les maladies du cœur et le cancer sont des maladies chroniques très répandues. La fréquence de ces affections est déterminée en grande partie par les facteurs de risque décrits précédemment (c.-à-d. le tabagisme, le manque d'activités physiques, les mauvaises habitudes alimentaires, l'obésité). Les enquêtes sur la santé fournissent des renseignements sur la prévalence des affections chroniques dans la population générale, mais il n'y a pas de source comparable de données au SCC. Comme beaucoup de maladies chroniques sont traitées par médicaments, nous avons estimé la prévalence de certaines d'entre elles à partir des taux de consommation des médicaments. Les pharmacies régionales des régions du Pacifique et de l'Ontario ont fourni des données sur l'usage de certaines catégories de médicaments chez les détenus de sexe masculin à une date donnée. Une étude récente de la consommation de médicaments dans l'ensemble de la population carcérale féminine était également disponible³⁹.

L'utilisation des taux de prescription de certains médicaments comme variable substitutive pour mesurer la prévalence d'affections chroniques a certaines limites :

- Les données sur les médicaments prescrits sous-estiment le nombre de cas, car elles ne tiennent pas compte des cas traités par d'autres moyens (p. ex. les cas de diabète de type II traités par le régime alimentaire et l'activité physique);
- Comme certains médicaments sont utilisés dans le traitement de plusieurs affections, il est difficile d'en attribuer la consommation à une affection particulière (p. ex. comme la plupart des médicaments utilisés dans le traitement de l'hypertension sont aussi utilisés pour traiter d'autres maladies du cœur, il est impossible de faire la distinction entre les médicaments prescrits pour soigner l'hypertension et ceux prescrits pour soigner les maladies du cœur).

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) fournissent des renseignements, déclarés par les sujets eux-mêmes, sur la prévalence d'affections diagnostiquées par un médecin et, dans certains cas, sur le type de traitement administré. Ces dernières données permettent de corriger les taux de prévalence pour tenir compte de la proportion des cas traités autrement que par l'administration de médicaments. Les taux de prévalence doivent aussi être corrigés en fonction de l'âge puisque la population carcérale est plus jeune que l'ensemble de la population canadienne. L'annexe 3 contient une description plus détaillée de la façon dont les données de l'ENSP ont été utilisées pour calculer le nombre de cas de diverses affections auquel on s'attendrait dans la population carcérale.

Diabète

D'après les données de l'ENSP de 1998-1999 sur la prévalence du diabète selon l'âge et le sexe, on s'attendrait à ce que, dans la population carcérale, 286 hommes et cinq femmes soient diabétiques. Ces chiffres estimatifs correspondent au nombre de cas *diagnostiqués par un médecin* et non au nombre de cas *soignés par médicaments*. L'ENSP fournit aussi des renseignements sur le type de traitement que suivent les diabétiques. Dans l'ensemble, les répondants à l'ENSP atteints de diabète se répartissent comme suit selon leur traitement :

- Insuline seulement : 20,3 %;
- Insuline + médicaments : 5,5 %;
- Médicaments : 50,3 %;
- Autres : 23,9 %.

Le tableau 23 montre le nombre de détenus diabétiques traités auquel on s'attendrait par comparaison avec les projections établies à partir des données pharmaceutiques des régions de l'Ontario et du Pacifique. Les données ont été corrigées pour tenir compte du nombre de détenus autochtones, car, comme il est indiqué à la figure 11, la prévalence du diabète est beaucoup plus forte dans la population autochtone que dans l'ensemble de la population canadienne⁴⁰. Comme le fait voir le tableau 23, cela augmente considérablement le nombre de cas de diabète auquel on pourrait s'attendre. Malgré ces ajustements, le nombre réel de détenus traités dépasse le nombre prévu de 40 % pour ce qui est des diabétiques traités à l'insuline et de 36 % pour ce qui est de ceux traités par médicaments oraux.

Tableau 23

Détenus diabétiques, nombre prévu et nombre réel de cas traités

Nombre de détenus	Hommes		Femmes	
	Insuline	Méd. oraux	Insuline	Méd. oraux
Nombre prévu de cas, population canadienne*	74	159	1	3
Nombre prévu de cas, corrigé pour tenir compte de la population autochtone†	93	202	3	6
Nombre réel de cas (extrapolé à partir de bases de données des pharmacies)‡	130	265	4	17

*Corrigé à partir de la prévalence chez les hommes selon l'âge, ENSP 1998-1999.
 †Corrigé à partir de la prévalence chez les hommes selon l'âge, ENSP 1998-1999 et Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997.
 ‡Les données ayant trait aux détenues sont les nombres réels, et n'ont pas été obtenues par extrapolation³⁹.

Comme les extrapolations axées sur les données pharmaceutiques reposent sur les populations carcérales des régions de l'Ontario et du Pacifique qui comptent un peu moins de détenus autochtones que l'ensemble du réseau d'établissements correctionnels fédéraux (14 % contre 18 %), il se peut que le nombre réel de détenus diabétiques traités soit sous-estimé. Ces estimations supposent que la proportion de diabétiques soignés par médicaments sera la même dans la population carcérale que dans la collectivité. Aucun renseignement disponible ne laisse supposer le contraire, et il est peu probable qu'une différence quelconque entre les deux populations explique l'énorme écart entre le nombre de cas observés et le nombre de cas prévus. L'obésité constitue un facteur de risque considérable dans l'apparition du diabète et est plus répandue parmi les personnes peu instruites et/ou à faible revenu. L'incidence de diabète élevé chez les détenus vient confirmer cette association.

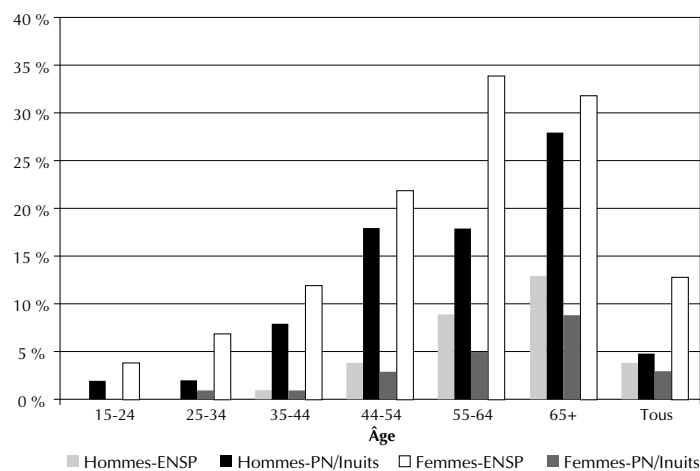


Figure 11 : Proportion des adultes parmi les Premières nations et les Inuits et dans la population canadienne qui se déclarent diabétiques, par groupe d'âge, 1996-1997.

Source : Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999⁴⁰.

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès au Canada. Les déterminants de ces maladies sont nombreux et comprennent notamment le tabagisme, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Le tabagisme a été abordé plus haut. Quant aux deux autres facteurs de risque, il existe peu de renseignements sur

lesquels on peut se fonder pour faire des comparaisons entre la population carcérale et la population canadienne.

D'après les données de l'ENSP³⁵, on s'attendrait à ce que, dans la population carcérale, environ 654 hommes et 19 femmes soient atteints d'hypertension diagnostiquée. On ignore chez combien de détenus cette affection a été diagnostiquée ou combien suivent un traitement pour abaisser leur tension artérielle, car les médicaments utilisés dans le traitement de l'hypertension sont aussi prescrits pour traiter d'autres maladies cardiovasculaires.

Les médicaments prescrits pour abaisser le taux de cholestérol sanguin ne sont pas utilisés pour soigner d'autres affections. D'après les bases de données pharmaceutiques régionales, 61 détenus de sexe masculin dans la région du Pacifique et 108 dans la région de l'Ontario prennent des médicaments anti-cholestérol. Si l'on applique les proportions correspondantes à l'ensemble de la population carcérale masculine, 487 détenus de sexe masculin prennent de tels médicaments. En 2001, il y avait 16 détenues qui prenaient des médicaments anticholestérol. L'ENSP ne traite pas de l'usage de ces médicaments.

Le questionnaire de l'ENSP demandait aux Canadiens s'ils avaient un traitement pour une maladie du cœur ou pour leur tension artérielle. D'après leurs réponses, on s'attendrait à ce que, dans la population carcérale, environ 681 hommes et 21 femmes prennent au moins un médicament en vue de soigner des affections de ce genre. Selon l'extrapolation des données pharmaceutiques régionales, entre 1 144 et 1 199 détenus de sexe masculin prennent des médicaments pour maladies cardiovasculaires (une fourchette est indiquée plutôt qu'un nombre précis, car il n'est pas clair si les répondants à l'ENSP ont inclus les médicaments anticholestérol dans leurs réponses). Dans la population carcérale féminine, 48 détenues (12,5 %) prenaient au moins un médicament pour maladies cardiovasculaires. Chez les hommes, cela représente un usage de 68 % supérieur aux prévisions et, chez les femmes, un usage de 129 % supérieur aux prévisions. Cette énorme différence, notamment chez les détenues, est peut-être attribuable à l'utilisation de bêtabloquants (utilisés dans le traitement de l'hypertension et de maladies du cœur) pour traiter des migraines chroniques.

Insuffisance rénale

Les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique doivent être dialysées régulièrement à moins d'une transplantation rénale. Si le diabète et/ou l'hypertension ne sont pas contrôlés suffisamment, le besoin de dialyse augmente considérablement, mais d'ordinaire dans les groupes d'âge plus vieux que ceux qui composent le gros de la population carcérale. Dans la collectivité, le nombre de malades dialysés augmente avec le vieillissement. Selon les données fournies par quatre régions, 4 détenus étaient sous dialyse au début de 2002. D'après le nombre de dialysés au Canada⁴¹, on s'attendrait à ce que, dans la population carcérale, environ cinq hommes et une femme soient sous dialyse, compte tenu de la répartition des détenus par âge et par sexe.

Asthme

L'évaluation de la prévalence de l'asthme dans une population donnée peut présenter d'énormes difficultés. Le questionnaire de l'ENSP demandait aux répondants s'ils étaient atteints d'un asthme

diagnostiqué et s'ils avaient suivi un traitement au cours de la dernière année. D'après les résultats de l'ENSP, on s'attendrait à ce que, dans la population carcérale, 623 hommes et 26 femmes aient suivi un traitement pour l'asthme au cours de la dernière année.

Selon les données pharmaceutiques des régions de l'Ontario et du Pacifique, 894 détenus de sexe masculin ont été traités au moyen d'inhalateurs, tandis que d'après l'étude sur la consommation de médicaments dans la population carcérale féminine, 73 détenues suivaient un tel traitement. Ces chiffres correspondent à une prévalence supérieure à celle observée dans la population canadienne, soit de 43 % plus élevée chez les hommes et de 181 % plus élevée chez les femmes. Ces différences peuvent être attribuables à divers facteurs :

- Il se peut que certains détenus atteints de BPCO (causée généralement par l'usage du tabac) soient traités au moyen d'inhalateurs et gonflent l'estimation de l'incidence de l'asthme. On ne sait pas si c'était le cas également pour les répondants à l'ENSP;
- Les asthmatiques auraient davantage besoin d'un traitement s'ils continuaient de fumer ou étaient exposés à la fumée des autres;
- Il se peut qu'une partie considérable des inhalateurs prescrits soient destinés au traitement de l'hyperréactivité bronchique attribuable aux rhumes, ce qui gonflerait le nombre d'inhalateurs prescrits. On ignore dans quelle mesure les répondants à l'ENSP auraient déclaré qu'ils souffraient d'« asthme » dans des circonstances semblables.

Cancer

Le nombre de cas de cancer dans la population carcérale n'est pas connu. Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer chez les hommes et les femmes dans la collectivité. Étant donné les taux élevés de tabagisme chez les détenus, on peut s'attendre à ce que le taux de cancer du poumon y soit beaucoup plus élevé que dans la collectivité à mesure que les détenus vieillissent. Cette prévalence accrue deviendra évidente si le nombre croissant de détenus âgés ont fait un usage important de tabac depuis leur jeunesse.

Épilepsie

Les troubles épileptiques peuvent être le résultat d'anciennes blessures à la tête, du sevrage de substances intoxicantes et d'autres causes. En se fondant sur les données de l'ENSP, on s'attendrait à ce que la population carcérale compte environ 62 cas d'épilepsie diagnostiquée chez les hommes et trois chez les femmes, bien que tous ne soient pas nécessairement soumis à un traitement. D'après les extrapolations faites à partir des bases de données pharmaceutiques des régions de l'Ontario et du Pacifique, 311 détenus de sexe masculin prennent des antiépileptiques. En 2001, 32 détenues prenaient de tels médicaments. Si l'usage de ces médicaments est plus répandu dans la population carcérale, c'est sans doute à cause du risque plus élevé de troubles épileptiques chez les détenus (p. ex. blessures à la tête, abus d'alcool et d'autres drogues). Il se peut toutefois que cette surconsommation soit en grande partie attribuable à la prescription d'antiépileptiques dans le traitement d'autres affections comme la douleur chronique et les sautes d'humeur.

Résumé de la fréquence des maladies chroniques

Le tableau 24 récapitule les comparaisons entre les nombres extrapolés (chez les hommes) ou observés (chez les femmes) de détenus atteints de certaines affections chroniques et les nombres prévus d'après les données de l'ENSP. Le nombre de détenus atteints de diabète, de maladies cardiovasculaires ou d'asthme selon les estimations faites à partir de l'usage de médicaments dépasse de beaucoup la prévalence de ces affections dans l'ensemble de la population canadienne. Le nombre de personnes souffrant d'insuffisance rénale ne différerait pas beaucoup des prévisions, ce qui est probablement attribuable à la rareté de cette affection dans une population relativement jeune.

Tableau 24

Résumé des comparaisons entre le nombre observé et le nombre prévu de détenus atteints de certaines affections chroniques

Affection	Sexe	Nombre extrapolé/observé de détenus atteints	Nombre prévu d'après les données de l'ensemble de la population	Nombre observé/Nombre prévu
Diabète -Insuline	Hommes	130	93	1,40
	Femmes	4	3	1,33
Diabète -Médic. oraux	Hommes	265	202	1,31
	Femmes	17	6	2,83
Maladies cardiovasculaires	Hommes	1 144	681	1,68
	Femmes	48	21	2,29
Asthme	Hommes	894	623	1,43
	Femmes	73	26	2,81

Sources : Données concernant les détenus : Bases de données pharmaceutiques du SCC dans les régions de l'Ontario et du Pacifique; Données sur les détenus : Langner, 2002³⁵; Données sur la population canadienne : ENSP 1998-1999.

Blessures

Comme les incidents qui surviennent dans la population carcérale sont enregistrés dans le SGD, celui-ci est une source d'information sur les blessures des détenus. Ces incidents se rattachent principalement au milieu carcéral (p. ex. agressions sur des détenus, agressions sur des membres du personnel, automutilations, prises d'otages, etc.). Tandis que l'agent de correction qui dresse le rapport de l'incident classe la blessure comme légère ou grave, les Services de santé déterminent s'il s'agit d'une « grave blessure physique ». Comme le fait voir la figure 12, le nombre de blessures est demeuré relativement stable au cours des cinq dernières années, accusant une légère réduction en 2000-2001. On ne sait pas dans quelle mesure la « gravité » est déterminée de façon uniforme.

Les données du SGD portent également sur les circonstances dans lesquelles les blessures ont été infligées. La figure 13 répartit les blessures selon leur cause.

Les types courants de blessures que subissent les détenus lors de leurs activités de loisir ou dans leur travail ne sont pas enregistrés systématiquement. Pour mieux comprendre le nombre et les caractéristiques des blessures des détenus, nous avons étudié les données provenant d'un établissement à sécurité minimale et moyenne pour hommes (Drumheller). Au cours de l'année civile de 2001, les services de santé de cet établissement ont enregistré au total 130 incidents ayant causé des blessures. On ne sait pas si cet établissement

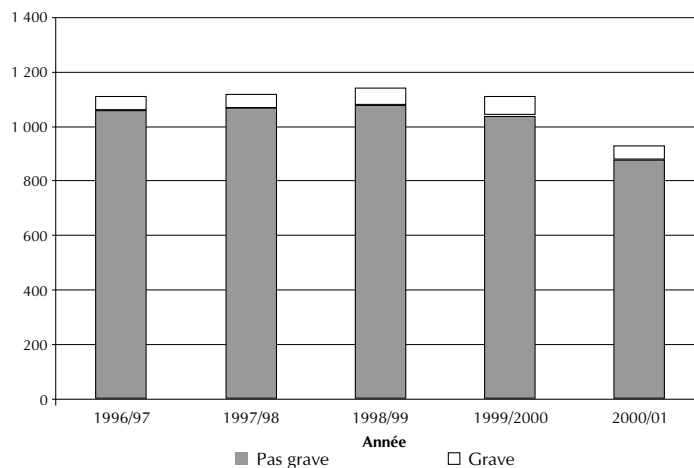


Figure 12 : Nombre annuel de blessures subies par des détenus lors d'incidents.

Source : SGD, 2001.

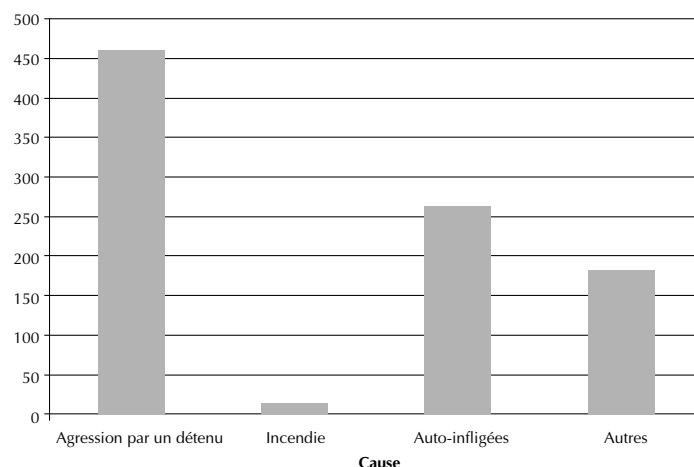


Figure 13 : Nombre de blessures subies par des détenus selon leur cause, 2000-2001.

Source : SGD, 2001.

est représentatif des autres, pour ce qui est du nombre des blessures. La région des Prairies compte une proportion considérable de détenus autochtones, et il y a eu un certain nombre d'émeutes par le passé à cet établissement. Le tableau 25 répartit les blessures subies à l'établissement de Drumheller selon leur cause.

Tableau 25

Nombre de blessures subies à un établissement pour hommes selon leur cause, 2001

Cause	Nombre	%
Accidents du sport	40	30,8 %
Accidents du travail	22	16,9 %
Bagarres	21	16,2 %
« Autres blessures »	37	28,5 %
Tentatives de suicide/automutilation	10	7,7 %
Total	130	100,0 %

Source : Services de santé de l'établissement de Drumheller, 2001.

Les accidents du sport se sont produits dans l'exercice de diverses activités, dont le basket-ball (10), le football (9) et le hockey (7). Quant aux accidents du travail, ils se sont produits principalement

dans la cuisine (9), mais un ou deux ont eu lieu dans les ateliers de rembourrage, de peinture, de métallurgie, de soudure, de menuiserie ou dans le secteur des services de l'établissement. Le nombre de blessures classées sous la catégorie des « bagarres » est probablement une sous-estimation des blessures infligées avec violence, car les incidents où la version des faits présentée par le détenu semblait peu probable sont classés sous la catégorie « autres blessures ». En voici quelques exemples : « chutes » (6), agressions où le détenu a refusé de fournir des précisions (5), coupures aux mains et au visage attribuées au fait que le détenu se serait endormi avec un coupe-ongles à la main (1), et avoir heurté un poteau en courant (1).

Les taux de blessures dans l'ensemble de la population canadienne ne sont disponibles que pour un nombre restreint de milieux (p. ex. les blessures des enfants traités à certains services d'urgence, les hospitalisations et décès attribuables à des blessures, les blessures donnant lieu à des demandes d'indemnisation des accidents du travail). Une étude récente réalisée dans la région de Kingston compare les blessures des détenus des établissements du SCC traités à l'urgence de l'hôpital de la ville avec celles des membres du grand public traités au même service d'urgence entre 1996 et 1998⁴². Comme le fait voir le tableau 26, la proportion des blessures non accidentelles et graves était beaucoup plus élevée parmi les détenus que chez les autres patients; les fractures, les blessures à la tête et les décès étaient aussi proportionnellement plus fréquents.

Tableau 26
Comparaison des blessures des détenus et de celles de la population dans la collectivité, Kingston, 1996-1998

Nature de la blessure	Détenus (%)	Population générale (%)
Fracture	31,8 %	13,4 %
Traumatisme contondant à la tête	10,1 %	2,2 %
Intention		
Accidentelle	35,2 %	94,9 %
Agression	49,3 %	2,8 %
Auto-infligée	11,5 %	0,6 %
Inconnue	4,0 %	1,7 %
Issue		
Hospitalisation	42,6 %	4,1 %
Décès	2,7 %	0,6 %

Source : Kuzak et al., 2001⁴². Toutes les mesures sont statistiquement significatives ($p < 0,001$).

Infirmité — aides mécaniques

Nous avons demandé aux établissements de nous indiquer le nombre de détenus qui utilisent habituellement un soutien mécanique quelconque, y compris une cane, des béquilles, des attelles ou un fauteuil roulant, pour se déplacer à l'intérieur de la prison. D'après les réponses de 30 établissements, 1,4 % des détenus de sexe masculin ont besoin d'aides mécaniques pour se déplacer (dans la population carcérale féminine, les nombres étaient trop petits pour être fiables). Les projections faites à partir des données de l'ENSP et corrigées en fonction de l'âge laissaient supposer que seulement 0,9 % des détenus de sexe masculin utilisaient des aides mécaniques pour se déplacer.

Utilisation des services de santé
Fréquence de l'utilisation des services

Des renseignements sur la fréquence à laquelle les détenus ont recours aux services de santé sont disponibles de diverses sources

portant sur différentes périodes de référence. En 1984, une étude d'un mois a été réalisée dans tous les établissements de la région du Pacifique⁴³. Dans l'ensemble, les 1 429 détenus ont consulté un infirmier ou une infirmière ou un médecin 7 449 fois au cours du mois de référence (soit 5,2 contacts/détenu/mois). La majorité des visites étaient des visites faites au personnel infirmier (89 %) et le restant, des visites au médecin (11 %). Près des trois quarts (72 %) des contacts étaient des visites sans rendez-vous où les détenus peuvent se rendre à l'infirmerie pour y obtenir des médicaments ou pour demander des conseils. La plupart ont duré moins de cinq minutes. Se fondant sur les résultats de l'étude d'un mois, les auteurs ont estimé que les détenus auraient en moyenne 6,7 contacts avec un médecin par année. Une petite minorité (3,5 %) des détenus avait fait chacun au moins 25 visites au cours du mois de référence, et à ce titre, comptaient pour 25 % de toutes les visites.

Dans le Sondage national auprès des détenus de 1995, les détenus devaient indiquer le nombre de fois qu'ils avaient vu le médecin ou un infirmier ou une infirmière au cours des six mois précédant la tenue du Sondage. Leurs réponses sont récapitulées au tableau 27. Une minorité (entre 14 % et 24 %) ont déclaré qu'ils n'avaient consulté aucun de ces professionnels de la santé.

Tableau 27
Nombre auto-déclaré de visites au personnel infirmier ou à un médecin au cours des six mois précédant le Sondage, détenus de sexe masculin, 1995

Prof. de la santé	Aucune	1-2	3-9	10+	Total
Infirmier/infirmière	14%	41%	30%	16%	100%
Médecin	24%	47%	24%	5%	100%

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

Une étude plus récente portant sur l'année financière 1998-1999 a été faite dans la région de l'Ontario⁴⁴. Non seulement cette étude est-elle exhaustive, mais ses auteurs ont tenu compte du roulement des détenus dans leurs analyses. Ses principales constatations sur l'utilisation des services de santé sont récapitulées au tableau 28.

Tout comme l'indiquait l'étude réalisée dans la région du Pacifique une décennie plus tôt, les services de santé sont beaucoup utilisés et leur utilisation semble beaucoup plus fréquente que ne le donnaient à croire les données auto-déclarées du Sondage national auprès des détenus. La mise en comparaison de l'utilisation moyenne, médiane et maximale révèle qu'un petit nombre de détenus sont responsables d'une grande partie de l'utilisation des services. En moyenne, les détenus ont fait 20 visites au personnel infirmier et six visites à un médecin au cours de l'année.

Dans la population carcérale, les femmes ont beaucoup plus recours aux services de santé que les hommes, y compris les visites faites au personnel infirmier, aux médecins et aux autres professionnels de la santé (tableau 29). Les contacts ayant pour but l'obtention de médicaments sont également beaucoup plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. D'après les données, l'utilisation que font les détenus des services de santé varie très peu selon le niveau de sécurité chez les hommes, bien que les détenus à sécurité maximale aient fréquenté l'hôpital plus souvent (les données ne sont pas présentées).

Tableau 28**Utilisation des services de santé par les détenus, région de l'Ontario, 1998-1999**

Mesure	% des détenus utilisant le service	Utilis. moyenne/détenu dans l'année	Moyenne par client	Utilis. médiane	Utilis. maximale
Visites au pers. infirmier	99 %	20,0	20,2	12	529
Visites à un MF* au SCC	91 %	6,0	6,6	4	88
Visites à un spécialiste au SCC	38 %	1,6	4,2	0	35
Visites à un spécialiste dans la collectivité	29 %	0,7	2,5	0	30
Consultations à un hôpital dans la collectivité	20 %	0,4	2,2	0	19
Visites diagnostiques dans la collectivité	49 %	1,5	3,0	0	50
Visites à l'urgence dans la collectivité	5 %	0,1	1,4	0	5
Visites à un autre profS† au SCC	51 %	1,5	2,9	0	47
Hospitalisation dans la collectivité	3 %	0	1,3	0	6
Jours d'hospitalisation dans la collectivité	3 %	0,3	11,8	0	114
Hospitalisation à l'hôpital régional	10 %	0,2	1,7	0	13
Jours à l'hôpital régional	3 %	0,2	8,4	0	119
Admissions au CRT‡	4 %	0,0	1,2	0	4
Jours au CRT	4 %	3,5	94,5	0	413

Source : Hutchings et al., 1999⁴⁴.

*MF : médecin de famille; †profS : professionnel de la santé; ‡CRT : Centre régional de traitement (psychiatrique).

Tableau 29**Comparaison de l'utilisation des services de santé selon le sexe, région de l'Ontario, 1998-1999**

Mesure	Hommes			Femmes		
	% ayant utilisé le service	Moy. par détenu	Moy. par client	% ayant utilisé le service	Moy. par détenue	Moy. par cliente
Visites au pers. infirmier	99 %	17,8	17,9	100 %	54,4	54,4
Administration de médicaments	92 %	40,8	44,6	100 %	197,8	197,8
Visites à un MF au SCC	91 %	5,8	6,4	100 %	9,9	9,9
Visites à un spécialiste au SCC	36 %	1,4	3,9	68 %	4,4	6,5
Visites à un spécialiste dans la collectivité	27 %	0,7	2,5	53 %	1,3	2,6
Consultations à un hôpital dans la collectivité	17 %	0,3	2,0	69 %	1,9	2,7
Visites diagnostiques dans la collectivité	46 %	1,4	2,9	90 %	3,0	3,4
Visites à l'urgence dans la collectivité	5 %	0,1	1,4	2 %	0,0	2,0
Visites à un autre profS au SCC	50 %	1,3	2,6	71 %	4,8	6,7
Hospitalisation dans la collectivité	3 %	0,0	1,4	9 %	0,1	1,0
Jours d'hospitalisation dans la collectivité	3 %	0,3	12,2	1 %	0,0	1,0

Source : Hutchings et al., 1999⁴⁴.

Dans l'ensemble de la population canadienne, l'utilisation des services de santé augmente avec l'âge. D'après l'ENSP de 1998-1999³⁵, le nombre annuel moyen de visites chez un médecin de famille variait entre 1,7 visite pour les hommes de 20 à 24 ans et 6,1 visites pour ceux de 75 ans ou plus (pour les femmes, les taux

correspondants étaient de 4,3 visites par an et 5,2 visites par an respectivement). L'étude de la région de l'Ontario contient des données sur cinq groupes d'âge de détenus de sexe masculin, lesquelles sont présentées au tableau 30. Pour la plupart des mesures, on ne constate aucune tendance à l'augmentation de la fréquence avec l'âge. Une exception est la catégorie « traitement » qui comprend des interventions comme la mesure de la tension artérielle ou du poids ordonnée par le médecin et exécutée par le personnel infirmier à la fréquence prescrite. L'utilisation croissante de soins de cette catégorie avec l'âge révèle indirectement une prévalence croissante d'affections à mesure que les détenus vieillissent. Si le recours aux soins de santé de la population carcérale masculine était semblable à celui des hommes dans la collectivité, on s'attendrait à ce que les visites faites à un médecin de famille soient trois fois plus nombreuses chez les détenus âgés que chez les jeunes détenus. Si l'écart entre les groupes d'âge est moindre, ce n'est pas parce que les détenus âgés utilisent les services moins souvent que prévu (leurs taux de visites demeurent supérieurs aux taux correspondants d'après l'ENSP)^{*}, mais parce que les détenus plus jeunes ont recours aux services autant et parfois plus qu'eux. Cette relation inverse entre l'âge et le recours aux soins a déjà été observée par d'autres dans la population carcérale et d'autres populations fermées^{45,46}.

Tableau 30**Utilisation moyenne de services de santé par détenu de sexe masculin et par groupe d'âge, région de l'Ontario, 1998-1999**

Mesure	Groupe d'âge				
	18 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60+
Visites au pers. infirmier	17,7	16,9	17,6	19,4	17,7
Admin. de médicaments	23,0	46,9	44,0	50,0	47,0
Traitement	1,9	3,5	4,6	6,2	20,9
Visites à un MF au SCC	4,6	6,0	6,2	6,4	6,4
Visites à un spécialiste au SCC	1,1	1,8	1,6	1,1	1,1
Visites à un spécialiste dans la collectivité	0,3	0,6	1,0	1,0	0,9
Consultations à un hôpital dans la collectivité	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4
Visites diagnostiques dans la collectivité	1,2	1,0	1,5	1,7	1,9
Visites à l'urgence dans la collectivité	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
Visites à un autre profS au SCC	1,0	1,3	1,4	1,3	1,6
Hospitalisation dans la collectivité	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Jours d'hospitalisation dans la collectivité	0,0	0,1	0,8	0,2	1,1
Hospitalisation à l'hôpital régional	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3
Jours à l'hôpital régional	0,1	0,1	0,2	0,3	1,4

Source : Hutchings et al., 1999⁴⁴.

Les données sur les hospitalisations dans la collectivité sont plutôt trompeuses, car il est relativement rare qu'un détenu soit admis dans un hôpital communautaire. En 2001-2002, 95 détenus de la région de l'Ontario ont été admis dans un établissement hospitalier dans la collectivité et y ont passé au total 643 jours (en

* D'après l'étude de la région de l'Ontario, les détenus de sexe masculin de 50 ans ou plus ont fait en moyenne 6,4 visites/détenu/an à des médecins de premier recours⁴⁴. Par comparaison, les taux correspondants sont nettement inférieurs dans l'ensemble de la population canadienne d'après les données de l'ENSP, soit une moyenne de 3,1 visites/an chez les hommes de 50 à 64 ans et une moyenne de 5,2 visites/an chez ceux de 65 ans ou plus³⁵.

moyenne 6,8 jours/séjour). Aux frais médicaux et hospitaliers de ces séjours, il faut ajouter le coût de la surveillance des détenus hospitalisés par des membres du personnel correctionnel. D'après les estimations, les coûts de la surveillance des détenus hospitalisés dans la région de l'Ontario se sont élevés à 688 000 \$ en 2001-2002.

Des renseignements sur l'utilisation des services de santé sont également disponibles auprès de certains établissements d'autres régions; ils sont présentés au tableau 31. Les taux de visites sont généralement comparables dans les diverses unités opérationnelles. On s'attendrait à ce qu'ils varient entre un établissement ayant une population carcérale relativement petite et une région complète. Des variations peuvent aussi se produire à cause du manque de normalisation de la collecte de données. Le taux relativement élevé de « visites » faites au personnel infirmier à l'établissement Drummond reflète vraisemblablement des différences considérables dans la consignation des données.

Tableau 31

Comparaison de l'utilisation de services de santé à certains établissements et dans la région de l'Ontario, détenus de sexe masculin

Établissement/région	Taux/détenu/an		
	Visites à un médecin	Visites au personnel infirmier	Consultations (spécialistes)
Région de l'Ontario*	5,8	17,8	2,1
Drumheller	2,8	12,2	3,3
Drummond	5,6	123,8†	1,2
Port-Cartier	3,8	17,6	1,0

* Source : Hutchings et al., 1999⁴⁴. Nota : taux corrigés pour tenir compte du roulement des détenus. † Comprend les visites et les consultations des dossiers des détenus.

La comparaison des taux de visites des détenus avec ceux de la population canadienne repose sur les données de l'ENSP³⁵, corrigées selon l'âge et le sexe. Le tableau 32 montre que les taux d'utilisation de soins chez les détenus étaient sensiblement supérieurs aux taux correspondants chez les groupes d'âge semblables dans la collectivité. Les faibles taux de visites faites à un infirmier ou une infirmière dans la collectivité sont attribuables à la faible utilisation qu'on y fait de ces professionnels de la santé pour la prestation de soins primaires, tandis qu'en milieu carcéral, les services de santé ont beaucoup recours au personnel infirmier.

Tableau 32

Comparaison des taux d'utilisation des services de santé dans la population carcérale et dans la population canadienne

Prof. de la santé	Taux de visites/personne/année			
	Hommes		Femmes	
	Détenus*	Canada†	Détenues	Canada
Médecin de famille	5,8	2,2	9,9	3,8
Médecin spécialiste	2,1	0,5	5,7	1,0
Infirmier(ère)	17,8	0,2	54,4	0,3

Sources : *Région de l'Ontario : Hutchings et al., 1999⁴⁴; †Canada : Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 (taux corrigés selon la répartition par âge de la population carcérale).

Le recours aux médecins spécialistes a été examiné à un établissement, soit celui de Collins Bay. Comme le fait voir le tableau 33, l'orthopédie et la chirurgie plastique étaient les deux spécialités

médicales les plus utilisées (les chirurgiens plasticiens traitent généralement les blessures aux mains et au visage).

Tableau 33

Types de médecins spécialistes consultés, établissement de Collins Bay, 2001

Spécialités	Proportion des visites à des spécialistes (%)	Proportion des détenus ayant consulté un spécialiste (%)*
Cardiologie	1,6 %	0,9 %
Chirurgie dentaire	3,3 %	1,8 %
Dermatologie	1,6 %	0,9 %
Serv. des urgences	8,2 %	4,5 %
ORL	1,6 %	0,9 %
Chirurgie générale	6,6 %	3,6 %
Gastrointestinale	5,7 %	3,2 %
Immunologie	9,0 %	5,0 %
Médecine interne	1,6 %	0,9 %
Neurologie	2,5 %	1,4 %
Ophthalmologie	8,2 %	4,5 %
Orthopédie	28,7 %	15,9 %
Orthèses	1,6 %	0,9 %
Chirurgie plastique	13,1 %	7,3 %
Pneumologie	0,8 %	0,5 %
Rhumatologie	0,8 %	0,5 %
Urologie	3,3 %	1,8 %
Vasculaire	1,6 %	0,9 %

*Population carcérale moyenne de 220 détenus en 2001. Les chiffres n'ont pas été corrigés pour tenir compte du roulement des détenus ni des visites répétées par un même détenu.

Les dossiers de radiologie de l'établissement de Collins Bay ont révélé que 302 détenus avaient été radiographiés en 2001 (les détenus des autres établissements de la région de Kingston étaient exclus). Comme l'établissement de Collins Bay a compté en moyenne 220 détenus en 2001, chaque détenu aurait donc été radiographié, mais ces chiffres n'ont pas été corrigés pour tenir compte du roulement des détenus ni des radiographies répétées d'un même détenu. L'usage fréquent de radiographies reflète la fréquence des blessures ainsi que la nécessité de faire suivre les tests cutanés à la tuberculine positifs par une radiographie pulmonaire. De plus, 49 détenus ont subi des examens radiologiques en dehors de l'établissement, principalement des échographies ou des tomodensitogrammes.

Motifs des consultations

Il existe moins de renseignements sur les motifs des consultations que sur les taux d'utilisation des services de santé. L'étude de la région du Pacifique faite en 1984⁴³ a révélé que 60 % des visites étaient attribuables aux 10 motifs les plus courants des consultations au cours du mois de référence. Les maux de gorge et les maux de tête étaient les principaux. Plus de la moitié des visites (57 %) étaient attribuables à de nouvelles maladies.

Les motifs des visites aux services de santé des établissements du SCC ne sont pas consignés sous une forme normalisée ni mis en mémoire dans un système électronique d'information. Certains établissements étaient en mesure de fournir des renseignements sur les consultations médicales de leur population carcérale. Le tableau 34 répartit les visites faites par des détenus de deux établissements au médecin de la prison pendant un mois selon le motif de la visite.

Tableau 34**Motifs des visites faites au médecin à certains établissements, octobre 2001**

Motifs des visites au médecin de la prison	Prison 1 (%)	Prison 2 (%)
Santé mentale (dépression, sautes d'humeur, insomnie, tabagisme, méthadone)	7 %	28 %
Troubles musculo-squelettiques (accidents du sport, traitement de fractures, douleurs articulaires, mal de dos, canal carpien)	26 %	25 %
Neurologie (douleur chronique, maux de tête récurrents)	5 %	3 %
Troubles respiratoires (asthme, BPCO)	12 %	0 %
Maladies de la peau (eczéma, érythèmes, verrues, infections, ongles incarnés, soins des plaies, etc.)	17 %	5 %
Troubles gastro-intestinaux (douleurs abdominales, brûlures gastriques)	4 %	3 %
Troubles génito-urinaires (difficultés urinaires)	1 %	3 %
Examens (préopératoires, prélibératoires, grève de la faim)	1 %	4 %
Médecine interne (maladies du cœur, diabète, hypercholestérolémie, hypertension)	8 %	6 %
Visites de suivi (renouvellement d'ordonnances, examen des résultats d'analyses de laboratoire et de radiographies)	12 %	13 %
Autres	8 %	11 %

Source : Prison 1 : établissement de Drumheller; Prison 2 : établissement de Collins Bay, 2001.

La forte proportion de consultations pour troubles musculo-squelettiques est frappante et cadre avec les données présentées sur les blessures. À l'établissement de Collins Bay, toutes les consultations de la catégorie « santé mentale » étaient rattachées au traitement d'entretien à la méthadone; à part cela, les détenus ont fait peu de visites au médecin pour des problèmes de santé mentale. Bien que les pénitenciers soient dotés de psychologues, il est étonnant que les problèmes de santé mentale n'aient pas motivé plus de visites chez le médecin, surtout étant donné la forte prévalence de troubles mentaux dans la population carcérale (voir la section sur la santé mentale). Compte tenu de la participation fréquente du personnel infirmier au dépistage des maladies transmissibles et étant donné la prévalence des infections virales à diffusion hémotogène (voir la section sur les maladies infectieuses), ces problèmes de santé ont motivé peu de visites chez le médecin, voire aucune.

Les motifs des visites reposent sur les renseignements consignés avant la visite et comportent généralement un seul motif. Il se peut donc que cette liste ne reflète pas fidèlement la gamme des problèmes de santé examinés au cours de la visite. Le peu de visites motivées par des problèmes de santé mentale et par des infections virales à diffusion hémotogène soulève la possibilité que les médecins de premier recours s'en remettent aux spécialistes consultants pour la prestation de soins complets aux personnes atteintes de troubles mentaux ou de maladies infectieuses plutôt que de recourir à leurs services comme consultants seulement. Les simples listes des motifs des consultations médicales ne reflètent pas les difficultés que présente l'intervention auprès de personnes qui sont atypiques*.

* Nous avons tenté de documenter la complexité des besoins des détenus en matière de soins de santé en recueillant des données sur les indicateurs sociodémographiques, la santé physique, les maladies infectieuses et les troubles mentaux à partir d'un échantillon aléatoire de détenus. Le principal obstacle auquel nous nous sommes heurtés a été la présence d'un taux de troubles mentaux dépistés et consignés qui était nettement inférieur à nos prévisions établies à partir d'études précédentes portant sur la population carcérale sous responsabilité fédérale.

La prestation des soins de santé dans les prisons se caractérise par la participation active des infirmiers et infirmières. Le tableau 35 présente une liste des motifs des visites sur rendez-vous à un infirmier ou une infirmière (le personnel infirmier exécute diverses autres fonctions, y compris l'administration de médicaments et les revues des malades).

Tableau 35**Motifs des visites sur rendez-vous au personnel infirmier à certains établissements, octobre 2001**

Motifs des visites au personnel infirmier de la prison	Prison 1 (%)	Prison 2 (%)
Bilan de santé à l'admission	20 %	—*
Dépistage de virus à diffusion hémotogène	8 %	26 %
Discussion sur les résultats des tests de dépistage de virus/éducation	6 %	
Analyses sanguines	12 %	33 %
Tests cutanés à la tuberculine	32 %	21 %
Immunisation	9 %	6 %†
Mesure de la tension artérielle	3 %	2 %
Changement de pansement	4 %	1 %
Tests préopératoires	3 %	4 %
Prise d'échantillons d'urine	1 %	—
Autres	1 %	7 %

Source : Prison 1 : établissement de Drumheller; Prison 2 : établissement de Collins Bay. Nota : *Les bilans de santé à l'admission sont effectués dans un autre établissement. †Les vaccins antigrippaux sont exclus.

Étant donné les taux élevés de prévalence d'infection virale à diffusion hémotogène et de tuberculose (voir la section sur les maladies infectieuses), le dépistage et le suivi de ces affections, de même que le counseling, représentent une proportion considérable des visites faites au personnel infirmier. Certaines différences entre les deux établissements sont principalement attribuables au fait qu'à l'établissement de Collins Bay, les bilans de santé à l'admission sont effectués dans un autre établissement (Milhaven).

Usage de médicaments

Les pharmacies régionales des régions du Pacifique et de l'Ontario ont fourni des renseignements sur la fréquence de l'usage de médicaments chez les détenus de sexe masculin. La consommation de médicaments dans l'ensemble de la population carcérale féminine a fait récemment l'objet d'une analyse distincte³⁹. Les taux d'usage de médicaments dans la population canadienne ont été estimés à partir des réponses à l'ENSP. Le nombre moyen de médicaments d'ordonnance et de médicaments en vente libre* par détenu est indiqué au tableau 36.

Si on les compare à la population canadienne, les détenus sont beaucoup plus susceptibles de prendre des médicaments et de prendre différents médicaments à la fois. L'auteur de l'étude sur la consommation de médicaments dans la population carcérale féminine a constaté la présence de plusieurs pratiques de prescription qu'il y a lieu de revoir, dont la polypharmacie (la consommation de neuf médicaments ou plus par la même personne), des différences considérables entre les établissements dans l'utilisation de certains types de médicaments (p. ex. les médicaments contre l'asthme) et la prescription de plus d'un médicament de la même famille (p. ex. les anti-inflammatoires non stéroïdiens)³⁹. Les pratiques de pres-

* Les pharmacies régionales ne pouvaient indiquer les médicaments de prescription et les médicaments en vente libre isolément dans le calcul de la consommation totale.

Tableau 36

Usage comparé de médicaments dans la population carcérale et dans la population canadienne

Population	Hommes		Femmes	
	Proportion prenant au moins un médicament (%)	Nombre moyen de médicaments par personne en prenant au moins un	Proportion prenant au moins un médicament (%)	Nombre moyen de médicaments par personne en prenant au moins un
Détenus, hommes – rég. du Pacifique	53 %	3,1	–	–
Détenus, hommes – rég. de l'Ontario	60 %	3,3	–	–
Détenues, toutes	–	–	87 %	5,1
ENSP	29 %	1,7	47 %	1,7

Source : Bases de données pharmaceutiques régionales, régions de l'Ontario et du Pacifique; Langner, 2002³⁸; ENSP, 1998-1999.

cription de médicaments aux détenus de sexe masculin n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée, mais il y aurait peut-être lieu d'en mener une étant donné les constatations de l'analyse réalisée dans la population féminine.

Santé des femmes

Santé des mères et des enfants

Les établissements pour femmes doivent non seulement s'occuper de la santé des détenues, mais aussi se charger des soins prénatals, des accouchements et des soins aux enfants après la naissance. D'après les réponses des neuf établissements où sont incarcérées des femmes, 27 détenues ont donné naissance au cours des deux dernières années. Plusieurs établissements sont organisés pour permettre la cohabitation de la mère et de l'enfant. Ce sont les intérêts de l'enfant qui prédominent lorsqu'on détermine s'il convient de faire participer la détenue au programme mère-enfant.

Le souci que les détenues se font pour leurs enfants et d'autres membres de leur famille est pour elles une grande source de stress⁴⁷. Les détenues qui s'occupent de leurs bébés ont accès aux services de divers professionnels pour les aider, y compris de la psychologue, du personnel des services de santé et de l'infirmière hygiéniste de la collectivité. Certains établissements ont signalé que des Aînés étaient à la disposition des détenues presque tous les jours. D'autres détenues peuvent prêter main-forte en s'occupant du bébé pour permettre à la mère de participer à des programmes. L'établissement d'Edmonton pour femmes, qui a le plus d'expérience dans ce domaine, affirme que très souvent, des membres de la famille se chargent de l'enfant jusqu'à ce que la mère retrouve sa liberté. Quant aux détenues qui ont des enfants plus âgés, elles peuvent maintenir leurs liens avec eux au moyen de visites ménagées par des organismes communautaires (p. ex. la Société Elizabeth Fry) et la travailleuse sociale de l'établissement. Des programmes d'apprentissage de compétences parentales comme le programme « Y'a personne de parfait » sont également offerts.

Dépistage du cancer

Le dépistage du cancer du col utérin est un moyen efficace de réduire l'incidence de cancer invasif et de décès chez les femmes. On s'attendrait à ce que les taux de cancer du col utérin soient plus élevés chez les détenues que dans l'ensemble de la population canadienne féminine étant donné leur statut socioéconomique inférieur, la prévalence plus élevée du VIH et l'incidence plus élevée d'autres MTS. Les établissements pour femmes ont été priés d'indiquer dans quelle mesure les détenues étaient soumises au test de PAP pour dépister le cancer du col utérin. Dans certains établis-

sements, presque toutes les détenues subissent ce test de dépistage au moment de leur admission et celles qui sont séropositives pour le VIH subissent des tests de suivi plus fréquents. Dans un établissement, des séances de colposcopie ont lieu sur place à toutes les quatre à six semaines. D'autres établissements ont répondu que bon nombre de leurs détenues refusaient de se soumettre aux tests de dépistage ou qu'ils offraient ces tests uniquement sur demande. La proportion des détenues soumises à ces tests ainsi que les résultats obtenus ne sont pas contrôlés systématiquement.

Il est établi que le dépistage du cancer du sein par mammographie réduit les décès par cette forme de cancer. Il est recommandé que les femmes subissent régulièrement une mammographie à partir de l'âge de 50 ans; au début de 2002, seulement 35 femmes de ce groupe d'âge étaient incarcérées dans les établissements du SCC. Les établissements ont été priés d'indiquer dans quelle mesure ils pratiquaient le dépistage du cancer du sein par mammographie. Beaucoup ont affirmé que la mammographie se faisait à la demande de la détenue ou du médecin. La proportion des détenues soumises à ces tests ainsi que les résultats obtenus ne sont pas contrôlés systématiquement.

Soins dentaires

Nous ne disposons pas de renseignements sur l'ampleur des problèmes dentaires dans la population carcérale. Cependant, étant donné le statut socioéconomique inférieur des détenus, on s'attendrait à ce que la prévalence de problèmes dentaires chez ce groupe soit supérieure à la moyenne^{48,49}. Dans la collectivité, une assurance couvrant tous les soins dentaires n'est généralement disponible que dans le cadre du régime de l'employeur. D'ordinaire, la couverture offerte aux assistés sociaux ne comprend que les soins urgents ou immédiats et se limite aux extractions et à quelques types de traitements de dentisterie restauratrice. Les normes du SCC régissant les services de santé dentaire prévoient la prestation des soins nécessaires pour restaurer la dentition afin de la rendre fonctionnelle et esthétique, et ce, en utilisant des matières restauratrices standard⁵⁰. Des interventions chirurgicales buccales mineures et des soins dentaires préventifs comme le nettoyage et le détartrage sont aussi offerts.

D'ordinaire, des dentistes passent une journée par semaine dans les établissements. Pour obtenir des soins urgents ou immédiats, les détenus n'ont qu'à attendre la prochaine visite du dentiste, pas plus longtemps. Des ordres permanents régissent la prestation de soins dans les cas où le détenu a un mal de dent et/ou une infection. L'attente pour le détartrage courant (non urgent) varie d'un établissement à l'autre, allant de quelques semaines à quelques mois. D'après les données provenant de 19 établissements sur les visites

des détenus chez dentiste, le nombre moyen de visites par détenu par an est de 1,7 sans tenir compte du roulement des détenus. Par comparaison, les données de l'ENSP³⁵ révèlent que dans l'ensemble de la population canadienne, les hommes des groupes d'âge comparables font en moyenne 1,1 visite chez le dentiste par an et les femmes 1,6 visite par an.

Services hospitaliers régionaux

Toutes les régions ont des installations consacrées entièrement au traitement des détenus qui ont besoin d'être hospitalisés, quoique dans la région des Prairies, les patients sont hospitalisés dans le pavillon pour malades chroniques du centre psychiatrique. Les régions ont eu de la difficulté à fournir des données courantes sur le nombre d'admissions à l'établissement hospitalier, le nombre de départs, la durée des séjours et le diagnostic au départ du patient. La figure 14 présente un survol du nombre de détenus hospitalisés dans les établissements hospitaliers de certaines régions en 2000-2001. La composition de la clientèle, c'est-à-dire le nombre de malades chroniques par rapport au nombre de malades souffrant d'une affection aiguë, aura un effet sur le nombre total de patients traités de même que sur la durée moyenne du séjour (DMS). Dans la région du Pacifique, la DMS des malades souffrant d'une affection aiguë et des malades chroniques était de quatre jours et de 18 mois respectivement. Dans les régions du Québec et de l'Atlantique, la DMS était de 42 jours et de quatre jours respectivement, ce qui laisse supposer qu'il y a une assez grande variété de patients souffrant d'affections chroniques et aiguës. Les données correspondantes n'étaient pas disponibles pour la région de l'Ontario, tandis que la région des Prairies ne pouvait séparer les données sur les admissions de malades non psychiatriques de celles sur les admissions de malades psychiatriques.

Les trois régions ont pu fournir des renseignements sur les motifs de l'hospitalisation. Comme ces données ne sont pas recueillies uniformément dans les diverses régions (p. ex. selon les codes de la Classification internationale des maladies (CIM)), on ne peut comparer les motifs des hospitalisations entre établissements. Le tableau 37 récapitule les motifs des hospitalisations au pénitencier de Dorchester dans la région de l'Atlantique.

Tableau 37

Motifs des hospitalisations, pénitencier de Dorchester, 2000-2001

Motif	Nombre (%)
Soins postopératoires (soins hospitaliers suivant une intervention chirurgicale subie dans un hôpital dans la collectivité, jusqu'à ce que le détenu soit en état de réintégrer son établissement d'origine)	14 (18,4 %)
Blessure à la tête (détenu sous observation pour déceler toute détérioration de ses fonctions neurologiques)	8 (10,5 %)
Surdose/automutilation (évaluation/traitement)	6 (7,9 %)
Soins palliatifs (détenus qui sont atteints d'une maladie chronique pouvant être mortelle et ont besoin de plus de soins que ne peut leur en fournir un établissement ordinaire)	3 (3,9 %)
Fractures et blessures musculo-squelettiques (p. ex. cheville, épaule, mâchoire, nez)	6 (7,9 %)
Ulcères/infections cutanées	5 (6,6 %)
Observation/évaluation (p. ex. à la suite d'une blessure, douleurs abdominales, blessures aux yeux, convulsions, etc.)	15 (19,7 %)
Diabète : contrôle/éducation	3 (3,9 %)
Troubles respiratoires : asthme, pneumonie, dépistage de la tuberculose	6 (7,9 %)
Divers : thrombose veineuse profonde, infection urinaire, perforation d'un poumon, accident vasculaire cérébral, thérapie intraveineuse	10 (13,2 %)

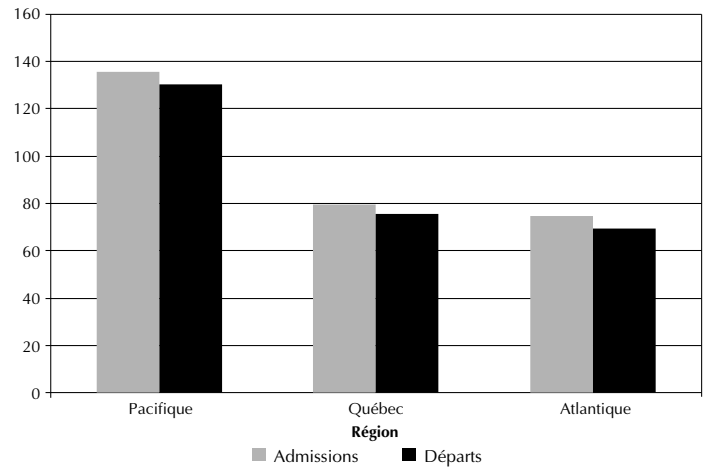


Figure 14 : Nombre d'admissions et de départs de malades non psychiatriques hospitalisés dans certaines régions, 2001-2002. Source : Services de santé régionaux, 2002

Soins palliatifs

Au moins 15 détenus ont reçu des soins palliatifs à quatre centres hospitaliers régionaux en 2001 (une région était incapable de fournir des données). L'étendue de ces services varie selon les régions. Dans trois des cinq régions, au moins une chambre est réservée exclusivement aux soins palliatifs. Dans une autre, les patients nécessitant de tels soins sont placés avec les patients ordinaires, tandis que dans la région des Prairies, ils sont placés dans l'unité des malades psychiatriques chroniques parce qu'il y a un personnel infirmier de garde 24 heures sur 24. Une région a précisé qu'elle avait sous contrat un médecin spécialisé en soins palliatifs.

L'aménagement de services de soins palliatifs préoccupe d'autres administrations correctionnelles. Une enquête réalisée auprès des administrations correctionnelles des États-Unis en 1997 a porté sur l'étendue des soins palliatifs offerts, y compris dans des hospices⁵¹. Malgré l'absence de données complètes sur le placement des détenus malades en phase terminale, les auteurs ont estimé qu'en 1997, 824 détenus ont été placés dans les hôpitaux ordinaires des services correctionnels et 152 dans des hospices faisant partie du réseau pénitentiaire. De plus, 96 ont été mis en liberté sous condition ou ont obtenu une autre forme de mise en liberté pour des raisons humanitaires. Environ la moitié des organismes correctionnels ont déclaré qu'ils possédaient un ou plusieurs hospices dans leur réseau ou que la formule des hospices les intéressait.

RÉSUMÉ DE LA SECTION

Cette section a traité principalement de la santé physique, et notamment des comportements liés à la santé, des affections chroniques et des services de santé. Malgré la présence de lacunes considérables dans plusieurs types de données de base, nous avons constaté que les résultats de la population carcérale, lors des mesures de l'état de santé, étaient moins bons que ceux de l'ensemble de la population canadienne.

Les comportements liés à la santé sont d'importants déterminants de la santé, mais ne se produisent pas isolément de beaucoup d'autres déterminants décrits dans les sections précédentes du présent rapport (p. ex. le niveau d'instruction, le revenu). Parmi les

principaux comportements liés à la santé, seuls les taux de tabagisme dans la population carcérale masculine sont disponibles. En 1995, les taux de tabagisme chez les détenus de sexe masculin dépassaient le double des taux correspondants parmi les Canadiens des mêmes groupes d'âge. L'usage du tabac est la principale cause de décès évitable au Canada, contribuant aux décès causés par les maladies du cœur, le cancer du poumon et d'autres maladies pulmonaires. D'après les estimations de chercheurs, les hommes qui fument actuellement risquent au moins une fois sur six d'avoir un cancer du poumon au cours de leur vie⁵². L'usage du tabac cause plus de décès par maladie cardiovasculaire que de cancers⁵³. Réduire le taux de tabagisme chez les détenus ne sera pas facile étant donné les caractéristiques de cette population.

On ne dispose actuellement pas de données sur les habitudes alimentaires et les niveaux d'obésité des détenus. On dispose de données limitées sur l'activité physique des détenus en 1995. L'activité physique réduit le risque de mort prématurée en général et de maladie du cœur, d'hypertension artérielle, de cancer du côlon et de diabète en particulier. De plus, l'activité physique améliore la santé mentale et est importante pour la santé des muscles, des os et des articulations⁵⁴. Un régime alimentaire équilibré contribue fortement à prévenir les maladies chroniques et l'obésité⁵⁵. De l'information sur l'incidence des facteurs de risque peut aider à fixer des priorités et à concevoir des programmes.

Comme la prévalence d'affections chroniques courantes dans la population carcérale n'est pas connue, les taux de prescription de certains médicaments ont été utilisés comme variable substitutive pour estimer dans quelle mesure ces maladies chroniques sont répandues parmi les détenus. Le nombre de détenus traités pour chacune des affections de référence, y compris le diabète, les maladies cardiovasculaires et des troubles respiratoires, dépassait considérablement le nombre auquel on s'attendrait. À supposer que les régimes de traitement dans la population carcérale soient semblables à ceux qui sont utilisés dans la collectivité, cela signifie que la prévalence d'affections chroniques est beaucoup plus élevée chez les détenus que chez les Canadiens d'à peu près le même d'âge. Cette constatation devrait inciter les responsables à mettre davantage l'accent sur les services préventifs; elle fait aussi ressortir le besoin d'adopter des stratégies pour dépister et gérer ces affections.

Les blessures sont courantes chez les détenus. Plus de la moitié des blessures documentées à un établissement étaient attribuables à des bagarres ou auto-infligées. L'analyse des blessures de détenus des divers établissements de la région de Kingston traités au service des urgences d'un hôpital dans la collectivité a révélé que les blessures des détenus étaient beaucoup plus graves que celles d'autres patients. Les taux élevés de meurtres et de suicides chez les détenus sont une autre indication de la violence du milieu carcéral.

Les détenus ont plus souvent recours aux soins de santé que les personnes du même groupe d'âge dans la collectivité. Cette constatation n'est pas nouvelle ni particulière aux prisons canadiennes. Ce qui est particulièrement frappant lorsqu'on examine les statistiques, c'est le grand nombre de jeunes détenus qui utilisent très fréquemment les services de santé et dont le taux de visites est de deux à trois fois celui constaté dans la collectivité.

Une proportion considérable des visites faites au personnel infirmier s'explique par le cadre carcéral (p. ex. les bilans de santé à l'admission, le dépistage de la tuberculose, les certificats autorisant

les détenus à s'absenter de leur travail ou de programmes) ainsi que par des problèmes de santé particuliers aux détenus (dépistage et suivi d'infections virales à diffusion hémotogène). La disponibilité réduite de soins précliniques (soins auto-administrés, soins administrés par des aidants naturels, c'est-à-dire des membres de la famille et des amis, l'utilisation de médicaments en vente libre) et de soins paraprofessionnels (consultations à Télésanté, du pharmacien, d'ONG, de sites Web, etc.), de même que les tâches administratives, augmentent la demande de services. L'absence de données normalisées sur les contacts des détenus avec le personnel des services de santé nuit à l'évaluation des raisons de la consommation accrue de soins. L'analyse des motifs des visites des détenus chez le médecin fait ressortir à quel point les blessures sont nombreuses dans cette population et les problèmes de toxicomanie y sont répandus (voir la section sur la santé mentale pour plus de précisions). Il se peut cependant que les problèmes de santé signalés par les patients ne reflètent pas fidèlement les motifs réels des consultations au niveau des soins primaires, notamment dans le cas d'une population à besoins élevés vivant en milieu fermé. On peut s'attendre à ce que l'utilisation des services de santé soit plus forte dans la population carcérale, et ce, pour plusieurs raisons dont les suivantes :

- Besoin plus grand (classement aux niveaux inférieurs quant aux déterminants de la santé, plus de problèmes de santé, mécanismes d'adaptation réduits);
- Exigences administratives (le bilan de santé à l'admission, le signalement d'incidents, la délivrance aux détenus d'autorisations de s'absenter de leur travail ou de programmes pour raison de maladie, etc. multiplieront les visites);
- Surveillance et contrôle plus serrés de l'usage de médicaments;
- Accès accru aux services;
- Occasion d'interagir avec les fournisseurs de soins.

Pour déterminer quelle part de la demande est attribuable à chacun de ces différents facteurs, il faut plus que de simples données administratives; ce serait là le sujet d'un grand projet de recherche. Il est peut-être plus important de déterminer dans quelle mesure les services offerts répondent effectivement aux besoins des détenus.

La consommation de médicaments dans la population carcérale est forte. Ce phénomène reflète les taux élevés de prévalence d'affections chroniques, mais il se peut qu'il soit aussi attribuable aux pratiques de prescription. L'étude sur la consommation de médicaments d'ordonnance dans la population carcérale féminine a révélé la présence de choix discutables de médicaments ainsi que des divergences entre les taux d'utilisation de médicaments des divers établissements. Il est recommandé de mener une étude comparable auprès de la population carcérale masculine. Les pharmaciens pourraient jouer un rôle clé dans la surveillance de l'usage de médicaments et de l'observance thérapeutique. Leur apport utile sur ce plan a été clairement démontré en milieu hospitalier et est reconnu de plus en plus dans la prestation des soins primaires⁵⁶.

La population carcérale souffre de plusieurs affections chroniques à des taux plus élevés que la population canadienne. Nous ne disposons pas de renseignements sur les interventions utilisées pour traiter ces conditions ou leur impact. Il existe de nombreuses lignes directrices, fondées sur les résultats cliniques et scientifiques, qui décrivent des interventions efficaces. De plus en plus, ces lignes directrices mettent l'accent sur la façon dont les soins doivent être

organisés de manière à garantir l'efficacité et la qualité du traitement. Dans la gestion du diabète, par exemple, il est recommandé que la prestation des soins se fasse en équipe interdisciplinaire composée du médecin de premier recours, d'un ou plusieurs spécialistes du diabète et d'éducateurs spécialisés en diabète⁵⁷. Les lignes directrices actuelles pour la gestion de l'asthme font de l'éducation sur l'asthme un volet essentiel du traitement⁵⁸.

Ce que nous savons :

- En 1995, les taux de tabagisme chez les détenus de sexe masculin étaient plus de deux fois ceux de l'ensemble de la population canadienne.
- La prévalence d'affections chroniques comme le diabète, les facteurs de risque/maladies cardiovasculaires et les troubles respiratoires, estimée à partir de la consommation de médicaments, est nettement plus élevée que celle prévue dans la population canadienne du même âge.
- Les détenus affichent des taux élevés de blessures graves et de blessures infligées avec violence.
- Les taux d'utilisation des soins de santé sont plus élevés dans la population carcérale que dans l'ensemble de la population canadienne.
- Les taux de consommation de médicaments sont plus élevés dans la population carcérale que dans l'ensemble de la population canadienne.

Aspects dont il faut améliorer la connaissance :

- État actuel des comportements liés à la santé (p. ex. l'usage du tabac, l'activité physique, l'alimentation) dans la population carcérale.
- Prévalence réelle des principales affections chroniques.
- Taux de blessures des détenus et les facteurs contributifs.
- Facteurs qui contribuent à l'utilisation actuelle des services de santé et façon dont ils pourraient être modifiés pour améliorer l'efficacité et l'efficience des soins.
- Mesure dans laquelle on a recours à des interventions efficaces pour bien traiter la prévalence d'affections chroniques qui est supérieure aux prévisions.
- Mesure dans laquelle l'usage de médicaments dans la population carcérale masculine est conforme aux lignes directrices cliniques.

Incidences :

- Il faut concevoir et mettre en œuvre un système d'information sur la santé pour gérer les ressources affectées aux soins de santé et cibler les nombreux besoins des détenus en matière de santé.
- Il faut étendre l'optique au-delà des besoins individuels de soins et considérer les besoins de l'ensemble de la population carcérale. Cela comprend la prévention primaire (comportement liés à la santé, milieu favorable à la santé), secondaire (dépistage et détection précoce) et tertiaire (traitement efficace).

Maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont des affections causées par des agents d'infection qui sont transmissibles d'une personne à une autre. En raison de leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs profils comportementaux, les détenus sont davantage susceptibles d'avoir contracté différents types de maladies infectieuses avant leur incarcération. La transmission de maladies infectieuses dans les prisons dépend notamment du comportement à risque adopté par les détenus durant l'emprisonnement, ainsi que de la présence et la durée de maladies infectieuses transmises par voie aérienne (p. ex., la tuberculose). L'efficacité des interventions en milieu carcéral en vue de réduire les comportements dangereux ou de réduire ou d'éliminer la nocivité des personnes infectées déterminera la mesure dans laquelle les prisons canadiennes aident à la lutte générale contre ces maladies au Canada. Un autre défi est que le traitement de nombreuses maladies infectieuses est plus complexe aujourd'hui et nécessite une intervention et une surveillance à long terme pour éviter des résultats néfastes (p. ex. cancer, décès).

En janvier 2000, le SCC a mis sur pied un système* de surveillance† en réponse au besoin croissant d'information plus exacte et plus complète sur les maladies infectieuses dans les établissements fédéraux. Il a récemment dressé un rapport détaillé résumant les données recueillies durant les deux premières années sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB) et les maladies transmissibles sexuellement⁶⁰. Ce rapport, avec le rapport initial du SCC sur la prévention et le contrôle de la tuberculose⁶¹, fournit la majorité des données de la présente section. Des constatations clés seront présentées ici, mais pour obtenir des précisions, il faut consulter plutôt ces rapports techniques de base.

Maladies virales à diffusion hémotogène

Les principales maladies virales à diffusion hémotogène sont l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Toutes ces maladies sont transmissibles par le sang de personnes infectées, bien que le risque de transmission varie. Par exposition percutanée (p. ex. le partage de seringues), le VHB se transmet en général plus facilement que le VHC qui, à son tour, se transmet plus facilement que le VIH. Le partage de seringues et d'autres objets entre utilisateurs de drogues injectables est un moyen courant de transmission de toutes ces maladies⁶². Le matériel de tatouage peut, lui aussi, être contaminé et être source d'infection⁶³. Outre le risque de propagation par voie percutanée, le VHB et le VIH sont tous les deux sexuellement transmissibles, alors que le risque de transmission du VHC par cette voie est beaucoup moindre⁶⁴.

* La surveillance de la santé publique est la collecte, l'analyse et l'interprétation de données sur les résultats devant servir dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des méthodes de travail dans le domaine de la santé publique. Un système de surveillance inclut la capacité fonctionnelle de réunir et d'analyser des données, et de diffuser en temps opportun ces données à des personnes qui peuvent se charger d'activités de prévention et de contrôle⁵⁹.

† Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC (SSMI-SCC).

Comportements et perceptions

On dispose d'information limitée au sujet des taux d'injection de drogue avant et durant l'incarcération. Le Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) fournit des renseignements sur l'usage de drogues injectables chez les détenus avant leur incarcération. Il s'agit d'un questionnaire de 600 items que les détenus remplissent au moment de leur admission aux unités régionales d'évaluation initiale. La base de données du QIMV, tenue au Centre de recherche en toxicomanie, renferme des renseignements sur un total de 7 105 détenus dans cinq régions et couvre une période de trois ans, allant de 1995 à 1997. Cela ne représente que le tiers des détenus admis aux établissements du SCC durant cette période. De plus, pour la période 1998-2001, seules les régions de l'Atlantique et de l'Ontario ont fourni des données (n = 3 795). Par conséquent, les résultats présentés risquent de ne pas être représentatifs de la population carcérale dans son ensemble.

D'après les données fournies par le QIMV, 18,3 % des détenus ont déclaré avoir consommé des drogues injectables avant leur incarcération. Plus de la moitié (54,5 %) se sont injectés des drogues au cours des six mois précédant leur arrestation. Aucune tendance d'année en année ne se dégage des données. Plus d'un tiers (38,7 %) de ceux qui avaient pris des drogues injectables ont déclaré avoir partagé des seringues avec d'autres à un moment donné. Le tableau 38 montre que les détenus âgés de 25 à 39 ans au moment de l'incarcération étaient beaucoup plus susceptibles d'affirmer s'être déjà injectés des drogues que les détenus plus jeunes ou plus âgés.

Tableau 38

Proportion des détenus qui ont déclaré avoir consommé des drogues injectables avant leur arrestation par groupe d'âge, 1995-2001

Fréquence	Groupe d'âge					
	17 à 24	25 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 64	65+
Jamais	88,3 %	78,7 %	74,6 %	83,1 %	95,4 %	100 %
Une fois, mais pas dans les 6 mois avant l'arrestation	2,5 %	5,1 %	4,6 %	2,4 %	0,8 %	0 %
Au moins 2 fois, mais pas dans les 6 mois avant l'arrestation	3,0 %	4,9 %	6,6 %	5,9 %	1,3 %	0 %
Une fois dans les 6 mois avant l'arrestation	0,7 %	1,0 %	1,1 %	0,7 %	0 %	0 %
Au moins 2 fois dans les 6 mois avant l'arrestation	5,5 %	10,4 %	13,0 %	7,9 %	2,5 %	0 %

Source : QIMV, Centre de recherche sur la toxicomanie, 2002. N = 10 795. Nota : Les résultats risquent de ne pas être représentatifs de la population carcérale globale.

L'information concernant l'injection de drogues dans les prisons est également limitée. Le Sondage national auprès des détenus de 1995⁸ ne fournit des renseignements que pour un échantillon représentatif. D'après ce sondage (n = 4 285), 11 % des détenus ont dit s'être injectés de la drogue pendant leur incarcération. Près de la moitié (41 %) ont indiqué que leur matériel n'était pas propre ou ignoraient s'il l'était. En tant que comportement à risque, l'usage de drogues injectables est beaucoup plus répandu dans la population carcérale que dans l'ensemble de la population canadienne. D'après un sondage de 1994, 0,6 % des Canadiens se sont déjà injectés des drogues et de ce nombre, 41,4 % ont partagé des seringues⁶⁵.

L'importance de l'injection de drogues comme facteur de risque exposant les détenus à des infections à diffusion hématogène ressort d'une étude menée à un établissement du SCC en 1997⁶⁶. Le tableau 39 montre que la prévalence du VIH, du VHB et du VHC est nettement plus élevée chez les détenus qui s'injectent des drogues que chez les autres.

Tableau 39

Comparaison de la prévalence des virus à diffusion hématogène parmi les détenus qui se sont injectés des drogues et chez les autres, établissement de Springhill, 1997

Virus	DID*	Autres
VIH	2%	0%
VHB (infection actuelle ou antérieure)	19%	4%
VHC	52%	3%

Source : Rapport de l'équipe de Springhill, 1999⁶⁶. N = 193. *DID=détenus qui se sont injectés des drogues.

Il y a également une forte incidence, dans la population carcérale, d'autres comportements qui peuvent causer une transmission de sang. Des questions du Sondage de 1995 portaient sur les tatouages et les perçages. Le tableau 40 montre que près de la moitié (45 %) des détenus disent s'être fait tatouer en prison, et que leur nombre augmente à mesure qu'augmente le niveau de sécurité de l'établissement. Environ les trois quarts des détenus qui s'étaient livrés à ces pratiques ont déclaré que le matériel utilisé était propre et sécuritaire. Cette proportion est peut-être exagérée, car il peut y avoir des détenus qui ignorent les risques ou refusent d'admettre qu'ils s'exposent à l'infection. Au moment du Sondage, 17 % des détenus ont signalé s'être fait faire un perçage. La prévalence du tatouage et du perçage chez les détenus est considérablement plus élevée que celle signalée dans la population canadienne (6 % et 7 %* respectivement)⁶⁷.

Tableau 40

Prévalence du tatouage et du perçage par niveau de sécurité, détenus de sexe masculin, 1995

Exposition	Moyenne	Sécurité minimale	Sécurité moyenne	Sécurité maximale
Tatouage en prison	45 %	28 %	44 %	54 %
Se sont fait tatouer, matériel propre et sécuritaire	72 %	77 %	76 %	63 %
Perçage en prison	17 %	8 %	16 %	25 %
Se sont fait percer la peau, matériel propre et sécuritaire.	72 %	66 %	76 %	69 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

D'après les résultats du Sondage auprès des détenus, une faible proportion des détenus (6 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un autre détenu depuis leur arrivée à l'établissement. Le tiers d'entre eux ont dit avoir utilisé un condom. Un peu plus de la moitié (56 %) ont dit que des condoms étaient disponibles à l'établissement, bien que le Sondage ait été mené avant la mise sur pied de programmes donnant aux détenus accès à des condoms.

Le Sondage a aussi exploré les perceptions qu'ont les détenus du risque que présente le VIH/sida. Comme le fait voir la figure 15, les détenus des établissements à sécurité maximale étaient plus

* La proportion de détenus s'étant fait faire des perçages exclut ceux qui ont les lobes d'oreilles percés.

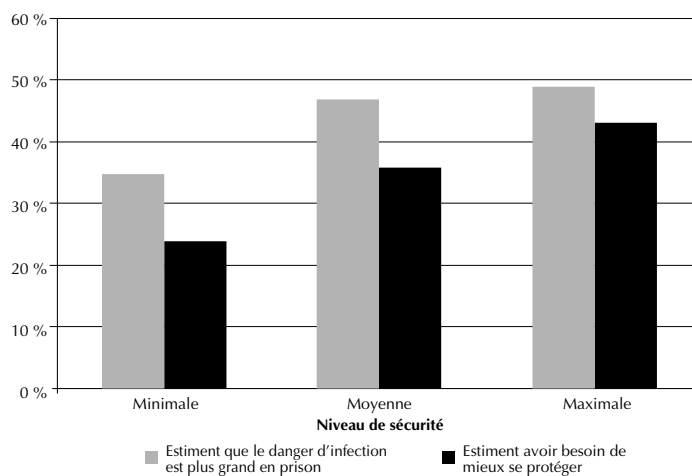


Figure 15 : Perceptions des détenus de sexe masculin concernant le VIH/sida, 1995.

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

portés que les détenus des autres niveaux de sécurité à penser que le danger de contracter le VIH/sida était plus grand en prison que dans la collectivité et qu'ils devaient mieux se protéger.

Le tableau 41 récapitule les réponses des détenus touchant diverses formes d'aide pour se protéger du VIH/sida. Le besoin d'obtenir plus de renseignements était la réponse la plus fréquente. Mais là aussi, les données remontent à sept ans et, à ce moment-là, les programmes d'éducation, de counseling et de dépistage n'existaient pas encore.

Tableau 41

Forme d'aide requise pour se protéger du VIH/sida, détenus de sexe masculin, 1995

Forme d'aide	Total	Sécurité minimale	Sécurité moyenne	Sécurité maximale
Renseignements	58 %	66 %	57 %	59 %
Counseling sur les risques	25 %	27 %	21 %	34 %
Test de dépistage anonyme	32 %	34 %	30 %	36 %
Condoms	14 %	7 %	11 %	22 %
Eau de Javel pour aiguilles	34 %	18 %	31 %	46 %
Eau de Javel pour tatouage	35 %	17 %	32 %	46 %
Nouveau matériel de tatouage stérile	32 %	13 %	30 %	43 %
Nouvelles aiguilles stériles	30 %	12 %	28 %	38 %
Protection contre des rapports sexuels non désirés	11 %	8 %	9 %	16 %
Lubrifiants	11 %	6 %	10 %	15 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285. Nota : les formes d'aide apparaissent dans l'ordre où elles figurent dans le questionnaire.

VIH

Tous les détenus, qu'ils soient incarcérés depuis peu ou depuis plus longtemps, peuvent demander de subir un test de dépistage du VIH. Le nombre de détenus testés est signalé couramment par l'intermédiaire du SSMI-SCC. En 2001, 1 768 nouveaux détenus et 2 770 détenus de la population carcérale générale ont subi de tels tests.* La figure 16 montre la proportion de détenus testés par région en 2001.

La proportion de détenus qui ont volontairement subi un test de dépistage varie beaucoup d'une région à l'autre. Bien que dans l'ensemble du système 24,7 % des nouveaux détenus aient subi le test, la proportion par région va de 3,5 % dans la région de

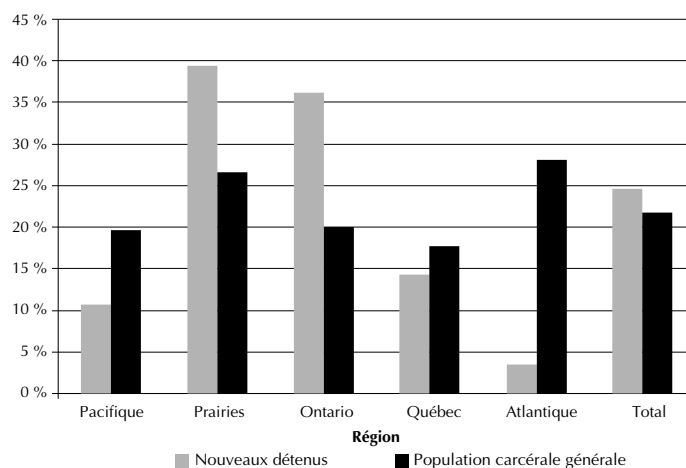


Figure 16 : Proportion des détenus soumis à un test de dépistage du VIH par région, 2001.

Source : Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, 2000-2001.

l'Atlantique à 39,5 % dans celle des Prairies. Les proportions correspondantes chez les détenus incarcérés depuis plus longtemps varient moins d'une région à l'autre, et vont de 17,8 % à 28,1 %. Il semble que, dans la région de l'Atlantique, la faible proportion de nouveaux détenus soumis au test de dépistage du VIH soit compensée par la proportion plus forte enregistrée dans la population carcérale générale. La proportion de détenus qui ont subi le test était légèrement plus élevée en 2001 qu'en 2000, soit 24,7 % des nouveaux détenus en 2001, contre 22,6 % en 2000. Dans la population carcérale générale, ces proportions étaient de 21,7 % en 2001 et de 19,0 % en 2000. Les écarts enregistrés entre les régions semblent suggérer que bien qu'il y ait des possibilités d'amélioration à cet égard dans de nombreuses régions, il y a aussi un besoin de clarifier les méthodes de déclaration dans les établissements et les régions.

On a estimé qu'à peu près 0,13 % des Canadiens sont porteurs du VIH⁶⁸. Les taux d'infection au VIH sont au moins dix fois plus élevés chez les détenus. La figure 17 montre que 1,8 % des détenus seraient séropositifs, quoique ce pourcentage varie de 1,0 % (Ontario) à 2,7 % (Québec). Les taux sont beaucoup plus élevés chez les détenues (4,7 %) que chez les détenus de sexe masculin (1,7 %). Les taux d'infection chez les détenues sont les plus élevés dans la région des Prairies (8,2 %), suivie des régions de l'Atlantique et du Québec (5,9 % et 5,2 %), mais on ne disposait pas de données spécifiques aux deux sexes pour la région du Pacifique.

Il n'est pas clair dans quelle mesure la prévalence de la maladie basée sur le nombre de cas *signalés* correspond à sa prévalence *réelle*, puisque les tests sont volontaires et que seulement une proportion des détenus les subissent. Les nombres de détenus qui s'y soumettent et les écarts entre les régions à cet égard gênent l'interprétation des différences entre les régions pour ce qui est de la prévalence du VIH.

* Nouvelle admission : détenu incarcéré depuis six semaines ou moins dans un établissement du SCC en provenance d'un centre de réception, y compris les détenus qui font l'objet d'un transfert provincial, d'un nouveau mandat de révocation avec incarcération, d'un échange de services ou d'un transfert de l'étranger. Population carcérale générale : détenu incarcéré depuis plus de six semaines dans un établissement du SCC, y compris les personnes détenues temporairement et les détenus sous responsabilité provinciale incarcérés dans des installations fédérales.

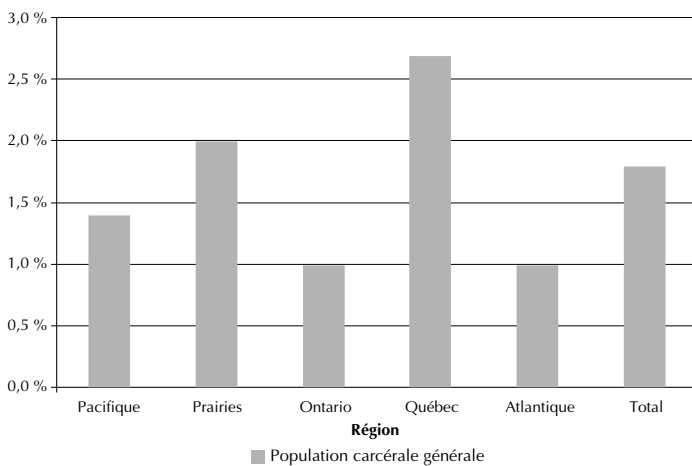


Figure 17 : Proportion de cas VIH séropositifs connus dans la population carcérale générale, 2001.
Source : Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, 2000-2001.

La proportion globale de cas VIH séropositifs signalés a peu changé de 2000 (1,7 %) à 2001 (1,8 %). Au cours de la décennie précédente, le nombre de cas signalés avait augmenté graduellement, allant de 24 en 1989 à 233 cas en 2001, et cela pouvait provenir de plusieurs facteurs. Étant donné que, dans la collectivité, un nombre croissant des infections au VIH est dû à l'injection de drogues⁶⁹, il est possible qu'il y ait un accroissement réel du nombre de détenus porteurs du VIH, vu l'étendue de ce comportement à risque au sein de la population carcérale. De plus, certains détenus arrivent dans les établissements du SCC déjà infectés. En 2001, 69 % des nouveaux cas diagnostiqués ont été découverts au moment de l'admission. Toutefois, des tests plus nombreux, surtout chez ceux qui sont tout particulièrement à risque, des techniques de dépistage plus pointues ainsi que des comptes rendus plus complets pourraient également avoir contribué à l'augmentation observée.

Quelles que soient les raisons de l'augmentation du nombre de détenus porteurs du VIH, leur présence a des conséquences directes sur la gestion des services cliniques qui leur sont destinés. Le traitement de ces patients est devenu complexe, en raison de l'utilisation à long terme d'au moins trois médicaments comme méthode de traitement normalisée⁷⁰. Au cours de 2001, 41 détenus ont commencé ce traitement et à la fin de l'année, 113 détenus le suivaient, soit 50,7 % de tous les détenus porteurs du VIH.

VHC

Le nombre et la proportion de détenus ayant subi des tests de dépistage du VHC sont similaires au nombre et à la proportion de ceux qui ont subi des tests de dépistage du VIH. En 2001, 24,7 % des nouveaux détenus et 21,7 % de la population carcérale générale se sont soumis volontairement à des tests de dépistage (1 908 et 2 512 détenus respectivement). La variation entre les régions était également semblable à celle constatée dans le cas des tests de dépistage du VIH.

La prévalence estimée de l'hépatite C au Canada est de 0,8 %, mais on a constaté qu'elle est plus élevée chez certains groupes à risque comme les personnes qui s'injectent des drogues. Les taux d'infection au VHC sont plus de 20 fois plus élevés chez les

détenus que dans la population générale. La figure 18 montre que 23,6 % des détenus sont porteurs du VHC, mais ce pourcentage varie de 15,5 % (Québec) à 34,8 % (Pacifique). Les taux d'infection sont nettement plus élevés chez les détenues (41,2 %) que chez les détenus de sexe masculin (23,2 %). Les taux d'infection des femmes étaient les plus élevés dans la région des Prairies (57,1 %), suivie des régions de l'Ontario et de l'Atlantique (43,7 % et 26,5 %), mais on ne disposait pas de données propres aux deux sexes pour la région du Pacifique.

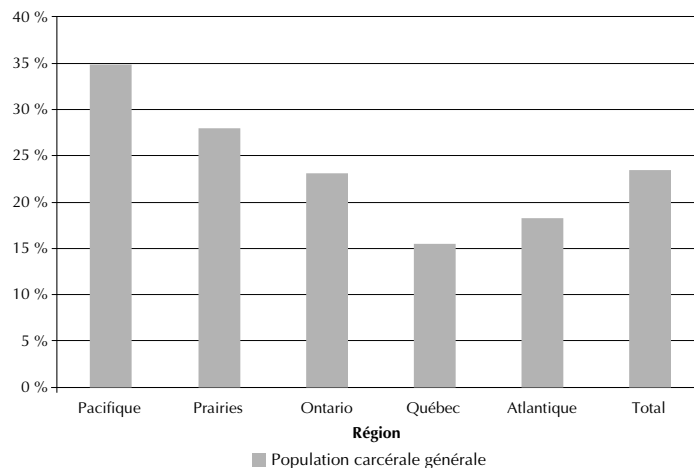


Figure 18 : Proportion de cas VHC-positifs connus dans la population carcérale générale, par région, 2001.
Source : Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, 2000-2001.

Comme c'est le cas pour le VIH, le nombre de détenus qui se soumettent au test de dépistage et les écarts entre les régions rendent difficile l'interprétation des différences entre les régions pour ce qui est de la prévalence du VHC. Le nombre des nouveaux cas VHC-positifs est demeuré stable au cours des quatre dernières années, allant de 533 à 570 par année.

On constate de plus en plus que le traitement du VHC est efficace⁷¹. Ce traitement est long (de 24 à 48 semaines), comporte plusieurs contre-indications, cause d'importants effets secondaires et nécessite une étroite surveillance, mais il réussit à éliminer le virus chez 30 à 65 % des patients souffrant d'une infection chronique. En 2001, 123 détenus ont commencé un traitement comparativement à 91 en 2000.

VHB

Des trois maladies virales à diffusion hématogène, le VHB est unique parce qu'il existe un vaccin permettant d'empêcher l'infection. Quarante-trois cas de VHB ont été décelés en 2001, et 13 en 2000. Le tableau 42 montre que la répartition régionale des cas signalés était sensiblement différente durant ces deux années. Le nombre des tests effectués et leur répartition au niveau régional ne sont pas connus.

On encourage l'immunisation au moyen du vaccin contre le VHB de tous les nouveaux arrivants, et tout détenu purgeant une peine peut en faire la demande. Quelque 1 500 détenus sont immunisés chaque année, et 350 détenus reçoivent un vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B. La proportion de détenus vaccinés contre le VHB est inconnue.

Tableau 42**Répartition des nouveaux cas d'hépatite B, par région, 2000-2001**

Région	2000 n=13	2001 n=43
Pacifique	15%	12%
Prairies	15%	16%
Ontario	39%	9%
Québec	31%	56%
Atlantique	0%	2%

Source : Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, 2000-2001.

Tuberculose

La tuberculose dans les prisons est un problème grave pour tous les pays, et le risque de poussées très graves d'infection dans les établissements correctionnels a été clairement démontré⁷². Dans d'autres pays, des poussées d'infection en milieu carcéral ont été liées au surpeuplement des prisons, à la mobilité des détenus et au diagnostic tardif des cas contagieux⁷³⁻⁷⁵. Si la prévalence de la tuberculose est plus élevée au sein des populations carcérales, c'est principalement à cause du très grand nombre de détenus qui risquent d'être infectés avant l'incarcération et d'avoir développé une tuberculose active⁷⁶. Le nombre croissant de détenus qui se sont injectés des drogues avant leur incarcération est particulièrement préoccupant, car beaucoup n'ont souvent pas d'emploi ou de revenu régulier, se nourrissent mal, font une consommation excessive d'alcool, ont peu accès à des soins de santé et risquent davantage de contracter le VIH⁷⁷. Les facteurs de risque sont cumulés chez les sans-abri⁷⁸. Tous ces facteurs contribuent à créer des conditions optimales pour qu'une infection tuberculeuse devienne contagieuse, et à réduire les chances d'un diagnostic précoce exact et d'un traitement efficace. Le tableau 43 indique le risque pour les personnes infectées de développer une tuberculose active dans les groupes qui sont sur-représentés dans la population carcérale*.

Tableau 43**Risque de développer une tuberculose active chez les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse, selon divers facteurs de risque**

Facteur de risque	Risque estimatif de tuberculose par rapport aux personnes sans facteur de risque connu
Personne infectée, aucun facteur de risque connu	1,0
Diabète	2,0-3,6
Insuffisance rénale chronique/ hémodialyse	10,0-25,3
Infection tuberculeuse récente (≤ 2 ans)	15,0
Séropositif pour le VIH	113,0
Sida	170,0

Source : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 2000.

* Chez la plupart des personnes qui aspirent des bacilles tuberculeux et deviennent infectées, le corps parvient à combattre les bactéries et à en arrêter la croissance. Elles n'ont pas de symptômes et ne peuvent infecter d'autres personnes, mais les bactéries restent vivantes dans le corps. C'est ce qu'on appelle une infection « latente ». Les bacilles tuberculeux peuvent devenir actifs si le système immunitaire ne parvient pas à stopper leur croissance. Cela peut se produire immédiatement ou prendre des années. La tuberculose active cause des symptômes (p. ex. toux, douleurs à la poitrine) et les victimes risquent d'en infecter d'autres. Le tableau 45 montre certains des facteurs de risque qui peuvent causer une tuberculose active chez une personne infectée de bacilles tuberculeux.

† En raison de variations dans les risques d'exposition à la tuberculose, on s'attend à ce que les différents segments de la population obtiennent des résultats de positivité différents au test cutané de dépistage de la tuberculose : les adultes non autochtones nés au Canada (10 %); les jeunes adultes autochtones nés au Canada (20 % à 30 %); les adultes qui sont nés dans un autre pays et ont vécu au moins 20 ans dans un pays où la tuberculose est endémique (50 %) ⁷¹. On s'est servi des taux ayant trait aux Autochtones et aux non-Autochtones avec les données sur l'ethnicité contenues dans le SGD pour arriver à un taux de prévalence de 13 %. Puisque la proportion de détenus nés dans des pays où la tuberculose est endémique est inconnue, on n'a pu appliquer le taux de prévalence plus élevé à ce sous-groupe.

‡ Il y a virage tuberculique lorsqu'une personne qui a obtenu un résultat négatif au dernier test cutané à la tuberculine obtient un résultat positif au test suivant. Cela signifie probablement qu'elle a contracté l'infection entre les deux tests. Ces sujets ont en moyenne un risque de 5 % de développer une tuberculose active (contagieuse) au cours des deux années suivant l'infection. Les taux sont beaucoup plus élevés chez les sujets qui sont séropositifs pour le VIH (voir le tableau 45).

Dans la population canadienne, les victimes de tuberculose proviennent, dans la majorité des cas, d'autres pays ou de collectivités autochtones⁷⁹. Comme c'est le cas dans d'autres pays, la tuberculose est plus répandue chez les sans-abri⁸⁰. La nature de la phase latente de la tuberculose est telle qu'un laps de temps considérable peut s'écouler entre le moment de l'infection et la manifestation de la tuberculose active.

Un élément important de la lutte contre la tuberculose en milieu carcéral est l'application d'un programme de dépistage à l'admission⁷⁶. Le plan de lutte antituberculeuse du SCC contient un protocole détaillé pour l'administration de tests de dépistage aux détenus et au personnel, et pour la gestion de la maladie. Un test de dépistage en deux étapes est offert à tous les détenus à leur arrivée, et ceux dont le résultat est négatif ont la possibilité de subir des tests annuels par la suite. Des mesures semblables sont offertes au personnel correctionnel. Dans la lutte contre la tuberculose, l'investigation des cas et des personnes avec lesquelles les personnes infectées sont entrées en contact est primordiale. Le mouvement des détenus, du personnel et des visiteurs fait qu'il est essentiel de collaborer activement avec les autorités de santé publique⁸¹.

Le dernier bilan du dépistage de la tuberculose dans les pénitenciers fédéraux porte sur l'année 1998⁶¹. Un rapport couvrant 1999-2000 est en voie d'élaboration. En 1998, plus de 90 % des détenus et environ le tiers seulement du personnel ont été testés. Les résultats des premiers tests ont été positifs pour 20 % des détenus et 14 % du personnel. Ce taux, en ce qui concerne les détenus, est peu surprenant, puisqu'on se serait attendu à un taux d'au moins 13 %, compte tenu des caractéristiques ethniques de la population carcérale[†].

D'après le rapport portant sur l'année 1998, il s'est produit 71 virages tuberculiques[‡] chez les détenus et 21 chez le personnel. Il se peut que le taux de virage tuberculique parmi le personnel soit inférieur au taux réel étant donné son faible taux de participation au programme de dépistage. Un noyau d'infection a été décelé dans un établissement de la région des Prairies où il s'est produit plusieurs cas de virage tuberculique chez les détenus, mais aucune source n'a été trouvée. Six cas de tuberculose active ont été signalés chez les détenus en 1998, dont les deux tiers dans la région du Québec et les autres dans la région du Pacifique.

Maladies transmises sexuellement

Le SSMI-SCC contient aussi des données sur les maladies transmissibles sexuellement (MTS). Vingt-trois cas de chlamydia et 13 de gonorrhée ont été déclarés au cours de l'année civile 2001. Dans la collectivité, les taux de ces maladies atteignent leur point culminant

au début de l'âge adulte (c'est-à-dire entre 15 et 29 ans). Il est vrai qu'un quart des détenus (28 %) appartiennent à ce groupe d'âge, mais on retrouve aussi fréquemment chez eux d'autres facteurs de risque les exposant à des MTS (p. ex. relations sexuelles non protégées, travail dans l'industrie du sexe, multiples partenaires sexuels)⁸². L'étude réalisée par Hankins *et al.*⁸² dans un établissement à sécurité moyenne pour femmes de la région du Québec a également mis en lumière la forte proportion de détenues qui avaient des antécédents de MTS : gonorrhée (32 %), verrues génitales (19 %), chlamydia (12 %), herpès (7 %), et syphilis (3 %).

À leur arrivée dans le système carcéral fédéral, les femmes peuvent, si elles le veulent, subir des tests de dépistage des MTS, et bien que les établissements pour femmes aient signalé des taux de participation élevés, on ne connaît pas la proportion des détenues qui s'y soumettent. Actuellement, de tels tests ne sont pas offerts, de façon courante, aux détenus de sexe masculin.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Dépistage, surveillance, contrôle et traitement des maladies

Les taux élevés de maladies infectieuses dans la population carcérale et les comportements à risque manifestés par les détenus comportent plusieurs défis pour le SCC et la société canadienne en général. La circulation fréquente de personnes entre les prisons et la collectivité signifie que toute propagation de maladies dans les pénitenciers augmente le fardeau et le risque de transmission dans la collectivité.

La première chose à faire pour déterminer comment le mieux réagir à un risque éventuel est de disposer d'information exacte et opportune sur la prévalence des comportements et des maladies. Les renseignements sur les comportements à risque des détenus doivent être systématiques et complets. Or, les données les plus récentes tirées du QIMV sont incomplètes, car il manque les réponses des régions où les taux d'infections virales à diffusion hémotogène sont les plus élevés, ce qui nous amène à conclure que cette source d'information sous-estime probablement les antécédents d'injection de drogues des détenus.

Au cours des dernières années, le SCC a créé le Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI) pour améliorer la qualité de l'information. Ce système jouera un rôle important dans la surveillance de l'incidence de ces maladies au SCC. Cependant, il y a une nette différence entre le dépistage et la surveillance d'une maladie. Fondamentalement, la surveillance désigne un processus continu d'évaluation des données, de détermination et d'investigation des sujets de préoccupation et d'application de mesures. En raison du mouvement fréquent de détenus à l'intérieur des régions, et moins souvent, entre les régions, le SCC devra assurer une surveillance active aux niveaux régional et national pour reconnaître promptement les tendances qui s'accroissent ou se multiplient à certains endroits. Les employés du SCC responsables de la lutte contre les maladies doivent pouvoir décrire facilement la nature de ces tendances, les investigations faites pour évaluer les éventuels secteurs problématiques et les mesures à prendre pour assurer une intervention efficace et complète. Il est nécessaire aussi de définir les rôles du SCC et des représentants du secteur de la santé publique, y compris la collaboration à assurer au niveau local, régional et national.

Virus à diffusion hémotogène

La détermination des taux d'infection par virus à diffusion hémotogène dans le SSMI dépend du nombre des détenus qui acceptent de subir des tests. Une minorité seulement de détenus se soumettent à des tests et leur nombre varie énormément entre les régions. Par conséquent, les données risquent de sous-estimer la véritable incidence des maladies. Ce qui demeure peu clair est si la prévalence de ces maladies change et, dans l'affirmative, si les changements sont dus à une plus forte prévalence de maladies existantes chez les nouveaux détenus ou à une transmission en milieu carcéral. Compte tenu de l'incidence élevée de ces maladies et des comportements à risque, il faudrait déterminer le taux de transmission dans les prisons. Cette information aiderait à prendre les décisions concernant les politiques et programmes de réduction des effets néfastes et à évaluer les interventions actuelles.

Il existe actuellement diverses mesures pour réduire le risque de transmission de ces maladies, notamment des initiatives d'éducation et de réduction des effets néfastes (p. ex. le programme de traitement d'entretien à la méthadone et la possibilité d'obtenir du chlore pour nettoyer le matériel d'injection). Il n'y a pas de programme d'échange des seringues dans les prisons. Il est établi que, dans la collectivité, les programmes d'échange de seringues aident à réduire les effets néfastes des drogues injectables⁸³⁻⁸⁵. Ces programmes font couramment partie des mesures d'hygiène publique appliquées au pays⁶². De plus en plus, ils sont implantés, sous forme de projets pilotes, dans les prisons d'autres pays dont la Suisse, l'Allemagne et l'Espagne⁸⁶⁻⁸⁹. Que l'implantation de tels programmes en milieu carcéral constitue un défi sur le plan politique est indéniable⁸⁹, mais les résultats dans ces autres pays ont été positifs. Ils ont permis de réduire de façon significative le partage de seringues sans entraîner d'augmentation de la consommation de drogues ni de l'utilisation d'aiguilles comme armes. La mise à l'essai d'un tel programme dans les prisons canadiennes a été souvent recommandée, mais aucune décision n'a encore été prise à ce sujet⁹⁰.

Le traitement du VHC et du VIH offre le potentiel de prévenir les complications à long terme et d'améliorer la qualité de vie. La gestion clinique de ces infections nécessite une surveillance et un suivi à long terme. En réponse à la publication de nouvelles lignes directrices sur le traitement du VHC, le SCC a pris des mesures pour accroître la disponibilité de ce traitement, qui coûte cher. Rien que le coût des médicaments s'élève à des milliers de dollars par patient et les régimes de traitement changent à mesure qu'on acquiert de nouvelles connaissances. Aux Services de santé du SCC, 10 250 000 \$ ont été réservés à la gestion des détenus infectés au VIH et au VHC durant l'année financière 2002-2003.

Contrairement au VHC et au VIH, on peut éviter l'infection par le VHB par l'administration d'un vaccin, et tous les détenus se voient offrir la possibilité de se faire inoculer au moment de leur admission et durant l'incarcération. La proportion de détenus qui sont protégés actuellement n'est pas connue. Il y a un important écart dans le nombre des infections en 2000 et en 2001, et il faut observer la situation pendant quelques années encore pour pouvoir évaluer les tendances. Il serait utile également de disposer de détails au sujet des cas afin de pouvoir déterminer l'efficacité des mesures de prévention.

Tuberculose

Le contrôle de la tuberculose en milieu carcéral dépend dans une large mesure de l'efficacité du programme de dépistage. Chaque année, il y a un certain nombre de virages tuberculotiques. Il s'agit typiquement de personnes qui ont été exposées à un cas de tuberculose active et qui deviennent infectées entre deux tests. Selon le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose, il y a un virage tuberculotique lorsqu'un détenu, qui a obtenu un résultat négatif au test cutané de dépistage de la tuberculose, obtient un résultat positif au test suivant, et est demeuré dans un établissement du SCC.

Il y aurait lieu aussi d'examiner le faible taux de participation du personnel du SCC au programme de dépistage. D'un point de vue individuel, il est important de savoir si l'on est infecté afin de pouvoir prendre des mesures pour réduire le risque que la tuberculose ne devienne active, ce qui pourrait compromettre la santé de la famille, des collègues et des détenus. Le SCC et Santé Canada continuent d'explorer des façons d'accroître la participation des employés au programme de prévention et de contrôle de la tuberculose, de concert avec les syndicats.

Maladies transmises sexuellement

Il semble y avoir peu de cas de MTS diagnostiqués et déclarés dans les établissements du SCC. C'est peut-être à cause d'une absence réelle de telles maladies dans la population carcérale, mais il est plus probable que ce soit le résultat d'un manque de dépistage. Les établissements du SCC devraient être encouragés à chercher des façons de convaincre les détenus de se soumettre à des tests de dépistage de MTS, à l'admission et durant leur incarcération.

Les détenus qui arrivent en prison présentent déjà un risque considérable d'infection virale à diffusion hémotogène, d'infection tuberculeuse et d'infection par des MTS. Selon les données du SSMI, les délinquantes présentent des taux d'infection au VIH et au VHB beaucoup plus élevés que les détenus de sexe masculin. Cela est confirmé par les données obtenues à l'admission, à savoir que les détenues, et surtout celles qui sont autochtones, ont des problèmes de toxicomanie beaucoup plus graves (voir la section sur la santé mentale). Une autre tendance qui va dans ce sens est l'augmentation rapide des cas de SIDA chez les Canadiennes causé par l'injection de drogues⁹¹ et les taux nettement plus élevés de VIH dans les populations autochtones⁹².

Les comportements dangereux et les autres facteurs de risque augmentent les possibilités de transmission de maladies infectieuses en prison. Cela, en plus d'être un sujet de préoccupation pour les personnes qui contractent l'infection, a pour effet d'accroître la prévalence de la maladie dans les collectivités où vont s'établir les détenus infectés une fois remis en liberté. L'incarcération fournit une occasion d'atteindre des groupes à haut risque et de fournir :

- de l'information au sujet de ces maladies et de leur prévention;
- des programmes de dépistage et des tests pour repérer les cas d'infection par des maladies infectieuses;
- un traitement s'attaquant aux causes sous-jacentes (p. ex. toxicomanie, troubles de santé mentale);
- un traitement pour la maladie infectieuse proprement dite (p. ex. tuberculose, VIH, VHB, VHC, MTS).

Le SCC a amélioré son système de déclaration des maladies infectieuses, a mis sur pied un important programme de dépistage de la tuberculose, fournit de l'information et prend des mesures pour réduire les effets néfastes des maladies et a créé des programmes de traitement des détenus atteints du VIH et du VHB. Il faut cependant s'efforcer davantage d'améliorer les systèmes de surveillance, d'accroître la participation aux programmes de dépistage, d'appliquer des mesures préventives plus complètes et d'améliorer l'information touchant la gestion des traitements et les résultats obtenus.

Ce que nous savons :

- Taux élevés de toxicomanie chez les détenus.
- Taux élevés de consommation de drogues injectables avant et pendant l'incarcération.
- Incidence élevée de comportements dangereux liés aux tatouages et aux perçages.
- Taux élevés d'infection au VHC et au VIH dans la population carcérale.
- Facteurs de risque élevés pour la manifestation de la phase active de la tuberculose.
- Faible taux de participation aux tests de dépistage des virus à diffusion hémotogène et des MTS.

Aspects dont il faut améliorer la connaissance :

- Taux réels d'infection au VHC et au VIH et taux de transmission en milieu carcéral.
- Mesure dans laquelle la tuberculose est transmise aux détenus et au personnel à l'intérieur des prisons.
- Taux d'immunisation contre le VHA et le VHB chez les détenus.
- Portée des interventions de traitement au SCC.
- Prévalence des MTS.

Incidences :

- Étendre le système de surveillance de la santé publique.
- Augmenter le nombre de sujets acceptant de subir un test de dépistage des virus à diffusion hémotogène.
- Évaluer les programmes de traitement des détenus infectés au VIH et au VHC.
- Documenter les niveaux d'immunisation en ce qui concerne l'hépatite A et l'hépatite B.
- Promouvoir le dépistage des maladies transmises sexuellement.
- Envisager d'accroître les initiatives de réduction des effets néfastes, comme des programmes de tatouage sans danger et d'échange des seringues.

Santé mentale

La santé mentale a été définie comme suit :

...une fonction mentale saine, se traduisant par des activités positives, l'établissement de liens enrichissants avec d'autres personnes et la capacité de s'adapter au changement et de faire face à l'adversité. Une bonne santé mentale est indispensable au bien-être personnel, aux relations familiales et interpersonnelles et à la contribution à la communauté ou à la société (Office of the Surgeon General, 1999)⁹³.

La présente section contient des renseignements sur les agents de stress mental, la prévalence de troubles mentaux chez les détenus et les services de santé mentale. La toxicomanie et le suicide y sont également abordés.

Santé mentale en milieu carcéral

La promotion de la santé mentale en milieu carcéral constitue tout un défi puisqu'une prison est, par définition, un environnement coercitif. Les détenus ne sont pas là de leur plein gré. Comme il est indiqué dans des sections antérieures, il existe un risque réel de violence et de mort en prison. De plus, les détenus sont séparés de tous les soutiens qu'ils avaient dans la collectivité, et notamment de leur famille et de leurs amis. Les inquiétudes qu'ils éprouvent concernant leurs demandes de libération conditionnelle ou leurs transfèrements vers d'autres établissements sont également stressantes⁴⁷. Tous ces agents de stress peuvent mettre la santé mentale à l'épreuve. Les personnes qui ont déjà des troubles de santé mentale auront généralement moins de ressources personnelles pour composer avec le stress, ce qui peut exacerber leurs troubles mentaux.

Dans le Sondage national auprès des détenus de 1995⁸, les détenus devaient indiquer si les sujets suivants étaient pour eux source de stress, notamment les relations avec les détenus, les relations avec le personnel, la libération conditionnelle, le transfèrement, la date de leur libération, la double occupation des cellules, l'approvisionnement en tabac et leur sécurité physique. Dans l'ensemble, 38 % des détenus ont déclaré qu'ils se sentaient stressés; et ceux-ci étaient proportionnellement plus nombreux dans les établissements à sécurité maximale que dans les établissements à sécurité minimale (44 % contre 25 %).

Le Sondage comportait aussi des questions sur leur état d'esprit (à savoir s'ils se sentaient désespérés, satisfaits, seuls, optimistes, déprimés, s'ennuyaient, étaient heureux, pensaient à mettre fin à leurs jours, avaient peur pour leur sécurité). Dans l'ensemble, 27 % des détenus se sentaient déprimés, le pourcentage moyen de réponses affirmatives variant entre 17 % dans les établissements à sécurité minimale et 37 % dans les établissements à sécurité maximale.

Plusieurs questions du Sondage portaient sur la sécurité personnelle. Le tableau 44 récapitule les réponses des détenus à ces questions. En général, plus le niveau de sécurité de l'établissement est élevé, plus les inquiétudes sont grandes. Par exemple, seulement 10 % des détenus des établissements à sécurité minimale avaient été agressés par un autre détenu, par opposition à 27 % de ceux qui étaient dans les établissements à sécurité maximale. Une proportion plus élevée des détenus des établissements à sécurité maximale ont également déclaré avoir été impliqués dans une dispute sérieuse (59 %) et avoir été agressés par un autre détenu avec une arme

(12 %). À l'inverse, la proportion des détenus qui se sentaient à l'abri d'une agression physique était plus faible dans les établissements à sécurité maximale que dans les établissements à sécurité minimale (47 % contre 75 %). Plus de la moitié des répondants ont déclaré que des détenus étaient victimes de discrimination de la part d'autres détenus ainsi que de membres du personnel à cause de leur race, de leur religion, de leur orientation sexuelle et/ou de la nature du crime qu'ils ont commis.

Tableau 44

Craintes pour leur sécurité personnelle, détenus de sexe masculin, 1995

Item du Sondage	Niveau de sécurité			
	Total	Minimale	Moyenne	Maximale
Déjà impliqué dans une dispute sérieuse	48 %	27 %	49 %	59 %
Agressé par un autre détenu	21 %	10 %	20 %	27 %
Agressé par un autre détenu avec une arme	7 %	1 %	7 %	12 %
Agressé sexuellement par un autre détenu dans cet établissement	3 %	1 %	3 %	3 %
A été contraint d'avoir des relations sexuelles dans cet établissement	6 %	3 %	7 %	7 %
Se sent à l'abri d'une agression physique	58 %	75 %	58 %	47 %
Détenus victimes de discrimination raciale, religieuse ou sexuelle de la part de membres du personnel	57 %	39 %	59 %	61 %
Détenus victimes de discrimination raciale, religieuse ou sexuelle de la part d'autres détenus	52 %	42 %	55 %	50 %
Détenus victimes de discrimination de la part de membres du personnel à cause de la nature de leur crime	57 %	45 %	59 %	60 %
Détenus victimes de discrimination de la part d'autres détenus à cause de la nature de leur crime	74 %	66 %	76 %	71 %
Estime que ses effets personnels sont en sécurité	56 %	73 %	53 %	53 %
Contraint par d'autres détenus à leur donner ses effets personnels	5 %	1 %	5 %	8 %
Pression exercée sur les détenus pour qu'ils introduisent de la drogue dans l'établissement	25 %	15 %	28 %	25 %
Au courant des activités de gangs à l'établissement	27 %	13 %	29 %	31 %
Agressé physiquement par un membre du personnel à l'établissement	8 %	2 %	6 %	16 %
Membres du personnel risquent d'être agressés par des détenus	14 %	7 %	13 %	19 %

*Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

Prévalence de déficiences intellectuelles

Une déficience intellectuelle a été décrite comme « un fonctionnement intellectuel général substantiellement inférieur à la moyenne, qui provoque ou auquel est associée une diminution concomitante du comportement adaptif et qui se manifeste durant la période de développement »⁹⁴. La gestion des détenus atteints d'une déficience intellectuelle pose des défis particuliers pour diverses raisons dont les suivantes : ils ont de la difficulté à comprendre les instructions des agents de correction, ils ont de la difficulté à tirer profit des programmes courants et ils risquent d'être tyrannisés par la population carcérale générale⁹⁵. Les détenus ne sont pas soumis systématiquement à des tests de dépistage des déficiences intellectuelles bien que la capacité mentale soit l'un des items de l'évaluation initiale. Comme l'indique le tableau 45, entre 1,3 % et 3,9 % des détenus de sexe masculin et entre 0,7 % et

6,5 % des détenus présentaient des déficiences au niveau de la capacité mentale. La proportion augmente en rapport direct avec le niveau de sécurité.

Tableau 45

Proportion des détenus présentant des déficiences au niveau de la capacité mentale à l'évaluation initiale, selon le sexe et le niveau de sécurité, 2002

	Hommes			Femmes		
	Minimale	Moyenne	Maximale	Minimale	Moyenne	Maximale
Capacité mentale	1,3 %	3,1 %	3,9 %	0,7 %	5,2 %	6,5 %

Source : SGD, 2002. N = 12 170 détenus; N = 347 détenues.

D'après des études réalisées au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis, entre 1 % et 2 % des détenus sont atteints d'une déficience intellectuelle⁹⁶. De plus, une forte proportion des déficients mentaux souffrent de troubles psychiatriques diagnosticables⁹⁵. Ces chiffres cadrent avec une communication de la région du Québec selon laquelle des proportions nettement plus élevées (26 %) des patients hospitalisés pour des raisons psychiatriques sont des délinquants « à fonctionnement intellectuel lent » ou « atteints de déficiences intellectuelles ».

Problèmes de santé mentale relevés à l'évaluation initiale

L'évaluation initiale comporte plusieurs items qui se rapportent à la santé mentale (tableau 46). Une forte proportion des détenus a un problème de toxicomanie, l'abus de drogue étant plus courant que l'abus d'alcool. Environ 3 % des détenus semblaient souffrir d'un trouble mental* à leur évaluation initiale, la proportion étant plus forte chez les femmes que chez les hommes. Une proportion beaucoup plus élevée (7 %) a besoin d'une attention immédiate, c.-à-d. une évaluation psychologique. Près du tiers des femmes (31 %) et 15 % des hommes ont affirmé avoir des problèmes émotionnels ou de santé mentale à leur évaluation initiale. Dans l'ensemble, 14 % des détenus avaient bénéficié d'un traitement psychiatrique ou psychologique peu de temps avant leur incarcération. Des proportions considérables des détenus des deux sexes (21 % des femmes et 14 % des hommes) avaient tenté de se suicider au cours des cinq années précédentes.

Tableau 46

Proportion des détenus chez lesquels des besoins liés à leur santé mentale ont été repérés à l'évaluation initiale, 2002

Domaine de besoins	Hommes			Femmes		
	Minimale	Moyenne	Maximale	Minimale	Moyenne	Maximale
Toxicomanie						
Abus d'alcool	34,3 %	45,8 %	42,1 %	29,3 %	49,4 %	69,6 %
Abus de drogue	36,4 %	51,2 %	51,4 %	40,1 %	67,5 %	78,3 %
Santé mentale						
Semble souffrir d'un trouble mental	1,4 %	2,9 %	3,3 %	2,5 %	4,4 %	8,6 %
Santé émotionnelle/ mentale nécessite une attention immédiate	4,4 %	7,3 %	7,6 %	6,8 %	15,4 %	17,1 %
Affirme avoir des problèmes émotionnels ou de santé mentale	11,4 %	15,7 %	13,6 %	17,8 %	40,4 %	37,1 %
Intervention ou hospitalisation récente pour un problème de santé mentale	10,6 %	14,5 %	15,3 %	12,2 %	24,7 %	19,6 %
Présente des signes de dépression/désespoir	9,0 %	9,7 %	9,4 %	8,8 %	16,2 %	2,2 %
Suicide						
A tenté de se suicider au cours des 5 dernières années	9,5 %	14,5 %	16,4 %	10,9 %	23,4 %	41,3 %
A des tendances suicidaires	3,4 %	5,2 %	5,5 %	2,7 %	5,8 %	6,5 %

Source : SGD, 2002. N = 12 170 détenus; N = 347 détenues.

* Il y a une différence entre un trouble mental qui est un dysfonctionnement des schèmes de pensée ou des émotions (c.-à-d. une maladie psychiatrique) par opposition à une déficience des capacités mentales qui est une insuffisance de la capacité d'apprendre.

Le tableau 47 présente, par groupe d'âge, les proportions des détenus de sexe masculin chez lesquels les divers indicateurs de la santé mentale intégrés dans l'évaluation initiale ont été repérés. En général, le profil des détenus plus âgés est un peu plus sain que celui des plus jeunes, leurs taux d'abus d'alcool et de drogue étant beaucoup plus faibles. Comme la détection initiale des préoccupations de santé mentale dépend de l'évaluation qu'en fait un agent à l'admission, il se peut que le sous-dépistage des troubles mentaux soit proportionnellement plus grand parmi les détenus plus âgés parce que les problèmes de santé mentale se manifestent différemment dans ce groupe d'âge (p. ex. la dépression peut être beaucoup plus difficile à déceler même pour des professionnels de la santé) et parce que les agents ont une plus grande expérience de l'évaluation des détenus plus jeunes.

Tableau 47

Proportion des détenus de sexe masculin présentant des problèmes de santé mentale à l'évaluation initiale, 2002

Domaine de besoins	Groupe d'âge		
	<50	50 à 64	65+
Toxicomanie			
Abus d'alcool	46,4 %	25,7 %	21,6 %
Abus de drogue	54,4 %	16,2 %	5,3 %
Santé mentale			
Semble souffrir d'un trouble mental	2,6 %	3,2 %	3,2 %
Santé émotionnelle/ mentale nécessite une attention immédiate	6,9 %	5,9 %	4,8 %
Affirme avoir des problèmes émotionnels ou de santé mentale	14,6 %	13,7 %	12,0 %
Intervention ou hospitalisation récente pour un problème de santé mentale	14,2 %	11,1 %	10,5 %
Présente des signes de dépression/désespoir	9,7 %	7,4 %	10,5 %
Suicide			
A tenté de se suicider au cours des 5 dernières années	14,5 %	9,3 %	9,5 %
A des tendances suicidaires	5,0 %	3,6 %	3,2 %

Source : SGD, 2002. <50 : N=8 581; 50-64 : N=831; 65+ : N=125.

Prévalence de troubles mentaux

Des études réalisées dans de nombreux pays, y compris aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, ont toutes documenté la présence d'une prévalence plus élevée de troubles mentaux dans la population carcérale par comparaison avec la population en dehors des prisons⁹⁷⁻¹⁰². D'après un résumé d'études européennes, 63 % des détenus satisfont aux critères d'un trouble

mental¹⁰³. Environ 5 % satisfont aux critères d'un trouble psychotique, 25 % ont un trouble affectif ou anxieux et 40 % ont un trouble lié à une substance. Cette constatation répétée d'une forte prévalence de troubles mentaux dans les populations carcérales a soulevé des inquiétudes au Canada et ailleurs concernant la criminalisation de personnes atteintes de troubles mentaux à la suite de la désinstitutionnalisation générale des malades mentaux chroniques^{97, 99, 104}.

Prévalence de troubles mentaux dans la population carcérale masculine

Les troubles mentaux dans la population carcérale masculine sous responsabilité fédérale au Canada ont fait l'objet de deux études de grande envergure. En 1988, le SCC a commandé une enquête transversale sur la santé mentale, qui a été réalisée sur un échantillon aléatoire de détenus de sexe masculin¹⁰⁵. Une étude plus récente a été menée en Colombie-Britannique en 1999 auprès de détenus nouvellement admis dans un établissement fédéral¹⁰⁶. Le tableau 48 récapitule les taux de prévalence* de troubles de l'Axe I, actuels et sur la vie entière, d'après ces deux études.

Tableau 48

Prévalence de certains troubles de l'Axe I, détenus de sexe masculin, 1988 et 1999

Trouble	Actuelle		Sur toute la vie	
	Enquête nationale	C.-B.	Enquête nationale	C.-B.
	1988	1999	1988	1999
Psychotique	3,6%	3,5%	7,7%	8,4%
Dépressif	5,4%	8,4%	21,5%	30,2%
Anxieux	11,8%	17,3%	44,1%	18,3%
Psychosexuel	—	—	21,1%	—
Lié à une substance	3,0%	—	40,9%	—
Alcool	0,5%	3,5%	47,2%	59,4%
Substance+Alcool	—	5,9%	—	75,7%
Organique	—	—	0,1%	—
Somatoforme	—	0%	—	1,5%
Alimentation	—	0,5%	—	1,5%
Adaptation	—	4%	—	4%

Sources : Motiuk et Porporino, 1992¹⁰⁵; Brink et al., 2001¹⁰⁶. * « Sur toute la vie » : comprend le trouble actuel. Enquête nationale : N = 1 925; C.-B. : N = 202.

Les deux études ont constaté la présence d'une forte prévalence de troubles mentaux actuels (période de référence d'un mois) et sur la vie entière. D'après l'étude de Colombie-Britannique, 84 % des détenus comptaient au moins un diagnostic, actuel ou sur leur vie entière, d'un trouble répertorié au DSM-IV, y compris d'un trouble lié à l'abus d'une substance. Les troubles liés à une substance sont très répandus dans les populations carcérales : la majorité des détenus satisfont aux critères diagnostiques de l'abus ou de la dépendance. Même si l'on exclut les troubles liés à l'abus d'une substance, il reste pas moins de 43 % des détenus qui satisfont aux critères diagnostiques d'au moins un trouble de l'Axe I sur leur vie entière. Tout comme il a été constaté dans d'autres pays, le taux de prévalence d'un trouble psychotique se situe autour de 8 % dans la population carcérale masculine. Par ailleurs, le taux de prévalence d'un trouble affectif sur toute la vie dépasse 20 % dans cette population. Les troubles de l'Axe II (troubles de la personnalité)

* Prévalence sur toute la vie : proportion chez les membres d'une population dont on sait qu'ils ont souffert d'un trouble au moins durant une partie de leur vie (Last, 1992²).

sont eux aussi très répandus dans les populations carcérales. L'enquête nationale de 1988 a révélé que 57 % des détenus souffraient d'un trouble de la personnalité antisociale. Les troubles de l'Axe II n'étaient pas indiqués dans l'étude faite en Colombie-Britannique.

La prévalence de troubles mentaux sur toute la vie chez les détenus, s'élevant à 84 % au moment de l'admission, dépasse le double du taux de 40,7 % correspondant relevé dans une étude portant sur la population masculine de la ville d'Edmonton⁹⁷. Le tableau 49 compare les deux études. Les troubles des principales catégories sont de deux à trois fois plus répandus chez les détenus.

Tableau 49

Comparaison des taux de prévalence de troubles mentaux chez les détenus et dans la collectivité, population masculine

Trouble	Détenus (à l'admission, C.-B.)	Collectivité (Edmonton)
Schizophrénie	1,5 %	0,5 %
Anxieux	18,3 %	8,7 %
Humeur	30,2 %	7,1 %
Abus d'une substance	75,7 %	32,5 %

Source : Brink et al., 2001¹⁰⁶; Bland et al., 1988⁹⁷.

L'idéal serait de comparer les résultats des deux études sur les détenus pour déterminer si la prévalence de troubles mentaux a changé au cours de la décennie qui les sépare. Bien que la prévalence de nombreux troubles mentaux soit un peu plus élevée dans l'étude de Colombie-Britannique, les méthodologies des deux études comportent d'importantes différences qui pourraient influencer l'interprétation de leurs résultats. Le tableau 50 présente les différences clés entre les méthodologies des deux études.

Par comparaison avec une étude portant sur les détenus à leur admission dans un établissement, une étude transversale comme l'enquête nationale de 1988 surreprésentera les détenus purgeant une longue peine, y compris ceux qui sont incarcérés dans des établissements psychiatriques. L'enquête de 1988 a été réalisée par des intervieweurs formés qui ont utilisé le Diagnostic Interview Schedule (DIS), alors que l'étude de 1999 a été réalisée au moyen de l'Entrevue clinique structurée du DSM-IV (SCID). Il faut normalement entre une et deux heures à un clinicien formé pour administrer le questionnaire de la SCID. Les recommandations visant l'administration de tests ont favorisé l'utilisation de la SCID, car l'on craint que le DIS ne donne pas des renseignements exacts sur la nature précise et la gravité des troubles mentaux¹⁰⁷. L'utilisation de sources auxiliaires de renseignements de même que le taux inférieur de refus de participation auraient également amélioré la validité de l'étude faite en Colombie-Britannique. Étant donné les nombreuses différences entre les deux études, il n'est pas possible d'établir si la prévalence des troubles mentaux a changé au cours de la dernière décennie. En dépit des différentes méthodes utilisées, on peut cependant faire un certain nombre d'observations.

Âge

D'après les résultats de l'enquête de 1988, la prévalence de tous les types de troubles mentaux, sauf les troubles organiques, sur toute la vie était généralement moins élevée dans le groupe des 50 ans et plus, tandis que la prévalence de troubles dépressifs, de troubles de la personnalité antisociale et de troubles liés à une substance était plus

Tableau 50

Comparaison de certaines caractéristiques de l'Enquête sur la santé mentale de 1988 et de l'étude de 1999 sur la prévalence de troubles mentaux à l'admission en Colombie-Britannique

Caractéristiques de l'étude	Enquête sur la santé mentale, 1988	Étude de prévalence, 1999	Observations
Population carcérale de référence	Population nationale	Détenus incarcérés en Colombie-Britannique	Différence qui peut être importante si les détenus incarcérés en C.-B. ne sont pas représentatifs de la population carcérale dans le reste du pays.
Échantillonnage	Échantillon transversal	Détenus à leur admission dans un établissement fédéral	L'étude transversale reflétera l'ensemble de la population carcérale. Les détenus purgeant une longue peine y seront généralement surreprésentés, de même que les détenus dans les établissements psychiatriques du SCC. La prévalence actuelle de troubles mentaux peut différer de la prévalence à l'admission si l'incarcération est thérapeutique ou si elle exacerbe le trouble. L'étude faite en C.-B. fournit des renseignements sur l'étendue des troubles mentaux à l'admission.
Outil d'entrevue	Diagnostic Interview Schedule (DIS)	Entrevue clinique structurée du DSM-IV (SCID)	La SCID est un instrument qui sonde plus en profondeur.
Renseignements supplémentaires utilisés	Aucun	Communication avant l'entrevue d'un résumé des condamnations, des traitements psychiatriques antérieurs, des problèmes de toxicomanie, des traitements de la toxicomanie, et des peines d'emprisonnement antérieures.	La disponibilité de renseignements auxiliaires améliorerait probablement la validité des évaluations.
Intervieweurs	Non-spécialistes formés	Psychiatres légistes et psychologues légistes; fidélité intercorrecteurs mesurée.	L'exécution des évaluations par des intervieweurs spécialisés en améliorerait probablement la validité.
Nombre de participants	1 925	202	Un échantillon nombreux réduira la variabilité des résultats. La petite taille de l'échantillon limite les analyses de sous-groupes.
Taux de réponse	68,5 % — variait entre 55,3 % et 76,0 % selon la région.	3 ont refusé; 2 ont été exclus pour des raisons de langue; 2 ont été auto-sélectionnés en raison d'un problème de santé mentale.	Un faible taux de réponse peut biaiser les résultats.

Sources : Motiuk et Porporino, 1992¹⁰⁵; Brink et al, 2001¹⁰⁶.

élevée chez les détenus plus jeunes. L'étude de 1999 faite en Colombie-Britannique a signalé que la prévalence de troubles mentaux actuels augmentait avec l'âge, le taux atteignant 79,5 % chez les détenus de 17 à 24 ans et 100 % chez ceux de 65 ans et plus. Cette constatation était surtout attribuable aux taux d'abus d'une substance qui augmentaient avec l'âge ainsi qu'à la petite taille de l'échantillon de détenus âgés. Il ne faut pas oublier que la comparaison porte essentiellement sur deux types de détenus âgés. Les détenus âgés visés par l'étude de Colombie-Britannique sont uniquement ceux qui venaient d'être admis dans un établissement fédéral, alors que la population de référence de l'enquête de 1988 comprenait les détenus ayant vieilli en prison à cause de la longueur de leur peine aussi bien que les détenus âgés admis depuis peu de temps.

Niveau d'instruction

L'étude de Colombie-Britannique a constaté la présence d'un rapport inverse entre le niveau d'instruction et la prévalence de troubles mentaux : 8^e année ou moins, 94 %; 12^e année ou plus, 79 %. Cet écart était surtout attribuable aux taux plus élevés de troubles liés à l'abus d'une substance chez les détenus moins instruits.

Origine ethnique

D'après les résultats de l'étude de Colombie-Britannique, les détenus autochtones étaient proportionnellement beaucoup plus nombreux que les détenus de race blanche à souffrir d'un trouble lié à l'abus d'une substance (97 % contre 79 %).

Criminalité

L'étude de Colombie-Britannique a constaté que les détenus qui avaient déjà purgé une ou plusieurs peines de ressort fédéral risquaient beaucoup plus de souffrir d'un trouble mental quelconque et affichaient des taux supérieurs de prévalence de troubles liés à l'utilisation de drogue, de troubles liés à l'alcool, de troubles anxieux et de troubles de l'humeur. D'après les résultats de l'enquête de 1988, la prévalence de nombreux troubles mentaux sur toute la vie variait selon la nature de l'infraction commise. Par exemple, les délinquants sexuels affichaient les taux de prévalence de troubles dépressifs, anxieux et psychosexuels les plus élevés, tandis que les délinquants condamnés pour vol qualifié avaient les taux de prévalence de troubles de la personnalité antisociale et de troubles liés à l'abus d'une substance les plus élevés. (Le rapport entre la consommation abusive de substances et la délinquance est examiné plus loin.)

Comorbidité

Une chose qui complique beaucoup le traitement est la présence concomitante de plus d'un trouble mental chez le même sujet. Les deux études ont constaté la présence de taux considérables de comorbidité. Par exemple, d'après l'étude de Colombie-Britannique, plus de 90 % des détenus visés par un diagnostic de trouble psychotique, anxieux ou de l'humeur étaient atteints d'au moins un autre trouble mental (tableau 51). Près de la moitié de ceux qui avaient un trouble lié à l'utilisation d'une substance souffraient également d'un autre trouble, ce qui donne à croire qu'il

faudrait tenir compte de cette comorbidité dans la conception et la mise en œuvre des programmes de traitement de la toxicomanie.

Tableau 51**Comorbidité dans la population carcérale**

Trouble mental	Nombre de troubles concomitants		
	Aucun	1-2	3 ou plus
Humeur	9,8 %	80,3 %	9,8 %
Psychotique	5,9 %	75,5 %	17,7 %
Anxieux	8,1 %	75,6 %	16,2 %
Utilisation d'une substance	54,2 %	41,8 %	4,0 %

Source : Brink et al., 2001¹⁰⁶. N=202.

Aux États-Unis, une enquête menée en 1999 auprès certaines administrations correctionnelles a révélé que, de l'avis général, la proportion des détenus souffrant de troubles mentaux avait augmenté. Cette constatation reposait notamment sur l'augmentation du nombre de détenus prenant des médicaments psychotropes, du nombre de cas traités et de consultations en santé mentale et du nombre de placements d'urgence, ainsi que sur les résultats d'évaluations psychologiques ou de santé mentale particulières¹⁰⁸. Au SCC, des données sur la consommation de médicaments psychotropes n'étaient disponibles que dans la région du Pacifique, et ce, pour la période allant de 1998 à 2001. Le pourcentage des détenus qui prenaient un ou plusieurs médicaments psychotropes n'a pas changé au cours de cette courte période (entre 6,6 % et 7,0 % des détenus prenaient au moins un médicament quelconque).

Prévalence de troubles mentaux dans la population carcérale féminine

Les études de prévalence de troubles mentaux chez les détenues sont beaucoup plus rares, mais les données disponibles laissent supposer que les taux y sont plus élevés que dans la population carcérale masculine^{95,109}. Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande a révélé que la prévalence actuelle de plusieurs types de troubles mentaux dont la schizophrénie, les troubles dépressifs majeurs et le stress post-traumatique était plus forte dans la population carcérale féminine⁹⁸. Au Royaume-Uni aussi, on a constaté que, dans la population carcérale, les taux de prévalence de schizophrénie et de névroses étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes¹⁰¹. Les taux de prévalence de troubles de la personnalité et de dépendance à l'alcool et/ou à la drogue étaient forts parmi les détenues, bien qu'inférieurs à ceux de la population carcérale masculine.

Au Canada, une étude faite en 1989 a mesuré, à l'aide de l'outil d'évaluation DIS, la prévalence de troubles mentaux chez 76 détenues de la Prison des femmes¹¹⁰. Le taux de réponse a été de 58,5 %. Le tableau 52 indique la proportion des détenues qui ont satisfait aux critères stricts de troubles mentaux répertoriés au DSM-III.

En 1992, les détenues du Centre correctionnel de Burnaby pour femmes, dont 19 % étaient sous responsabilité fédérale, ont été soumises à une évaluation de dépistage de troubles mentaux¹¹¹. Le tableau 53 récapitule la prévalence de troubles de l'Axe I. Un trouble de la personnalité antisociale a été relevé chez près de la moitié des détenues (49 %).

Tableau 52**Prévalence de troubles mentaux répertoriés au DSM-III sur toute la vie, critères stricts, Prison des femmes, 1988**

Trouble mental	%
Trouble dépressif majeur	32,9 %
Trouble de l'anxiété généralisée	19,7 %
Dysfonction psychosexuelle	34,2 %
Personnalité antisociale	36,8 %
Alcool, usage/dépendance	63,2 %
Drogue, usage/dépendance	50,0 %

Source : Blanchette, 1996¹¹⁰. N = 76.

Tableau 53**Prévalence de troubles mentaux actuels et sur toute la vie, Centre correctionnel de Burnaby pour femmes, 1992**

Trouble mental	Actuel	Sur toute la vie
Anxieuse	24 %	29 %
Bipolaire	7 %	8 %
Dépressive	20 %	32 %
Alimentation	4 %	8 %
Organique, humeur	1 %	1 %
Usage d'une substance psychoactive	67 %	87 %
Psychotique	4 %	4 %
Rythme veille-sommeil	1 %	1 %
Transsexualisme	n.d.	1 %

Source : Tien et al., 1993¹¹¹. N = 75.

Comme le DIS a été administré vers de la même époque (1988 et 1989) aux détenus des deux sexes sous responsabilité fédérale, le tableau 54 compare les résultats par sexe et selon que des critères larges ou stricts* ont été appliqués. Les taux de prévalence des troubles mentaux, à l'exception de celui du trouble de la personnalité antisociale, étaient nettement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Le taux des troubles liés à l'alcool était plus élevé chez les hommes lorsque des critères larges étaient appliqués, mais plus élevés chez les femmes lorsque les critères appliqués étaient stricts.

Les détenues ont souvent été victimes de violence physique et d'abus sexuels dans leur enfance et leur vie adulte¹¹¹. La concomitance de troubles de la personnalité, dépression, autres troubles mentaux, toxicomanie et antécédents de violence physique et d'abus sexuels pose de grands défis. L'automutilation est fréquente. Par exemple, une flambée d'automutilations s'est produite dans une unité d'un centre psychiatrique régional où, au cours d'une période de huit mois, il y a eu 82 incidents, dont la vaste majorité sont le fait de quatre femmes. L'enquête a fait ressortir le besoin d'une plus grande expertise clinique et d'un plus grand leadership en techniques cognitivo-comportementales, d'une plus grande composante intégrée pour délinquantes autochtones, d'un meilleur environnement thérapeutique et d'une approche plus multidisciplinaire¹¹². Ces changements ont été mis en œuvre, et il y a eu très peu d'automutilations depuis. La nécessité d'offrir une gamme complète de programmes, y compris des programmes spécialisés dans le domaine de la santé mentale et des programmes de réadaptation psychosociale, a été signalée durant un examen plus vaste des services¹¹³. L'importance de certaines caractéristiques organisationnelles, dont la création d'équipes multidisciplinaires, la permanence du personnel et l'aménagement du cadre physique, y est soulignée.

* Critères larges : on ne tient pas compte des exclusions diagnostiques; Critères stricts : prise en compte des graves symptômes et des exclusions.

Tableau 54

Comparaison de la prévalence de troubles mentaux mesurés par le DIS dans la population carcérale masculine et féminine

Trouble	DIS, critères larges		Trouble	DIS, critères stricts	
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes
Schizophrénie	4,9%	13,0%	Dépressif majeur	13,6%	32,9%
Bipolaire	3,6%	7,8%	TAG*	31,9%	19,7%
Dépressif	21,4%	49,4%	Dysfonction psychosexuelle	19,6%	34,2%
Alcool	70,1%	62,3%	Personnalité antisociale	57,2%	36,8%
Drogue	53,7%	57,1%	Alcool, usage/dépendance	47,4%	63,2%
Phobie	28,3%	62,3%	Drogue, usage/dépendance	41,6%	50,0%
TAG*	46,7%	55,8%			
Panique	3,7%	13,0%			
Personnalité antisociale	75,4%	59,7%			

Sources : Motiuk et Porporino, 1992¹⁰⁵; Blanchette, 1996¹¹⁰.* TAG : troubles de l'anxiété généralisée. N = 1 925 détenus; N = 76 détenues.

Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Ces troubles incluent le syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool (SIFA) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF). Ils sont causés par la consommation d'alcool par des mères enceintes et sont plus fréquents dans les populations autochtones. Les jeunes qui en souffrent semblent avoir plus souvent des démêlés avec le système de justice¹¹⁴. En Colombie-Britannique, on a constaté que parmi les jeunes soumis à une évaluation psychiatrique judiciaire en milieu hospitalier, 1 % souffrait du SIFA et 22 %, d'EAF. Il est probable que le pourcentage soit similaire chez les détenus adultes sous responsabilité fédérale, mais on ne dispose pas de données directes à ce sujet. Le Centre de recherche en toxicomanie du SCC a dressé un plan de recherche pour évaluer la prévalence de ces troubles chez les détenus et pour déterminer s'il est nécessaire de modifier les programmes actuels.

Trouble de l'identité sexuelle

Les personnes atteintes de ce trouble souffrent continuellement d'une forte identification sexuelle inversée et acceptent mal le sexe qui leur a été attribué. Le nombre de détenus transsexuels préopératoires manifestant ce trouble va de 10 à 16, dont un ou deux demanderont une réassignation sexuelle chirurgicale. À cause du nombre restreint de psychiatres ayant l'expertise nécessaire, il est plus difficile de faire faire les évaluations psychiatriques spécialisées dont ont besoin ces détenus.

Services de santé mentale

Les soins de santé mentale dans les établissements correctionnels visent trois objectifs principaux¹¹⁵ :

- Réduire les effets invalidants de maladies mentales graves et ainsi maximiser la capacité de chaque détenu de participer à des programmes correctionnels;
- Réduire les états extrêmes évitables de la souffrance humaine causée par la maladie mentale;
- Aider à assurer la sécurité du personnel, des détenus, des bénévoles et des visiteurs dans les établissements carcéraux.

Un trouble mental ne constitue pas en soi un prédicteur de comportement criminel. Selon une méta-analyse de 64 études de la récidive portant sur plus de 15 000 détenus atteints d'un trouble mental, le risque de récidive avec violence est moins élevé chez les détenus souffrant d'un trouble mental¹¹⁶. La relation entre les variables cliniques (p. ex. la durée de l'hospitalisation, le type de trouble mental) et la récidive avec violence était très faible, alors que certains facteurs relevés chez des détenus sans trouble mental comme les antécédents criminels, le chômage et les problèmes

familiaux étaient de puissants prédicteurs de récidive violente. De même, une étude de petite envergure portant sur des détenus du SCC a révélé qu'un groupe de détenus répondant aux critères diagnostiques de la psychose risquaient moins de récidiver que les sujets témoins sans trouble mental, mais avaient moins de chances d'obtenir une libération conditionnelle totale et, lorsqu'ils l'obtenaient, risquaient davantage de la voir révoquée¹¹⁷.

Le traitement des troubles mentaux et le traitement correctionnel n'ont pas le même but. Le premier soigne le trouble mental du sujet et, par ce moyen, améliore sa capacité de fonctionner. Le traitement correctionnel, pour sa part, vise à réduire le risque de récidive en ciblant des facteurs criminogènes, par exemple la fréquentation de délinquants, les attitudes antisociales et le comportement criminel¹¹⁸. Les détenus qui se font traiter pour un trouble mental et fonctionnent mieux en conséquence devraient pouvoir tirer davantage profit des programmes correctionnels — un fait qui est reconnu dans la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Ces détenus ont donc besoin de deux types de traitement : de traitements ciblant leurs besoins criminogènes et de soins de santé mentale¹¹⁹.

Comme il est précisé plus haut dans la présente section, les troubles mentaux dont souffrent les détenus varient beaucoup. La plupart ont de longs antécédents de difficultés liées à la fois à un trouble mental primaire et à un comportement antisocial. Dans beaucoup de cas, cela comprend de graves déficits affectifs et cognitifs ainsi qu'un manque d'habiletés psychosociales, aggravés souvent par de nombreuses années d'abus de substances¹¹⁹. La recherche sur l'efficacité des thérapies est mince. Les données les plus pertinentes viennent de la documentation confirmant l'efficacité des traitements chez les personnes atteintes d'un trouble mental majeur, des programmes de réadaptation qui permettent de réduire la récidive chez les détenus non atteints de troubles mentaux, et des programmes thérapeutiques de psychiatrie légale offerts dans la collectivité¹¹⁹.

Les principaux éléments des services de santé mentale en milieu carcéral sont notamment l'identification des détenus atteints de troubles mentaux, leur traitement et la planification de leur départ de l'établissement spécialisé⁹⁵. Il a été recommandé qu'un continuum de soins de santé mentale dans les établissements correctionnels comporte les éléments suivants : intervention en situation de crise, programme de soins aigus, programme de soins chroniques et/ou unité pour détenus ayant des besoins spéciaux, soins ambulatoires, services de consultation, et planification du départ ou transfèrement des patients¹²⁰.

Les données du SGD sur les détenus admis dans un établissement fédéral entre février 1999 et février 2002 révèlent qu'au cours de cette période, un besoin en « santé mentale » a été relevé chez 11,9 % des hommes et 20,5 % des femmes. Ces détenus pourront subir une évaluation psychologique plus poussée à la demande de l'infirmière chargée d'établir leur bilan de santé au cours de leurs deux premières semaines d'incarcération.

On ignore dans quelle mesure ces processus de dépistage réussissent à repérer les personnes qui souffrent d'un trouble mental. Les troubles non traités réduisent la capacité des détenus de participer à des programmes de réinsertion sociale et de bien fonctionner au sein de la population carcérale. Selon des études menées dans d'autres systèmes correctionnels, les taux de dépistage de troubles mentaux à l'évaluation initiale des détenus dans les prisons risquent d'être faibles et seule une minorité des détenus atteints d'une psychose aiguë ou d'autres troubles (p. ex. de troubles affectifs et anxieux) sont repérés en milieu carcéral¹⁰³. Lors de l'étude menée en Colombie-Britannique sur la prévalence de troubles mentaux chez les détenus à leur admission, on a constaté que même après avoir exclu les troubles liés à l'abus d'une substance, le taux de prévalence d'un trouble de l'axe I recensé au DSM-IV, actuel ou sur toute la vie, atteignait 43 % dans cette population¹⁰⁶. Établi à partir de données tirées de cette étude et basé sur l'admission de 7 310 hommes dans les pénitenciers fédéraux en 2000-2001, le tableau 55 montre le nombre prévu de détenus de sexe masculin atteints d'un trouble mental qui ont été admis dans les pénitenciers fédéraux en 2000-2001. Par exemple, au moment de leur admission, 256 détenus auraient satisfait aux critères diagnostiques de la schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et 366 autres détenus auraient des antécédents de ces maladies.

Tableau 55

Nombre annuel prévu de détenus de sexe masculin atteints d'un trouble mental ou ayant des antécédents de troubles mentaux à leur admission

Trouble mental	Atteints actuellement	Antécédents sur toute la vie
Humeur	614	1 594
Psychotique	256	366
Anxieux	1 265	73
Abus d'une substance	431	5 102
Adaptation	292	—

Nota : Il se peut qu'un détenu soit atteint de plus d'un trouble mental.

Bien qu'un certain comptage en double soit inévitable à cause de comorbidités, le nombre de personnes ayant besoin d'une évaluation, d'un plan de traitement et d'un suivi est considérable. Actuellement, l'évaluation psychologique des détenus qui sont aiguillés vers le service de psychologie varie quant à sa portée, mais elle est généralement très centrée sur le risque immédiat, le besoin de médicaments ou le besoin d'orienter le détenu vers un centre psychiatrique où il sera hospitalisé.

En plus de soumettre des détenus à une évaluation en profondeur à leur admission, les psychologues passent une bonne partie de leur temps à faire des évaluations du risque. Une telle évaluation est généralement faite avant la tenue de l'audience de libération conditionnelle ou avant la modification de la cote de sécurité du détenu. Elle porte principalement sur le risque de récidive, mais contient

habituellement des observations sur la présence d'un trouble mental aigu.

Les psychologues font aussi des évaluations du traitement (après que le détenu a terminé son traitement psychologique) ainsi que des évaluations cliniques ou de la santé mentale. Ces dernières évaluations sont généralement courtes et visent à aider le détenu à faire face à sa situation (adaptation). Dans les pénitenciers, les psychologues assurent une thérapie individuelle lorsque c'est nécessaire et lorsqu'ils ont le temps de le faire.

Services de santé mentale avec hospitalisation

On trouve dans chacune des régions un centre de traitement avec hospitalisation. Le tableau 56 montre le nombre d'admissions aux établissements psychiatriques, le nombre de départs ainsi que la durée moyenne des séjours.

Tableau 56

Nombre annuel d'admissions et de départs et durée moyenne des séjours, patients psychiatriques hospitalisés, par région

Région	Année	Admissions	Départs	DMS
Pacifique	1998-1999	209	222	227
	1999-2000	216	216	179
	2000-2001	185	190	232
Prairies*	1998-1999	322	227	-
	1999-2000	345	354	179
	2000-2001	293	281	221
Ontario	1998-1999	297	304	121
	1999-2000	243	250	124
	2000-2001	213	221	175
Québec†	2001-2002	144	134	-
	Atlantique	1998-1999	68	68
1999-2000		55	62	132
2000-2001		67	69	147

*Une petite proportion des patients de la région des Prairies vient du système judiciaire provincial. Les statistiques de la région comprennent également un petit nombre de patients non psychiatriques, car la région ne possède pas d'unité médicale pour malades hospitalisés. †Comme la région du Québec est en train d'implanter un nouveau système d'information, seules les données de 2001-2002 étaient disponibles. Source : Services de santé régionaux, 2002.

Bien que ces chiffres ne portent que sur trois ans, il semble que la durée moyenne des séjours ait augmenté dans toutes les régions et que le nombre d'admissions ait diminué légèrement. En 2000-2001, la durée moyenne des séjours a varié entre 147 et 232 jours (soit entre 21 et 33 semaines), ce qui reflète la nature chronique et grave des troubles mentaux dont sont atteints ces détenus.

Diagnostiques au départ des patients des établissements psychiatriques

Les diagnostics au départ des patients des établissements psychiatriques sont disponibles par catégorie du DSM-IV. Le tableau 57 répartit les types de troubles mentaux par région. Les troubles psychotiques, affectifs et, dans certains établissements, sexuels prédominent. La possibilité de comparer les régions est limitée par des différences dans les pratiques d'enregistrement des diagnostics et l'existence de programmes précis. Par exemple, dans la région de l'Atlantique, les troubles sexuels ne sont pas traités au centre psychiatrique. Il se peut aussi que des variations dans l'application ou la notation des critères diagnostiques aient influencé la répartition des diagnostics. Par exemple, dans certaines régions, un seul diagnostic est noté (de l'axe I ou l'axe II), alors que dans d'autres, un diagnostic des deux axes est noté s'il y a lieu.

Tableau 57**Répartition des troubles de l'Axe I chez les patients psychiatriques hospitalisés, par région, 2000-2001**

Troubles*	Pacifique N=190	Prairies N=281	Ontario N=221	Québec† N=134	Atlantique N=69
Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance ou l'adolescence	0 %	2 %	6 %	0 %	2 %
Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Troubles mentaux dus à une affection médicale générale non classée ailleurs	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Troubles liés à une substance‡	6 %	57 %	6 %	23 %	27 %
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	22 %	16 %	35 %	50 %	20 %
Troubles de l'humeur	12 %	12 %	13 %	12 %	37 %
Troubles anxieux	0 %	3 %	3 %	0 %	15 %
Troubles somatoformes	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %
Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle	20 %	6 %	28 %	0 %	0 %
Troubles de l'adaptation	11 %	1 %	8 %	12 %	0 %
Problèmes liés à l'abus ou à la négligence	19 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Problème relationnel, deuil, simulation	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Comportement antisocial de l'adulte	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %

*Cas où un diagnostic de l'Axe I est porté. †Les données de la région du Québec portent sur 2001-2002. ‡Comprend les troubles psychotiques induits par des drogues.

Nota : les différences entre les régions peuvent être dues à des différences dans la disponibilité des programmes ou dans la façon de porter et de noter les diagnostics.

Source : Services de santé régionaux, 2002.

Tableau 58**Troubles de la personnalité des patients psychiatriques hospitalisés**

Trouble	Pacifique	Prairies	Ontario	Québec	Atlantique
% des patients atteints d'un trouble de la personnalité	—	60%	—	77%	33%
Répartition des types de troubles de la personnalité					
Paranoïaque	0,0 %	2,5 %	0,0 %	1 %	0 %
Schizoïde/ schizotypique	0,0 %	0,6 %	3,3 %	7 %	4 %
Antisociale	65,4 %	82,0 %	36,7 %	39 %	39 %
Histrionique	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0 %	0 %
Narcissique	5,1 %	0,6 %	0,0 %	8 %	0 %
Limite	7,7 %	6,2 %	0,0 %	35 %	22 %
Autres	21,8 %	7,5 %	60,0 %	10 %	35 %

Nota : Certaines régions (Pacifique et Ontario) notent uniquement le diagnostic primaire, alors que d'autres notent un diagnostic des deux axes. Les différences entre les régions peuvent être attribuées à des différences dans la façon de porter et de noter les diagnostics. Source : Services de santé régionaux, 2002.

Le tableau 58 répartit les troubles de la personnalité diagnostiqués chez les patients psychiatriques hospitalisés*. Le trouble de la personnalité le plus courant est celui de la personnalité antisociale.

Dans le tableau 59, les données sur les diagnostics et les admissions d'une période antérieure, soit de 1981-1982 à 1985-1986¹²¹, ont été comparées avec celles de 2000-2001. Comme les données historiques portent uniquement sur le diagnostic primaire, les données des régions de l'Ontario et du Pacifique ont été utilisées pour comparaison. Dans les années 1980, le diagnostic le plus courant était un trouble de la personnalité (50 %). Un trouble psychotique a été diagnostiqué chez environ 20 % des patients qui ont obtenu leur congé des établissements psychiatriques à cette époque, soit à peu près le même pourcentage qu'aujourd'hui. Les troubles sexuels constituaient environ 5 % des diagnostics en général, ce qui est beaucoup moins qu'aujourd'hui. Le nombre d'admissions pour 1 000 détenus est similaire au cours des deux périodes de référence.

Il est difficile de tirer des conclusions des données comparées, à l'exception d'une augmentation du taux de diagnostics de trouble sexuel. Le nombre d'admissions est semblable, mais il peut être déterminé par divers facteurs, y compris la disponibilité de lits, les pratiques cliniques, la durée des séjours et les programmes spécialisés offerts. Les critères diagnostiques utilisés peuvent varier eux aussi, de même que leur application. Même lorsque les critères diagnostiques et leur application sont uniformes, cela ne veut pas

nécessairement dire qu'il n'y a pas eu de changement dans la gravité des conditions (c'est-à-dire que les symptômes ne sont pas aussi graves chez tous les patients schizophrènes). Aucun renseignement n'est disponible sur la gravité du trouble dont le patient est atteint.

Tableau 59**Comparaison du nombre d'admissions de patients psychiatriques et des diagnostics à leur départ, 1981-1982 à 1985-1986 et 2000-2001**

	1981-82 à 1985-86	2000-2001
Admissions/1 000 détenus	57 à 70	69
Trouble de la personnalité *	50 %	26 à 46 %
Trouble psychotique*	20 %	9,5 à 23,5 %
Trouble sexuel*	~5 %	9,5 à 17 %

*Diagnostic primaire : régions de l'Ontario et du Pacifique.

Source : Services médicaux et de santé, 1990; Services de santé régionaux, 2002.

Programmes de traitement avec hospitalisation

Les centres régionaux de traitement psychiatrique offrent une gamme de programmes de traitement avec hospitalisation, y compris l'évaluation et la stabilisation de détenus atteints de troubles aigus (p. ex. les détenus psychotiques et suicidaires) ainsi que le rétablissement de détenus atteints d'affections chroniques (p. ex. les détenus qui sont atteints d'une maladie mentale chronique majeure et sont incapables de vivre convenablement en dehors d'un milieu

* Comme les diagnostics ne sont pas notés de la même façon dans toutes les régions, la répartition des troubles de la personnalité porte sur tous les détenus ayant fait l'objet d'un diagnostic de l'Axe II (Prairies, Québec et Atlantique) plutôt que sur seulement ceux dont le diagnostic primaire est un diagnostic de l'Axe II (Pacifique et Ontario).

clinique). Plusieurs centres offrent aussi des programmes de traitement avec hospitalisation pour délinquants sexuels et délinquants violents. Une description plus détaillée des programmes qu'offrent les centres et de leur capacité d'accueil est présentée à l'annexe 4.

Usage d'alcool et de drogue

Prévalence de l'abus

Un besoin de traitement pour un trouble lié à l'usage d'alcool et/ou de drogue est repéré chez environ 70 % des détenus à l'admission. Dans le cadre de leur évaluation initiale, les détenus sont priés de remplir le Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) qui contient une série d'échelles sur la consommation d'alcool et de drogue.

Le tableau 60 indique le nombre de détenus admis dans les pénitenciers fédéraux en 2001-2002 dont les résultats au QIMV sont connus*. Le taux de couverture varie beaucoup selon l'origine ethnique et le sexe. Comme nous ne disposons de données que sur une minorité des détenues, leurs résultats doivent être interprétés avec circonspection.

Tableau 60

Nombre de répondants au QIMV, 2001-2002

	Hommes		Femmes	
	Nombre	% du total	Nombre	% du total
Autochtones	662	90,8%	24	47,1%
Non-Autochtones	2 357	69,9%	35	21,6%

Source : SGD, 2002.

Comme le fait voir la figure 19, une proportion considérable des détenus ont des problèmes liés à l'alcool. Parmi les détenus autochtones de sexe masculin, 42 % ont soit de « nombreux » problèmes ou « plusieurs » problèmes liés à l'alcool, tandis que 25 % des détenus non autochtones de sexe masculin se rangent dans ces catégories, de même que 38 % et 23 % des détenues autochtones et non autochtones respectivement.

Une dépendance moyenne, importante ou grave à l'alcool a été relevée chez 38 % des détenus autochtones de sexe masculin et 16 % des non autochtones (figure 20). Chez les femmes, une telle dépendance à l'alcool a été relevée chez 29 % des détenues autochtones et 20 % des détenues non autochtones.

Les taux d'abus de drogue sont plus élevés : environ le quart des femmes qui ont répondu au QIMV manifestaient un niveau grave d'abus de drogue (figure 21). La majorité des détenues (71 % des détenues autochtones et 66 % des détenues non autochtones) présentaient un niveau modéré, important ou grave d'abus de drogue. Les taux correspondants étaient moins élevés chez les hommes : 44 % des détenus autochtones de sexe masculin et 42 % des non autochtones manifestaient un tel niveau d'abus de drogue.

* Au départ, des données ont été extraites sur les détenus admis dans les pénitenciers fédéraux entre avril 1997 et avril 2002. Malheureusement, le SGD ne contenait les résultats au QIMV que du tiers d'entre eux environ (moins de 20 % des détenues autochtones et moins de 10 % des détenues non autochtones). Le taux de couverture était bien meilleur en 2001-2002. Un des projets qu'a entrepris le nouveau Centre de recherche en toxicomanie est le perfectionnement du QIMV en vue d'en améliorer l'administration et le système de gestion de données¹²².

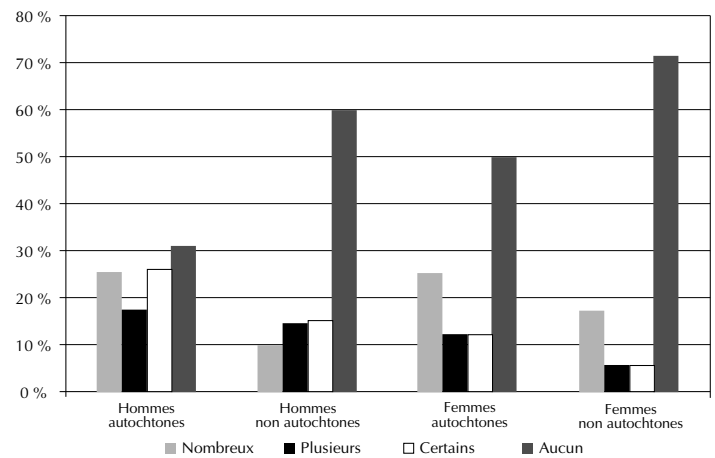


Figure 19 : Ampleur des problèmes liés à l'alcool.

Source : QIMV, 2001-2002. Nota : Moins de 50 % des détenues sont incluses.

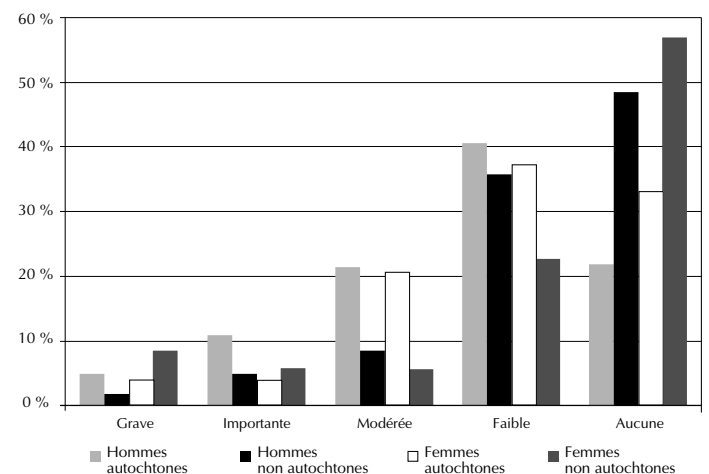


Figure 20 : Gravité de la dépendance à l'alcool.

Source : QIMV, 2001-2002. Nota : Moins de 50 % des détenues sont incluses.

La figure 22 montre que chez la majorité des répondants au QIMV, l'alcool et/ou la drogue ont joué un rôle dans le crime à l'origine de leur peine.

Étant donné ces résultats, il n'est pas étonnant que la majorité des détenus aient besoin d'une forme quelconque de traitement de la toxicomanie. Comme l'indique la figure 23, entre 30 % et 50 % des détenus ont besoin d'un traitement intensif selon les résultats de leur évaluation initiale.

Les données les plus complètes sur les résultats au QIMV portent sur les années 1993 à 1995¹²³. La fréquence de la consommation de substances au cours des six mois précédant l'arrestation est indiquée au tableau 61. Pendant cette période, près de 40 % des détenus ont pris de l'alcool et/ou de la drogue pratiquement tous les jours.

Chez la moitié des détenus qui ont répondu au QIMV, la consommation d'alcool et/ou de drogue était liée à la perpétration de leurs crimes. Un peu plus des trois quarts d'entre eux ont déclaré qu'ils n'auraient pas commis ces crimes s'ils avaient été sobres.

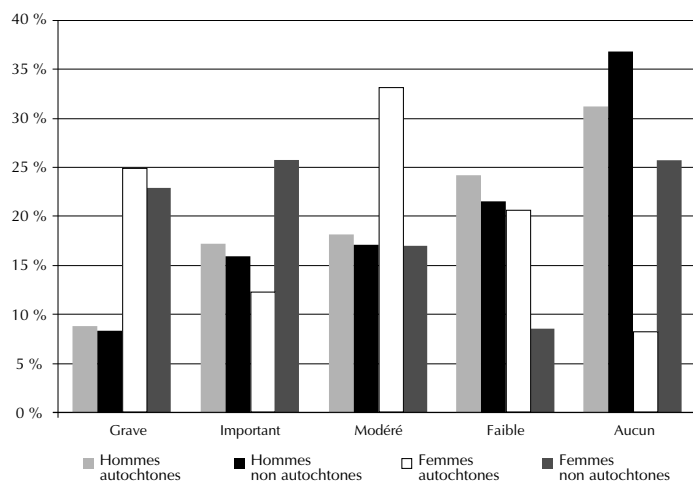


Figure 21 : Niveau d'abus de drogue.
Source : QIMV, 2001-2002. Nota : Moins de 50 % des détenues sont incluses.

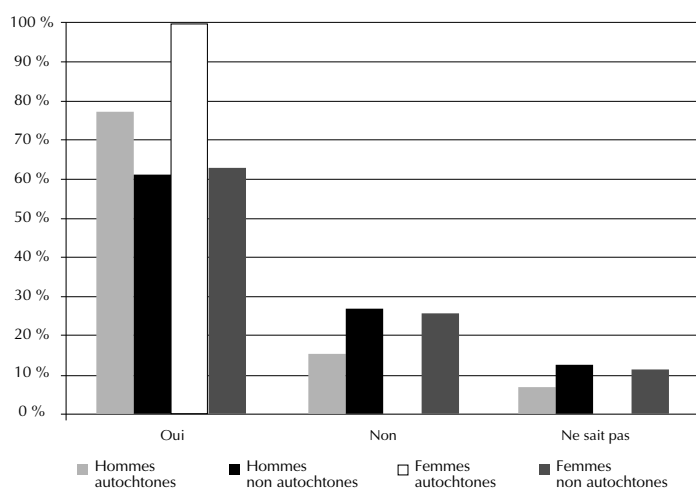


Figure 22 : Alcool et/ou drogue ont joué un rôle dans le crime à l'origine de la peine.
Source : QIMV, 2001-2002. Nota : Moins de 50 % des détenues sont incluses.

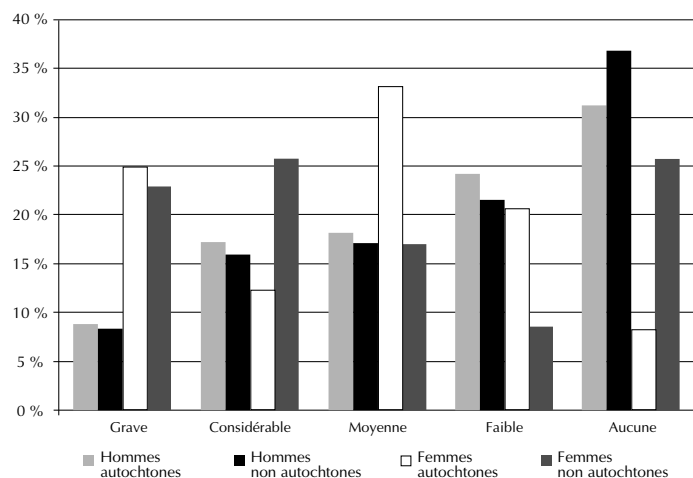


Figure 23 : Intensité du traitement de la toxicomanie requis.
Source : QIMV, 2001-2002. Nota : Moins de 50 % des détenues sont incluses.

Tableau 61

Fréquence de la consommation de substances psychoactives au cours des 6 mois précédant l'arrestation, 1993-1995, QIMV

Substance psychoactive	Chaque jour ou presque	Au moins 1 fois par semaine
Alcool	13,3 %	44,4 %
Drogues + alcool	5,7 %	18,1 %
Drogues	19,1 %	33,7 %
Cannabis	10,8 %	24,5 %
Cocaïne	9,0 %	17,9 %
Héroïne	2,7 %	4,2 %
Tranquillisants	2,1 %	6,4 %

Source : Brochu et al., 2001¹²³.

Après avoir corrigé les chiffres pour tenir compte des crimes rattachés à l'acquisition de drogues, les auteurs estiment que 44 % des crimes commis étaient liés soit à la consommation d'une substance psychoactive ou à la dépendance à une telle substance.

La toxicomanie et les femmes

Chez les femmes, l'abus de substances ne se produit pas isolément. Les tableaux 62 et 63 récapitulent plusieurs différences entre les détenues selon qu'elles ont des antécédents de toxicomanie ou non¹²³. Sur tous les plans, les femmes qui ont des antécédents de toxicomanie sont beaucoup plus susceptibles de présenter d'autres besoins ou facteurs de risque.

Tableau 62

Caractéristiques des détenues toxicomanes et non toxicomanes

Caractéristiques	Toxicomanes	Non toxicomanes
Âge moyen	32,7 ans	34,9 ans
Niveau de sécurité (moyenne+max.)	68 %	40 %
Faible risque de récidive	28 %	60 %
Antécédents, tribunal de la jeunesse	39 %	8 %
Antécédents, tribunal pour adultes	78 %	41 %
Antécédents d'isolement disciplinaire	22 %	5 %
Antécédents d'évasion/IL*	19 %	4 %
Manquement aux conditions de la libération conditionnelle	29 %	10 %

Source : Dowden et Blanchette, 1999¹²⁴. N = 251. *IL = illégalement en liberté

Tableau 63

Comparaison de divers indicateurs de besoin, détenues toxicomanes et non toxicomanes

Indicateurs de besoins	Toxicomanes	Non toxicomanes
Se tient avec des toxicomanes	85 %	28 %
Mode de vie criminogène	39 %	12 %
Niveau de scolarité inférieur à une 10 ^e année	55 %	29 %
Sans emploi à 90 % ou plus	58 %	27 %
Actuellement célibataire	28 %	6 %
Attitude négative face à la loi	24 %	4 %
Changements fréquents de logement	55 %	25 %
Problème de contrôle du stress	70 %	43 %
Faible tolérance aux frustrations	44 %	19 %

Source : Dowden et Blanchette, 1999¹²⁴. N=251.

Les détenues autochtones sont surreprésentées dans le groupe des toxicomanes : 93 % ont été classées dans ce groupe par opposition à 29 % des non-Autochtones. Les détenues toxicomanes présentaient généralement un plus grand risque de récidive criminelle selon leur évaluation et étaient plus souvent classées au niveau de

sécurité moyenne ou maximale. De plus, elles comptaient généralement beaucoup plus de comparutions antérieures devant les tribunaux et plus de fautes dans leurs antécédents carcéraux (p. ex. placement en isolement, évasion, manquement aux conditions de la libération conditionnelle). À l'admission, elles étaient proportionnellement beaucoup plus nombreuses à manifester des besoins dans d'autres domaines dont les suivants : fréquentations, attitude générale, emploi, et relations conjugales et familiales (tableau 63).

Consommation de drogue en prison

Chaque mois, 5 % des détenus sont sélectionnés au hasard pour fournir des échantillons d'urine dans le cadre du programme de contrôle, et les résultats de ces analyses renseignent sur la consommation de drogue¹²⁴. Au Sondage national auprès des détenus de 1995, les détenus devaient indiquer quel effet le programme d'analyse d'urine avait, à leur avis, sur la consommation de drogue parmi les détenus de leur établissement. À cette époque, un peu plus de la moitié des détenus ont déclaré que le programme n'avait aucun effet (tableau 64).

Tableau 64

Effet du programme d'analyse d'urine sur la consommation de drogue d'après les détenus de sexe masculin, 1995

Effet	Niveau de sécurité		
	Minimale	Moyenne	Maximale
Aucun effet	55 %	59 %	62 %
Légère baisse de la consommation de drogue	32 %	33 %	24 %
Baisse importante de la consommation de drogue	13 %	8 %	14 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

Le taux de résultats positifs aux analyses d'urine a augmenté légèrement entre 1996 et 2000, passant de 11,2 % à 13,5 %, puis il a baissé à 11,1 % en 2001. Les détenus peuvent refuser de fournir un échantillon d'urine, mais ce refus est traité comme une infraction à la discipline. Le taux de refus a augmenté, passant de 9 % en 1996 à 14 % en 2000. Les taux de résultats positifs et de refus varient selon la région et le niveau de sécurité. C'est la région de l'Atlantique qui affiche les taux de résultats positifs et de refus les plus élevés (16 %, 19 %), et la région des Prairies qui affiche les taux les plus faibles (9 %, 6 %). Les établissements à sécurité minimale ont le taux de résultats positifs le plus élevé (14 %), alors que les établissements à sécurité maximale ont le plus faible (7 %). À l'inverse, les établissements à sécurité maximale ont le taux de refus le plus élevé (29 %), et les établissements à sécurité minimale le plus faible (2 %).

Le cannabis est la drogue la plus souvent décelée dans les échantillons d'urine, mais c'est aussi l'une des drogues les plus faciles à déceler à cause de la longue demi-vie biologique de ses métabolites. Comme les métabolites du cannabis peuvent être décelés pendant une période beaucoup plus longue après la consommation, on craint que les détenus ne passent à une drogue plus difficile à déceler. Or, puisque bon nombre de ces drogues sont injectées, l'accroissement de leur consommation pourrait avoir pour corollaire la propagation de virus à diffusion hématogène (VHB, VHC, VIH). À la section du présent rapport consacrée aux maladies infectieuses sont présentées les données de 1995 selon lesquelles 11 % des détenus de sexe

masculin ont déclaré qu'ils s'étaient injecté de la drogue à l'établissement où ils se trouvaient à l'époque. D'après les résultats des analyses d'urine effectuées de 1996 à 2000, la consommation de cannabis n'a pas diminué et celle d'opiacés et de cocaïne n'a pas augmenté, mais le taux croissant de refus pourrait cacher une telle augmentation. Le tableau 65 indique la proportion de résultats positifs par type de drogue. Les résultats positifs attribuables à la consommation légitime de médicaments prescrits par un médecin sont exclus.

Tableau 65

Pourcentage de résultats positifs aux analyses d'urine selon le type de drogue, 1996-2001

Drogue	Résultats positifs en %
Cannabis (THC)	10,86 %
Benzodiazépines	1,38 %
Opiacés	1,28 %
Cocaïne	0,24 %
PCP	0,23 %
Prozac	0,08 %
Ritaline	0,04 %
Amphétamines	0,02 %
Alcool	0,02 %

Source : MacPherson, 2001¹²⁵. Échantillons d'urine prélevés au hasard, N=28 980.

Programmes de traitement de la toxicomanie

Le SCC offre plusieurs programmes de traitement au nombre considérable de délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie. Comme l'exige la loi, le Service fournit aux délinquants un niveau de traitement qui correspond aux normes appliquées dans la collectivité.

Trois programmes destinés aux délinquants - Le *Programme prélibératoire pour toxicomanes*, le programme *Choix* et le *Programme de traitement pour délinquants toxicomanes purgeant une peine de longue durée*¹²⁶ - ont été accrédités par un groupe d'experts internationaux en 1998. On met actuellement au point des programmes en réponse aux besoins spéciaux des délinquantes et des délinquants autochtones.

Pour les détenus qui veulent éviter de consommer de l'alcool et des drogues, le SCC a mis sur pied des *Unités de soutien intensif*¹²⁷ dans tous les établissements à niveau de sécurité maximale, moyenne et minimale où sont incarcérés des détenus de sexe masculin. Ces unités offrent un hébergement dans un milieu davantage structuré, où les fouilles et les analyses de dépistage de drogues sont plus fréquentes, afin de renforcer les efforts faits par le détenu pour se défaire de sa toxicomanie. On prévoit de créer des unités semblables dans tous les établissements pour femmes en 2002-2003.

En 2001, le SCC a mis à l'essai le nouveau *Programme intensif de traitement de la toxicomanie*¹²⁸ pour les délinquants sous responsabilité fédérale ayant les pires problèmes de toxicomanie. Créé par une équipe d'experts de la toxicomanie des régions du SCC, le programme est censé être mis en œuvre à l'échelle nationale en 2002-2003.

Usage de drogues injectables et dépendance aux opiacés

En partageant des seringues pour s'injecter de la drogue, les toxicomanes s'exposent à un risque élevé d'infection virale à diffusion hématogène. D'autres sections du présent rapport ont signalé la

forte proportion des détenus qui ont consommé des drogues injectables avant d'être incarcérés (18 %) et la proportion de ceux qui en ont consommé en prison (9 %). D'après les réponses au QIMV de 1993 à 1995, 2,7 % des détenus ont déclaré avoir pris de l'héroïne pratiquement tous les jours avant leur arrestation et 4,2 % ont dit qu'ils en prenaient au moins une fois par semaine¹²³. On a décelé la présence d'opiacés dans 1,28 % des échantillons d'urine analysés au cours des six dernières années, mais il se peut que le nombre croissant de refus de remettre des échantillons cache un usage plus répandu d'opiacés.

Le traitement d'entretien à la méthadone élimine les symptômes de sevrage et aide à réduire l'état de manque chez les personnes ayant une dépendance aux opiacés¹²⁹. De plus, la méthadone ne produit pas l'effet d'euphorie que procurent les opiacés à action brève. L'entretien à la méthadone a de nombreux avantages, y compris une réduction de la consommation de drogues illicites ainsi que de la transmission de virus à diffusion hématogène. À la fin de 1997, le SCC a lancé un programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) à l'intention des personnes qui suivaient déjà un tel traitement dans la collectivité avant leur condamnation (Phase I). Depuis, le champ d'application du programme a été élargi graduellement. Depuis mai 2002, le SCC permet à tout détenu ayant une dépendance aux opiacés de subir une évaluation et d'entreprendre un traitement à la méthadone s'il répond aux critères établis par les autorités médicales. En décembre 2002, 424 détenus participaient au programme d'entretien à la méthadone.

Suicide

Selon la théorie qui a cours actuellement, les suicides dans la population carcérale se produisent lorsque le détenu est incapable, ou devient incapable, de composer avec les stress habituels de l'emprisonnement¹³⁰. Plusieurs de ces stress sont décrits plus haut, mais le désespoir, les troubles mentaux, l'incapacité de résoudre des problèmes et l'abus de substances intoxicantes sont également des facteurs.

Taux de suicide

Il est bien établi que le risque de suicide est plus élevé chez les détenus que dans la collectivité. Dans les prisons des États-Unis par exemple, le suicide est la troisième cause de décès, les deux premières étant les causes naturelles et le sida¹³⁰. Dans les établissements du SCC, le suicide est la deuxième cause de décès après les causes naturelles. La figure 24 indique les suicides et le taux de suicide parmi les détenus relevant du SCC au cours de la dernière décennie. Entre 1996-1997 et 2000-2001, il s'est produit en moyenne chaque année 7,8 suicides pour 10 000 détenus. Ce taux représente une amélioration de la situation par rapport aux cinq années précédentes (1991-1992 à 1995-1996) lorsque le taux annuel moyen a atteint 12,8 suicides pour 10 000 détenus.

Si les taux de suicide dans la population carcérale étaient identiques à ceux des groupes d'âge correspondants dans l'ensemble de la population canadienne¹³¹, on s'attendrait à 3,09 suicides parmi les détenus de sexe masculin et à 0,02 parmi les détenues par année. Si l'on utilise le nombre moyen de décès au cours des cinq dernières années comme référence, le taux de suicide est 3,7 fois plus élevé dans les pénitenciers fédéraux que dans l'ensemble de la population canadienne.

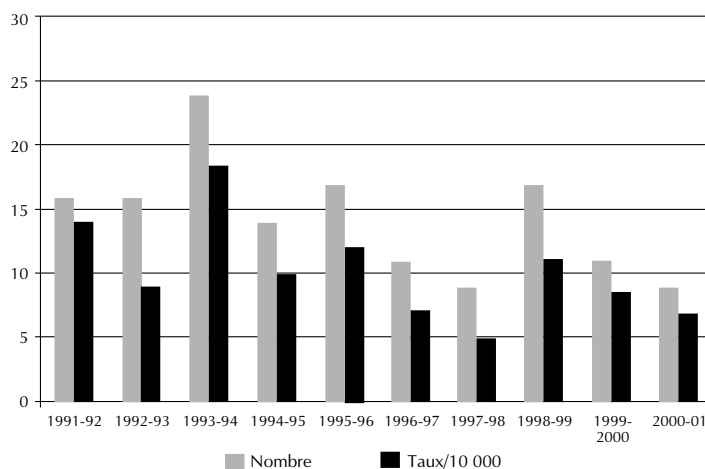


Figure 24 : Suicides et taux de suicide, SCC, 1991-1992 à 2000-2001. Source : Comité d'examen des suicides, SCC, 2001.

Il est difficile de faire des comparaisons entre les pays, car les taux varient selon le type de sous-population carcérale (p. ex. détenus en détention provisoire par opposition aux détenus condamnés; prison locale par opposition à pénitencier). Le tableau 66 montre les taux de suicide dans les prisons d'autres pays. Les taux au Canada se situent dans la moyenne et sont supérieurs à ceux du Royaume-Uni et des États-Unis.

Tableau 66

Taux de suicide de détenus dans divers pays

Pays	Taux de suicide pour 10 000 détenus
Australie	9,0 à 18,0
Autriche	5,6 à 10,6
Belgique	6,5
Angleterre et pays de Galles	5,6
France	4,3 à 16,9
Grèce	11,2
Italie	8,0
Écosse	5,2
États-Unis	2,1

Source : Spinellis, 1997¹³².

La répartition régionale des suicides qui se sont produits en 1998-1999 et 1999-2000 est indiquée au tableau 67¹³³. Les suicides sont légèrement surreprésentés en Ontario et au Québec par comparaison avec les autres régions.

Tout suicide d'un détenu fait l'objet d'une enquête dont les constatations sont récapitulées dans un rapport contenant également des recommandations. Une série de rapports rétrospectifs a été rédigée pour déterminer s'il y avait des leçons à tirer des suicides qui se sont produits^{133, 134}.

Tableau 67

Répartition régionale des suicides

Région	Répartition des suicides	Répart. de la pop. carcérale
Pacifique	14%	14%
Prairies	18%	24%
Ontario	29%	26%
Québec	32%	27%
Atlantique	7%	9%

Source : Comité d'examen des suicides, 2001¹³³.

Le tableau 68 compare les caractéristiques démographiques des détenus suicidés avec celles de l'ensemble de la population carcérale.

Si l'on compare la répartition des caractéristiques des détenus qui se suicident à celles des membres de la population carcérale en général, on constate que les détenus qui se suicident sont généralement un peu plus jeunes (78 % ont moins de 40 ans contre 69 %), non autochtones (10 % contre 16 %), célibataires (68 % contre 57 %), condamnés à perpétuité ou à une peine d'une durée indéterminée (30 % contre 18 %) et incarcérés dans un établissement à sécurité maximale (29 % contre 13 %). Dans l'ensemble, les différences entre les détenus qui se suicident et l'ensemble de la population carcérale sont relativement minces.

Tableau 68
Caractéristiques des détenus suicidés, 1991-1992 à 1997-1998

Caractéristiques	Suicidés (%)	En % de l'ensemble de la population carcérale
Âge		
20 à 29 ans	37 %	32 %
30 à 39 ans	41 %	37 %
40 à 49 ans	13 %	20 %
50 ans +	9 %	12 %
Race		
Blanche	86 %	77 %
Autochtone	10 %	16 %
Noire	4 %	7 %
État civil		
Célibataire	68 %	57 %
Conjoint de fait	22 %	30 %
Marié	10 %	12 %
Durée de la peine		
2 à 5 ans	38 %	41 %
6 à 9 ans	25 %	29 %
10 ans +	7 %	12 %
À perpétuité ou indéterminée	30 %	18 %
Niveau de sécurité		
Maximale	29 %	13 %
Moyenne	66 %	66 %
Minimale	5 %	21 %

Source : Comité d'examen des suicides, 2001¹³³.

Selon un examen de 28 suicides, il y a une constatation qui revient constamment : les détenus qui se sont suicidés étaient incarcérés depuis peu de temps à l'établissement où ils ont commis leur acte. Le tableau 69 montre que 75 % d'entre eux se trouvaient à leur dernier établissement depuis trois mois ou moins au moment où ils se sont suicidés. C'est un agent de stress plausible, car l'incarcération récente dans un nouvel établissement peut accroître les sentiments de stress et de vulnérabilité qu'éprouve le détenu.

La plupart des victimes avaient exprimé des idées suicidaires sous une forme quelconque dans le passé, bien que pas nécessairement peu de temps avant leur suicide. Beaucoup avaient déjà tenté de se suicider (61 %) et 46 % s'étaient mutilés dans le passé. Il semble que la majorité des détenus aient manifesté des symptômes d'un trouble mental ou aient fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique. On ignore si la prévalence de troubles mentaux est la même chez les détenus qui se sont suicidés que dans l'ensemble de la population carcérale. Un risque élevé de suicide avait été relevé chez une minorité des victimes : 14 % avaient planifié leur suicide et 11 % étaient sous surveillance étroite à cause du risque de suicide. L'étendue du programme général de prévention des suicides n'est

pas claire, car on ne suit pas l'évolution du nombre de détenus qui sont soumis à une évaluation spécialisée du risque de suicide, placés sous observation et/ou dirigés vers un établissement psychiatrique. De telles mesures intermédiaires donneraient un tableau plus complet des interventions.

Tableau 69
Durée de l'incarcération des victimes de suicide à leur dernier établissement

Durée de l'incarcération au dernier établissement	Nombre (%)
1 mois ou moins	9 (32 %)
2 à 3 mois	12 (43 %)
4 à 6 mois	2 (7 %)
7 à 12 mois	2 (7 %)
Plus d'un an	3 (11 %)

Source : Comité d'examen des suicides, 2001¹³³.

Recherche

Dans une étude menée en 2000, Wichmann et ses collaborateurs¹³⁵ ont comparé les détenus qui avaient tenté de se suicider avec les autres détenus en se fondant sur les données contenues dans les Évaluations initiales. Par rapport aux autres détenus, ceux qui avaient fait des tentatives de suicide présentaient des problèmes plus graves d'adaptation, venaient de familles dysfonctionnelles, avaient de longs antécédents psychiatriques et criminels et présentaient des problèmes de discipline. Ils avaient aussi plus de difficulté à s'adapter à l'établissement, si l'on en croit les rapports d'incidents en établissement. Ces constatations laissent supposer que les détenus qui tentent de s'enlever la vie éprouvent toute une gamme de difficultés interpersonnelles et possèdent peu d'habiletés d'adaptation pour y faire face. Diverses analyses de régression logistique ont révélé la présence d'une étroite corrélation entre plusieurs items de l'échelle et les tentatives de suicide ultérieures (tableau 70).

Tableau 70
Rapport entre l'Échelle d'évaluation du risque de suicide et les tentatives de suicide ultérieures

Variable	Rapport de cotes
Intervention psychologique/psychiatrique récente*	21
Problèmes disciplinaires*	19
Tentative de suicide antérieure***	9
Incidents liés aux objets interdits**	3
Condamnations antérieures comme adulte**	2

Source : Wichmann et al., 2000¹³⁵; Nota : * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001.

Le modèle à plusieurs variables avait un taux de concordance de 92 % avec les sujets qui ont fini par tenter de se suicider; le taux de faux positifs était de 14 % et le taux de faux négatifs de 20 %. Ces résultats préliminaires seront utiles pour orienter la recherche sur les échelles de dépistage du risque et pour déterminer si les profils de risque des candidats au suicide s'appliquent aux détenus qui réussissent à s'enlever la vie.

Les résultats du Sondage national auprès des détenus de 1995 laissent supposer qu'à l'époque, une minorité des détenus étaient au courant des programmes de prévention du suicide et de soutien disponibles (tableau 71).

Tableau 71

Proportion des détenus au courant des services de prévention du suicide, hommes, 1995

Question	D'accord	Indécis
Sais que des programmes de prévention du suicide et de soutien sont disponibles.	36 %	18 %
Sais quoi faire pour m'inscrire aux programmes de prévention du suicide et de soutien.	31 %	21 %
Suis satisfait des services de prévention du suicide et de soutien qui m'ont été donnés.	25 %	43 %

Source : Sondage national auprès des détenus, 1995. N = 4 285.

RÉSUMÉ DE LA SECTION

Des études épidémiologiques réalisées dans les établissements du SCC ont révélé qu'une proportion considérable des détenus souffrent de troubles mentaux. La majorité des détenus satisfont aux critères diagnostiques d'un trouble lié à l'alcool et/ou à une autre substance, et les taux de troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et de la personnalité sont beaucoup plus élevés dans la population carcérale que dans l'ensemble de la population canadienne. Beaucoup de détenus sont aux prises avec plus d'un trouble mental à la fois. La plupart des troubles mentaux sont plus répandus dans la population carcérale féminine que chez les détenus de sexe masculin. En l'absence de meilleures données, il est impossible d'établir si la prévalence et/ou la gravité de ces troubles mentaux ont augmenté.

Les études de prévalence de troubles mentaux dans la population carcérale indiquent l'ampleur du problème, mais ne précisent pas toujours quels détenus en sont atteints. Pour ce faire, un dépistage systématique doit être effectué à l'évaluation initiale des délinquants. Par exemple, une évaluation du système carcéral de Nouvelle-Zélande a révélé que moins de la moitié des détenus qui étaient déprimés et de ceux qui souffraient de psychose étaient traités, parce qu'on ne repérait pas et n'évaluait pas de façon appropriée les troubles dont souffraient les détenus⁹⁸.

Il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre une évaluation standardisée de la santé mentale qui serait effectuée à l'admission des détenus. Cela permettrait d'éliminer la situation actuelle, où l'on réagit principalement aux situations de crise.

Les troubles liés à l'abus d'alcool ou d'une autre substance font exception, car un processus d'évaluation systématique a été implanté et des programmes de traitement fondés sur les résultats cliniques et scientifiques sont en voie d'être élaborés.

Les études de prévalence des troubles mentaux ont clairement établi l'existence d'une comorbidité entre l'abus de substances et d'autres troubles. En général, l'interaction entre ces troubles est négative. Les personnes atteintes d'autres troubles mentaux forment une sous-population distincte parmi les toxicomanes, et le traitement de leur toxicomanie devra probablement être modifié considérablement en conséquence. Cela a une portée sur la conception et l'évaluation des programmes, mais encore faudrait-il que les personnes atteintes de troubles mentaux soient repérées.

Les taux de suicide sont plus élevés dans les pénitenciers fédéraux que dans la population canadienne et dans les prisons de plusieurs autres pays (tableau 66). L'absence de caractéristiques qui distinguent nettement les détenus suicidaires du reste de la population carcérale s'explique en partie par l'omniprésence de facteurs de risque dans l'ensemble de la population carcérale. C'est peut-être aussi un reflet de l'absence de données sur des facteurs particuliers tels que la présence et le traitement de troubles mentaux. Or, il faut envisager le suicide dans un contexte plus large et pas seulement comme un problème de santé mentale, car le risque qu'un détenu cherche à se mutiler ou à s'enlever la vie est le produit de l'interaction complexe et variable entre le milieu carcéral, sa vulnérabilité personnelle et les stress qu'il éprouve à ce moment-là¹³⁶. Le fait que beaucoup de suicides ont lieu peu de temps après l'incarcération dans un nouvel établissement corrobore cette thèse. Avec la version révisée récente de la directive sur la prévention du suicide, les politiques du SCC en la matière concordent avec les recommandations publiées aux États-Unis en 1995. Elle exige qu'une courte évaluation soit faite de la santé mentale et des risques de suicide que présente chaque détenu transféré à un autre établissement du SCC. La directive souligne l'importance de la formation du personnel, recommandation qui revient sans cesse dans les ouvrages scientifiques spécialisés. Des recommandations plus récentes mettent l'accent sur l'amélioration du traitement psychiatrique ou psychologique, le resserrement de la surveillance des détenus suicidaires, l'amélioration de la formation du personnel et la sensibilisation des détenus au problème^{102, 130, 137}. Les agents de correction ont le plus de contact avec les détenus et sont bien placés pour détecter les risques de suicide éventuels. La formation doit porter sur la façon de reconnaître le comportement suicidaire, les procédures à suivre pour assurer le traitement d'un détenu à risque et les responsabilités liées à la surveillance d'un détenu suicidaire.

Le SCC a mis sur pied de nouveaux centres de traitement psychiatrique régionaux pour s'occuper des besoins des détenus aux prises avec des troubles graves. On ne dispose d'aucune information quant à la mesure dans laquelle ces centres satisfont aux besoins des patients hospitalisés ou aux besoins de santé mentale généraux de la population carcérale. Il est nécessaire de normaliser la collecte des données entre les régions, afin de permettre de meilleures comparaisons.

La réforme des services de santé mentale dans les prisons est un thème courant dans beaucoup de pays. En Australie, un plan pour la prestation de services de santé mentale aux délinquants comporte, entre autres, les éléments clés suivants : la nécessité d'élargir le modèle clinique et de ne plus le limiter presque exclusivement à la prestation de soins en établissement; un processus d'évaluation systématique de la santé mentale de tous les délinquants à leur arrivée en prison; la tenue de séances multidisciplinaires régulières de soins de santé mentale; et des services très accessibles de consultation et d'aiguillage vers des programmes généraux de santé mentale¹³⁶. Le Royaume-Uni prend, lui aussi, des mesures pour combler les lacunes dans les services de santé mentale offerts aux délinquants¹³⁸. Sa stratégie comporte un partenariat entre le service correctionnel et le National Health Service, y compris un examen détaillé des besoins en services de santé mentale de chaque établissement carcéral et un meilleur éventail de services et d'intervenants.

Ce que nous savons :

- La prévalence de troubles mentaux est beaucoup plus forte dans la population carcérale que dans l'ensemble de la population canadienne, les taux de prévalence de la plupart des troubles mentaux étant plus élevés chez les détenues que chez les détenus.
- La majorité des détenus souffrent d'un trouble lié à l'abus d'une substance, et dans la plupart des cas, leur consommation de substances a contribué à la perpétration du crime à l'origine de leur peine.
- Les taux de suicide dans la population carcérale dépassent de beaucoup ceux des mêmes groupes d'âge dans la population canadienne et sont plus élevés que ceux qui sont constatés dans les prisons de plusieurs autres pays.

Aspects pour lesquels il y a lieu d'améliorer les connaissances :

- Tendances en ce qui concerne la prévalence et la gravité des troubles mentaux.
- La mesure dans laquelle les détenus atteints de troubles mentaux sont repérés et bien évalués à leur admission.
- L'utilisation des services de santé mentale et leur effet sur la santé des détenus.
- La capacité des programmes correctionnels de répondre aux besoins des détenus ayant des problèmes de santé mentale.
- L'impact des interventions de prévention du suicide.

Incidences :

- Il faut mettre au point une stratégie complète pour évaluer et gérer les troubles mentaux chez les détenus de sexe masculin, consistant notamment à évaluer et à traiter la comorbidité fréquente de problèmes de toxicomanie et de troubles de santé mentale, et à assurer de la formation aux employés.

Analyse

Ce rapport représente une première tentative de regrouper toute l'information pertinente au sujet de l'état de santé des détenus incarcérés dans les établissements fédéraux. Cet exercice nous permet de repérer les secteurs où nous devons améliorer nos connaissances, mais illustre aussi les différences qui existent entre la population canadienne en général et la population carcérale de taille limitée, mais significative. De plus, toujours dans ce rapport, nous avons mis en évidence les secteurs prioritaires et présentons de l'information qui fournit l'occasion de déterminer si l'orientation et les interventions adoptées par les services de santé du SCC sont appropriées ou ont besoin d'être améliorées.

Dans un même temps, certains aspects qui pourraient influencer sur l'état de santé des détenus n'ont pas été décrits en détail. Par exemple, les milieux sociaux et physiques propres aux prisons contribuent de façon importante à la santé des détenus, et la structure et la culture des prisons influencent la capacité des employés chargés des services de santé de dispenser les services. Le professionnalisme et le dévouement de ces employés sont également des facteurs importants. Chacun de ces aspects représente un dossier important et il n'était pas possible de les décrire de façon détaillée dans le présent rapport. Il faudra toutefois prendre ces questions en compte dans le cadre de la mise en œuvre des programmes.

Connaissance de l'état de santé

La capacité d'effectuer une évaluation des besoins dépend de la disponibilité de l'information. Il s'agissait d'un défi important dans le cadre de ce projet, et ces limites sont décrites un peu partout dans le rapport.

En dépit de ces restrictions, nous disposions d'un nombre suffisant de données d'une variété de sources et avons pu établir un profil cohérent de la santé des détenus. L'état de santé des détenus est nettement moins bon que celui de l'ensemble de la population canadienne, quel que soit l'indicateur utilisé pour le mesurer, notamment :

- Indicateurs socioéconomiques — les détenus :
 - sont deux fois plus susceptibles de ne pas avoir terminé leurs études secondaires;
 - sont neuf fois plus susceptibles d'avoir été au chômage.
- Comportements ayant un effet sur la santé — les détenus :
 - sont plus de deux fois plus susceptibles de fumer;
 - sont 30 fois plus susceptibles de s'injecter de la drogue;
 - sont de deux à 10 fois plus susceptibles d'être atteints d'un trouble mental lié à l'abus d'une substance.
- Affections chroniques — les détenus :
 - sont plus susceptibles de suivre un traitement antidiabétique, soit 40 % plus susceptibles chez les hommes, et trois fois plus chez les femmes;
 - sont plus susceptibles de suivre un traitement pour une maladie cardiovasculaire, soit 68 % plus susceptibles chez les hommes, et plus de deux fois plus chez les femmes;
 - sont plus susceptibles de suivre un traitement antiasthmatique, soit 43 % plus susceptibles chez les hommes, et près de trois fois plus chez les femmes;

- sont 50 % plus susceptibles d’avoir besoin d’aides mécaniques pour se déplacer.
- Maladies infectieuses — les détenus :
 - sont plus de deux fois plus susceptibles d’être infectés par le VHB;
 - sont plus de 20 fois plus susceptibles d’être infectés par le VHC;
 - sont plus de 10 fois plus susceptibles d’être infectés par le VIH;
 - sont beaucoup plus susceptibles d’être atteints d’une infection tuberculeuse.
- Troubles mentaux — les détenus :
 - sont plus de deux fois plus susceptibles d’être atteints d’un trouble mental quelconque;
 - sont plus susceptibles de souffrir de schizophrénie, soit trois fois plus susceptibles chez les hommes et 20 fois plus chez les femmes;
 - sont quatre fois plus susceptibles d’être atteints d’un trouble de l’humeur.
- Mortalité — les détenus :
 - affichent un taux annuel de mortalité 45 % plus élevé;
 - sont huit fois plus susceptibles d’être victimes d’homicide;
 - sont près de quatre fois plus susceptibles de se suicider.

L’annexe 5 contient un résumé plus détaillé de ces constatations. Il ne fait aucun doute que le fardeau de l’état de santé de la population carcérale est lourd. Sur le plan de la santé, les détenus constituent une population à risque extrêmement élevé. Ils présentent un tissu de déterminants négatifs : faible niveau d’instruction, chômage, changements fréquents de logement, comportements malsains, manque de soutiens sociaux, entre autres. Ces facteurs contribuent à leurs taux élevés de maladies chroniques, de maladies infectieuses, de blessures et de mortalité. Les taux élevés de troubles mentaux compliquent la situation.

On a sciemment décidé d’utiliser la population canadienne comme base de comparaison pour évaluer les mesures prises dans le domaine de la santé des détenus. La principale raison de cette décision était qu’avant la publication du présent rapport, on ne disposait pas d’information permettant de prouver, de façon globale, que la santé des détenus est nettement moins bonne que celle du Canadien moyen. Des rapports antérieurs avaient fait état d’une utilisation beaucoup plus importante des services de santé, sans pouvoir fournir des mesures relativement à l’état de santé des détenus⁴⁴, tandis que le SCC, dans le contexte de ses documents de planification, souffrait d’un manque de données permettant de prouver la perception voulant que les détenus aient des besoins plus prononcés¹³⁹. À mesure que les données du SCC à ce sujet s’améliorent, dans des rapports futurs, on pourrait peut-être faire des comparaisons avec des populations moins bien nanties sur le plan socio-économique dans la collectivité. Les données dont on dispose pour ces populations seront limitées et les raisons de telles comparaisons devront être explicites. Un grand nombre de ces populations sont marginalisées et leur accès aux services est limité (p. ex. traitement au méthadone, services de santé mentale, thérapie pour les toxicomanes). Il faut faire preuve de prudence si l’on décide de se servir ainsi des niveaux des services dans la collectivité et des résultats obtenus dans le cas des populations à besoins élevés comme données de référence pour le SCC.

Constatations dans certaines sous-populations

Trois sous-groupes de la population carcérale sont désignés dans l’introduction du présent rapport : les détenus autochtones, les détenus âgés et les femmes. Le tableau 72 présente quelques-unes des principales constatations visant chacun de ces groupes. Malheureusement, nous ne disposons pas, pour la plupart des affections, de données particulières à chaque groupe. Par exemple, les taux de prévalence des diverses affections ont été estimés à partir de la consommation de médicaments, qui ne comportait aucune répartition par origine ethnique ou par âge. Les taux d’utilisation des services de santé n’étaient disponibles que par âge et par sexe. Il est donc impossible actuellement de tracer un profil complet de ces sous-groupes.

Les taux d’utilisation des services de santé des détenus âgés sont supérieurs à ceux des mêmes groupes d’âge dans la collectivité. On ignore cependant comment leur état de santé se compare. Des travaux de recherche restreints effectués il y a un certain temps donnent à croire que la prévalence de maladies chroniques est plus forte¹⁴⁰, mais il est difficile d’en interpréter les résultats à cause de la petite taille de l’échantillon. Vraisemblablement, les détenus âgés ont non seulement des affections physiques, mais aussi divers problèmes psychosociaux⁹⁵ :

- Isolement des autres détenus ou manque de rapports avec eux étant donné la proportion relativement petite de détenus âgés;
- Vulnérabilité physique à des répercussions plus graves d’un acte d’agression;
- Plus de difficulté à s’adapter à un nouveau milieu et plus de temps requis pour faire cette adaptation;
- Taux plus élevé de suicide;
- Plus grande probabilité de mourir en prison;
- Incidence plus élevée de perte de soutiens dans la collectivité (p. ex. conjointe, parents, amis).

Dans les systèmes carcéraux qui comptent un grand nombre de détenus âgés, on a dû se pencher sur diverses questions de planification, dont les suivantes²¹ :

- Intégrer les détenus âgés dans la population carcérale générale ou les loger dans des unités spéciales;
- L’aménagement physique des établissements (distances entre les bâtiments, escaliers, surpeuplement, espace pour fauteuils roulants);
- Les programmes et services (besoins alimentaires des détenus âgés, adaptation des programmes à leurs contraintes physiques, mentales et sociales);
- La formation du personnel (les défis ne sont pas les mêmes que chez les détenus plus jeunes).

Étant donné le vieillissement rapide de la population carcérale au cours de la dernière décennie, il faut plus de renseignements sur les détenus âgés pour évaluer à fond leurs besoins en soins de santé.

Les renseignements disponibles sur les problèmes de santé des détenus autochtones sont limités. Étant donné les taux de prévalence dans la collectivité, on s’attendrait à ce que la prévalence de diverses affections, y compris du diabète, soit plus forte parmi les détenus. Il serait utile de connaître les taux réels de maladies chez les détenus autochtones ainsi que l’étendue du dépistage (p. ex. du diabète) pour planifier des interventions adaptées à leur culture.

Les données de diverses sources ont toutes montré que le fardeau des problèmes de santé des détenues était plus lourd que celui des

Tableau 72

Constatations visant certains groupes de la population carcérale

Sous-groupe	Constatations
Détenus autochtones	<ul style="list-style-type: none"> En pourcentage de l'ensemble de la population carcérale, ils sont passés de 8 % à 17 % au cours des 20 dernières années. Par comparaison avec les détenus non autochtones : <ul style="list-style-type: none"> ils présentent des besoins sociodémographiques/criminogènes plus élevés à l'évaluation initiale; ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir été incarcérés pour des crimes avec violence, à en être au moins à leur troisième infraction, à être classés à un niveau de risque élevé et à récidiver; ils ont des taux de toxicomanie plus élevés. Dans la collectivité, les problèmes de santé sont beaucoup plus nombreux (p. ex. diabète, suicide, VIH).
Femmes	<ul style="list-style-type: none"> En pourcentage des admissions, les délinquantes sont passées de 2 ou 3 % à 5 % depuis les années 1980. Par comparaison avec les détenus de sexe masculin : <ul style="list-style-type: none"> leurs taux de besoins sociodémographiques et criminogènes sont plus élevés; leurs taux d'utilisation des services de santé et de consommation de médicaments d'ordonnance sont plus élevés; leurs taux de maladies à diffusion hémotogène sont plus élevés; leurs taux de troubles mentaux et d'abus de drogue sont plus élevés. Par comparaison avec la population canadienne, leurs taux de maladies chroniques sont élevés.
Détenus âgés	<ul style="list-style-type: none"> La proportion de détenus âgés a augmenté depuis 1993 : <ul style="list-style-type: none"> de 60 % chez les 50 ans et plus; de 87 % chez les 65 ans et plus. Dans certaines régions, la proportion de détenus âgés est le double de celle d'autres régions. Comparés à leurs cadets, un plus petit nombre de détenus de 50 ans ou plus ont des besoins sociodémographiques (p. ex. emploi, famille d'origine, logement, etc.). La plupart des détenus âgés ont été incarcérés tard dans leur vie et ne constituent pas nécessairement une version plus vieille des détenus plus jeunes (p. ex. des taux beaucoup moins élevés d'abus d'alcool et de drogue). La proportion de délinquants sexuels est plus forte chez les détenus âgés que chez les plus jeunes. Leurs taux d'utilisation des services de santé sont supérieurs à ceux des mêmes groupes d'âge dans la collectivité, mais il n'est pas clair comment leur état de santé se compare à celui des membres de la collectivité (les comparaisons avec les détenus plus jeunes ne sont pas valables, car ces derniers constituent un groupe à risque extrêmement élevé).

détenus de sexe masculin. Un grand nombre des affections courantes sont reliées entre elles (santé mentale, toxicomanie, VIH/VHC, etc.). Le taux de consommation de médicaments d'ordonnance donne à croire que la prévalence de plusieurs maladies chroniques est nettement supérieure au taux auquel on se serait attendu. Il serait utile de vérifier les taux réels de prévalence des maladies, car l'étude a aussi signalé diverses pratiques de prescription de médicaments qui posent un problème.

Besoins en soins de santé

Dans l'introduction, il est précisé que l'évaluation des besoins en soins de santé comprend l'étude de l'état de santé de la population ainsi que la prestation de services de santé efficaces. Bien que le rapport ait démontré l'énorme fardeau que constituent les problèmes de santé dans la population carcérale, les renseignements disponibles sur les services de santé sont limités. Des études portant sur les prisons canadiennes ont établi que les détenus font proportionnellement une plus grande utilisation de services de santé que les populations moyennes dans la collectivité. Des constatations semblables ont été faites dans d'autres systèmes carcéraux, y compris celui du Royaume-Uni. Le phénomène est probablement attribuable à plusieurs facteurs, y compris à l'état de santé des détenus qui est plus mauvais, aux besoins administratifs et à la nature fermée du milieu carcéral.

Tout comme dans la collectivité, il est difficile cependant de déterminer à quel point les services actuels répondent adéquatement aux besoins des détenus en matière de santé. Il faut encourager la prise de mesures systématiques pour assurer la qualité des pratiques et réunir systématiquement des renseignements sur la qualité et l'efficacité des interventions. La collecte de renseignements sur la mesure dans laquelle les affections chroniques (p. ex. le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie) sont contrôlées et l'effet des traitements anti-VIH et anti-VHC est un

secteur prioritaire et améliorera les connaissances. Des efforts devront être déployés dans tous ces secteurs.

La consommation accrue de soins aura évidemment une portée sur les coûts des services de santé. Même si les coûts des soins ne constituent pas le sujet principal du présent rapport, quelques observations générales peuvent être formulées. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les coûts des services de santé dans les établissements du SCC seront relativement plus élevés que ceux des soins dispensés aux mêmes groupes d'âge dans la population canadienne :

- Les détenus constituent une population à besoins extrêmement élevés dont les déterminants de la santé sont beaucoup plus défavorables que ceux de la population canadienne, et les résultats pour la santé beaucoup plus négatifs;
- De nouveaux traitements plus coûteux sont continuellement créés et indiqués pour des affections qui sont très répandues dans la population carcérale (p. ex. VHC, VIH, diabète, etc.);
- La population carcérale est répartie en plus de 50 petites populations, ce qui entraîne une perte d'économies d'échelle;
- La population carcérale est très mobile, et cette mobilité nuit à la continuité des soins;
- Une partie de l'utilisation des services de santé est liée à la nature fermée du milieu carcéral et aux besoins administratifs.

Ces caractéristiques ne sont pas particulièrement modifiables. Ce sur quoi on peut exercer une certaine influence, par contre, est la mesure dans laquelle les services de santé répondent adéquatement aux besoins des détenus.

Établissement de priorités

Dans le rapport, on a défini de multiples secteurs qui nécessitent une attention plus poussée. Il faudra tenir compte de plusieurs facteurs au moment de l'établissement des priorités :

- Importance relative du problème (p. ex. prévalence, gravité de l'affection);
- Effet possible si rien n'est fait (p. ex. d'autres complications, transmission de maladies, omission de respecter des normes professionnelles, poursuites);
- Effet potentiel si des mesures sont prises (p. ex. efficacité de l'intervention, obstacles à la mise en œuvre);
- Complexité relative de l'intervention :
 - Nécessité de prendre des mesures unilatérales par opposition à des mesures collectives;
 - Étendue des travaux de planification et d'élaboration requis;
 - Besoin de nouveaux systèmes de collecte de données par opposition à l'analyse des données existantes;
- Besoins en ressources (humaines et financières).

Les besoins cernés n'existent pas en vase clos. Par conséquent, durant l'analyse, il faudra prendre en considération de multiples facteurs liés à la santé et reconnaître, dans le contexte de l'établissement des priorités, qu'il y a des problèmes à différents niveaux :

- Problèmes à l'échelle du système,
- Facteurs de risque,
- Problèmes de santé.

Il y a une variété d'outils qui peuvent aider à établir des priorités et ces outils ont été résumés par Spasoff⁶.

Problèmes à l'échelle du système

Système d'information

On a eu énormément de difficulté à réunir les données nécessaires pour tracer le profil de l'état de santé de la population carcérale. Entre autres, il a fallu estimer la prévalence d'affections chroniques à partir des données pharmaceutiques régionales, et les taux de prévalence des infections au VIH et au VHC reposent sur des échantillons auto-sélectionnés de détenus. Les renseignements sur la prestation des services sont encore plus rares. Bien que les données sur la mortalité constituent une mesure de base de l'état de santé, on ignore quelle est au juste la proportion des décès dans la population carcérale qui est attribuable à des causes naturelles. Pour bien gérer les services de santé, il faut avoir aisément accès à des renseignements sur le fardeau des problèmes de santé, sur les services utilisés pour alléger ce fardeau et sur les effets des interventions. L'absence d'un système d'information sur la santé crée nettement des difficultés au SCC, et cette lacune a été signalée maintes fois dans des examens de la politique dans le passé.

Approche en matière de santé publique

Comme c'est le cas dans la collectivité, les services de santé qui sont fournis actuellement sont essentiellement centrés sur la prestation de soins individuels et donc réactifs. Il faut se concentrer davantage sur la santé de la population en général. Les problèmes de santé qu'éprouvent les détenus sont très répandus dans l'ensemble de la population carcérale. Le SCC est aux prises avec une population très mobile et à besoins élevés, qui a des taux considérables de comportements malsains, de maladies infectieuses, de blessures, de maladies chroniques, de troubles mentaux et de décès prématurés. Chacun de ces problèmes pose à lui seul un défi de taille sur le plan de la santé publique, or tous sont présents dans la population carcérale. Malgré ce profil de besoins, la gamme des services de

santé publique qui existe dans les collectivités canadiennes est très réduite dans les pénitenciers. Il faut créer une infrastructure de santé publique pour remplir les fonctions de base des services de santé publique dans les établissements carcéraux :

- Évaluer l'état de santé des détenus;
- Se doter d'un système efficace de surveillance des maladies infectieuses et chroniques;
- Exécuter le mandat des Services de santé du SCC en matière de promotion de la santé;
- Prendre des mesures coordonnées pour prévenir les maladies et les blessures;
- Protéger la santé des détenus;
- Évaluer l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des soins individuels et des services visant la santé de la population.

Un système de santé publique opérationnel en milieu carcéral est essentiel à la bonne gestion et au contrôle efficace des maladies infectieuses. Il est nettement dans l'intérêt du SCC de veiller à la prévention de la transmission de maladies infectieuses entre détenus ainsi que des détenus aux membres du personnel des établissements. Les Canadiens et les Canadiennes ont directement intérêt à veiller à ce que le système carcéral n'augmente pas le bassin de personnes atteintes d'infections au VIH et au VHC, de la tuberculose et de MTS. Étant donné la prévalence plus forte de maladies chroniques et de blessures chez les détenus, leur prévention et gestion devraient constituer une priorité pour les Services de santé du SCC. Il faut des approches globales axées sur la population pour répondre aux multiples besoins des détenus en matière de santé. Les services — soins individuels et services visant l'ensemble de la population — doivent être évalués pour s'assurer qu'ils font appel aux meilleures pratiques établies et répondent aux besoins des détenus.

Un exemple d'un service de santé en milieu carcéral qui a adopté une approche axée sur la santé de la population est le New South Wales' Corrections Health Service¹⁴¹. Le Service a adopté une telle approche afin que les « services dispensés aux détenus ne visent pas strictement à s'occuper des besoins cliniques immédiats des individus, mais aussi à tenir compte des besoins de santé déterminés pour l'ensemble des détenus, en tant que groupe. L'unité s'attache à améliorer la santé de la population et des sous-populations et différents aspects de la santé publique, et à effectuer de la recherche appliquée ». Le Service mène des activités de surveillance et de contrôle des maladies et a mis sur pied un programme de recherche active. Des chercheurs universitaires sont nommés parallèlement aux facultés de la santé publique, de la psychiatrie et des services infirmiers. Toutes les activités de recherche sont guidées par le comité de recherche sur les humains et l'éthique de recherche du Service. En 1996 et en 2001, le Service a fait effectuer une évaluation complète de la santé des détenus.

Santé mentale

Les taux de prévalence de troubles mentaux sont plusieurs fois plus élevés dans la population carcérale que dans la population canadienne. Il n'y a pas actuellement d'évaluation standardisée systématique de la santé mentale des détenus. On ignore si les besoins des détenus des établissements canadiens en matière de santé mentale sont comblés, mais des recherches effectuées dans d'autres pays ont

documenté le sous-dépistage et sous-traitement de troubles mentaux importants dans leurs populations carcérales. À la suite de ces constatations, une réforme des services de santé mentale du système carcéral a été entreprise en Australie et au Royaume-Uni. Étant donné le nombre de détenus atteints de troubles mentaux dans la population carcérale canadienne, il faut une stratégie globale pour leur dépistage et leur gestion.

Prise de décisions concernant les services de santé

Partout au Canada, la prise de décisions concernant les services de santé est un processus sociopolitique complexe qui se déroule aux niveaux local, régional et provincial. Souvent, les discussions, les débats et la prise de décisions ont lieu dans les conseils d'administration des services de la santé publique, des régies régionales de la santé, des hôpitaux et des centres de soins communautaires. Ces conseils d'administration sont centrés sur la santé et sont composés d'administrateurs nommés ou élus qui travaillent dans la transparence, sous le regard de la collectivité. C'est par ce mécanisme que le public, y compris les populations marginalisées, ont voix au chapitre pour s'assurer que leurs besoins sont comblés. Outre les employés des Services de santé, il n'est pas clair qui défend les besoins des détenus en matière de santé et les inscrit à l'ordre du jour des décideurs dans des conditions de transparence. C'est particulièrement important pour les détenus, car collectivement, ils suscitent généralement peu de sympathie de la part du public et la prestation de services de santé ne constitue pas le principal mandat du SCC. Comme les détenus ont le même droit que les autres Canadiens d'obtenir des services de santé et que les décisions prises au sujet des services de santé fournis aux détenus ont des répercussions sur la santé de la collectivité, il faut examiner le processus même de la prise de décisions concernant ces services.

Facteurs de risque

Il n'y a pas ou il y a très peu d'information au sujet des prévalences actuelles de comportements ayant un effet sur la santé comme l'usage du tabac, l'activité physique et l'alimentation. L'information est également assez limitée à propos des comportements qui peuvent causer la transmission de maladies infectieuses, comportements qui incluent l'injection de drogues, les pratiques de tatouage et de perçage peu saines et les rapports sexuels sans protection. Il faut du temps pour créer et mettre en œuvre un système d'information. Même lorsqu'un tel système existe, il est probable qu'il ne fournira pas toute l'information requise pour évaluer les besoins de santé et planifier et dispenser les services de façon continue. Il faudra envisager de mettre sur pied d'autres mécanismes de collecte d'information tels que des enquêtes sur la santé des détenus. Il faudrait envisager aussi d'établir des liens avec les enquêtes menées par Santé Canada et Statistique Canada.

Problèmes de santé

Il y a de nombreuses lacunes à combler dans l'information concernant la fréquence des affections et leur gestion. En voici des exemples :

- Les taux actuels de prévalence d'affections chroniques clés;
- Les taux de blessures et les facteurs contributifs;
- L'étendue de l'usage approprié de médicaments dans la population carcérale masculine;
- La qualité et l'impact du traitement des affections chroniques;
- Les taux réels d'infection au VHC et au VIH, et leurs taux de transmission à l'intérieur des pénitenciers;
- Le taux de transmission de la tuberculose aux détenus et au personnel dans les pénitenciers;
- L'impact des mesures anti-VHC, anti-VIH et anti-tuberculose;
- Les taux de MTS;
- La prévalence et la gravité des troubles mentaux;
- La mesure dans laquelle les troubles mentaux des détenus
 - sont dépistés et évalués correctement à l'évaluation initiale;
 - font l'objet de soins adéquats pour atténuer les symptômes et améliorer le fonctionnement des détenus qui en souffrent.

Le SCC doit envisager de lancer une initiative continue de recherche dans le domaine de la santé pour répondre aux besoins de recherche actuels et futurs. L'étendue de la recherche doit aller d'une évaluation de la santé des détenus à une évaluation des interventions.

On a également constaté des manques d'information en ce qui concerne les services de prévention comme le dépistage du cancer et les inoculations contre la tuberculose. Étant donné la prévalence d'infections virales à diffusion hémotogène et l'ampleur des comportements dangereux, il y a lieu d'envisager sérieusement des interventions préventives additionnelles comme la création de programmes pilotes d'échange de seringues pour réduire la transmission de ces maladies.

CONCLUSION

La prestation de services de santé aux détenus pose d'énormes défis. Étant donné la multitude de risques pour la santé et de problèmes de santé que présente cette population, il faut adopter des approches globales. De meilleures données sont nécessaires pour étayer la prise de décisions et pour contrôler les progrès accomplis en vue de répondre aux besoins des détenus en matière de santé. Cette étude constitue un premier pas dans la documentation des énormes besoins de cette population et trace les prochaines étapes à franchir pour y répondre.

Les détenus viennent de la collectivité et y retournent. En s'occupant de leurs besoins de santé, on contribue à leur réinsertion sociale et à leur retour réussi dans la collectivité.

Renvois

1. Roy, J.H. *Normes des Services de santé*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1994.
2. Last, J.M., (sous la direction de). *A Dictionary of Epidemiology*. 3rd ed. Toronto : Oxford University Press, 1995.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986.
4. Hamilton, N., et Bhatti, T. *Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Ottawa : Santé Canada, 1996.
5. Stevens, A., et Raftery, J. (sous la direction de). *Health care needs assessment : the epidemiologically based needs assessment reviews*. 2nd ed. New York : Radcliffe Medical Press, 1997.
6. Spasoff, R.A. *Epidemiologic methods for health policy*. New York : Oxford University Press, 1999.
7. Public Health in America, Public Health Functions Steering Committee, 1994.
8. Service correctionnel du Canada, Secteur de recherche et développement. *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1996.
9. Laishes, J. *La stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1997.
10. Blanchette, K., et Eljdpovic-Guzina, G. *Résultats d'une étude pilote du Programme d'entraide des délinquantes*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1998.
11. Delveaux, K., et Blanchette, K. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement Nova pour femmes*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 2000.
12. Syed, F., et Blanchette, K. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement Grand Valley pour femmes*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 2000.
13. Syed, F., et Blanchette, K. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement Joliette pour femmes*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 2000.
14. *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*, édition 2001. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 2001.
15. Service correctionnel du Canada. *Pavillons de ressourcement pour les délinquants autochtones sous responsabilité fédérale*. Service correctionnel du Canada, sans date.
16. Lonmo, C. « Les services correctionnels pour adultes du Canada, 1999-2000 », *Juristat* 21(5), 2001.
17. Boe, R. *Examen des prévisions de la population carcérale : Modèles, données et besoins, avec des prévisions provisoires pour 1998 à 2007*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1997.
18. Boe, R. « Le vieillissement de la population et le profil carcéral fédéral en 2010 », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2000; 12(3) : 33-39.
19. Boe, R.E. « Les détenus autochtones : tendances et projections démographiques », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2000; 12(1) : 7-9.
20. Motiuk, L., Boe, R., et Nafekh, M. *Le retour en toute sécurité des délinquants dans la communauté*. 2002. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1992 (http://www.csc-scc.gc.ca/text/faits/facts08-02_f.shtml). Consulté le 12 juin 2002.)
21. Morton, J.B. *An administrative overview of the older inmate*. US Department of Justice, National Institute of Corrections, 1992.
22. Gallagher, E.M. « Elders in prison. Health and well-being of older inmates », *Int J Law Psychiatry*, 2001; 24(2-3) : 325-333.
23. Wilkins, R., Adams, O., et Brancker, A. « Highlights from a new study of changes in mortality by income in urban Canada », *Chron Dis Canada*, 1990; 11(3) : 38-40.
24. Uzoaba, J.H.E. *La gestion des délinquants âgés : Où en sommes-nous?* Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1998.
25. Johnston, J.C. *Enquête sur les délinquants autochtones : Examen de dossiers et entrevues*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1997.
26. Direction des questions autochtones. *Profil démographique des peuples autochtones du Canada et des délinquants autochtones détenus dans des établissements correctionnels fédéraux*. Ottawa : Direction des questions autochtones, SCC, 1999.
27. Boe, R. *Étude de suivi après deux ans de liberté de délinquants sous responsabilité fédérale qui ont participé au programme de formation de base des adultes (FBA)*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1998.
28. Statistique Canada, *Caractéristiques de la population active selon l'âge et le sexe*, Ottawa : Statistique Canada, 2001. (www.statcan.ca/français/Pdgb/labor20a_f.htm). Consulté le 28 avril 2002.)
29. Statistique Canada, *Population dans les logements collectifs, Recensement de 1996*. (www.statcan.ca/français/Pdgb/famil62_96c_f.htm). Consulté le 28 avril 2002.)
30. Robinson, D., Porporino, F., et Beal, C. *Analyse des besoins du délinquant : Étude documentaire sur les indicateurs du domaine personnel et affectif*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1998.
31. Blanchette, K., et Motiuk, L. *Détenus à sécurité maximale sous responsabilité fédérale : comparaison entre les sexes*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1997.
32. Santé Canada, *Données sur les blessures au Canada : Décès (1997) et hospitalisation (1996-1997)* (www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/injury-bles/cid98-dbc98/injury_f.pdf). Consulté le 14 janvier 2002.)
33. Wobeser W.L., Datema J., Bechard B., Ford P. « Causes of death among people in custody in Ontario », 1990-1999. *CMAJ* 2002; 167: 1109-1113.
34. Sattar G. « Rates and causes of death among prisoners and offenders under community supervision », London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2001.
35. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population : composante ménages, 1998-1999*. 2000.
36. Ministère de la Justice du Canada. *Loi sur la santé des non-fumeurs*. 1985.
37. Médecins pour un Canada sans fumée. « Smoking in Canada », 1998. (<http://www.smoke-free.ca/factsheets/Prevalence.htm>). Consulté le 14 janv. 2002.)
38. Santé Canada. *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada — Une stratégie nationale*. 2002. (http://www.hc-sc.gc.ca/heccsc/tabac/politique/nouvelles_orientations/preface.html). Consulté le 14 janv. 2002.)
39. Langner, N. *Review of prescription medications to women offenders in CSC institutions*. Ottawa : Services de santé, SCC, 2002.
40. Fondation des maladies du cœur du Canada. *Le nouveau visage des maladies cardio-vasculaires au Canada*. Ottawa : Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999.
41. Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes. *Dialysés selon l'âge et le sexe, Canada, 13 décembre 1999*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2002.
42. Kuzak, N., O'Connor, M.O., Pickett, W., O'Brien, T., Reid, K., et Pearson, M. « Impact of a prison triage system on injuries seen in emergency departments », *Can J Emerg Med*, 2001; 3(3) : 199-204.
43. Sheps, S.B., Schechter, M.T., et Préfontaine, R.G. « Prison health services : a utilization study », *J Community Health*, 1987; 12(1) : 4-22.
44. Hutchings, J., Keresztes, C., Macdonald, K., Walker, H., et Sobolev, B. *A health care utilization forecast for the Correctional Service of Canada, Ontario Region*. Kingston : Queen's Health Policy Research Unit, 1999.
45. Marshall, T., Simpson, S., et Stevens, A. *Health care in prisons : a health care needs assessment*. Birmingham : University of Birmingham, 2000.
46. Twaddle, A.C. « Utilization of medical services by a captive population : an analysis of sick call in a state prison », *J Health Soc Behav*, 1976; 17(3) : 236-248.
47. Crouch, R. « Care in the carceral community - a prison governor's view » dans Squires, N., et Strobl, J. (sous la direction de), *Healthy prisons - a vision for the future*. Warrington : University of Liverpool Department of Public Health, 1996.
48. Brodeur, J.M., Payette, M., Beniger, M., Charbonneau, A., Olivier, M., et Chabot, D. « Periodontal diseases among Quebec adults aged 35 to 44 years », *J Can Dent Assoc*, 2001; 67(1) : 34.
49. Clarke, M., Locker, D., Murray, H., et Payne, B. « The oral health of disadvantaged adolescents in North York, Ontario. *Can J Public Health*, 1996; 87(4) : 261-263.
50. Roy, J.H. *Manuel des Services de santé*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1996.

51. Thigpen, M.L., et Hunter, S.M. *Hospice and palliative care in prisons*. Longmont (Colorado) : US Department of Justice, National Institute of Corrections, 1998.
52. Villeneuve, P.J., et Mao, Y. « Lifetime probability of developing lung cancer, by smoking status, Canada », *Can J Public Health*, 1994; 85(6) : 385-388.
53. Brownson, R.C., Remington, P.L., et Davis, J.R., (sous la direction de). *Chronic disease epidemiology and control*. Washington : American Public Health Association, 1993.
54. US Department of Health and Human Services. *Physical activity and health : a report of the Surgeon General*. Washington : CDC, 1996.
55. US CDC. *Physical activity and good nutrition : essential elements to prevent chronic disease and obesity, 2002*. (<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pdf/dnpaag.pdf>. Consulté le 14 janv. 2002).
56. Yanchick, J.K. « Implementation of a drug therapy monitoring clinic in a primary-care setting », *Am J Health Syst Pharm*, 2000; 57(Suppl. 4) : S30-S34.
57. Meltzer, S., Leiter, L., Daneman, D., Gerstein, H.C., Lau, D., Ludwig, S. *et al.* « 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. Association canadienne du diabète / Canadian Diabetes Association », *CMAJ-JAMC*, 1998; 159 Suppl. 8 : S1-29.
58. Boulet, L.P., Becker, A., Berube, D., Beveridge, R., et Ernst, P. « Canadian Asthma Consensus Report, 1999. Canadian Asthma Consensus Group », *CMAJ-JAMC*, 1999; 161(11 Suppl.): S1-61.
59. Thacker S.B. « Historical Development », dans Teutsch S.M., Churchill R.E. (éditeurs). *Principles and practice of public health surveillance*. New York : Oxford University Press, 1994.
60. Service correctionnel du Canada. *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, un rapport du Système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel du Canada, Ottawa. Service correctionnel du Canada, 2003.
61. Service correctionnel du Canada. *La lutte antituberculeuse dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 1998 : Compte rendu des résultats du système de dépistage de la tuberculose du Service correctionnel du Canada*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 2000.
62. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Ottawa : Santé Canada, 2001.
63. Nishioka S.A., Gyorkos T.W. « Tattoos as risk factors for transfusion-transmitted diseases », *Int J Infect Dis* 2001; 5: 27-34.
64. Gully P.R., Tepper M.L. « Hepatitis C » *Can Med Assoc J* 1997; 156: 1427.
65. Santé Canada. *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues - Analyse des résultats*, Ottawa : Santé Canada, 1997.
66. Équipe du projet de Springhill. *Rapport sur le projet de Springhill*. Ottawa : Services de santé, SCC, 1999.
67. Léger Marketing. *Les Canadiens, le tatouage et le body piercing*, décembre 2002. (<http://www.legermarketing.com/fr.html>. Consulté le 6 janv. 2003.)
68. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. *Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH pour 1999 : aucun signe indiquant une diminution de l'incidence globale*, avril 2002. (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/estima_f.html. Consulté le 19 déc. 2002.)
69. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. *L'infection au VIH et au sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada*, avril 2002. (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/idus_f.html. Consulté le 19 déc. 2002.)
70. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. « Therapeutic guidelines for the treatment of HIV/AIDS and related conditions », 2001. (<http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide/open.html>. Consulté le 7 janvier 2003.)
71. Association canadienne pour l'étude du foie. Conférence canadienne de concertation sur la prise en charge de l'hépatite virale. *Can J Gastroenterol* 2000; 14 : 5B-20B.
72. Long, R. (sous la direction de). *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 5^e édition. Ottawa : Association pulmonaire du Canada, 2000.
73. Chaves, F., Dronda, F., Cave, M.D., Alonso-Sanz, M., Gonzalez-Lopez, A., Eisenach K.D. *et al.* « A longitudinal study of transmission of tuberculosis in a large prison population », *Am J Respir Crit Care Med*, 1997; 155(2) : 719-725.
74. MacIntyre, C.R., Kendig, N., Kummer, L., Birago, S., Graham, N.M., et Plant, A.J. « Unrecognised transmission of tuberculosis in prisons », *Eur J Epidemiol*, 1999; 15(8) : 705-709.
75. March, F., Coll, P., Guerrero, R.A., Busquets, E., Cayla, J.A., et Prats, G. « Predictors of tuberculosis transmission in prisons : an analysis using conventional and molecular methods », *AIDS*, 2000; 14(5) : 525-535.
76. Kendig, N. « Tuberculosis control in prisons », *Int J Tuberc Lung Dis*, 1998; 2(9 Suppl. 1) : S57-S63.
77. Levy, M.H., et Lerwitworapong, J. « Issues facing TB control (3.1). Tuberculosis in prisons », *Scott Med J*, 2000; 45(5 Suppl.) : 30-32.
78. Hanau-Bercot, B., Gremy, I., Raskine, L., Bizet, J., Gutierrez, M.C., Boyer-Mariotte, S. *et al.* « A one-year prospective study (1994-1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons », *Int J Tuberc Lung Dis*, 2000; 4(9) : 853-859.
79. Njoo, H., Nault, P., et Phypers, M. *La tuberculose au Canada, 1998*. Ottawa : Santé Canada, 2001.
80. Hwang, S.W. « Homelessness and health », *CMAJ-JAMC*, 2001; 164(2) : 229-233.
81. Brock, N.N., Reeves, M., LaMarre, M., et DeVoe, B. « Tuberculosis case detection in a state prison system », *Public Health Rep*, 1998; 113(4) : 359-364.
82. Hankins, C., Gendron, S., Richard, C., et O'Shaughnessy, M. « HIV-1 infection in a medium security prison for women—Quebec », *Can Dis Wkly Rep*, 1989; 15(33) : 168-170.
83. Holtgrave, D.R., Pinkerton, S.D., Jones, T.S., Lurie, P., et Vlahov, D. « Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States », *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1998; 18 Suppl. 1 : S133-8.
84. Hurley, S.F., Jolley, D.J., et Kaldor, J.M. « Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection », *Lancet*, 1997; 349(9068): 1797-1800.
85. Yoast, R., Williams, M.A., Deitchman, S.D., et Champion, H.C. « Report of the Council on Scientific Affairs : methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public health consequences of drug abuse », *J Addict Dis*, 2001; 20(2) : 15-40.
86. Jacob, J., et Stover, H. « The transfer of harm-reduction strategies into prisons : needle exchange programmes in two German prisons », *Int J Drug Policy*, 2000; 11(5) : 325-335.
87. Menoyo, C., Zulaica, D., et Parras, F. « Needle exchange programs in prisons in Spain », *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2000; 5(4) : 20-21.
88. Nelles, J., Fuhrer, A., Hirsbrunner H., et Harding T. « Provision of syringes : the cutting edge of harm reduction in prison? », *BMJ*, 1998; 317(7153) : 270-273.
89. Stover, H. « Evaluation of needle exchange pilot projects shows positive results », *Can HIV AIDS Policy Law News*, 2000; 5(2-3) : 60-69.
90. Kondro, W. « Needle exchange advocated for Canada's prisons », *Lancet*, 1999; 354(9193) : 1887.
91. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. *L'infection au VIH et au sida chez les femmes au Canada*, avril 2002. (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/women_f.html. Consulté le 19 déc. 2002.)
92. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. *L'infection au VIH et au sida chez les Autochtones du Canada : un problème persistant*, avril 2002. (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/aborig_f.html. Consulté le 19 déc. 2002.)
93. Office of the Surgeon General. « Mental health: a report of the Surgeon General » Washington : Department of Health and Human Services, 1999.
94. Endicott, O.R. *Personnes souffrant de déficience intellectuelle incarcérées pour des délits criminels : Examen de la documentation*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1991.
95. American Psychiatric Association. *Psychiatric services in jails and prisons: a task force report of the American Psychiatric Association. 2nd ed.* Washington : American Psychiatric Association, 2000.
96. Murphy, G., et Clare, I.C. « People with learning disabilities as offenders or alleged offenders in the UK criminal justice system », *J R Soc Med*, 1998; 91(4) : 178-182.
97. Bland, R.C., Orn, H., et Newman, S.C. « Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton », *Acta Psychiatr Scand*, Suppl. 1988; 338 : 24-32.

98. Brinded, P.M., Simpson, A.I., Laidlaw, T.M., Fairley, N., et Malcolm, F. « Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons : a national study », *Aust N Z J Psychiatry*, 2001; 35(2) : 166-173.
99. Lamb, H.R., et Weinberger, L.E. « Persons with severe mental illness in jails and prisons : a review », *New Dir Ment Health Serv*, 2001; été, (90) : 29-49.
100. Roesch, R., Ogloff, J.R., et Eaves, D. « Mental health research in the criminal justice system : The need for common approaches and international perspectives », *Int J Law Psychiatry*, 1995; 18(1) : 1-14.
101. UK Department of Health. *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. Londres : Stationery Office, 1997.
102. Metzner, J.L., Cohen, F., Grossman, L.S., et Wettstein, R.M. « Treatment in jails and prisons » dans Wettstein, R.M. (sous la direction de), *Treatment of offenders with mental disorders*. New York : Guilford Press, 1998.
103. Blaauw, E., Roesch, R., et Kerkhof, A. « Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries », *Int J Law Psychiatry*, 2000; 23(5-6) : 649-663.
104. Porporino, F.J., et Motiuk, L. *L'incarcération des délinquants ayant des problèmes de santé mentale*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1994.
105. Motiuk, L., Porporino, F.J., *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1992.
106. Brink, J.H., Doherty, D., et Boer, A. « Mental disorder in federal offenders : a Canadian prevalence study », *Int J Law Psychiatry*, 2001; 24(4-5) : 339-356.
107. Hodgins, S. « Assessing mental disorder in the criminal justice system : feasibility versus clinical accuracy », *Int J Law Psychiatry*, 1995; 18(1) : 15-28.
108. LIS Inc. *Provision of mental health care in prisons*. Longmont, Colorado : US Department of Justice, National Institute of Corrections, 2001.
109. Metzner, J.L. « An introduction to correctional psychiatry : Part I », *J Am Acad Psychiatry Law*, 1997a; 25(3) : 375-381.
110. Blanchette, K. *The relationships between criminal history, mental disorder, and recidivism among federally sentenced female offenders*. Carleton University, 1996.
111. Tien, G., Lamb, D., Bond, L., Gillstrom, B., et Paris, F. *Report on the needs assessment of women at Burnaby Correctional Centre for Women*. B.C. Institute on Family Violence, 1993.
112. LaPlante, D., et McDonagh, D. *Regional psychiatric centre - Churchill unit : self-injury review*. Ottawa : Services de santé, SCC, 1998.
113. Warner, A. *Mise en œuvre de choix aux établissements régionaux : Propositions de programmes pour les délinquantes ayant des besoins spéciaux*. Ottawa : Secteur pour les délinquantes, SCC, 1998.
114. Fast D.K., Conry J., Looock C.A. « Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system » *J Dev Behav Pediatr* 1999; 20(5):370-372.
115. Metzner, J.L. « An introduction to correctional psychiatry : Part II », *J Am Acad Psychiatry Law*, 1997; 25(4) : 571-579.
116. Bonta, J., Law, M., et Hanson, K. « The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis », *Psychol Bull*, 1998; 123(2) : 123-142.
117. Porporino, F.J., et Motiuk, L. « The prison careers of mentally disordered offenders », *Int J Law Psychiatry*, 1995; 18(1) : 29-44.
118. Greenwood, A. « Le traitement des délinquants atteints de troubles mentaux : de quel traitement s'agit-il, au juste? », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 1995; 7(3) : 27-29.
119. Muller-Isberner, R., et Hodgins, S. « Evidence-based treatment for mentally disordered offenders » dans Hodgins, S., et Muller-Isberner, R. (sous la direction de), *Violence, crime and mentally disordered offenders : concepts and methods for effective treatment and prevention*. Toronto : John Wiley & Sons, Ltd, 2000.
120. Metzner, J.L. « An introduction to correctional psychiatry : Part III », *J Am Acad Psychiatry Law*, 1998; 26(1) : 107-115.
121. Services de santé. « Cinq ans d'activités dans les centres psychiatriques régionaux canadiens », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 1990; 2(3) : 14-15.
122. Grant, G. « Le rôle et la fonction de la recherche en toxicomanie au Service correctionnel du Canada », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2001; 13(3) : 33-35.
123. Brochu, S., Cousineau, M., Gillet, M., Cournoyer, L., Permanen, K., et Motiuk, L. « Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2001; 13(3) : 22-26.
124. Dowden, C., et Blanchette, K. *Analyse des caractéristiques des délinquantes toxicomanes : Risque, besoins et résultats après la mise en liberté*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 1999.
125. MacPherson, P. « Programme de contrôle au hasard d'échantillons d'urine : Politiques, pratiques et résultats de recherche », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2001; 13(3) : 58-61.
126. Delnef, C. « Les programmes pour toxicomanes du Service correctionnel du Canada : PPT, ALTO et Choix », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2001; 13(3) : 38-43.
127. Varis, D.D. « Examen descriptif des unités de soutien intensif pour les détenus sous responsabilité fédérale », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2001; 13(3) : 41-44.
128. Eno, J., Long, C., Blanchet, S., Hansen, E., et Dine, S. « Programme d'intensité élevée pour délinquants toxicomanes », *FORUM — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2001; 13(3) : 45-50.
129. College of Physicians & Surgeons of Ontario. *Methadone maintenance guidelines*. Toronto : College of Physicians & Surgeons of Ontario, 2001.
130. Hayes, L.M. *Prison suicide : an overview and guide to prevention*. Mansfield, Massachusetts : National Center on Institutions and Alternatives, 1995.
131. Statistique Canada. *Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge, 1997*. (http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health01_f.htm - Consulté le 14 janvier 2002.)
132. Spinellis CD, Themeli O. « Suicide in Greek prisons: 1977 to 1996. Crisis 1997 »; 18: 152-156.
133. Comité d'examen des suicides. *Rapport sur la gestion des suicides : 1998-1999 et 1999-2000*. Ottawa : SCC, 2001.
134. Laishes, J. *Etude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (1^{er} avril 1992 – 31 mars 1996)*. Ottawa : Services de santé, SCC, 1996.
135. Wichmann, C., Serin, R., et Motiuk, L. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*. Ottawa : Direction de la recherche, SCC, 2000.
136. Mullen, P.E., Briggs, S., Dalton, T., et Burt, M. « Forensic mental health services in Australia », *Int J Law Psychiatry*, 2000; 23(5-6) : 433-452.
137. Couturier, L., et Maue, F.R. « Suicide prevention initiatives in a large statewide department of corrections : a full-court press to save lives », *Jail Suicide/Mental Health Update*, 2000; 9(4) : 1-8.
138. HM Prison Service. *Changing the outlook : a strategy for developing and modernising mental health services in prisons*. UK Department of Health, 2001.
139. Anonyme. *Rapport du Groupe de travail sur les services de santé*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 2000.
140. Gallagher, E.M. « Emotional, social, and physical health characteristics of older men in prison », *Int J Aging Hum Dev*, 1990; 31(4) : 251-265.
141. NSW Health. « Corrections Health Service: population health and research » (www.chs.health.nsw.gov.au/areas/corrections/services/pop_health&research.html. Consulté le 14 janvier 2003.)

Annexe 1 – Origine ethnique des détenus sous responsabilité fédérale

Le corps du présent rapport porte une attention particulière aux différences entre les détenus autochtones et les détenus non autochtones. Le tableau suivant présente une répartition plus détaillée de la population carcérale par origine ethnique selon les données du SGD.

Tableau 73

Répartition des détenus par race et par région

Race	Pacifique	Prairies	Ontario	Québec	Atlantique	Total
Blanche	69,7 %	52,4 %	72,8 %	88,7 %	86,1 %	72,6 %
Autochtone	22,0 %	41,4 %	9,4 %	5,6 %	6,7 %	17,7 %
Noire	1,2 %	2,6 %	13,1 %	4,6 %	6,8 %	6,2 %
Asiatique	1,8 %	0,4 %	1,5 %	0,1 %	0,2 %	0,8 %
Japonaise	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Coréenne	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Chinoise	1,0 %	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
Asiatique du Sud	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
Indienne orientale	0,6 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
Philippine	0,2 %	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Hispanique	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %
Arabe/asiatique de l'Ouest	0,9 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,2 %	0,6 %
Asiatique du S.-E.	1,3 %	0,8 %	0,9 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : SGD. Certaines catégories ne semblent pas s'exclure mutuellement. La race est indiquée par le détenu, qui ne peut fournir qu'un code racial.

Annexe 2 – Besoins repérés à l'évaluation initiale

Le tableau suivant présente une répartition plus détaillée de certains besoins repérés à l'évaluation initiale selon l'origine ethnique, le niveau de sécurité et le sexe des détenus.

Tableau 74

Besoins repérés à l'évaluation initiale selon l'origine ethnique, le niveau de sécurité et le sexe des détenus, 2002 (%)

Domaine et élément principal	Autochtones						Non Autochtones					
	Min	Hommes Moy	Max	Min	Femmes Moy	Max	Min	Hommes Moy	Max	Min	Femmes Moy	Max
Emploi												
Antécédents prof.	65,6	73,7	75,8	69,6	79,1	96,0	58,7	69,5	60,5	62,9	93,7	85,7
Relations matrimoniales/familiales												
Famille d'origine	62,9	70,6	74,2	65,2	72,1	96,0	41,9	57,4	52,8	47,6	83,8	81,0
Relations conjugales	67,9	74,7	75,1	69,6	74,4	96,0	65,5	73,1	61,6	69,4	98,2	85,7
Fréquentations/relations sociales												
Liens	66,2	74,4	76,8	69,6	76,7	96,0	56,2	69,4	61,3	56,5	91,9	81,0
Relations interpersonnelles	43,0	55,4	57,1	47,8	58,1	60,0	38,8	49,2	45,9	34,7	68,5	66,7
Toxicomanie												
Abus d'alcool	57,9	65,9	67,3	65,2	65,1	80,0	30,9	41,3	36,1	22,6	43,2	57,1
Abus de drogues	48,3	62,1	70,4	60,9	58,1	88,0	34,7	48,7	46,9	36,3	71,2	66,7
Fonctionnement dans la communauté												
Logement	28,5	39,4	50,0	39,1	51,2	52,0	18,3	32,0	35,1	19,4	42,3	57,1
Finances	62,6	70,2	72,3	65,2	72,1	80,0	52,3	63,7	55,7	58,9	81,1	76,2
Santé	27,2	29,8	24,2	39,1	53,5	36,0	27,5	27,4	20,6	30,6	37,8	42,9
Orientation personnelle/affektive												
Comportement	67,9	75,5	77,5	69,6	79,1	96,0	64,2	73,6	63,2	63,7	94,6	85,7
Facultés cognitives	68,9	75,5	77,5	60,9	72,1	92,0	64,1	73,5	62,8	59,7	91,0	85,7
Interventions	41,1	50,3	53,1	47,8	53,5	60,0	34,3	45,3	40,9	44,4	68,5	61,9
Facultés mentales	2,0	4,3	5,9	0,0	7,0	4,0	1,2	2,9	3,4	0,8	4,5	9,5
Santé mentale	3,6	13,0	15,4	17,4	16,3	24,0	5,7	13,1	15,0	12,1	28,8	33,3
Attitude												
Justice	37,1	58,8	64,9	17,4	39,5	56,0	36,2	53,3	53,7	19,4	45,0	61,9
Style de vie	53,6	66,5	72,5	47,8	60,5	68,0	42,2	60,5	58,2	28,2	66,7	76,2
Société	44,7	60,8	63,5	26,1	34,9	52,0	37,2	51,4	49,1	20,2	45,9	42,9

Source : EID, 2002.

Annexe 3 – Calcul de la prévalence prévue de maladies

Il est impossible de faire de simples comparaisons de la prévalence de certaines affections entre la population carcérale et l'ensemble de la population canadienne, et ce, pour les raisons suivantes :

- La prévalence de la plupart des affections chroniques augmente énormément avec l'âge, et la population carcérale est nettement plus jeune que l'ensemble de la population canadienne adulte;
- La prévalence de nombreuses affections chroniques varie aussi selon le sexe, et les hommes constituent 97 % de la population carcérale.

Le nombre attendu de détenus atteints d'une affection particulière a été calculé en fonction des taux de prévalence par âge et par sexe obtenus à l'ENSP de 1998-1999 (en d'autres termes, le nombre de cas attendu a été calculé en supposant que le taux de prévalence de la maladie était le même chez les détenus que dans la population canadienne du même groupe d'âge). L'exemple suivant montre la méthode utilisée pour calculer le nombre attendu de détenus diabétiques.

La prévalence par âge et par sexe des cas de diabète signalés par les sujets eux-mêmes et diagnostiqués par un médecin a été calculée à partir des fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'ENSP de 1998-1999³⁵. Ce taux de prévalence a ensuite été multiplié par le nombre de détenus du même groupe d'âge et du même sexe pour obtenir le nombre attendu de cas de diabète diagnostiqués par un médecin dans la population carcérale. Par exemple, le taux de prévalence du diabète chez les hommes de 65 à 69 ans est de 10,2 %. Puisque, au début de 2002, il y avait 131 détenus de sexe masculin dans ce groupe d'âge, on s'attendrait à ce qu'environ 13 d'entre eux soient diabétiques (c.-à-d. 131 multiplié par 10,2 %). Appliquée à l'ensemble des groupes d'âge, cette méthode de calcul donne à croire que la population carcérale compte environ 286 hommes diabétiques et cinq femmes diabétiques (tableau 75).

Tableau 75

Calcul du nombre attendu de cas de diabète dans la population carcérale

Âge	Population carcérale		Prévalence du diabète, ENSP		Nombre attendu de cas	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15 à 19	75	5	0,7%	0,0%	0,52	0,00
20 à 24	1456	53	0,1%	0,2%	1,34	0,13
25 à 29	1961	57	1,7%	0,1%	33,16	0,05
30 à 34	2098	79	0,5%	1,5%	11,43	1,15
35 à 39	2121	71	1,5%	0,7%	32,78	0,50
40 à 44	1735	52	3,2%	0,9%	55,11	0,46
45 à 49	1162	20	3,5%	3,6%	40,40	0,71
50 à 54	770	16	3,7%	2,6%	28,84	0,42
55 à 59	499	5	6,7%	5,8%	33,40	0,29
60 à 64	247	8	9,4%	6,4%	23,10	0,51
65 à 69	131	3	10,2%	10,7%	13,40	0,32
70 à 74	48	1	14,8%	8,4%	7,13	0,08
75 +	32	2	15,9%	9,7%	5,09	0,19
Total					285,70	4,82

Cet ajustement en fonction de l'âge et du sexe constitue essentiellement la base de tous les calculs des prévalences attendues présentées dans ce rapport. D'autres points doivent être pris en considération dans le cas du diabète, et ils sont abordés ci-dessous.

Deux principales formes de médicaments sont utilisées dans le traitement du diabète : l'insuline et les pilules. De plus, les diabétiques confirmés ne prennent pas tous des médicaments, car chez certains, la maladie peut être contrôlée en surveillant le régime alimentaire et/ou en faisant de l'exercice. L'ENSP répartit les diabétiques selon le type de traitement comme il est indiqué au tableau 76.

Tableau 76

Calcul du nombre attendu de détenus diabétiques selon le type de traitement

Type de traitement	proportion	Calcul de nombre attendu de cas selon le type de traitement (hommes)
Insuline	20,3 %	Insuline : $285,7 * (20,3 \% + 5,5 \%) = 73,7$
Insuline + médicaments	5,5 %	Médicaments : $285,7 * (5,5 \% + 50,3 \%) = 159,4$
Médicaments	50,3 %	
Autres	23,9 %	

À supposer que les détenus atteints du diabète reçoivent un traitement comparable à celui des diabétiques dans la collectivité, on s'attendrait à ce qu'environ 74 détenus de sexe masculin prennent de l'insuline et 159 prennent des médicaments administrés par voie orale. Dans la population carcérale féminine, on s'attendrait à ce qu'une détenue prenne de l'insuline et trois des médicaments administrés par voie orale.

Le corps du présent rapport précise que les Autochtones sont surreprésentés dans la population carcérale et que la prévalence du diabète selon l'âge est nettement plus élevée chez les Autochtones que dans la population non autochtone au Canada. Un ajustement s'impose donc pour calculer la prévalence dans la population autochtone. Les taux de prévalence du diabète dans la population autochtone par âge et

par sexe sont indiqués dans l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits, menée en 1997. Le nombre attendu de cas de diabète dans la population carcérale autochtone, calculé suivant la méthode décrite précédemment, est indiqué au tableau 77.

Tableau 77**Calcul du nombre attendu de détenus autochtones diabétiques**

Âge	Population carcérale		Prévalence du diabète, ENSP		Nombre attendu de cas	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15 à 24	427	26	2%	4%	8,54	1,04
25 à 34	806	39	2%	7%	16,12	2,73
35 à 44	611	29	8%	12%	48,88	3,48
45 à 54	226	3	18%	22%	40,68	0,66
55 à 64	52	0	18%	34%	9,36	0
65 +	11	0	28%	32%	3,08	0
Total					126,66	7,91

Les taux de prévalence par âge et par sexe d'après l'ENSP ont été appliqués de façon semblable aux données sur la population non autochtone; d'après ce calcul, on pourrait s'attendre à ce que 234,9 hommes et 3,6 femmes soient diabétiques. Si l'on combine les chiffres des populations autochtone et non autochtone, on s'attendrait à ce que, dans l'ensemble, 362 hommes et 12 femmes soient atteints du diabète. La répartition des détenus diabétiques selon le type de traitement est la suivante si l'on applique les proportions correspondantes d'après l'ENSP : environ 93 hommes prennent de l'insuline ($361,6 * 25,8 \%$) et 202 prennent des médicaments par voie orale ($361,6 * 55,8 \%$). Les nombres correspondants chez les femmes sont trois et six respectivement.

Le tableau 78 présente les données provenant des pharmacies des régions de l'Ontario et du Pacifique.

Tableau 78**Proportion des détenus prenant des médicaments antidiabétiques, régions de l'Ontario et du Pacifique, hommes**

Région	Taille de la population	Insuline (nombre)	Méd. oraux (nombre)
Pacifique	1777	20	33
Ontario	2502	25	59
Total	4279	45	92
Proportion		0,0105	0,0215

La répartition par type de traitement d'après les données provenant des pharmacies régionales a été extrapolée à l'ensemble de la population carcérale masculine, ce qui a donné les résultats estimatifs suivants : 129,7 détenus prennent de l'insuline ($0,0105 * 12\ 335$) et 265,2 prennent des médicaments par voie orale ($0,0215 * 12\ 335$). Comme il est précisé dans le corps du rapport, les données correspondantes sur l'ensemble de la population carcérale féminine ont été obtenues directement.

Annexe 4 – Programmes de soins psychiatriques avec hospitalisation

Les tableaux suivants décrivent brièvement les programmes et la capacité d'accueil des établissements de traitement psychiatrique régionaux.

Région du Pacifique Programme	Description	Capacité (2000-2001)
APEX	Programme destiné aux personnes atteintes de maladies mentales chroniques majeures et dont le fonctionnement l'empêche de bien vivre dans un environnement non clinique. L'accent est mis sur la réadaptation.	15 lits
Programme de traitement intensif pour délinquants sexuels	Programme de 34 semaines destiné aux délinquants qui ont des antécédents d'infractions sexuelles et des caractéristiques antisociales aiguës. Les critères d'admission sont nombreux, notamment : le patient doit lui-même demander le traitement, il assume la responsabilité de ses infractions, il est prêt à mettre à exécution les recommandations formulées dans le cadre du traitement, il n'est pas atteint d'une psychose aiguë et il a une capacité intellectuelle adéquate.	48 lits par année
Programme « Northstar » pour délinquants sexuels	Programme pour délinquants sexuels ayant une déficience sur le plan intellectuel et/ou psychosocial. Le programme dure en moyenne neuf mois. Il comprend la psychothérapie de groupe et des modules didactiques, des séances de groupe et des séances de counseling individuel. Les critères d'admission sont semblables à ceux du Programme de traitement intensif, sauf pour ce qui est de la capacité intellectuelle.	16 lits
Sumas	Programme destiné aux délinquants atteints d'un trouble mental majeur et/ou d'une déficience fonctionnelle extrême qui les empêche de vivre dans la collectivité de façon autonome. Les patients doivent avoir achevé un programme de traitement au Centre régional de santé ainsi qu'un programme d'ergothérapie de groupe et avoir obtenu la semi-liberté.	6 lits
Summit	Programme destiné aux délinquants atteints de troubles mentaux majeurs. Le programme de neuf mois se fonde sur un modèle bio-psycho-social et comporte des modules ou séances de groupe axés sur l'éducation et les activités.	15 lits
West One Acute Care	Programme comportant une évaluation et un traitement personnalisés qui visent à stabiliser le patient et à l'empêcher de se mutiler ou de faire mal aux autres. Une fois que le patient est dans un état stable, le traitement porte principalement sur la protection du patient, l'intervention en situation de crise, le soulagement ou l'élimination des symptômes psychiatriques. Le traitement vise aussi à aider le patient à gérer ses symptômes et à optimiser son fonctionnement psychosocial. Lorsqu'il démontre qu'il peut contrôler ses symptômes et les gérer en toute sécurité, le patient retourne à son établissement ou participe à un autre programme.	11 lits; 4 salles d'isolement thérapeutique
Région des Prairies Programme	Description	Capacité (2000-2001)
Programme de maîtrise du comportement agressif	Programme conçu pour réduire le risque de récidive violente chez les délinquants qui présentent un risque élevé de récidive non sexuelle avec violence et présentent des besoins élevés selon les facteurs criminogènes. Le traitement est destiné aux délinquants qui sont impulsivement agressifs et ont de nombreux antécédents de violence criminelle ou de problèmes de maîtrise de soi dans les établissements correctionnels. Il cible aussi les détenus dont le mode dominant de réaction aux difficultés est d'exercer un contrôle excessif, ce qui mène à des crises explosives de violence. Les patients participent à des séances de thérapie individuelle ou de groupe.	79 lits
Programme intensif de guérison pour femmes	Programme qui offre un environnement thérapeutique intensif en internat aux délinquantes ayant besoin d'un traitement intensif pour venir à bout de problèmes comportementaux et émotionnels de longue date. Le programme comporte des interventions intensives pour les troubles de la personnalité, des soins de courte et longue durée pour le traitement de troubles mentaux majeurs, des services d'évaluation et des soins pour les délinquantes atteintes de maladies physiques.	12 lits
Programme de réadaptation psychiatrique	Programme conçu pour aider les patients à s'adapter à une maladie mentale grave et persistante et à réduire le risque de récidive. Parmi les maladies mentales des patients qui ont été admis à l'unité Bow, on retrouve la schizophrénie, la dépression, la psychose maniaco-dépressive, le syndrome d'alcoolisation fœtale et les troubles mentaux organiques. Les patients participent à une thérapie individuelle et de groupe.	115 lits
Programme de traitement pour délinquants sexuels	Programme visant à fournir une intervention thérapeutique efficace et efficiente aux délinquants à risque et à besoins élevés. Le traitement est destiné aux délinquants sexuels qui présentent un risque élevé de récidive sexuelle et des besoins de traitement moyens ou élevés, mais dont les besoins ne peuvent être comblés par les programmes moins intensifs pour délinquants sexuels offerts en établissement.	75 lits

Région de l'Ontario Programme	Description	Capacité (2000-2001)
Unité de soins intensifs psychiatriques	Gestion des détenus souffrant d'une maladie aiguë quelconque, dont le régime médicamenteux doit être rectifié, qui se soumettent à une évaluation volontairement ou en application du formulaire 1 ou qui ont des problèmes d'adaptation situationnelle, des idées ou un comportement suicidaires, etc. Après le traitement, les délinquants retournent dans leur établissement d'origine ou doivent participer à un autre programme. <u>L'évaluation et le traitement neurocognitifs</u> font partie des services offerts à l'unité de soins intensifs psychiatriques. La priorité est accordée aux détenus dont l'état neurologique change. Cela comprend les détenus qui vivent un processus de démence et ceux qui se rétablissent d'un traumatisme crânien grave ou d'une neurochirurgie. La deuxième priorité est accordée aux détenus dont l'état neurologique est stable, mais qui ont un déficit cognitif chronique d'origine neurologique (difficulté d'apprentissage, séquelles chroniques d'un traumatisme crânien ou d'événements neurologiques tels qu'une maladie, un empoisonnement, etc.).	33 lits
Programmes de traitement pour délinquants sexuels	Thérapie intensive individuelle et de groupe d'une durée de six mois, destinée aux délinquants sexuels qui ont des besoins élevés et risquent de récidiver. Certains lits sont réservés à l'évaluation spécialisée du comportement sexuel ou aux délinquants qui ont des besoins spéciaux et ne peuvent participer à la thérapie de groupe pour délinquants sexuels. Ces patients suivent un programme individualisé de trois à cinq mois.	34 lits
Réadaptation psychiatrique	Traitement destiné aux patients qui peuvent maintenir un certain niveau de fonctionnement et vivre de façon autonome ou dans un milieu offrant une aide à la vie autonome. En général, ces patients sont à un an de leur mise en liberté. Ils ont des antécédents de troubles mentaux ou déficits psychosociaux majeurs, mais pourraient vivre dans un milieu qui exige un niveau de fonctionnement autonome accru. Les détenus doivent avoir un comportement compatible avec la vie dans un milieu de réadaptation et être prêts à mettre leur plan correctionnel à exécution.	48 lits
Soins prolongés	Traitement et planification de la réinsertion sociale à l'intention de patients ayant besoin de programmes structurés en raison de leur état de santé mentale. Ces détenus ont des antécédents de troubles mentaux ou déficits psychosociaux majeurs qui empêchent leur incarcération dans un établissement correctionnel ordinaire. Ils ont besoin d'un milieu structuré avec services de soutien. En général, ils ont besoin d'interventions continues, psychiatriques ou autres, lorsqu'ils sont transférés à un autre établissement ou réintègrent la collectivité.	
Région du Québec Programme	Description	Capacité (2000-2001)
Admission/Évaluation	Programme composé de quatre niveaux d'intervention visant la surveillance et l'évaluation des détenus qui sont atteints de troubles psychotiques ou de troubles de la personnalité, ont des difficultés à s'intégrer, sont suicidaires ou se mutilent, ont un comportement agressif ou sont atteints du sida et ont besoin d'appui. Les délinquants sexuels et les toxicomanes sont exclus.	15 lits
Unité psychiatrique	Programme visant à stabiliser les troubles mentaux tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression majeure. Le programme met l'accent sur les activités de la vie en groupe, la santé et l'acquisition de compétences psychosociales de base. Les détenus participent à des séances de thérapie individuelle et de groupe. Des modules et séances de groupe axés sur l'éducation ou les activités sont offerts. Une fois leur état stabilisé, les détenus doivent participer au programme de réinsertion sociale.	24 lits
Réinsertion sociale	Programme destiné aux détenus mentalement stables atteints de troubles de la personnalité (autres que la personnalité antisociale ou narcissique) ou de déficiences qui nuisent à leur fonctionnement psychosocial. Les détenus doivent être motivés et prêts à mettre leur plan correctionnel à exécution. Le traitement, d'une durée d'environ 12 à 15 mois, fait appel à une approche cognitivo-comportementale et comporte des modules ou séances de groupe axés sur l'éducation et les activités. Le programme vise à augmenter la conscience de soi ainsi qu'à enseigner des comportements socialement acceptables (et à les renforcer).	59 lits
Région de l'Atlantique Programme	Description	Capacité (2000-2001)
Unité d'évaluation et de soins actifs	Évaluation des troubles psychiatriques aigus. Une équipe interdisciplinaire exerce une surveillance étroite, crée un environnement structuré, assure une interaction thérapeutique et administre des médicaments psychotropes, au besoin.	18 lits
Unité de soins de longue durée	Les principes de la réadaptation psychosociale y sont appliqués. Toute une gamme de programmes est offerte, notamment : art-thérapie (relaxation et décontraction par l'expression de soi); activités de la vie quotidienne (amélioration et maintien de l'hygiène personnelle); compétences psychosociales (comment communiquer, maîtrise de la colère, résolution de problèmes et relaxation); sensibilisation à la santé mentale (connaissance et compréhension des maladies mentales et de l'utilisation de médicaments).	20 lits

Annexe 5 – Comparaison récapitulative des indicateurs de la santé : détenus et population canadienne

Dans le corps du rapport, des comparaisons sont faites entre les détenus et la population canadienne à l'égard de nombreux indicateurs de la santé. Le tableau suivant récapitule ces comparaisons.

Indicateur de santé	Détenus	Population canadienne
Facteurs sociodémographiques		
Éducation	Plus de 54 % des détenus non autochtones et plus de 70 % des détenus autochtones n'ont pas terminé leurs études secondaires.	27 % de la population canadienne n'ont pas terminé leurs études secondaires; 57 % de la population autochtone n'ont pas terminé leurs études secondaires.
Alphabétisme	70 % des détenus ont un niveau d'alphabétisme inférieur à une 8 ^e année, alors que 86 % ont un niveau inférieur à une 10 ^e année.	48 % des Canadiens ont de la difficulté à lire ou lisent mal et ne comprennent que des textes simples.
Chômage	Entre 50 % et 60 % chez les hommes; entre 65 % et 72 % chez les femmes.	Entre 6,7 % et 11,9 % chez les hommes; entre 6,3 % et 8,4 % chez les femmes.
Logement précaire	Entre 30 % et 45 % des détenus.	0,2 % des Canadiens habitent des logements collectifs commerciaux (pensions, maisons de chambres, hôtels, motels).
Maladies chroniques		
Tabagisme (hommes)	72 %	31 %
Diabète	Hommes : 130 prennent de l'insuline; 265 des médicaments par voie orale. Femmes : 4 prennent de l'insuline; 17 des médicaments par voie orale.	Hommes : on s'attendrait à ce que 93 prennent de l'insuline et 202 des médicaments par voie orale. Femmes : on s'attendrait à ce que 3 prennent de l'insuline et 6 des médicaments par voie orale.
Maladies cardiovasculaires	Hommes : entre 1 144 et 1 199 détenus sont traités pour une maladie cardiovasculaire. Femmes : 48 sont traitées pour une telle maladie.	Hommes : on s'attendrait à ce que 681 hommes prennent au moins un médicament. Femmes : on s'attendrait à ce que 21 femmes prennent au moins un médicament.
Dialyse	Quatre détenus provenant de 4 régions sont dialysés.	On s'attendrait à 6 dialysés (dans 5 régions).
Asthme	Hommes : 894 détenus sont traités par inhalateur. Femmes : 73 détenues sont traitées par inhalateur.	Hommes : on s'attendrait à ce que 623 hommes soient traités pour l'asthme. Femmes : on s'attendrait à ce que 26 femmes soient traitées pour l'asthme.
Épilepsie	Hommes : 311 détenus sont traités avec un antiépileptique. Femmes : 32 détenues sont traitées avec un antiépileptique	Hommes : on s'attendrait à 62 cas diagnostiqués (mais pas nécessairement soignés). Femmes : on s'attendrait à 3 cas diagnostiqués.
Infirmité physique (utilisation d'aides mécaniques, hommes)	1,4 % des détenus de sexe masculin utilisent des aides mécaniques pour se déplacer à l'intérieur de l'établissement.	On s'attendrait à ce que 0,9 % aient besoin d'aides mécaniques pour se déplacer.
Décès		
Décès	En moyenne, 54 décès par année au cours des six dernières années.	On s'attendrait à 36,9 décès par année.
Homicides	23 homicides en une période de six ans.	On s'attendrait à 2,8 homicides au cours de la même période.
Suicides	Nombre annuel moyen de suicides au cours des cinq dernières années : 11,4 (à noter qu'il s'agit du nombre réel de suicides et pas du taux pour 10 000 signalé à la section sur la santé mentale).	On s'attendrait à 3,1 suicides par an.

Maladies infectieuses		Population canadienne
Usage de drogues injectables	Avant l'incarcération : 18,3 % En incarcération : 11 % depuis leur arrivée dans l'établissement où ils se trouvaient au sondage.	0,6 %
VHB	Établissement de Springhill : 11,1 %	Moins de 5 %
VHC	(23,6 % (taux de prévalence de 28 % à 40 % selon des études de séroprévalence à participation volontaire)	1 %
VIH	(1,8 % (taux de prévalence de 0,9 % à 2 % selon des études de séroprévalence à participation volontaire)	0,15 %
Tuberculose	Test cutané positif : 20 % des détenus et 14 % du personnel. En 1998, il y avait six cas de tuberculose active. De 1999 à 2001, trois cas de tuberculose active connus et plus de 100 virages tuberculoniques.	On s'attendrait à ce que 12,6 % des tests cutanés soient positifs étant donné la proportion d'Autochtones dans la population carcérale. On s'attendrait à environ un cas de tuberculose active par an. On s'attendrait à pratiquement aucun virage tuberculonique si la transmission est évitée.
Santé mentale		
Prévalence à vie, trouble quelconque	Hommes : 84,2 %	Hommes : 40,7 %
Schizophrénie	Hommes : 1,5 % Femmes : 13,0 %	Hommes : 0,5 % Femmes : 0,6 %
Anxiété	Hommes : 18,3 %	Hommes : 8,7 %
Humeur	Hommes : 30,2 % Femmes : 49,4 %	Hommes : 7,1 % Femmes : 11,4 %
Abus de substances	Hommes : 75,7 %	Hommes : 32,5 %
Abus d'alcool	Femmes : 62,3 %	Femmes : 6,7 %
Abus de drogues	Femmes : 57,1 %	Femmes : 3,2 %
Trouble panique	Femmes : 13,0 %	Femmes : 1,7 %
Services		
Visites médicales	MF* - hommes : 5,8 par année; femmes : 9,9 par année. Méd. spéc.† - hommes : 2,1 par année; femmes : 5,7 par année.	MF - hommes : 2,2 par année; femmes : 3,8 par année. Méd. spéc. - hommes : 0,5 par année; femmes : 1,0 par année.
Usage de médicaments	Hommes : entre 53 % et 60 % prennent au moins un médicament, et en moyenne 3,2 médicaments différents. Femmes : 87 % prennent au moins un médicament, et en moyenne 5,1 médicaments différents.	Hommes : on s'attendrait à ce que 29 % prennent au moins un médicament et à ce qu'ils prennent en moyenne 1,7 médicament différent. Femmes : on s'attendrait à ce que 47 % prennent au moins un médicament et à ce qu'elles prennent en moyenne 1,7 médicament différent.

*MF : médecins de famille †Méd. spéc. : médecin spécialiste