

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 10, NUMÉRO 3, DÉCEMBRE 2005

Injection de drogue, VIH/sida et incarcération : données de la Vancouver Injection Drug Users Study

Le fait que l'on privilégie l'application de la loi comme approche dominante des politiques sur la drogue entraîne dans plusieurs pays des taux records d'incarcération. Des défenseurs des droits de la personne et des chercheurs en santé publique ont souligné que les risques de transmission du VIH par l'injection de drogue dans les prisons canadiennes nécessitent des réponses adéquates. Or, après une décennie de plaidoyer et quelques progrès, ce dossier demeure une crise sanitaire urgente.¹ Devant ces préoccupations, des chercheurs qui travaillent à la Vancouver Injection Drug Users Study [l'Étude sur les utilisateurs de drogue par injection à Vancouver] (VIDUS) ont entamé une série d'études spécifiques sur l'injection de drogue en prison et le VIH/sida. Le présent article résume le corpus de données généré par la VIDUS, puis aborde brièvement les implications de droits humains et conclut par des recommandations d'actions.

Aux quatre coins de l'Amérique du Nord, la réponse des responsables des politiques devant l'épidémie du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection a été d'allouer des ressources pour des interventions de droit pénal. Au Canada, un rapport du vérificateur général publié en 2001 a estimé que, des 454 millions \$ investis annuellement dans les efforts de contrôle des drogues illicites, 426 millions \$ (93,8 %) étaient consacrés à l'intervention policière et à l'incarcération.²

voir page 5

Dans ce numéro

Un rapport du Réseau juridique exhorte à décriminaliser la prostitution au Canada 12

É.-U. – Plaintes contre l'exigence de serment anti-prostitution 24

Hong Kong – Un tribunal conclut que la criminalisation de l'activité sexuelle porte atteinte aux droits des gais 44

Un centre d'achats de Vancouver déclaré coupable de discrimination envers les Autochtones et personnes handicapées 38

Toronto – Un rapport réclame des mesures rehaussées de réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogue 18



Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida

La publication de la Revue *VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible en partie grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada.

Injection de drogue, VIH/sida et incarcération : données de la Vancouver Injection Drug Users Study

de la page 1

Certes, il est connu qu'en général les détenus s'injectent des drogues illicites moins souvent que les utilisateurs de drogue dans la communauté,^{3,4} mais des études ont démontré que les injections en prison se font souvent de manière qui comporte des risques élevés.^{5,6} On sait que des comportements à risque, comme le partage de seringues, ont lieu^{7,8,9,10,11,12} et ont déclenché des vagues d'infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et par le VIH parmi des détenus s'injectant des drogues en Écosse, en Australie, en Lituanie et en Russie.^{13,14,15,16,17,18}

La Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS)

La ville de Vancouver, l'un des plus grands centres urbains du Canada, s'est attiré une attention internationale à la suite de l'émergence d'une épidémie documentée de VIH parmi les utilisateurs locaux de drogue par injection, au milieu des années 1990.^{19,20} La VIDUS a été initiée en réponse à cette épidémie. La VIDUS est une étude de cohorte continue, ouverte et prospective, depuis 1996, à laquelle se sont enrôlés plus de 1 500 utilisateurs de drogue par injection.²¹ À l'évaluation initiale puis à intervalle de 6 mois, les participants fournissent un échantillon de sang pour des tests diagnostics et ils répondent à un questionnaire administré par un intervieweur.

Des données sont collectées sur les indicateurs démographiques,

l'usage de drogue, l'incarcération, la santé, l'activité sexuelle et les comportements à risque. La majorité des participants à la VIDUS ont déjà été incarcérés. Lors de leur entrevue d'évaluation initiale, plus de 1 000 participants ont déclaré avoir été en prison à un moment ou l'autre depuis leur première injection de drogue, ce qui constitue approximativement 76 % de la cohorte. Près d'un tiers de ce groupe (351 personnes) ont déclaré s'être injecté des drogues en prison.

Incarcération et infection à VIH

Certaines des premières données révélant un lien entre l'incarcération et l'infection à VIH parmi les participants à la VIDUS étaient contenues dans un document de Tyndall et coll. publié en 2003.²² Bien que cette étude se concentrait sur l'association entre l'injection de cocaïne (i.e. à forte dose) et l'infection à VIH, une analyse des effets d'autres facteurs de risque d'infection par le VIH a néanmoins repéré l'incarcération comme un facteur associé à l'infection à VIH. En particulier, l'étude a révélé que les individus qui avaient été récemment incarcérés étaient 2,7 fois plus susceptibles de devenir séropositifs au VIH que les participants qui n'avaient jamais été incarcérés.²³ Cependant, cette association n'a pas été évaluée à fond, dans cette étude.

L'association entre l'incarcération et l'infection à VIH signalée dans

l'étude de Tyndall et coll. soulève d'importantes inquiétudes. Dans un éditorial subséquent, Holly Hagan a fait état d'une évaluation indépendante des risques en cause, concluant que 21 % des cas d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection de Vancouver avaient probablement eu lieu en prison.²⁴ Ce constat est très préoccupant, mais l'analyse ne permettait pas d'établir un rapport concluant entre les taux croissants d'infections hématogènes parmi les détenus et les comportements à risque pour le VIH, et la transmission ultérieure d'infections hématogènes dans les prisons, puisque la sélection des participants séropositifs à l'étude, dans la communauté, pouvait constituer une autre explication.

L'étude a fourni des données à l'appui de la conclusion que le VIH est possiblement transmis en milieu carcéral, entre utilisateurs de drogue par injection.

Incarcération et partage de seringues à risque élevé

Afin d'explorer de plus près l'association entre l'infection par le VIH et l'incarcération, Wood et

coll.²⁵ ont procédé, au moyen de données de la VIDUS, à des analyses longitudinales additionnelles examinant le partage de seringues en prison. En particulier, ils ont analysé le prêt de seringues par des utilisateurs de drogue par injection séropositifs au VIH, et l'emprunt de seringues par des utilisateurs séronégatifs.

Parmi les 318 participants à la VIDUS séropositifs au VIH, le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant chaque entrevue est demeuré associé au prêt de seringues pendant cette période.²⁶ De façon similaire, parmi les 1 157 participants à la VIDUS séronégatifs, le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant chaque entrevue est demeuré associé à l'emprunt de seringues pendant cette période.²⁷

Cette étude a laissé entendre que les constats de Tyndall et coll. ne pouvaient pas s'expliquer facilement par des facteurs de sélection biaisée. De plus, elle a fourni des données à l'appui de la conclusion que le VIH était possiblement transmis en milieu carcéral, entre utilisateurs de drogue, puisque les comportements directement propices à l'infection par le VIH étaient fortement associés à la déclaration d'avoir été en prison, pendant le suivi.

L'injection de drogue en prison : données qualitatives

Une étude qualitative de Small et coll., par le biais de la VIDUS, fournit d'autres indices que le partage de seringues en prison est une importante préoccupation sanitaire.²⁸ Les risques d'infection par le VIH signalés par des ex-détenus ont été examinés, au moyen de 26 entrevues approfondies avec des participants

à la VIDUS récemment libérés de prisons provinciales et fédérales. Ce travail fournit une compréhension du contexte social de l'environnement correctionnel et de détention, ainsi que des risques de VIH qui y ont cours en lien avec l'injection de drogue.

Cette étude a confirmé des témoignages remontant à aussi loin que 1994, à l'effet que l'injection de drogue en prison implique régulièrement un partage de seringues.^{29, 30} Elle a confirmé également des rapports antérieurs d'après lesquels l'injection en milieu carcéral se caractérise par une tendance au partage de seringues dans de vastes réseaux reliant de nombreux détenus :

J'ai su que des seringues étaient passées par 30, 40 personnes. Je le jure devant Dieu. Elles ont servi à autant de personnes.³¹

Pensons aux maladies qui circulent. Je veux dire, je regarde 15 gars qui se piquent avec la même seringue. Comment tu fais pour savoir, sur 15 gars avec qui tu partages une seringue – penses-tu que personne ne l'a [l'infection à VIH] ?³²

Par ailleurs, les commentaires de participants à cette étude portent à croire que les politiques en prison contribuent aux risques liés à l'injection dans ce milieu, en privant les détenus de l'accès à des seringues stériles et en prévoyant des sanctions disciplinaires pour la possession de seringues :

C'est un cauchemar. L'équipement comme les seringues est très, très rare. Tu vois des seringues qui ont été utilisées pendant des mois et des mois, peut-être des années. ... Je suis sûr que plusieurs, plusieurs cas

de transmission du VIH ont eu lieu à cause de ces pratiques ... le partage de seringues. Tout le monde partage.³³

Cette étude a aussi démontré que la rareté des seringues peut inciter des détenus à cacher leur séropositivité au VIH, puisque la divulgation de leur état risquerait de limiter grandement leur accès aux rares seringues qui circulent dans la prison.

J'en ai entendu parler. Les gars ne disent pas qu'ils sont séropositifs, en prison, parce qu'ils ne veulent pas que les autres leur disent « si tu es séropositif au VIH tu n'utiliseras pas cette seringue ». J'ai revu tellement de gars [hors prison] qui étaient là et ont dit : « J'ai le VIH depuis 6 ans. » Je les regarde et je leur dis : « Ah bon, tu m'avais dit que tu étais séronégatif en 1998! » Mais ... si tout le monde sait qu'un gars a le VIH, tu sais ... ils ne le laisseront pas utiliser la seringue, pas vrai ?³⁴

Cette étude a démontré que les politiques qui limitent l'accès aux seringues en prison contribuent à alimenter la pratique du partage de seringues entre détenus et à accroître les risques d'infection par le VIH et le VHC. Il convient également de noter que les participants à l'étude ont confirmé que la distribution d'eau de Javel est un moyen incomplet [de réduire les risques de transmission du VIH par le partage de seringues] car, étant donné que l'injection est une activité interdite en prison, les détenus ne font pas généralement une longue procédure de décontamination du matériel avec de l'eau de Javel, avant de se piquer. D'autres études et évaluations de programmes de provision d'eau de Javel en prison sont arrivées à la même conclusion.^{35, 36}

Incarcération et discontinuation de la HAART parmi les utilisateurs de drogue par injection

Les chercheurs de la VIDUS ont aussi tenté d'évaluer la provision de traitements antirétroviraux fortement actifs (HAART) dans des prisons. Il est bien connu que la HAART permet des réductions de la morbidité et de la mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH/sida qui la reçoivent.^{37, 38} Cependant, l'optimisme soulevé par cette approche thérapeutique est tempéré par des préoccupations d'iniquité dans l'accès à la HAART et par les faibles taux de fidélité à ces régimes complexes de traitement.^{39, 40}

Les politiques qui limitent l'accès aux seringues en prison alimentent le partage de seringues entre détenus et accroissent les risques d'infection par le VIH et le VHC.

Des utilisateurs de drogue par injection sont parmi les personnes chez lesquelles on a observé des taux faibles d'accès et de fidélité à la HAART, et en conséquence de faibles résultats de santé en lien avec le VIH/sida.⁴¹ Des études ont révélé que le taux d'amorce de traitements antirétroviraux parmi les utilisateurs de drogue par injection séropositifs est plus faible que parmi les autres

personnes séropositives, au Canada, aux États-Unis ainsi qu'en Europe,^{42, 43, 44, 45, 46} et qu'en conséquence ils ont des taux plus élevés de morbidité et de mortalité liées au sida.⁴⁷

Autre fait préoccupant, certaines données indiquent que jusqu'à 50 % des utilisateurs de drogue par injection qui commencent une HAART la discontinuent en dépit des avis médicaux.^{48, 49} Ce taux d'interruption présage des conséquences potentiellement néfastes pour la santé individuelle et la santé publique, en raison d'un risque accru de perte de contrôle virologique et d'éventuel regain viral,⁵⁰ ainsi que de la possibilité de développement d'une résistance virale aux médicaments et de propagation subséquente de virus résistants.^{51, 52}

Compte tenu des problèmes actuels que ce phénomène comporte, Kerr et coll. ont examiné les facteurs associés à l'interruption de la HAART parmi 160 participants séropositifs à la VIDUS.⁵³ Dans cette analyse, l'incarcération s'est avéré être le plus fort facteur de prédiction de l'interruption de la HAART, après considération de tous les autres cofacteurs, y compris l'intensité de la consommation de drogue.⁵⁴

Parmi les individus qui prenaient des antirétroviraux contre le VIH, ceux qui avaient été incarcérés étaient 4,8 fois plus susceptibles que les autres d'arrêter leur HAART. Bien que cette étude était limitée par le fait que les auteurs étaient dans l'impossibilité d'établir si la HAART avait été discontinuée avant, pendant ou après l'incarcération, il est important de noter que 44 % des participants qui avaient discontinué la HAART ont déclaré que le fait d'avoir été en prison constituait la

principale raison de leur interruption du traitement.

Implications juridiques et des droits humains

Plusieurs instruments internationaux sont pertinents aux droits des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH – notamment le droit à la santé.^{55, 56} Certains sont des lois, d'autres sont des règles, normes ou lignes directrices internationales. Il est important de faire la distinction entre ces types d'instruments, puisque les implications de chacun pour les gouvernements sont différentes. Le droit international établit des obligations légales qui sont exécutoires pour les États signataires d'un traité ou pacte, ou pour les membres de l'instance qui a l'adopté. Les règles, normes et lignes directrices n'ont pas force de loi et, en conséquence, les gouvernements ne sont pas obligés de les respecter.

Peu de lois internationales traitent spécifiquement ou expressément des conditions de détention, bien que la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948)⁵⁷ et la *Convention européenne des droits de l'homme* (1950)⁵⁸ interdisent les peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants. De plus, le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966)⁵⁹ établit le droit des personnes détenues à être traitées dans le respect de la dignité inhérente à toute personne (art. 10[1]). Dans un commentaire sur les implications du Pacte, le Comité des droits de l'Homme a affirmé en 1989 que :

le traitement humain et le respect de la dignité de toutes les personnes privées de leur liberté est une norme élémentaire d'application universelle qui ne

peut dépendre entièrement des ressources matérielles (art. 7) [trad.]

[et que :]

la responsabilité ultime du respect de ce principe relève de l'État, pour tous les établissements où des personnes sont détenues contre leur gré (prisons, hôpitaux, camps de détention, établissements correctionnels). [trad.]⁶⁰

Quoique non obligatoires pour les États, les règles, lignes directrices et normes internationales n'en demeurent pas moins importantes, car elles expriment les normes morales et philosophiques qui devraient guider les administrateurs nationaux et les cours – ce qu'elles font parfois avec force détails. La communauté internationale a généralement accepté qu'un ensemble de normes minima devraient s'appliquer à la détention – et en vertu ces normes, les détenus conservent tous les droits civils qui ne leur sont pas retirés expressément ou par implication nécessaire de la perte de liberté que constitue leur emprisonnement.

L'accès à la prévention du VIH, aux traitements du VIH/sida ainsi qu'aux programmes de réduction des méfaits implique le droit à la santé, compte tenu des preuves de leur efficacité contre les graves méfaits associés à la dépendance à la drogue, et à l'injection de drogue en particulier. Et plusieurs déclarations et pactes stipulent que les personnes ont un droit à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale.⁶¹

Le droit à la santé impose aux États le devoir de promouvoir et de protéger la santé des individus et des communautés, notamment en fournissant des soins de santé de qualité. En droit international, le

droit à la santé devrait être considéré dans le contexte du concept large de santé énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social complet – et non seulement l'absence de maladie.⁶²

Le droit à la santé impose aux États le devoir de promouvoir et de protéger la santé des individus et des communautés.

Comme toute autre personne, les détenus ont droit à la plus haute norme atteignable de santé, tel que le garantit le droit international. Les principaux instruments internationaux révèlent un consensus général à l'effet que la norme des soins de santé fournis aux détenus doit être comparable à la norme des soins fournis dans le reste de la communauté. Dans le contexte du VIH/sida, des services de santé comparables incluraient de fournir aux détenus les moyens nécessaires à se protéger contre l'exposition au VIH/sida et d'autres méfaits liés à la drogue.

Les recommandations sur le VIH/sida en prison qu'ont développées la communauté internationale et des gouvernements nationaux appuient constamment l'« équivalence de traitement » pour les détenus,^{63, 64} soulignent l'importance de prévenir la transmission du VIH en prison et suggèrent que les moyens de prévention – y compris les seringues stériles – soient fournis aux détenus.

Par exemple, le principe 9 des *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus* prévoit que « [I]es détenus [aie]nt accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique. »⁶⁵ De plus, les *Lignes directrices de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons* affirment : « Dans les pays où des seringues et des aiguilles propres sont mises à la disposition des toxicomanes dans la population, il faudrait étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en feront la demande ».⁶⁶

Discussion

Un corpus de plus en plus lourd de recherches dérivées de l'étude VIDUS met en relief les risques associés à l'usage de drogue par injection dans les prisons en Colombie-Britannique. En particulier, ces recherches portent à croire que l'incarcération est associée à une probabilité accrue de contracter le VIH, à un risque élevé de partage de seringues ainsi qu'à un traitement inférieur à la norme optimale du traitement de l'infection à VIH.

Ce corpus de données appuie les conclusions formulées ailleurs, quant au besoin pressant de mettre en œuvre et d'évaluer des mesures additionnelles pour la prévention du VIH, comme l'échange de seringues, dans les établissements carcéraux et correctionnels du Canada; il met aussi en lumière la nécessité de recherches et de programmes additionnels en vue d'assurer le traitement optimal de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue par injection qui sont incarcérés et séropositifs. De toute évidence, en rapport avec le point qui précède, des programmes

de diversion communautaire, pour les personnes non violentes qui sont trouvées coupables d'infractions liées à l'usage de drogue, plutôt que des peines d'incarcération, sont une approche à évaluer de manière urgente, pour les utilisateurs ayant ou non le VIH.

Depuis quelques années, des chercheurs en santé publique constatent que des facteurs environnementaux influencent les risques de VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues.^{67, 68} Les risques auxquels sont confrontées ces personnes sont conditionnés par de nombreux facteurs : statut juridique et disponibilité de matériel d'injection stérile, pratiques d'application de la loi, dynamique du marché de la drogue, type de drogue consommé, pratiques spécifiques d'injection et degré de disponibilité de traitements adéquats pour la dépendance.^{69, 70, 71}

Le milieu à risque que sont les établissements correctionnels est bien différent du reste de la communauté, car il est caractérisé par des politiques qui restreignent complètement l'accès à des seringues stériles, favorisant le partage accru de seringues au sein de grands réseaux sociaux. La reconnaissance de l'impact que les lois et politiques entraînent sur le plan de la santé des détenus met en relief le potentiel d'interventions structurelles, comme la réforme des politiques, afin de modifier les conditions environnementales.⁷² Par exemple, l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison aurait un impact sur l'environnement à risque dans les prisons, en augmentant la disponibilité de matériel d'injection stérile, améliorant ainsi la capacité des utilisateurs de drogue par injection de se protéger contre le VIH.

Cette approche est conforme aux meilleures données disponibles ainsi qu'aux lois et directives internationales et nationales. Nombre d'experts, dans des avis sur le sujet, ont recommandé que des programmes d'échange de seringues soient mis en œuvre au Canada; de plus, les données sur les programmes d'échange de seringues dans les prisons d'autres pays ont démontré leurs retombées positives.^{73, 74, 75} De fait, les évaluations de programmes d'échange de seringues en prison ont constaté une diminution du partage de seringues ainsi qu'une absence de nouveaux cas de VIH et de VHC parmi les détenus qui y ont recours. De plus, l'attitude développée chez les employés des prisons à l'égard des programmes d'échange de seringues a été qualifiée de positive, et les aiguilles n'ont pas été utilisées comme armes contre des gardiens ou codétenus, contrairement à la crainte de certains.^{76, 77}

Les évaluations de programmes d'échange de seringues en prison ont constaté une diminution du partage de seringues ainsi qu'une absence de nouveaux cas de VIH et de VHC parmi les détenus qui y ont recours.

L'impact néfaste de l'incarcération sur le traitement du VIH pour les utilisateurs de drogue par injection a été documenté dans d'autres recherches canadiennes.⁷⁸ Bien que d'autres études soient requises pour

mieux comprendre l'association entre l'incarcération et l'interruption du traitement antirétroviral, les études disponibles indiquent que des efforts revigorés sont nécessaires pour améliorer la qualité des soins aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs qui deviennent détenus.

Une analyse fondée sur les droits indique que les gouvernements ont l'obligation d'honorer le principe de l'équivalence en vertu duquel les détenus ont droit à la même norme de soins de santé que ce qui est offert dans le reste de la communauté. De plus, les administrateurs des prisons ont l'obligation de respecter les lois et normes internationales sur les droits de la personne qui exigent la protection complète de la santé des détenus. L'accès à la prévention du VIH, les traitements ainsi que les programmes de réduction des méfaits relèvent du droit à la santé, compte tenu des données sur leur efficacité pour promouvoir la santé et prévenir les graves conséquences associées à l'injection de drogue. L'échec à fournir ces mesures et la pratique de punir les personnes dépendantes de la drogue perpétuent la discrimination et la stigmatisation d'un groupe de membres de la société qui sont fortement vulnérables.

Conclusion

Un corpus croissant de recherches dérivées de l'étude VIDUS révèle les problèmes continus et non résolus qui sont liés à l'injection de drogue et au VIH/sida dans les prisons du Canada. Ces recherches démontrent un lien étroit entre l'incarcération, le partage de seringues, l'infection à VIH et des traitements sous-optimaux pour le VIH/sida. Ce corpus renforce des appels déjà exprimés pour un renouvellement des efforts visant à

modifier les conditions en vigueur dans le milieu carcéral, afin de réagir aux problèmes du VIH/sida en lien avec l'injection de drogue parmi les personnes incarcérées. De plus, des programmes de diversion communautaire, pour les personnes non violentes qui sont trouvées coupables d'infractions liées à l'usage de drogue, plutôt que des peines d'incarcération inefficaces, sont une approche à évaluer de manière urgente, pour les utilisateurs ayant ou non le VIH.

– Will Small, Evan Wood,
Ralf Jürgens, Thomas Kerr

Will Small est ethnographe au British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et il concentre son travail sur l'injection de drogue. On peut le joindre à wsmall@cfenet.ubc.ca. Le Dr Evan est associé de recherche au Département de médecine de l'University of British Columbia. Ralf Jürgens est consultant à Montréal et travaille sur des enjeux liés au VIH/sida. Le Dr Thomas Kerr est associé de recherche au British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et professeur adjoint clinique au Département de médecine de l'University of British Columbia.

associated risk behaviours in Greek prisons », *Addiction*, 1998, 93 : 243-251.

⁷ N. Mahon, « New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs », *American Journal of Public Health*, 1996, 86(9) : 1211-1215.

⁸ J.G. Clarke et coll., « Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration », *Substance Abuse*, 2001, 22(4) : 209-216.

⁹ K. Dolan, A. Wodak, « HIV transmission in a prison system in an Australian state », *Medical Journal of Australia*, 1999, 171(1) : 14-17.

¹⁰ K. Dolan, « Can hepatitis C transmission be reduced in Australian prisons? », *Medical Journal of Australia*, 2001, 174(8) : 378-379.

¹¹ Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : rapport final – 1995*.

¹² P.M. Ford et coll., « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *Quarterly Journal of Medicine*, 2000, 93(2) : 113-119.

¹³ K. Dolan, A. Wodak.

¹⁴ A. Taylor et coll., « Outbreak of HIV infection in a Scottish prison », *British Medical Journal*, 1995, 310(6975) : 289-292.

¹⁵ D. Goldberg et coll., « Lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? », *International Journal of STD & AIDS*, 1998, 9(1) : 25-30.

¹⁶ A. Bobrik et coll., « Prison health in Russia: the larger picture », *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26 : 30-59.

¹⁷ S. Caplinskas, G. Likatavicius, « Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania », *Eurosurveillance Weekly*, 2002, 6(2).

¹⁸ I. Caplinskiene, S. Caplinskas, A. Griskevicius, « Narcotic abuse and HIV infections in prisons » (article en lithuanien), *Medicina (Kaunas)*, 2003, 38(8) : 797-803.

¹⁹ M.T. Schechter et coll., « Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak », *AIDS*, 1999, 13(6) : F45-51.

²⁰ S.A. Strathdee et coll., « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, 1997, 11(8) : F59-65.

²¹ *Ibid.*

²² M.W. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS*, 2003, 17(6) : 887-893.

²³ *Ibid.*

²⁴ H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS*, 2003, 17(6) : 911-913.

²⁵ E. Wood et coll.

²⁶ E. Wood et coll.

²⁷ E. Wood et coll.

²⁸ W. Small et coll., « Incarceration, addiction, and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison », *Substance Use and Misuse*, 2005, 40(6) : 831-843.

²⁹ Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral – Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, 1994.

³⁰ R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du

sida, 1996.

³¹ W. Small et coll.

³² W. Small et coll.

³³ W. Small et coll.

³⁴ W. Small et coll.

³⁵ Service correctionnel du Canada, *Évaluation des mesures de réduction des méfaits causés par le VIH/SIDA au Service correctionnel du Canada*, 1999.

³⁶ A. Taylor, D. Goldberg, « Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3) : 16-17.

³⁷ R. Hogg et coll., « Improved survival among HIV-infected patients after initiation of triple-drug antiretroviral regimens », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160(5) : 659-665.

³⁸ K. Porter et coll., « Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART », *Lancet*, 2003, 362(9392) : 1267-1274.

³⁹ F.L. Altice, G.H. Friedland, « The era of adherence to HIV therapy », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129(6) : 503-505.

⁴⁰ E. Wood et coll., « Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996 », *AIDS*, 2002, 16(15) : 2065-2072.

⁴¹ K. Porter et coll.

⁴² S.J. Ferrando et coll., « Psychiatric morbidity, illicit drug use and adherence to zidovudine (AZT) among injection drug users with HIV disease », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1996, 22(4) : 475-487.

⁴³ R.D. Muma et coll., « Zidovudine adherence among individuals with HIV infection », *AIDS Care*, 1995, 7(4) : 439-447.

⁴⁴ N. Singh et coll., « Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance », *AIDS Care*, 1996, 8(3) : 261-269.

⁴⁵ S.A. Strathdee et coll., « Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(6) : 547-549.

⁴⁶ T.L. Wall et coll., « Adherence to zidovudine (AZT) among HIV-infected methadone patients: a pilot study of supervised therapy and dispensing compared to usual care », *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, 37 : 261.

⁴⁷ K. Porter et coll.

⁴⁸ P. Demas et coll., « The relationship of HIV treatment acceptance and adherence to psychological factors among injection drug users », *AIDS and Behavior*, 1998, 2(4) : 283-292.

⁴⁹ A. Palepu et coll., « Access and sustainability of antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, Supp. B : 32B.

⁵⁰ P.R. Harrigan, M. Whaley, J.S. Montaner, « Rate of HIV-1 RNA rebound upon stopping antiretroviral therapy », *AIDS*, 1999, 13(8) : F59-62.

⁵¹ S.G. Deeks, « International perspectives on antiretroviral resistance. Nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2001, 1(26) : S25-33.

⁵² D.R. Bangsberg et coll., « Adherence to protease inhibi-

¹ R. Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

² Bureau du vérificateur général du Canada, 2001 – *Rapport du vérificateur général du Canada*, chapitre 11 (« Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral »).

³ J. Keene, « Drug use among prisoners before, during and after custody », *Addiction Research*, 1997, 4 : 343-353.

⁴ K. Dolan et coll., « Risk behaviours of IDUs before, during and after imprisonment in New South Wales », *Addiction Research*, 1996, 4 : 151-160.

⁵ S. Darke, S. Kaye, R. Finlay-Jones, « Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients », *Addiction*, 1998, 93(8) : 1169-1175.

⁶ M. Malliori et coll., « A survey of bloodborne viruses and

tors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population », *AIDS*, 2000, 14(4) : 357-366.

⁵³ T. Kerr et coll., « Determinants of HAART discontinuation among injection drug users », *AIDS Care*, 2005, 17(5) : 539-549.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ R. Jürgens, G. Betteridge, « Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives », *Health & Human Rights*, 2005, 8(2) : sous presse.

⁵⁶ R. Jürgens, G. Betteridge, « HIV prevention for prisoners: a public health and human rights imperative », *Interrights Bulletin*, 2005, 15(2) : 55-59.

⁵⁷ *Déclaration universelle des droits de l'homme*, UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 (1948).

⁵⁸ Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ETS 5, 213 UNTS 222, entrée en vigueur le 3 septembre 1953, amendée par les Protocoles Nos 3, 5 et 8, entrés en vigueur respectivement les 21 septembre 1970, 20 décembre 1971 et 1^{er} janvier 1990.

⁵⁹ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, UN GA res2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16), UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entré en vigueur le 3 janvier 1976.

⁶⁰ Comité des droits de l'Homme, Observation générale 7(16), Nations Unies, 1989, article 7, 9(16), article 10.

⁶¹ V. Leary, « The right to health in international human

rights law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) : 24-56.

⁶² Organisation mondiale de la santé, Constitution, 1992.

⁶³ G. Schaller, T.W. Harding, « La prévention du SIDA dans les prisons européennes », *Soz Präventivmed*, 1995, 40(5) : 298-301.

⁶⁴ S. Wilson, « The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons », *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184 : 5-7.

⁶⁵ Assemblée générale des Nations Unies, *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, 1990.

⁶⁶ Organisation mondiale de la santé, *Directives sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, 1993, p. 6.

⁶⁷ T. Rhodes et coll., « The social structural production of HIV risk among injecting drug users », *Social Science & Medicine*, 2005, 61 : 1026-1044.

⁶⁸ T. Rhodes, « The 'risk' environment: a framework for understanding and reducing drug related harm », *International Journal of Drug Policy*, 2002, 13 : 85-94.

⁶⁹ S. Burnis et coll., « Addressing the "risk environment" for injection drug users: the mysterious case of the missing cop », *Milbank Q*, 2004, 82(1) : 125-156.

⁷⁰ F.I. Bastos, S.A. Strathdee, « Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects », *Social Science Medicine*, 2000, 51(12) : 1771-82.

⁷¹ K.M. Blankenship, S. Koester, « Criminal law, policing

policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users », *Journal of Law and Medical Ethics*, 2002, 30(4) : 548-559.

⁷² D.C. Des Jarlais, « Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users », *AIDS*, 2000; 14(Suppl 1) : S41-46.

⁷³ R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.

⁷⁴ R. Lines, « Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: the evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries », *International Journal of Prisoner Health*, 2005, 1(1) : 49-64.

⁷⁵ Association médicale de l'Ontario, *Improving Our Health: why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons?*, 2004.

⁷⁶ J. Nelles, A. Fuhrer, H. Hirsbrunner, « How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners », *Drug and Alcohol Review*, 1999, 18 : 133-138.

⁷⁷ K. Dolan, S. Rutter, A.D. Wodak, « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 98(2) : 153-158.

⁷⁸ A. Palepu et coll., « Alcohol use and incarceration adversely affect HIV-1 RNA suppression among injection drug users starting antiretroviral therapy », *Journal of Urban Health*, 2003, 80(4) : 667-675.