

OUVRIR NOTRE AVENIR

Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C



Anne Marie DiCenso, M.serv.soc. – Giselle Dias – Jacqueline Gahagan, Ph.D

Un rapport du Réseau d'action et de soutien des prisonniers et
prisonnières vivant avec le sida (PASAN)

OUVRI NOTRE AVENIR

*Une étude nationale sur les détenues,
le VIH et l'hépatite C*

Chercheuses principales :

Anne Mare DiCenso, M.serv.soc.

Giselle Dias

Jacqueline Gahagan, Ph.D

Un rapport du Réseau d'action et de soutien des prisonniers et
prisonnières vivant avec le sida (PASAN)

Ouvrir Notre Avenir:
Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C

Chercheuses principales :
Anne Mare DiCenso, M.serv.soc.
Giselle Dias
Jacqueline Gahagan, Ph.D

Analyse des données
Laurene Rehman, Ph.D

Traduction française
Josée Dussault et Jean Dussault

Rédaction du rapport
Rick Lines

Évaluation
Jill MacKay

Comité consultatif national
Victoria Arshad
Jacqueline Gahagan, Ph.D
Tim McClelland, *Société de l'hépatite C du Canada*
Maggie McGinn
Viviane Namaste, Ph.D
Kim Pate, *Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry*
Marcie Summers
Sherri Quinn
Pat Tait
Art Zoccole, *Réseau canadien autochtone du sida*

Illustration de la couverture
Debra 'Jordi' Lilly

Ce rapport a été publié par le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), avec l'appui financier de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.

Tous droits réservés © PASAN, 2003

PASAN
489 College Street, Suite 500
Toronto, Ontario M6G 1A5
Téléphone : (416) 920-9567 Télécopieur : (416) 920-4314
info@pasan.org www.pasan.org

Table des matières

Préface

1. Sommaire
2. Contexte de l'étude et du rapport final
3. Aperçu des principaux constats
4. Aperçu des principales recommandations
5. Les détenues au Canada : cadre contextuel
6. Caractéristiques démographiques des participantes
7. Principaux constats (par thème)
 - 7.1 Comportements à risque pour le VIH et le VHC
 - 7.2 Éducation à la prévention du VIH et du VHC
 - 7.3 Mesures de prévention et de réduction des méfaits
 - 7.4 Test et confidentialité
 - 7.5 Soins médicaux et traitements
 - 7.6 Soutien, counselling et information
8. Conclusion
9. Recommandations de meilleures pratiques

Préface

Ce projet n'aurait pas été possible sans l'appui, les conseils et la contribution de plusieurs personnes, aux quatre coins du pays.

Nous remercions d'abord les membres du Comité consultatif national, qui ont généreusement consacré temps et expertise à ce projet, pendant deux ans, pour en assurer la réussite : Victoria Arshad, Jacquie Gahagan, Tim McClemont, Maggie McGinn, Viviane Namaste, Lynn Jackson, Kim Pate, Marcie Summers, Sherri Quinn, Pat Tait et Art Zoccole.

Merci aussi à Sherri Quinn, pour son aide à la recherche au Québec; à Pierre Corbeil, pour la traduction des entrevues; à Cathy Saleh, Sarah Ware, Jessica Lee Ware, Amandeep Panag, Jacinta Bolliantz et Lesley Van Koughnet, pour la transcription des entrevues enregistrées; à Laurene Rehman, pour l'analyse des données; à Rick Lines, pour la rédaction du rapport final et des recommandations; et à Jill MacKay, pour l'évaluation du projet.

Nous remercions également les employés du Service correctionnel du Canada qui ont appuyé notre étude et nous ont prêté assistance.

Merci à la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida de Santé Canada, pour son appui financier dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida – un merci particulier à Jeff Dodds, Paul Lapierre, Sheila Braidek et Patti Murphy pour leur aide et leur appui.

Et surtout, un grand merci à toutes les femmes qui ont participé à cette étude, à travers le pays, et qui ont partagé leurs expériences avec nous. Cet ouvrage leur est dédié.

Anne Marie DiCenso
Giselle Dias

PASAN

1. Sommaire

Ouvrir notre avenir est une étude qualitative et évaluative qui examine les perceptions et expériences de détenues de prisons fédérales, en relation avec le VIH/sida et l'hépatite C. Initiée par le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), cette recherche communautaire a été conçue et menée en collaboration avec un Comité consultatif national.

L'étude documente les besoins spécifiques de femmes incarcérées dans des établissements fédéraux, en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien pour le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). À partir des expériences décrites par celles-ci, le présent rapport examine la réponse actuelle des services correctionnels et communautaires, en termes de nécessité, d'accessibilité, de qualité, de satisfaction et de confiance. Menée en 2001-2002, l'étude a donné lieu à la réalisation d'entrevues auprès de 156 détenues du système fédéral, logées dans 9 établissements à travers le Canada.

Cette étude révèle que les comportements à risque élevé pour le VIH et le VHC sont répandus, parmi les détenues. Elle constate aussi que la réponse actuelle du Service correctionnel du Canada et des organismes communautaires de santé – en matière d'éducation à la prévention, de réduction des méfaits, de soins, de traitement, de soutien et de counselling destinés aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC – échoue à satisfaire les besoins de cette population à plusieurs égards.

Dans plusieurs cas, on observe un manque d'uniformité dans la mise en œuvre et l'accessibilité des programmes et services actuels, au sein de chaque établissement comme dans l'ensemble du système. Les préoccupations liées à la confidentialité sont omniprésentes et affectent la participation et l'accès aux programmes dans tous les domaines étudiés. Les données révèlent aussi des domaines où des initiatives nouvelles ou novatrices sont nécessaires pour répondre efficacement aux besoins identifiés par les participantes. Le présent rapport rend compte de ces lacunes dans la réponse actuelle des milieux correctionnel et communautaire.

Par ailleurs, le rapport propose des éléments de meilleures pratiques dans la provision de services liés au VIH et au VHC. Ces directives se fondent sur les commentaires des participantes ainsi que sur des recommandations et expériences aux paliers national et international.

À la lumière de ces constats, le rapport adresse une série de recommandations au Service correctionnel du Canada, à Santé Canada, aux départements de santé publique, aux centres de santé communautaire et aux organismes communautaires. Ces recommandations ont pour buts d'aider à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un cadre de « meilleures pratiques », en prison, et de veiller à ce que les divers besoins des détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC soient satisfaits d'une manière complète et avec compassion.

2. Contexte de l'étude et du rapport final

Cette étude avait pour but d'examiner les expériences et perceptions de femmes incarcérées dans des prisons fédérales du Canada, en matière de prévention, soins, traitements et soutien pour le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). À la lumière des données recueillies, le présent rapport final adresse un ensemble de recommandations au Service correctionnel du Canada (SCC), à Santé Canada, aux départements de santé publique, aux centres de santé communautaire et aux organismes communautaires.

Réalisé par le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), le projet a été développé et coordonné en collaboration avec un Comité consultatif national.

L'étude avait quatre objectifs :

1. Identifier les besoins des détenues de prisons fédérales du Canada, sur le plan des programmes sur le VIH et le VHC, y compris leurs connaissances et perceptions à l'égard des programmes existants, ainsi que leur accès et leur recours à ceux-ci.
2. Évaluer dans quelle mesure les programmes actuels répondent aux besoins des détenues de prisons fédérales du Canada, en termes d'accessibilité et de contenu.
3. Formuler des recommandations de « meilleures pratiques » afin de pallier à toute lacune identifiée dans les programmes actuels de prévention du VIH et du VHC destinés aux détenues de prisons fédérales du Canada.
4. Formuler des recommandations de « meilleures pratiques » afin de pallier à toute lacune identifiée dans les programmes de soins, de traitements et de soutien pour le VIH et le VHC destinés aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.

Les chercheuses ont utilisé des techniques qualitatives de collecte et d'analyse des données, conçues pour explorer les expériences et les perceptions de détenues de prisons fédérales relativement à la connaissance et/ou au recours à des programmes sur le VIH et le VHC. Elles ont procédé à des entrevues individuelles en profondeur auprès de détenues, puis à l'analyse thématique des transcriptions de ces entrevues.

156 femmes ont été interviewées, ce qui correspond à environ 40% de la population totale des détenues fédérales.

Le protocole d'étude a fait l'objet d'un examen éthique et a été approuvé par l'Université Dalhousie.

En 2001-2002, des entrevues ont été réalisées dans 9 des 11 établissements correctionnels fédéraux abritant des femmes, au Canada. La participation à l'étude était strictement volontaire; les détenues en ont été informées par le biais d'affiches. Pour des fins de confidentialité, un numéro d'identification unique a

été assigné à chaque participante ainsi qu'à chaque établissement, en vue de l'analyse des données. Seule l'équipe de recherche a eu accès à cette information. Tous les identificateurs personnels et institutionnels ont été éliminés.

Au total, 156 femmes ont été interviewées. Cela correspond à environ 40% de la population totale des détenues des prisons fédérales. Les entrevues ont été réalisées à l'Établissement Nova pour femmes (Truro, Nouvelle-Écosse), à l'Établissement de Springhill (Springhill, Nouvelle-Écosse), à l'Établissement Joliette (Joliette, Québec), à l'Établissement Grand Valley pour les délinquantes (Kitchener, Ontario), au Centre psychiatrique régional (Saskatoon, Saskatchewan), au Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci (Maple Creek, Saskatchewan), au Pénitencier de la Saskatchewan (Prince Albert, Saskatchewan), à l'Établissement pour femmes d'Edmonton (Edmonton, Alberta) et au Centre correctionnel pour femmes de Burnaby (Burnaby, Colombie-Britannique). La répartition de l'âge des participantes était semblable à celle observée dans l'ensemble de la population des détenues fédérales. Par ailleurs, il y avait une forte proportion de femmes autochtones dans l'échantillon – une proportion fortement supérieure à celle qui prévaut dans l'ensemble de la population des détenues fédérales.

Les chercheuses n'ont pas été autorisées par le SCC à verser une rémunération aux participantes – sauf à celles du Centre correctionnel pour femmes de Burnaby, un établissement provincial de la Colombie-Britannique qui abrite des femmes purgeant une peine de ressort fédéral. Dans ce cas uniquement, un cachet de 10\$ a été versé directement à chaque participante. Cette pratique est conforme aux politiques de l'établissement.

Après l'ébauche des recommandations, des réunions ont été tenues dans certains établissements où des entrevues avaient été réalisées. Ces « rencontres de contrôle » ont servi à communiquer aux détenues les conclusions de l'étude et à recueillir leurs points de vue et commentaires, avant de finaliser et de publier le document.

Le projet a été évalué par une consultante indépendante.

3. Aperçu des principaux constats

COMPORTEMENTS À RISQUE : Les comportements à risque de transmission du VIH et du VHC par voie sexuelle et sanguine sont répandus, parmi les détenues de ressort fédéral. Une détenue sur 4 pratique le tatouage; 1 sur 4 a des rapports sexuels non protégés; et 1 sur 5 pratique l'injection de drogue.

ÉDUCATION À LA PRÉVENTION : Les programmes d'éducation à la prévention du Service correctionnel du Canada (SCC) ne satisfont pas les besoins des détenues. Les programmes offerts par les organismes de lutte contre le VIH/sida ne sont pas non plus adéquats.

MESURES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS : Les condoms, les digues dentaires, le lubrifiant et l'eau de Javel ne sont pas distribués de façon uniforme – ils sont particulièrement inaccessibles aux détenues qui ont des comportements à risque. L'échange de seringues, les mesures de tatouage sécuritaire et l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre ne sont pas accessibles, malgré des preuves de comportements à risque liés à ces pratiques et le désir d'accéder à de telles mesures, parmi les détenues.

SÉRODIAGNOSTIC DU VIH/VHC : Le recours aux tests du VIH et du VHC est très élevé, parmi les détenues. Toutefois, la provision de counselling pré-test et post-test est piètre; 64% des détenues ont dit n'avoir reçu aucun counselling, en procédure de test.

CONFIDENTIALITÉ : Les enjeux de confidentialité et de vie privée sont intimement liés à la satisfaction à l'égard des programmes et services, ainsi qu'à leur accessibilité. Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC sont généralement insatisfaites du degré de confidentialité en prison; elles ont exprimé des préoccupations quant aux divers bris de confidentialité pouvant découler de procédures de routine en prison.

SERVICES MÉDICAUX : Les détenues sont généralement insatisfaites de la qualité et de l'accessibilité des services médicaux. Moins d'une détenue sur 10 a déclaré avoir eu une expérience positive d'accès à des soins de santé en prison. Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC ont identifié divers obstacles dans le recours à des services médicaux, notamment la difficulté d'accès à des tests sanguins, à des médecins généralistes et spécialistes, à des médicaments anti-douleur et à des médicaments pour atténuer les effets secondaires des médicaments anti-VIH/VHC.

RÉGIME ALIMENTAIRE ET NUTRITION : Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC sont insatisfaites de la norme alimentaire et nutritionnelle en prison; elles ont aussi identifié des obstacles dans l'accès à des vitamines et suppléments nutritionnels.

SOUTIEN ET COUNSELLING : Malgré la diversité des services de soutien et de counselling offerts par des intervenants correctionnels et communautaires, en prison, la plupart des détenues considèrent que ces initiatives ne répondent pas à leurs

besoins. Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC ont été nombreuses à identifier le manque de services de counselling et de soutien adaptés à leurs besoins.

4. Aperçu des principales recommandations

ÉDUCATION À LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC

Recommandations au SCC, à Santé Canada et aux organismes communautaires

- L'accès à des programmes et à du matériel d'éducation à la prévention du VIH et du VHC destinés aux détenues doit être rehaussé et uniformisé, à travers le système. Les programmes correctionnels et communautaires doivent être offerts sur une base régulière et continue.
- Le matériel éducatif sur le VIH et le VHC devrait être disponible à grande échelle et sous diverses formes. L'information devrait être récente, présentée en langage simple et discrète.

Recommandation au SCC

- L'accessibilité des programmes actuels de santé des paires devrait être rehaussée et uniformisée à travers le système. Des employés du SCC devraient collaborer avec des détenues pour veiller à ce que chaque programme soit élaboré et mis en œuvre de manière à satisfaire les besoins spécifiques des détenues de chaque établissement.

MESURES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Recommandations au SCC

- Les condoms, les digues dentaires et le lubrifiant à base d'eau doivent être accessibles de façon égale et uniforme à travers le système. En particulier, l'accès aux digues dentaires et au lubrifiant devrait être amélioré. L'accès à des moyens préventifs devrait être conforme à la *Directive du commissaire n°821* et ne devrait pas nécessiter une demande auprès du personnel.
- L'eau de Javel concentrée (ainsi que de l'information sur son usage adéquat comme mesure de réduction des méfaits) doit être accessible discrètement aux détenus, à divers endroits dans chaque établissement. L'accès à l'eau de Javel ne devrait pas nécessiter une demande auprès d'un employé.
- Le SCC devrait surveiller la mise en œuvre de la phase II de sa politique sur la méthadone et veiller à ce que les détenues aient un accès équitable au programme, à travers le système. Des efforts devraient être déployés pour informer les détenues sur le processus de demande d'adhésion et les critères de sélection du programme d'entretien à la méthadone.

- Le SCC devrait appliquer les recommandations du Rapport final déposé en 1999 par le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues et mettre à l'essai des projets pilotes d'échange de seringues dans les cinq régions du Canada (y compris dans un établissement pour femmes).
- Des mesures de réduction des méfaits ainsi que des instruments appropriés pour la pratique sécuritaire du tatouage et du perçage devraient être fournis aux détenus.
- On devrait élaborer et disséminer de l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre, ainsi que sur des alternatives sécuritaires à ces comportements. On doit réellement mettre en œuvre des réactions non punitives à l'égard des femmes qui pratiquent l'automutilation, plutôt que de se limiter à élaborer des politiques.

SÉRODIAGNOSTIC DU VIH ET DU VHC

Recommandations au SCC

- Le counselling pré-test et post-test doit être une composante obligatoire des pratiques de test du VIH et du VHC. Aucun détenu ne devrait subir un test sans recevoir de counselling.
- L'option du test anonyme devrait être offerte.

Recommandation au SCC, aux départements de santé publique et aux centres de santé communautaire

- Le SCC et les infirmières en santé publique de l'extérieur devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services de test, voire l'accroître si possible.

CONFIDENTIALITÉ

Recommandation au SCC, à Santé Canada et aux organismes communautaires

- La confidentialité est un élément central de meilleure pratique dans tous les programmes et services en matière de VIH et de VHC, en prison. Elle doit être l'enjeu central de la conception et de la mise en œuvre des programmes.

SOINS MÉDICAUX

Recommandations au SCC

- Les services de santé en prison doivent être révisés et améliorés. Le SCC doit fournir des ressources financières et humaines adéquates, pour permettre une norme de soins comparable à celle qui prévaut dans la communauté.
- L'accès à des médecins de sexe féminin doit être offert dans tous les établissements pour femmes.

GESTION DE LA DOULEUR

Recommandation au SCC

- L'accès à des médicaments anti-douleur – y compris des narcotiques sur ordonnance – doit être rehaussé et exempt de discrimination.

RÉGIME ALIMENTAIRE ET NUTRITION

Recommandations au SCC

- Le régime alimentaire de tous les détenus devrait être amélioré conformément aux directives du SCC, à travers le système.
- Les régimes alimentaires spéciaux – en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC – devraient être accessibles facilement et constamment, à travers le système.

SOUTIEN AUX DÉTENUES VIVANT AVEC LE VIH ET/OU LE VHC

Recommandation au SCC, à Santé Canada et aux organismes communautaires

- Les services de soutien et de counselling destinés aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC (en particulier ceux offerts par des organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC) devraient être élargis et accessibles de façon uniforme à travers le système.

5. Les détenues au Canada : cadre contextuel

Le système des prisons fédérales est l'une des quatorze instances en charge de services correctionnels, au Canada. Administré par le Service correctionnel du Canada (SCC), il relève du solliciteur général. Il loge des individus qui purgent des peines de deux ans ou plus. Chaque gouvernement provincial et territorial gère aussi son propre système de prisons, où sont incarcérés des individus pour une période de moins de deux ans.

Les femmes qui purgent des peines de ressort fédéral sont logées dans 11 établissements répartis dans les 5 régions administratives du SCC – Colombie-Britannique, Prairies, Ontario, Québec, et Atlantique. Dix de ces établissements, aux niveaux de sécurité divers, sont gérés par le gouvernement fédéral. L'autre établissement – le Centre correctionnel pour femmes de Burnaby – est une prison provinciale pour femmes, en Colombie-Britannique, qui abrite certaines détenues sous responsabilité fédérale.

Parmi les établissements pour femmes gérés par le SCC, cinq ont une cote de sécurité minimale/moyenne – l'Établissement Nova pour femmes (Truro, Nouvelle-Écosse); l'Établissement Joliette (Joliette, Québec); l'Établissement Grand Valley pour les délinquantes (Kitchener, Ontario); l'Établissement pour femmes d'Edmonton (Edmonton, Alberta); et le Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci (Maple Creek, Saskatchewan). Les femmes qui nécessitent un encadrement à sécurité maximale sont logées dans des unités féminines, au sein de trois établissements pour hommes – l'Établissement de Springhill (Springhill, Nouvelle-Écosse); le Centre régional de réception (Ste-Anne-des-Plaines, Québec); et le Pénitencier de la Saskatchewan (Prince Albert, Saskatchewan).

La Loi stipule que la provision de services de santé aux détenus « doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues ».

Le système correctionnel fédéral est régi par la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Les politiques internes du SCC sont orientées par une série de *Directives du commissaire* et d'*ordres permanents* (établis au palier national, mais souvent interprétés et appliqués au palier régional).

Le droit des détenus à des services de santé est mentionné dans la *Loi* et dans les *Directives du commissaire*. La *Loi* stipule que la provision de services de santé aux détenus « doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues ».¹

À l'heure actuelle, le SCC offre un certain nombre d'interventions éducatives et de réduction des méfaits aux détenus, pour réduire la transmission du VIH et du VHC. Il fournit aussi des services médicaux pour répondre aux besoins des détenus vivant avec le VIH et/ou le VHC. Ces interventions sont examinées avec plus de détail dans les prochaines sections du rapport.

¹ *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, article 86(2), accessible à <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-44.6/texte.html>.

D'après le SCC, il y avait 385 femmes incarcérées dans des prisons fédérales au Canada, en avril 2001 – ce qui correspond à 3% de la population totale des détenu(e)s sous responsabilité fédérale (environ 13 000 individus). Vingt-trois p. cent (23%) des détenues fédérales sont autochtones – une proportion plus élevée que chez les hommes (17%).²

Depuis la fin des années 80, diverses études ont examiné la prévalence du VIH et du VHC parmi les femmes détenues. Chacune a révélé des taux élevés d'infection à VIH et/ou à VHC dans cette population, en particulier chez les détenues ayant des antécédents d'injection de drogue. Dans plusieurs cas, ces taux d'infection étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes incarcérés. Par exemple :

- Une étude du SCC menée en 2001 a révélé une augmentation de 35% des cas connus de VIH parmi l'ensemble des détenus fédéraux, de mars 1996 à décembre 2000. Chez les détenues fédérales, en décembre 2000, le taux d'infection à VIH était de 4,69% – un taux largement supérieur à celui des hommes (1,66%). Dans l'Établissement pour femmes d'Edmonton, le taux de VIH s'élevait à 11,69%.³
- Le Centre correctionnel pour femmes de Burnaby (Colombie-Britannique) a rapporté que plus de 78% des détenues ayant passé un test de dépistage entre janvier et août 1996 ont été trouvées séropositives au VHC.⁴
- À la Prison des femmes de Kingston, en 1995, on a mesuré un taux de VHC de 39,8%.⁵
- En 1993, une étude menée auprès d'individus qui faisaient leur entrée dans le système correctionnel provincial de l'Ontario a révélé un taux de VIH de 1,2%, chez les femmes – un taux supérieur à celui recensé chez les hommes.⁶
- En 1989, une étude menée auprès de 248 détenues d'une prison à sécurité moyenne, au Québec, a révélé un taux de VIH de 7,7%.⁷

Ces chiffres indiquent clairement que le VIH et le VHC parmi les détenues soulèvent de graves préoccupations; ils permettent aussi une compréhension plus éclairée des constats du présent rapport.

² Service correctionnel du Canada, « Combien y avait-il de détenus sous responsabilité fédérale au 29 avril 2001? », dans *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*, accessible à www.csc-scc.gc.ca/text/faits/facts07-content05_f.shtml.

³ Service correctionnel du Canada, *Infectious Diseases Year 2000* (Service correctionnel du Canada, Ottawa, 13 février 2001).

⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, « VIH/sida et hépatite C en prison : les faits », *VIH/sida et prisons – Feuillet d'information #1* (Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, 2001-2002), accessible via www.aidslaw.ca.

⁵ Ralf Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final* (Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, septembre 1996), p. 50.

⁶ Réseau juridique canadien VIH/sida, « VIH/sida et hépatite C en prison : les faits », *VIH/sida et prisons – Feuillet d'information #1*.

⁷ *Ibid.*

6. Caractéristiques démographiques des participantes

Les détenues qui ont accepté de participer à l'étude font partie de la population de 8 prisons fédérales pour femmes et d'un établissement correctionnel provincial pour femmes qui abrite certaines détenues de ressort fédéral. Au total, 156 femmes se sont volontairement prêtées à une entrevue dans le cadre du projet. Cela correspond à près de 40% de la population totale des détenues fédérales, d'après les données du Service correctionnel du Canada (SCC).⁸ La présente section décrit le profil et les expériences des participantes à l'étude. Pour chaque catégorie, les données ne rendent compte que du cas des femmes ayant fourni des renseignements à ce sujet.

Ethnie, citoyenneté et choix linguistique

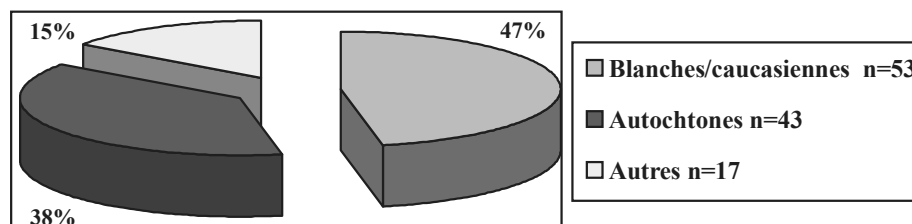
Les données de 113 participantes étaient disponibles. Parmi celles-ci, 47% (n=53) s'identifiaient comme blanches/caucasiennes; 38% (n=43) comme autochtones; et 15% (n=17) d'une autre ethnie (i.e., africaine, caraïbe, allemande, néerlandaise-russe). Les données sur l'ethnie de 43 femmes étaient incomplètes.

Près de la moitié de l'ensemble des détenues fédérales autochtones ont participé à l'étude.

D'après les données du SCC, 23% des femmes incarcérées dans des prisons fédérales étaient autochtones, en 2000-2001.⁹ La proportion de détenues autochtones ayant participé à l'étude est donc

nettement supérieure à celle qui prévaut dans l'ensemble de la population carcérale; elle équivaut à près de la moitié (48%) des détenues autochtones sous responsabilité fédérale.¹⁰

Schéma 1 ETHNIE



⁸ Service correctionnel du Canada, « Combien y avait-il de détenus sous responsabilité fédérale au 29 avril 2001? », dans *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*. On y chiffre à 385 la population totale de détenues sous responsabilité fédérale.

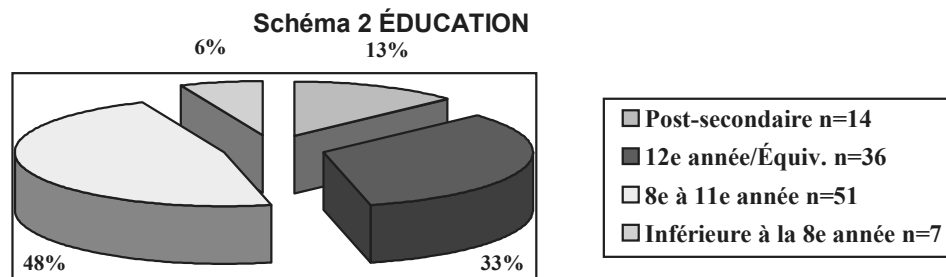
⁹ Service correctionnel du Canada, « Quelle proportion de la population de délinquants sous responsabilité fédérale est d'origine autochtone? », dans *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*, accessible à www.csc-scc.gc.ca/text/faits/facts07-content05_f.shtml.

¹⁰ Service correctionnel du Canada, « Combien y avait-il de détenus sous responsabilité fédérale au 29 avril 2001? », dans *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*. On y chiffre à 90 la population totale de détenues autochtones sous responsabilité fédérale.

Dans la plupart des cas (n=97), l'anglais est la langue la plus lue et parlée par les participantes, suivie du français (pour 9 participantes). Deux femmes qui lisent en anglais ou en français se sont dites bilingues pour l'oral. Les autres langues déclarées par 9 participantes incluent le « Newfie », le cri, le chinois et l'espagnol. Les données sur le choix linguistique de 39 femmes étaient manquantes.

Éducation

Les données de 108 participantes étaient disponibles. Parmi celles-ci, la plupart ont un niveau d'éducation qui varie de la 8^e à la 11^e année (48%, n=51), suivi d'une 12^e année complétée ou d'une équivalence d'études secondaires (33%, n=36). Quatorze femmes (13%) détiennent une éducation post-secondaire (formation professionnelle, collégiale ou universitaire). Six p. cent (6%) (n=7) ont un niveau d'éducation inférieur à la 8^e année. Les données sur le niveau d'éducation de 48 femmes étaient manquantes.



État familial et civil

En ce qui concerne l'état familial et civil, on a recensé

- 51 femmes célibataires (dont 36 ont des enfants)
- 21 femmes mariées (dont 19 ont des enfants)
- 22 femmes ayant un conjoint de fait du sexe opposé (dont 15 ont des enfants)
- 6 femmes ayant une conjointe de fait du même sexe (dont 4 ont des enfants)
- 1 femme ayant un conjoint de fait dont elle n'a pas divulgué le sexe
- 6 femmes divorcées (qui ont toutes des enfants)
- 4 femmes séparées (dont 3 ont des enfants)
- 3 femmes fiancées (dont 2 ont des enfants)
- 3 femmes veuves (qui ont toutes des enfants).

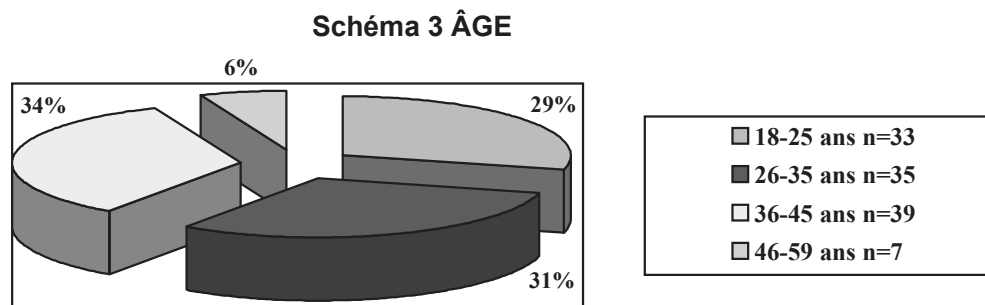
Les données sur l'état familial et civil de 41 femmes étaient manquantes.

Au total, 88 participantes ont des enfants, dont les soins sont pris en charge par l'État (n=13), par des proches (famille, amis; n=52) ou par une famille adoptive (n=7); certains enfants d'âge adulte (n=11) et/ou décédés (n=3).

Âge

Les données de 114 participantes étaient disponibles.

D'après les données du SCC, 56% des détenues fédérales avaient entre 20 et 34 ans, en 2000-2001.¹¹ Dans notre échantillon, 60% des femmes (n=68) étaient âgées de 18 à 35 ans – ce qui signifie que la répartition de l'âge des participantes correspond à celle de l'ensemble des détenues de ressort fédéral.



Orientation sexuelle

Les données de 109 participantes étaient disponibles. Parmi celles-ci, près du tiers (35%, n=55) s'identifiaient comme hétérosexuelles; 21% (n=33) comme bisexuelles; 7% (n=11) comme lesbiennes; et 2% (n=4) comme bispituelles. Six autres femmes ont mentionné d'autres catégories d'orientation sexuelle, y compris « exploratrice », « ne sais pas » et « aucune ». Les données de 47 femmes étaient manquantes.

Durée de la peine

Les données de 107 participantes étaient disponibles, quant à la durée de leur peine. Parmi celles-ci :

- 71% (n=76) purgeaient une peine de 2 à 5 ans
- 11% (n=12) purgeaient une peine de 6 à 10 ans
- 5% (n=5) purgeaient une peine de 10 ans ou plus
- 13% (n=14) purgeaient une peine à perpétuité.

Une seule femme purgeait une peine de moins de deux ans; une autre n'a pas voulu divulguer cette information.

Les données du SCC indiquent qu'en 2000-2001, 75% des détenues sous responsabilité fédérale purgeaient une peine de 3 à 10 ans et que 19% purgeaient une peine à perpétuité.¹² Dans notre étude, 82% des participantes purgeaient une peine de 2 à 10 ans et 13%, une peine à perpétuité. Cela signifie que notre échantillon est composé d'une proportion légèrement plus forte de femmes dont la peine est de 10 ans ou moins; et d'une proportion moindre de détenues condamnées à perpétuité.

¹¹ Service correctionnel du Canada, « Quel était le profil de la population carcérale en 2000-2001? », dans *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*, accessible à www.csc-scc.gc.ca/text/faits/facts07-content05_f.shtml.

¹² *Ibid.*

Années d'incarcération

Plusieurs participantes avaient passé moins de 5 ans dans un établissement correctionnel (40%, n=62); 10% (n=16) y avaient déjà passé de 6 à 10 ans; et environ 6% (n=9), de 11 à 15 ans. Moins de 5% s'y trouvaient depuis plus de 15 ans (16-20 ans [n=3]; et 21-25 ans [n=4]).

Douze détenues n'ont pas précisé le nombre d'années qu'elles avaient passées en prison; et les données de 59 femmes étaient manquantes.

Incarcération dans un établissement pour jeunes, provincial et/ou fédéral

On a demandé aux participantes si elles avaient déjà purgé une autre peine, dans l'un des systèmes correctionnels suivants : système pour jeunes contrevenants, système provincial et/ou fédéral. Les données de 94 participantes étaient disponibles.

- 45% (n=42) avaient déjà purgé une peine dans le système pour jeunes contrevenants
- 56% (n=53) avaient déjà purgé une peine dans un système provincial
- 100% (n=93) avaient déjà purgé une peine dans le système fédéral.

Les données de 62 femmes étaient manquantes.

Conclusions

- La cohorte d'étude, composée de 156 femmes, représente environ 40% de l'ensemble des détenues sous responsabilité fédérale au Canada.
- La participation des femmes autochtones était significative, dans le cadre de l'étude. Le ratio de femmes autochtones interviewées est largement supérieur à leur proportion dans la population carcérale totale – près de la moitié de toutes les détenues autochtones de ressort fédéral ont été interviewées.
- La répartition de l'âge des participantes reflète adéquatement celle de l'ensemble des détenues de ressort fédéral.
- Par rapport à l'ensemble de la population des détenues fédérales, notre échantillon est composé d'une proportion légèrement plus élevée de femmes dont la peine est de 10 ans ou moins; et d'une proportion moindre de détenues condamnées à perpétuité.

7. Principaux constats

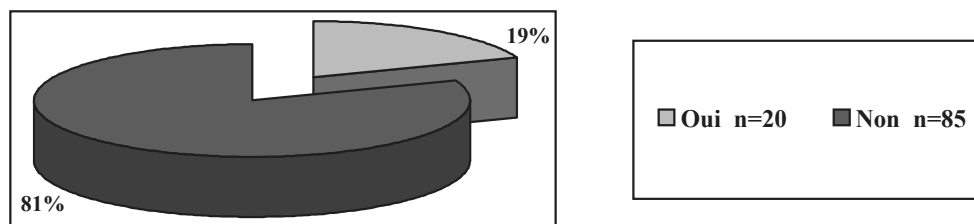
7.1 Comportements à risque pour le VIH et le VHC

De nombreuses études ont documenté la prévalence de comportements à risque élevé pour la transmission du VIH et du VHC, dans les populations carcérales canadiennes.¹³ La présente étude avait pour but de déterminer la prévalence et les types de comportements à risque observés parmi les détenues de ressort fédéral. Les participantes ont répondu à des questions sur leurs propres comportements à risque. Plusieurs d'entre elles ont affirmé avoir des comportements qui les exposent à un risque pour le VIH et/ou le VHC, derrière les barreaux.

Voici l'incidence rapportée des comportements à risque, chez les répondantes :

- 27% (n=31 sur 114) pratiquaient le tatouage
- 24% (n=25 sur 106) avaient des rapports sexuels non protégés
- 19% (n=20 sur 105) pratiquaient l'injection de drogue
- 16% (n=18 sur 112) pratiquaient le perçage
- 9% (n=10 sur 109) pratiquaient la taillade des veines (balafre, ou « slashing ») ou d'autres formes d'automutilation.

Schéma 4 INJECTION DE DROGUE EN PRISON

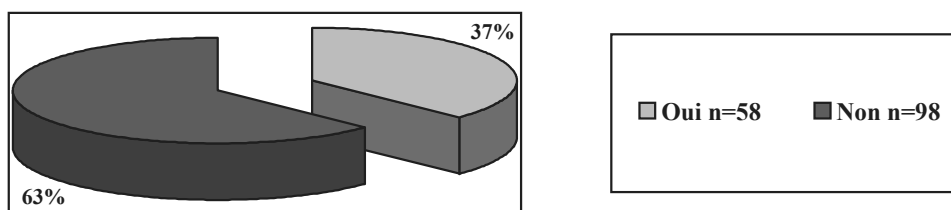


Activités sexuelles en prison

Quarante-six p. cent (46%) des répondantes (n=72 sur 156) se sont dites actives sexuellement. Parmi celles-ci, 81% (n=58 sur 72) – c'est-à-dire 37% de l'ensemble des femmes interviewées – ont affirmé s'adonner à des activités sexuelles *dans* leur établissement.

¹³ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Comportements à risque élevé derrière les barreaux », *VIH/sida et prisons – Feuillelet d'information #2* (Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, 2001-2002), accessible via www.aidslaw.ca.

Schéma 5 ACTIVITÉS SEXUELLES EN PRISON



7.2 Éducation à la prévention du VIH et du VHC

La provision d'information accessible sur la prévention du VIH et du VHC est une composante cruciale d'une stratégie complète de lutte contre le VIH et le VHC en prison.¹⁴ Par conséquent, l'étude a cherché à évaluer le degré de connaissance sur la transmission du VIH et du VHC, parmi les détenues, ainsi que leur accès à de l'information sur la prévention. Les données de 118 participantes étaient disponibles à ce sujet.

DEGRÉ DE CONNAISSANCE SUR LA TRANSMISSION

En ce qui a trait à la connaissance sur la transmission du VIH :

- 78% (n=92) connaissaient la transmission d'homme à femme
- 71% (n=84) connaissaient la transmission par partage de matériel d'injection
- 67% (n=79) connaissaient la transmission par tatouage ou perçage
- 54% (n=64) connaissaient la transmission entre femmes
- 35% (n=41) connaissaient la transmission par partage d'instruments de taillade ou d'automutilation
- 25% (n=29) connaissaient la transmission par reniflage de cocaïne ou inhalation de crack.

Dans l'ensemble, les répondantes avaient moins connaissance des cas de transmission du VHC que du VIH. Les voies de transmission du VHC les plus connues sont l'injection de drogue (57%, n=67), le tatouage et le perçage (54%, n=64) et le contact sexuel d'un homme à une femme (53%, n=63). Moins de 50% (45%, n=53) connaissaient un cas de transmission du VHC d'une femme à une autre et seulement le tiers (32%, n=38) étaient informées d'un cas lié au partage d'instruments de taillade et d'automutilation. Un mince 27% (n=32) des répondantes connaissaient des cas de transmission par reniflage de cocaïne ou inhalation de crack. Certaines femmes ne savaient pas que l'eau de Javel est inefficace contre le VHC; trois ont évoqué des préoccupations quant au partage de rasoirs et de brosses à dents.

¹⁴ Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy* (PASAN, Toronto, juin 1992). Voir aussi *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons* (Service correctionnel du Canada, Ottawa, 1994).

ACCÈS À L'ÉDUCATION À LA PRÉVENTION

Les femmes ont mentionné diverses sources d'information sur le VIH et le VHC, venant de l'intérieur et de l'extérieur de leur établissement.

Les ateliers éducatifs offerts par les établissements sont la source d'information la plus citée (42%, n=49), suivis de près des organismes communautaires comme PASAN, des organismes de lutte contre le VIH/sida, et des programmes d'échange de seringues, bénévoles et regroupements confessionnels (37%, n=44). Vingt-sept femmes ont indiqué qu'elles recevaient de l'information de professionnels de la santé, c'est-à-dire de soignants (n=7), d'infirmières en santé publique/milieu correctionnel (n=14) et/ou de médecins (n=6). Les dépliants et autres documents écrits sont aussi une source d'information (ils ont été cités par 19 et 18 femmes respectivement). Quinze répondantes ont dit s'être éduquées elles-mêmes à propos du VIH et/ou du VHC. Douze autres ont indiqué qu'elles se procuraient de l'information « dans la rue » ou « dehors ». Onze femmes ont identifié la télévision comme source d'information. Les autres sources, citées moins fréquemment, incluaient l'école (n=4), des membres de la famille (n=3), des programmes de désintoxication ou de réadaptation (n=2) et un cours de premiers soins (n=1).

Le dépliant est l'outil éducatif le plus répandu, d'après 60% des répondantes. Les autres moyens d'éducation sont notamment les vidéos (19%), les affiches (18%) et les livres (13%). La bibliothèque, les ateliers, les conférenciers et les bulletins d'information ont été mentionnés à quelques occasions. En général, la documentation porte sur le VIH; plusieurs participantes ont fait état d'un accès plus rare à de l'information sur le VHC.

En général, la documentation porte sur le VIH; plusieurs participantes ont fait état d'un accès plus rare à de l'information sur le VHC.

Malgré ces sources variées, plusieurs femmes sont insatisfaites de leur accès à l'information sur la prévention du VIH et du VHC; il leur est souvent impossible d'obtenir les ressources éducatives dont elles ont besoin. En fait, 22% des participantes (n=35) ont dit être « incertaines », ou connaître « peu » ou « pas du tout » la documentation à leur disposition. Cela ne signifie pas nécessairement qu'aucune information n'est disponible dans leurs

établissements, mais plutôt que, dans le meilleur des cas, les détenues n'en connaissent pas l'existence.

Des problèmes ont aussi été soulevés quant à la forme et au contenu d'une grande partie du matériel disponible. Plusieurs participantes ont dit souhaiter des vidéos ou des présentations visuelles plus nombreuses (plutôt que de la documentation écrite), qui faciliteraient leur apprentissage. Elles ont aussi proposé des améliorations à la documentation écrite : l'ajout d'informations récentes et l'utilisation d'un langage simple et non médical.

Les répondantes ont également exprimé le souhait que les documents écrits soient plus discrets, notamment qu'ils ne mentionnent pas le VIH ou le VHC sur leur couverture – afin qu'on puisse les lire n'importe où, sans craindre que des gens de

l'entourage en remarquent le sujet. Cela permettrait aux détenues de préserver la confidentialité de leur état sérologique tout en consultant l'information dont elles ont besoin. Comme l'a expliqué une participante :

C'est pas tous des petits dépliants – ils sont souvent épais. Avoir toute l'information en une page serait bien. Ce dépliant de PASAN est un bon exemple. Et pas besoin d'écrire en gros de quoi ça parle... Comme ça, quand tu le lis dans l'autobus et que quelqu'un vient s'asseoir avec toi, tu peux dire que tu lisais les mots croisés.

Les services de santé (employés et babillards de l'unité de santé) ont été identifiés comme une source d'information. Cependant, certaines répondantes ont identifié des obstacles dans le recours à l'unité de santé comme source d'information, notamment la difficulté d'accès aux lieux et le besoin d'un rendez-vous ou d'une autorisation pour s'y rendre. Une participante a décrit ainsi ces défis :

Participante : Si tu veux de l'information, tu dois aller à l'unité de santé pour la chercher toi-même; et c'est difficile d'entrer sans avoir un rendez-vous avec un médecin. C'est impossible d'y aller et de demander « est-ce que je pourrais avoir de la documentation à lire sur le sida? »

Intervieweuse : Même chose pour l'information sur l'hépatite C?

Participante : Oui, définitivement.

L'accès aux programmes d'éducation varie, à travers le système. Vingt-neuf p. cent (29%) des répondantes (n=46) ne croyaient pas qu'un programme d'éducation sur le

29% des répondantes ne croyaient pas qu'un programme d'éducation sur le VIH ou le VHC était offert dans leur établissement.

VIH ou le VHC était offert dans leur établissement. Encore une fois, cela ne signifie pas nécessairement qu'aucun programme n'est disponible, mais plutôt que ceux qui existent sont peu annoncés – ce qui limite leur accessibilité.

Le programme d'éducation à la santé mené par le Service correctionnel du Canada (SCC) s'intitule *Choisir la santé en prison* (CHIPS); il comprend des volets sur le VIH et le VHC. Cette initiative a été identifiée par 19% des répondantes (n=29) comme une source d'information sur le VIH et le VHC. Quelques femmes ayant participé à ce programme l'ont trouvé trop bref et surchargé d'information – elles s'y sont senti « bousculées ».

Le *Programme de réception à la sensibilisation* [sic]^(*) (PRS) du SCC a aussi été évoqué par quelques répondantes, mais plusieurs n'y ont jamais participé et connaissent peu son contenu. Une participante a offert les commentaires suivants à propos de ces deux programmes :

^(*) N.d.t. Il semble s'agir d'une traduction officielle du nom de ce programme. On a certainement voulu dire « Programme de sensibilisation à la réception » puisque le titre anglais est « Reception Awareness Program ».

Il y a le PRS et le CHIPS. Je sais assez bien de quoi ils parlent. Ils donnent de l'information, mais pas tant que ça. Ils ne parlent pas beaucoup des conséquences : par exemple, ce qu'on vit quand on passe un test du VIH ou du VHC et qu'on reçoit un résultat négatif... Ils ne disent rien sur le counselling et sur les émotions pendant l'attente d'un résultat.

Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida sont une autre source d'information sur le VIH et le VHC, pour les détenues. Les participantes ont identifié des organismes qui offrent des programmes dans certains établissements (de façon peu fréquente, pour la plupart). Trois établissements organisent aussi des journées ou des semaines de sensibilisation au sida.

Plusieurs femmes ont parlé de programmes de santé des paires. Les données de 78 participantes étaient disponibles à ce sujet. Parmi celles-ci, 77% (n=60) ont évoqué les avantages d'un tel programme. Toutefois, l'accès aux programmes de paires varie d'un établissement à l'autre. Cinquante-quatre p. cent (54%) des femmes (n=42) n'ont accès à aucun programme d'éducation par les paires. Celles-ci sont dans cinq établissements, ce qui démontre qu'il ne s'agit pas d'un problème local. En fait, plusieurs répondantes ne savaient pas exactement ce que devait être un programme de paires. Cela ne signifie pas nécessairement que ces programmes n'existent pas mais que, dans le meilleur des cas, les détenues ne connaissent pas les initiatives existantes – donc elles n'y ont pas recours et n'y participent pas.

Les programmes de santé des paires sont considérés souhaitables par une majorité de répondantes, mais certaines ont exprimé des préoccupations quant à l'accessibilité, à la formation et la sélection des paires, ainsi qu'à la confidentialité. Dans les prisons où existent des programmes de santé des paires, la formation et le fonctionnement varient. Dans certains cas, on offre une formation à plusieurs détenues; ailleurs, on ne l'offre qu'à une ou deux. Dans les établissements où peu de détenues reçoivent une formation, leur manque de disponibilité pose un problème. À d'autres endroits, le processus de formation ne faisait que commencer; les répondantes n'étaient donc pas en mesure d'en commenter le succès ou l'efficacité.

Le mode de sélection des paires était un autre aspect préoccupant pour plusieurs répondantes. Sept ont affirmé qu'elles ne savaient pas comment s'effectuait la sélection des paires. Celles qui connaissaient le processus ont indiqué qu'un employé était souvent en charge de la sélection. Dans une prison en particulier, le psychologue, le conseil d'administration et l'unité de santé sont impliqués dans ce processus. Peu d'initiatives permettent aux détenues de procéder elles-mêmes à la sélection des paires; seulement 3 répondantes ont décrit une telle approche.

Les autres préoccupations liées aux programmes de santé des paires concernaient la confidentialité et la confiance. Bon nombre de femmes ont exprimé un point de vue semblable à celui-ci : « *Je ne pense pas que je pourrais leur faire confiance. Je ne le ferais pas.* » Une autre répondante a tenté d'expliquer ce manque de confiance :

Elles n'ont pas l'air d'avoir beaucoup de travail; les détenues ne participent pas trop. Je crois que beaucoup de filles ne se sentent pas à l'aise de parler de leurs problèmes avec des paires, parce

qu'après, celles-là peuvent le dire à d'autres et puis tout le monde finit par connaître tes problèmes. Par contre, mets le même programme dans la communauté, et je pense qu'il serait plus populaire. Plus de gens y participeraient.

Les détenues venant d'établissements de plus petite taille ont aussi mentionné un problème de confidentialité : elles estiment qu'il serait parfois difficile de protéger leur anonymat en accédant à des programmes ou à de l'information.

Conclusions

- Les répondantes ont accès à diverses sources d'information sur le VIH et (dans une moindre mesure) sur le VHC.
- Plusieurs d'entre elles ne se considèrent pas en mesure d'obtenir l'information dont elles ont besoin pour s'éduquer.
- Les programmes de santé du SCC comme *Choisir la santé en prison* (CHIPS) et le *Programme de réception à la sensibilisation* [sic] (PRS) ne suffisent pas à répondre aux besoins des détenues, en matière d'éducation à la prévention du VIH et du VHC.
- La majorité des répondantes aimeraient avoir accès à un programme de santé des paires. Toutefois, l'accès à ce type de programme n'est pas uniforme et soulève des problèmes.

Lacunes identifiées

1. Une grande partie de l'information existante porte sur le VIH. Les renseignements sur le VHC sont moins courants.
2. L'accessibilité et/ou la notoriété de la documentation et des programmes d'éducation sur le VIH et le VHC n'est pas uniforme.
3. Les organismes de lutte contre le VIH/sida n'offrent que des programmes sporadiques aux détenues, et seulement dans certains établissements.
4. La fourniture actuelle des programmes de santé des paires ne répond pas aux besoins des détenues, dans plusieurs établissements.

Éléments de meilleures pratiques pour l'éducation à la prévention du VIH et du VHC

1. Le matériel éducatif sur le VIH et le VHC devrait être disponible sous diverses formes. L'information devrait être récente et présentée en langage simple.
2. La documentation écrite sur le VIH et le VHC (comme les dépliants et les livrets) doit être discrète. La couverture ne devrait pas en révéler le sujet.
3. Les vidéos éducatives et autres outils visuels devraient être plus répandus et accessibles aux détenues.
4. La provision d'information sur le risque de transmission du VIH et du VHC par l'usage de crack et/ou de cocaïne devrait être rehaussée.
5. Les programmes de prévention du VIH et du VHC doivent être annoncés à grande échelle, pour en assurer la notoriété et l'accessibilité.
6. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et le VHC doivent jouer un rôle complémentaire aux programmes de santé du SCC.

7. La littérature scientifique révèle un manque de communication et de confiance entre les détenus et les employés correctionnels, particulièrement en matière de VIH/sida.¹⁵ Par conséquent, les agents correctionnels ne devraient pas assister aux séances des programmes de prévention du VIH et du VHC.
8. Vu les préoccupations liées à la confiance et à la confidentialité, la sélection et la formation des participants au programme d'éducation des pairs du SCC doivent s'effectuer d'une manière qui favorise la confiance des détenus à l'égard de l'initiative. Entre autres, les détenus devaient être impliqués dans la sélection des pairs et l'on devrait mettre davantage l'accent sur la confidentialité, dans leur formation.

Recommandations

1. Le SCC, Santé Canada et les organismes communautaires doivent veiller à ce que toutes les initiatives d'éducation à la prévention du VIH et du VHC reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC, Santé Canada et les organismes communautaires doivent veiller à ce que l'accès à des programmes et à du matériel d'éducation à la prévention du VIH et du VHC destinés aux détenues soit rehaussé et uniformisé, à travers le système. Les programmes doivent être offerts sur une base régulière et continue.
3. Le SCC devrait élargir et enrichir les volets de ses programmes de santé consacrés au VIH et au VHC (comme ceux du PRS et du CHIPS).
4. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et le VHC doivent rehausser les services d'éducation à la prévention qu'ils offrent aux détenues.
5. Santé Canada doit verser des fonds pour aider les organismes communautaires à fournir les services cités à la recommandation 4, en particulier dans les établissements ruraux et/ou peu desservis.
6. Le SCC doit améliorer la mise en œuvre des programmes actuels de santé des paires et veiller à ce que leur accessibilité soit uniforme, à travers le système. Des employés du SCC devraient collaborer avec des détenues pour veiller à ce que chaque programme soit élaboré et mis en œuvre de manière à satisfaire les besoins spécifiques des détenues de chaque établissement.

7.3 Mesures de prévention et de réduction des méfaits

L'accès à des mesures de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits est crucial pour prévenir la transmission d'infections par voie sanguine, en milieu correctionnel. Depuis 1992, des rapports publiés par PASAN, le Comité d'experts sur le sida et les prisons et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont exhorté à la mise en œuvre de mesures de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits en prison.¹⁶

¹⁵ Gaston Godin, Hélène Gagnon, Michel Alary, Michel Morissette, Lina Noël, « L'accessibilité aux outils de prévention de sida pour les personnes incarcérées : le point de vue des agents correctionnels », dans Gaston Godin, Joseph Josy-Lévy et Germain Trottier (éds.), *Vulnérabilités et prévention VIH/sida*, Enjeux Contemporains (Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université Laval, 2002), p. 73-83.

¹⁶ PASAN, 1992; Comité d'experts sur le sida et les prisons, 1994; Ralf Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final* (Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, septembre 1996).

Entre-temps, le Service correctionnel du Canada (SCC) a mis à la disposition des détenus certains moyens de prévention et de réduction des méfaits. Notre étude a cherché à évaluer le degré actuel d'accessibilité de ces programmes et la satisfaction à leur égard, puis d'identifier des domaines où d'autres moyens préventifs s'avèrent nécessaires.

L'ACCÈS À DES CONDOMS, DES DIGUES DENTAIRES ET DU LUBRIFIANT

Depuis 1992, des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau sont disponibles dans les prisons fédérales, afin de réduire la propagation (par voie sexuelle) d'infections comme le VIH, parmi les détenus. L'accès à des moyens préventifs est prévu à l'article 16 de la *Directive du Commissaire n°821*, qui stipule que :

Il faut veiller à ce que tous les détenus aient facilement et discrètement accès, dans chaque établissement (à au moins trois endroits) et dans toutes les aires réservées aux visites familiales, à des condoms en latex non lubrifiés et sans spermicide, à des digues dentaires et à des lubrifiants à base d'eau, ainsi qu'à de l'information sur la prévention de l'infection au VIH et d'autres maladies transmises sexuellement. Les endroits propices à la distribution sont ceux où les détenus vont ou passent régulièrement comme les salles de douches, le gymnase, la bibliothèque, les classes et les buanderies. Aucun détenu ne devrait avoir à demander des condoms, des digues dentaires ou un lubrifiant à base d'eau à un membre du personnel.¹⁷

Questionnées sur la disponibilité de moyens préventifs dans leur établissement, 56% des participantes (n=88) ont offert une réponse.

Les condoms sont plus accessibles que les digues dentaires et le lubrifiant.

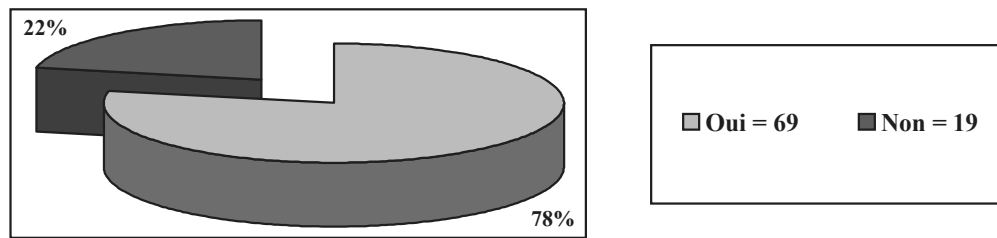
Soixante-dix-huit p. cent (78%) des femmes (n=69 sur 88) ont fait état d'un certain accès à des moyens préventifs – les condoms étant plus facilement accessibles que les digues dentaires et

le lubrifiant. La distribution de ces moyens prend diverses formes. À leur admission dans certains établissements, les femmes reçoivent une « trousse » de prévention – 22% des répondantes (n=19) ont ainsi reçu des condoms et du lubrifiant, mais pas de digue dentaire.

Après l'admission, l'accès à des condoms, des digues dentaires et/ou du lubrifiant varie. Selon l'établissement, les détenues peuvent se les procurer dans une boîte près de l'unité de santé, dans la salle de toilette ou dans la buanderie; dans une réserve de leur aile de prison ou dans l'unité de visites familiales privées; dans des trousseaux de premiers soins; et/ou dans une machine distributrice dans un couloir, au gymnase, à l'infirmerie ou dans la salle de toilette. Une répondante a indiqué qu'une boîte de condoms était apportée à sa « maison » [son unité] à chaque mois.

¹⁷ Service correctionnel du Canada, *Directive du commissaire n°821*, « Gestion des détenus atteints d'infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) », article 16 (4 mars 1996), accessible à www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-cde_f.shtml.

Schéma 6 ACCÈS À DES MOYENS PRÉVENTIFS

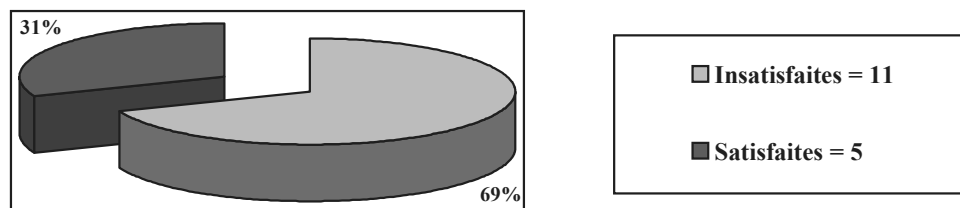


L'accès à des digues dentaires est beaucoup moins uniforme. Dix-sept p. cent (17%) des répondantes (n=15) ont déclaré qu'elles n'avaient jamais reçu de digue dentaire. Même lorsque ce moyen leur est accessible, elles expriment des préoccupations. Quatre répondantes ont affirmé que les digues dentaires qu'elles avaient reçues étaient inadéquates (p. ex., trop épaisses) ou insalubres. Cela pourrait expliquer les déclarations de deux répondantes à l'effet que des digues dentaires étaient disponibles mais utilisées moins fréquemment que les condoms.

À première vue, la disponibilité des moyens préventifs semble plutôt bonne – 69 répondantes sur 88 en ont fait mention. Toutefois, analysées en fonction des comportements à risque déclarés, ces données révèlent une tendance inquiétante.

Parmi les 88 femmes ayant répondu aux questions sur les moyens préventifs, 18% (n=16) ont dit être actives sexuellement dans leur établissement. Or, soixante-neuf p. cent (69%) de celles-ci (n=11) ont exprimé de l'insatisfaction à l'égard de la provision et/ou de l'accessibilité actuelle des moyens préventifs. Ainsi, bien que les données générales laissent croire à un accès adéquat à certains moyens préventifs (principalement les condoms), le groupe qui a le plus besoin de ces moyens (c'est-à-dire les détenues actives sexuellement dans la prison) a exprimé une importante insatisfaction par rapport à la situation actuelle.

Schéma 7 SATISFACTION À L'ÉGARD DE L'ACCÈS AUX MOYENS PRÉVENTIFS, PARMIS LES DÉTENUÉS QUI SE DISENT ACTIVES SEXUELLEMENT



Il faut donc conclure que la véritable accessibilité – et efficacité – du système actuel de distribution est inférieure à ce que suggéraient les données générales.

Divers facteurs expliquent le nombre croissant d'obstacles rencontrés par les détenues actives sexuellement, dans l'accès à des moyens préventifs.

69% des détenues actives sexuellement sont insatisfaites de la provision et/ou de l'accessibilité actuelle des moyens préventifs.

Des récits (n=6) révèlent que des employés de certains établissements découragent l'activité sexuelle. Une femme a dit croire qu'elle serait mise en ségrégation si on la surprenait à avoir un rapport sexuel. La crainte de sanction punitive liée à une activité sexuelle consensuelle est un important obstacle à la promotion du sécurisexe, puisque les détenues peuvent éviter pour cette raison de se procurer des moyens préventifs par crainte d'être identifiées comme étant actives sexuellement.¹⁸

Le manque de confidentialité a aussi été mentionné. Onze p. cent (11%) des répondantes (n=10) ont indiqué que les moyens préventifs devaient être demandés soit à un employé de l'unité de santé, soit à un agent correctionnel; elles craignaient, ce faisant, de s'identifier comme étant actives sexuellement. Une telle exigence contrevient à la *Directive du commissaire n°821*. Une femme a décrit la difficulté d'obtenir des moyens préventifs auprès du personnel : « *Il faut toujours s'obstiner et se débattre pour en avoir.* »

Il en résulte que plusieurs détenues ne demandent simplement pas de moyens préventifs, comme l'explique l'une d'entre elles : « *Je ne crois pas qu'il y a bien du monde qui irait demander ces choses à un agent.* »

Des préoccupations ont aussi été soulevées quant à l'irrégularité de la distribution – on a exprimé l'impression que certaines détenues pouvaient obtenir des condoms et des digues dentaires, et d'autres non. L'approvisionnement pose également un problème : les lieux de distribution ne sont pas toujours ravitaillés et les machines distributrices ou boîtes sont souvent vides.

Le manque d'accès à des moyens préventifs conduit les détenues à des pratiques non sécuritaires. Une répondante a même raconté avoir déjà vu quelqu'un nettoyer et réutiliser le condom d'une autre personne.

Conclusions

- Les détenues appuient généralement la provision de moyens préventifs par le SCC.
- Les condoms, les digues dentaires et le lubrifiant à base d'eau ne sont pas accessibles de façon égale et uniforme aux détenues. L'accès aux digues dentaires et au lubrifiant est particulièrement piètre.
- Bien qu'une majorité de détenues aient accès à certains moyens préventifs (principalement des condoms), l'accès aux digues dentaires et au lubrifiant est beaucoup moins répandu.
- D'importants obstacles sont rencontrés par les détenues actives sexuellement, dans l'accès à des moyens préventifs. Plus des deux tiers des femmes qui se

¹⁸ PASAN, p. 4.

disent actives sexuellement sont insatisfaites de l'accès aux moyens préventifs dans leur établissement.

- Dans certains établissements, les détenues doivent demander des moyens préventifs au personnel, ce qui va à l'encontre de la *Directive du commissaire n°821*.

Lacunes identifiées

1. Dans l'ensemble, l'accès aux moyens préventifs n'est pas uniforme.
2. L'accès à des digues dentaires et du lubrifiant est particulièrement problématique.
3. La *Directive du commissaire n°821* n'est pas appliquée uniformément à travers le système.

Éléments de meilleures pratiques pour la provision de moyens préventifs

1. Une quantité adéquate de condoms, de digues dentaires et de lubrifiant à base d'eau doit être accessible de façon égale, uniforme et discrète, pour les détenues, dans tous les établissements.
2. L'accès à des moyens préventifs ne devrait pas nécessiter une demande auprès du personnel, conformément à la *Directive du commissaire n°821*.
3. Il est difficile de promouvoir le sécurisexe dans un milieu qui entretient une attitude punitive à l'égard des rapports sexuels. Par conséquent, les rapports sexuels consensuels ne doivent pas entraîner une surveillance accrue, du harcèlement ou des sanctions disciplinaires de la part du personnel, en prison.

Recommandations

1. La politique du SCC sur la provision de moyens préventifs devrait être maintenue et refléter les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC devrait veiller à ce que des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau soient accessibles de façon égale et uniforme dans tout le système. En particulier, l'accès aux digues dentaires et au lubrifiant doit être amélioré.
3. Le SCC doit veiller à ce que la *Directive du commissaire n°821* soit appliquée dans tous les établissements.

L'ACCÈS À DE L'EAU DE JAVEL

En 1996, le Service correctionnel du Canada a mis en œuvre un programme de distribution d'eau de Javel dans tous ses établissements, à titre de mesure de réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogue par injection. Questionnées sur les programmes de distribution d'eau de Javel dans leurs établissements, 34% des participantes (n=53) ont offert une réponse.

Les détenues trouvent l'eau de Javel utile pour la réduction du risque lié au VIH et pour l'hygiène personnelle.

En général, les femmes trouvent l'eau de Javel utile, à la fois pour la réduction du risque lié au VIH et pour leur hygiène personnelle. L'eau de Javel sert donc au nettoyage général et au lavage des vêtements ainsi qu'au nettoyage des seringues.

L'étude a révélé des variations significatives dans la distribution et la disponibilité de l'eau de Javel, dans le système carcéral fédéral. Les modes de distribution varient dans chaque établissement. L'eau de Javel est notamment fournie par des machines distributrices dans le gymnase, dans les salles de toilette et/ou à l'infirmerie; par l'intermédiaire de l'unité de santé ou à l'extérieur de celle-ci; en accompagnement aux produits de nettoyage; et dans les trousse de premiers soins.

Six participantes ont affirmé avoir reçu de l'eau de Javel à leur admission, comme élément d'une « trousse », ou simplement dans une bouteille. Ces bouteilles n'étaient toutefois pas remplies de nouveau et l'on n'indiquait pas comment se procurer de l'eau de Javel par la suite, comme l'illustre ce dialogue :

Intervieweuse : Cet établissement offre-t-il un programme de distribution d'eau de Javel?

Participante : Oui.

Intervieweuse : Sais-tu comment les femmes y ont accès?

Participante : Quand je suis arrivée, ils m'ont donné une petite bouteille d'eau de Javel, mais c'est tout.

Intervieweuse : Penses-tu que ce système fonctionne?

Participante : Non, parce qu'ils n'offrent pas de remplissage par la suite. Ils ne nous donnent pas la chance de remplir notre bouteille. Ils ne nous disent pas de rapporter nos bouteilles vides ou quoi que ce soit.

À d'autres endroits, on procède à la distribution d'eau de Javel sur la base de la « première arrivée, première servie », en déposant quelques bouteilles à l'entrée de l'unité de santé. Des répondantes ont indiqué qu'elles n'étaient pas en mesure de se procurer de l'eau de Javel de cette façon à moins d'être l'une des premières sur place lorsque les bouteilles sont données. Cette méthode entraîne l'accumulation de réserves personnelles – d'autant plus qu'il peut s'écouler des journées, des semaines et même des mois sans que d'autres bouteilles ne soient offertes.

Les méthodes les plus courantes d'accès à de l'eau de Javel impliquent d'en faire la demande à un employé de l'unité de santé ou à un agent correctionnel – comme l'ont rapporté 34% des participantes (n=18) ayant commenté le sujet. Le manque de confidentialité et les questions des employés constituent un obstacle pour plusieurs détenues. Les commentaires suivants d'une répondante sur l'efficacité du système de distribution d'eau de Javel illustrent le genre de questions qui peuvent leur être posées.

Participant : C'est très surveillé. Ils te demandent si tu en veux pour tes seringues... ou pour du nettoyage général. C'est très difficile d'en recevoir.

Intervieweuse : Alors comment obtiens-tu ton eau de Javel?

Participant : Il faut mentir, plus ou moins.

Intervieweuse : Donc tu dois la demander à un employé et lui mentir sur comment tu l'utiliseras?

Participant : Oui.

La crainte d'être identifiées comme utilisatrices de drogue par injection est un autre obstacle qui décourage les détenues de demander de l'eau de Javel à un employé. Les implications d'une telle divulgation sont mises en relief dans les propos suivants d'une répondante :

Il faut demander à un employé... Mais comme je l'ai dit, on n'a pas eu d'eau de Javel dans notre unité depuis deux semaines. Donc elle n'est même pas accessible... Il faut leur dire pourquoi on en a besoin... Certains employés vont t'en donner directement... Tous les employés devraient faire ça, mais je dirais que moins de 15% d'entre eux le font. Mais quand tu dis clairement que c'est pour ta seringue, ta chambre est virée à l'envers [fouillée]. Ou tu te fais fouiller, et tes visiteurs aussi, tu comprends?

Une autre femme a ajouté :

Ils donnent de l'eau de Javel une fois par jour, c'est tout... Même s'ils en donnent à chaque jour, des fois tu passes des mois sans en avoir. Certaines mettent de l'eau de Javel dans leur lavage. D'autres en ont besoin pour d'autres raisons. Alors ils ne peuvent pas vraiment savoir pourquoi tu en demandes. Ils affichent une note qui dit que si on veut de l'eau de Javel, on doit la demander; mais on se retrouve sur leur liste du VIH et ainsi de suite. Ça élimine pas mal cette possibilité, parce que je n'irai pas leur dire que j'ai un problème de drogue, ou le VIH/sida, ou d'autre chose du genre. Je ne veux pas être sur leur liste. Donc ça fait un bout de temps que je n'ai pas eu d'eau de Javel, probablement quelques mois.

Les préoccupations des répondantes liées au fait de s'identifier comme utilisatrices de drogue par injection incluent aussi la crainte que leur admissibilité à la libération conditionnelle en soit affectée.

Intervieweuse : Comment les femmes se procurent-elles de l'eau de Javel présentement?

Participant : Il faut que tu viennes chercher ton eau de Javel... si tu en as besoin pour nettoyer tes comptoirs ou tes vêtements –

parce que tu n'en trouveras pas au magasin des détenues, contrairement à ce que disent les employés de l'unité de santé. Si tu prends de la drogue, tu peux venir chercher de l'eau de Javel et ils vont t'en donner autant que tu en veux. Mais ils vont mettre ton nom sur une liste, et si tu as droit à une libération conditionnelle, tu ne sortiras pas, à moins que tu le dises dans tous les programmes... Il faut mentir sur qui on est, pour avoir de l'eau de Javel, juste pour nettoyer nos foutus sous-vêtements.

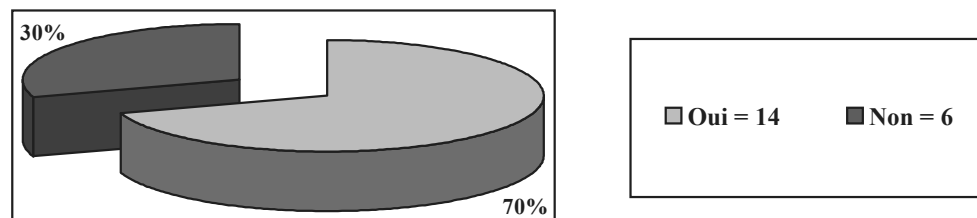
Quelques femmes d'un même établissement ont aussi exprimé des préoccupations liées au fait que l'eau de Javel qu'on leur distribue est diluée.

Vu ces obstacles, plusieurs détenues n'ont pas recours au programme de distribution d'eau de Javel de leur établissement. Au total, 66% (n=35) des répondantes ont identifié des problèmes liés à l'accessibilité de l'eau de Javel dans leur établissement.

70% des utilisatrices de drogue par injection ont identifié des problèmes d'accès à l'eau de Javel.

Le nombre considérable de répondantes qui s'identifient comme utilisatrices de drogue par injection et qui rapportent une difficulté d'accès à l'eau de Javel est une autre préoccupation marquante. Au total, 20 participantes à l'étude se sont identifiées comme utilisatrices actuelles de drogue par injection dans leur établissement. Parmi celles-ci, 14 ont signalé des problèmes dans l'accessibilité de l'eau de Javel. Autrement dit, 70% des répondantes qui s'identifient comme utilisatrices actuelles de drogue par injection rencontrent des problèmes dans l'accès à de l'eau de Javel. Cela signifie que le groupe de détenues auquel s'adresse le programme de distribution d'eau de Javel du SCC est confronté à d'importants obstacles dans l'accès à cette mesure de réduction des méfaits.

Schéma 8 DÉTENUES QUI S'IDENTIFIENT COMME UTILISATRICES DE DROGUE PAR INJECTION ET QUI FONT ÉTAT D'OBSTACLES DANS L'ACCÈS À DE L'EAU DE JAVEL



Conclusions

- Les détenues appuient la provision d'eau de Javel par le SCC; elles la trouvent utile pour des fins de nettoyage, d'hygiène et de réduction des méfaits.

- Les méthodes actuelles de distribution d'eau de Javel échouent à répondre aux besoins spécifiques des détenues. Les deux tiers des femmes ont signalé des problèmes d'accès à l'eau de Javel dans leur établissement.
- Le programme actuel de distribution d'eau de Javel échoue à répondre spécifiquement aux besoins des utilisatrices de drogue par injection – groupe pour lequel il a pourtant été conçu. Soixante-dix p. cent (70%) des utilisatrices actuelles de drogue par injection ont identifié des problèmes d'accès à l'eau de Javel.
- La nécessité de demander l'eau de Javel à un employé correctionnel crée d'importants obstacles pour plusieurs détenues.
- En général, les détenues associent « l'accessibilité » de l'eau de Javel à sa disponibilité constante et à la capacité de s'en procurer sans l'intermédiaire d'un employé.

Lacunes identifiées

1. L'accès à l'eau de Javel n'est pas uniforme, à travers le système. Les obstacles actuels mènent plusieurs détenues à ne pas recourir aux programmes en la matière.
2. L'eau de Javel est souvent fournie en quantité insuffisante, ce qui entraîne un accès instable et l'accumulation de réserves.
3. La nécessité de demander de l'eau de Javel à un employé crée d'importants obstacles à l'accès, dans plusieurs établissements.
4. Il n'existe aucun mécanisme de contrôle de la qualité de l'eau de Javel distribuée aux détenues (i.e. date de péremption et concentration de l'eau de Javel).

Éléments de meilleures pratiques pour la provision d'eau de Javel

1. L'eau de Javel doit être accessible discrètement aux détenus, à divers endroits dans chaque établissement.
2. L'accès à l'eau de Javel ne devrait pas nécessiter une demande auprès d'un employé.
3. L'eau de Javel doit être fournie en quantité suffisante pour en assurer l'approvisionnement constant, à la fois pour des fins de nettoyage et de réduction des méfaits.
4. L'eau de Javel fournie doit être concentrée et non diluée.
5. Des réserves d'eau de Javel fraîche doivent être maintenues afin d'en assurer l'efficacité optimale en tant que mesure de réduction des méfaits.
6. De l'information sur l'usage adéquat de l'eau de Javel comme mesure de réduction des méfaits doit être accessible facilement et discrètement.

Recommandation

1. Le programme actuel de distribution d'eau de Javel du SCC doit être maintenu et amélioré de manière à refléter les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.

L'ACCÈS À LA MÉTHADONE

Depuis 1998, le Service correctionnel du Canada (SCC) procède à la mise en œuvre graduelle de la provision de méthadone aux détenus.¹⁹ Durant la phase I de cette initiative, les détenus fédéraux qui suivaient un traitement d'entretien à la méthadone avant leur incarcération ont été autorisés à le poursuivre en prison. En 2001, le SCC a mené une évaluation (étalée sur cinq ans) de son programme de méthadone; on y a conclu que la provision de méthadone avait un effet positif sur l'issue de la mise en liberté, chez les détenus qui suivent le traitement, et que le programme avait un bon rapport coût-efficacité.²⁰ En mai 2002, le SCC a achevé la mise en œuvre de la phase II de sa politique sur la méthadone, qui permet désormais aux détenus fédéraux admissibles d'amorcer un traitement d'entretien à la méthadone pendant leur incarcération.

Les entrevues pour la présente étude ont été réalisées juste avant et après la mise en œuvre de la phase II. Par conséquent, les commentaires de plusieurs participantes ont été formulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle politique, ou avant son application complète. Les données recueillies n'offrent donc pas de commentaires sur la nouvelle politique du SCC. Cela dit, il demeure utile d'examiner ces données pour évaluer la cohérence de l'ancienne politique et pour déterminer dans quelle mesure la nouvelle politique répond aux préoccupations identifiées.

Le degré de connaissance générale de l'existence du programme d'entretien à la méthadone était élevé – seulement cinq répondantes ne pensaient pas qu'un tel programme était offert dans leur établissement. Toutefois, l'accès à ce programme est un défi dans plusieurs cas :

C'est difficile [d'y être admise]. Il faut être à moitié morte devant eux, pour qu'ils nous acceptent... J'ai essayé et tout le monde était prêt à me dire oui, mais ça n'a pas marché. J'avais un médecin en toxicomanie qui a même écrit des lettres à ma prison, disant que la méthadone serait la meilleure chose pour moi... parce que j'avais tout essayé... Mais rien à faire, les nouveaux critères sont trop serrés... Je ne sais pas; ils doivent être trop stricts pour nos besoins, donc on se fait refuser.

À certains endroits, le médecin de l'établissement prescrit de la méthadone. Toutefois, des préoccupations ont été soulevées quant au délai d'attente pour obtenir un rendez-vous avec ce médecin, puis pour obtenir la méthadone.

Même si j'étais malade, ils m'ont fait attendre pendant douze jours pour une rencontre avec le médecin. Ce sont les infirmières qui nous mettent sur la liste d'attente du médecin, alors il ne sait pas qu'on attend. Elle aurait dû m'inscrire une semaine plus tôt, mais d'autres infirmières lui ont dit « non non, c'est pas assez important

¹⁹ Service correctionnel du Canada, *Directive du commissaire n°821*, « Gestion des détenus atteints d'infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ».

²⁰ Sara L. Johnson et coll., *Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral : Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement* (Centre de recherche en toxicomanie, SCC, septembre 2001).

pour l'instant. Elle verra le médecin la prochaine fois. » Très bien. Tu es là, malade, et ils ne te donnent rien. Les infirmières te disent que tu as l'air correcte et en santé, mais c'est juste parce que t'as gardé le poids que t'avais pris à ta dernière libération.

Cette longue période d'attente crée aussi un problème pour les détenues qui suivaient déjà un traitement d'entretien à la méthadone avant leur incarcération.

Les critères d'admissibilité au programme d'entretien à la méthadone sont peu compris, chez les répondantes. Ainsi, plusieurs (n=19) connaissent peu le fonctionnement du programme ou les façons d'y accéder. De plus, elles perçoivent un biais dans le processus de sélection. Quelques répondantes ont dit que les critères sont trop souples, parce que des filles de 18 ans peuvent accéder au programme. Une autre femme craignait que

sa demande de méthadone soit perçue comme un comportement de recherche de drogue qui nuirait éventuellement à son admissibilité à une libération conditionnelle. Une préoccupation a aussi été soulevée quant aux doses de méthadone fournies dans le cadre du programme. Deux répondantes trouvaient qu'elles étaient trop faibles ou trop élevées et qu'elles n'étaient pas adéquatement contrôlées.

En dépit des problèmes identifiés, 6 répondantes ont parlé des bienfaits du programme et de l'aide qu'il apporte aux personnes dans le besoin. Deux répondantes considéraient qu'il est accessible aux détenues qui en ont besoin.

Conclusions

- La provision de méthadone par le SCC est appuyée par la plupart des détenues.
- Le degré de connaissance générale de l'existence du programme d'entretien à la méthadone est élevé. Toutefois, il existe une certaine confusion quant aux critères de sélection et au mécanisme d'accès au programme.
- Il existe une volonté que l'amorce du traitement d'entretien à la méthadone soit autorisée. Cette observation vient corroborer la décision du SCC de mettre en œuvre la phase II de sa politique sur la méthadone.

Lacunes identifiées

1. On observe un manque d'opportunités d'amorcer le traitement d'entretien à la méthadone derrière les barreaux. [La mise en œuvre de la phase II de la politique du SCC sur la méthadone est venue pallier à cette lacune.]
2. Les connaissances des détenues sur le processus de demande d'accès au programme d'entretien à la méthadone sont peu uniformes.
3. Le délai d'attente pour rencontrer un médecin qui pourra prescrire de la méthadone, ainsi que le délai d'attente de la méthadone en soi, soulèvent des préoccupations.

Éléments de meilleures pratiques pour la provision de méthadone

1. Les critères d'évaluation pour l'accès au traitement d'entretien à la méthadone doivent être appliqués uniformément, dans chaque établissement et à travers le système.
2. L'information sur le processus de demande et les critères de sélection doit être claire et accessible à grande échelle.
3. L'accès (ou le refus d'accès) à un programme d'entretien à la méthadone ne doit pas servir de mesure punitive ou disciplinaire.
4. Les délais dans l'accès à des services médicaux liés à la méthadone doivent être réduits.
5. Tous les employés médicaux doivent recevoir une formation et un soutien adéquats et continus, relativement à la gestion du programme d'entretien à la méthadone.

Recommandations

1. La politique du SCC sur la provision de méthadone aux détenus, y compris sur l'amorce de l'entretien à la méthadone, devrait être maintenue.
2. Le SCC devrait surveiller la mise en œuvre de la phase II de sa politique sur la méthadone et veiller à ce qu'elle reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.

ACCÈS À DES SERINGUES STÉRILES

De nombreuses études canadiennes ont démontré que le partage de seringues pour l'injection de drogue entraîne un important risque de transmission du VIH et du VHC, en prison.²¹

Tel que mentionné à la section 7.1, 20 répondantes (19% de celles dont les données sur les comportements à risque étaient disponibles; et 13% de l'ensemble de l'échantillon) s'identifient comme utilisatrices de drogue par injection dans leur établissement. Le manque d'accès à des seringues stériles et à des programmes d'échange de seringues, dans les prisons fédérales du Canada, contribue à la création d'un milieu où le partage de seringues et d'aiguilles est répandu.²²

À l'heure actuelle, le SCC fournit de l'eau de Javel aux détenus pour le nettoyage des seringues usagées, comme mesure de réduction des méfaits. Toutefois, cette mesure présente, tout au plus, une efficacité sous-optimale pour prévenir la transmission d'infections – elle n'est pas efficace à 100% contre le VIH, et encore moins contre le VHC.²³ Compte tenu des problèmes actuels dans la provision d'eau de Javel (tels que décrits précédemment), il est évident que cette mesure ne constitue pas à elle seule une stratégie complète de réduction du risque de propagation d'infections par le partage de matériel d'injection, en prison.

²¹ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Comportements à risque élevé derrière les barreaux », *VIH/sida et prisons – Feuillet d'information #2*.

²² *Ibid.*

²³ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Prévention : l'eau de Javel », *VIH/sida et prisons – Feuillet d'information #5* (Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, 2001-2002), accessible via www.aidslaw.ca.

Même si l'étude ne comportait aucune question spécifique sur l'échange ou la distribution de seringues, les répondantes ont fréquemment abordé le sujet, en entrevue.

Ainsi, 32 femmes (16% de l'échantillon) ont souligné la nécessité d'un programme d'échange de seringues. Vu que ce thème n'a pas été amené par les intervieweuses, il se pourrait que cette proportion sous-estime le nombre réel de femmes qui seraient intéressées à accéder à un tel programme. De fait, le nombre de répondantes ayant souligné le besoin d'un programme d'échange de seringues est supérieur à celles s'identifiant comme utilisatrices actuelles de drogue par injection.

En novembre 1999, le *Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues* du SCC a publié un rapport recommandant la mise sur pied d'un projet pilote d'échange de seringues dans chacune des cinq régions du Canada (y compris dans un établissement pour femmes).²⁴ Or, les recommandations de ce rapport n'ont jamais été appliquées; et le SCC ne fournit pas encore de seringues stériles à ses détenus.

Conclusions

- L'injection de drogue est répandue, dans les prisons pour femmes; 1 répondante sur 5 a dit s'injecter de la drogue dans son établissement.
- Les mesures de réduction des méfaits appliquées par le SCC sont insuffisantes, pour lutter contre la transmission d'infections par le partage de matériel d'injection.
- Plusieurs détenues soulignent la nécessité de distribuer des seringues stériles en prison.

Lacune identifiée

1. Manque d'accès à des seringues stériles pour les utilisateurs de drogue par injection en prison.

Recommandation

1. Le SCC devrait appliquer les recommandations du Rapport final déposé en 1999 par le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues et mettre à l'essai des projets pilotes d'échange de seringues dans les cinq régions du Canada (y compris dans un établissement pour femmes).

ACCÈS À DES MESURES DE TATOUAGE ET DE PERÇAGE SÉCURITAIRE

Le tatouage est un art populaire en prison, tant chez les hommes que chez les femmes. Plusieurs artistes talentueux pratiquent le tatouage derrière les barreaux; et plusieurs milliers d'individus se font tatouer durant leur incarcération. Dans un

²⁴ Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues, *Final Report of the Study Group on Needle Exchange Programs* (Service correctionnel du Canada, Ottawa, octobre 1999).

sondage du SCC mené en 1995, 45% des détenus fédéraux ont affirmé s'être fait tatouer en prison.²⁵

Puisque le tatouage est interdit dans les prisons fédérales canadiennes, on le pratique nécessairement dans le secret. Dans des conditions normales, le tatouage est une activité parfaitement sécuritaire pour le client et pour l'artiste; mais en prison, il faut souvent composer avec des conditions insalubres et des instruments inadéquats, fabriqués à la main.²⁶

Le tatouage est le comportement à risque le plus souvent cité par les répondantes.

Dans le contexte correctionnel, le tatouage et le perçage posent un risque élevé de transmission du VIH et du VHC, vu la réutilisation et le partage d'aiguilles et d'encre.

Tel que mentionné à la section 7.1, 31 répondantes (27% de celles dont les données sur les comportements à risque étaient disponibles; et 20% de l'ensemble de l'échantillon) ont dit s'adonner à des activités de tatouage dans leur établissement. D'ailleurs, le tatouage est le comportement à risque le plus souvent cité par les participantes. La pratique connexe du perçage a été mentionnée par 18 répondantes (16% de celles dont les données sur les comportements à risque étaient disponibles; et 12% de l'ensemble de l'échantillon).

Trente-six femmes – près du quart de l'échantillon – ont exprimé de l'intérêt pour un programme sur le tatouage et le perçage sécuritaires.

Conclusions

- Le tatouage et le perçage sont répandus, dans les prisons pour femmes.
- Les détenues manifestent un grand intérêt pour de l'information et de la documentation sur les pratiques sécuritaires de tatouage et de perçage.
- La prohibition actuelle de ces activités par le SCC ainsi que son échec à fournir les mesures nécessaires à leur pratique sécuritaire créent un milieu où le risque de transmission d'infections est accru.

Lacunes identifiées

1. Manque d'accès à des mesures et des instruments pour le tatouage et le perçage sécuritaires.
2. La prohibition du tatouage accroît le risque de pratiques non sécuritaires ou insalubres.

Recommandations

1. Le SCC devrait éliminer la prohibition et les pénalités présentement associées au tatouage.

²⁵ Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995* (Recherche et développement correctionnels, Ottawa, 1996).

²⁶ Rick Lines, *Des pros pour les détenus – Un guide pour créer et réussir des actions communautaires contre le VIH/sida, pour les détenus* (PASAN, Toronto, 2002), p. 82.

2. Les politiques du SCC devraient être modifiées de manière à définir le tatouage comme un loisir artisanal, dans tous les établissements.
3. Le SCC doit fournir aux détenus des mesures de réduction des méfaits ainsi que des instruments appropriés pour la pratique sécuritaire du tatouage et du perçage.

ACCÈS À DE L'INFORMATION SUR LES PRATIQUES SÉCURITAIRES DE TAILLADE/BALAFRE

Dans un récent rapport intitulé *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction : Une enquête comparative*, on définit l'automutilation comme un « mécanisme d'adaptation auquel on a recours pour abaisser le stress et exercer un contrôle sur son environnement ». ²⁷ Les auteurs indiquent que l'ampleur des comportements autodestructeurs est significative, chez les femmes détenues.

On a estimé que près de la moitié des détenues ont déjà tenté de se suicider... Cette proportion serait probablement beaucoup plus élevée si l'on tenait compte d'autres genres de comportement autodestructeur. ²⁸

D'après l'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry, 59% des détenues de ressort fédéral déclarent avoir déjà eu des comportements d'automutilation. ²⁹ Une forme courante d'automutilation est la taillade (ou balafre), qui consiste à s'entailler la peau ou à s'infliger volontairement des coupures au moyen d'un objet tranchant (comme un morceau de verre cassé).

Tel que mentionné à la section 7.1, 10 répondantes (9% de celles dont les données sur les comportements à risque étaient disponibles; et 6% de l'ensemble de l'échantillon) ont dit s'adonner à des activités de taillade/balafre dans leur établissement. Compte tenu des craintes associées à la divulgation de tels renseignements, il est permis de croire que le nombre réel de détenues pratiquant cette activité pourrait être plus élevé. ³⁰ Cette hypothèse est corroborée par la Société Elizabeth Fry et par les conclusions du rapport du SCC susmentionné (à l'effet qu'une importante proportion de détenues pratiquent l'automutilation).

La taillade/balafre pose un risque de transmission du VIH et du VHC par le partage d'instruments tranchants ou d'accessoires pour couper la peau. ³¹ Certaines répondantes (n=6) ont aussi identifié un besoin d'information sur les pratiques sécuritaires en la matière – il s'agit d'une lacune dans l'information actuelle sur la prévention.

²⁷ Cherami Wichmann et coll., *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction : Une enquête comparative*, Service correctionnel du Canada (février 2002), p. 2.

²⁸ *Ibid.*, p. 3.

²⁹ Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry, « Fact Sheet : Human and Fiscal Cost of Prison » (Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry, 2002), accessible via www.elizabethfry.ca/eweek02/factsht.htm.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Lines, p. 167.

Conclusions

- Un petit nombre de répondantes [dans le contexte de cette étude], mais néanmoins significatif, ont dit s'adonner à des activités de taillade/balafre ou à d'autres formes d'automutilation dans leur établissement. Si l'on tient compte d'autres rapports sur l'automutilation parmi les détenues au Canada, il est permis de croire que cette proportion pourrait être sous-estimée, par rapport à la réalité.
- Des répondantes ont cité le manque d'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre comme une lacune, au sein du matériel éducatif existant sur la réduction des méfaits.

Lacune identifiée

1. Manque d'accès à de l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre et autres formes d'automutilation, ainsi que sur les alternatives sécuritaires aux comportements d'automutilation.

Recommandation

1. Le SCC et les organismes communautaires devraient élaborer et disséminer de l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre et autres formes d'automutilation, ainsi que sur des alternatives sécuritaires aux comportements d'automutilation.

7.4 Test et confidentialité

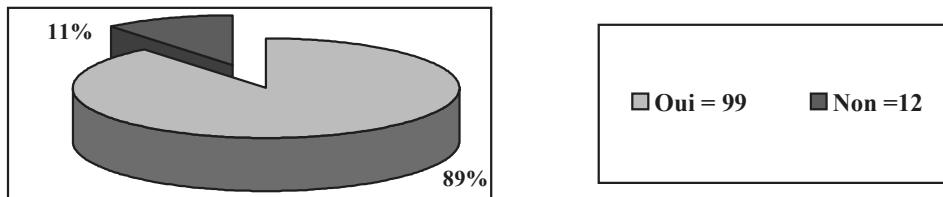
SÉRODIAGNOSTIC DU VIH ET DU VHC

Les tests de sérodiagnostic du VIH et du VHC sont disponibles sur une base volontaire auprès des unités de santé de toutes les prisons fédérales, et parfois auprès d'infirmières en santé publique de l'extérieur. Le test du VIH et du VHC n'est pas obligatoire pour les détenus, au Canada.³²

Le recours aux tests du VIH et du VHC était très élevé, parmi les détenues interviewées. La grande majorité d'entre elles (89%, n=99 détenues sur 111 dont les données étaient disponibles) avaient déjà passé un test du VIH en prison – une proportion supérieure à celles ayant déjà passé un tel test dans la communauté (64%, n=74 détenues sur 117 dont les données étaient disponibles). Elles ont eu accès au test à leur admission en prison, ou sur demande pendant leur incarcération.

³² Service correctionnel du Canada, *Directive du commissaire n°821*, « Gestion des détenus atteints d'infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) », art. 9-11 (4 mars 1996), accessible à www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-cde_f.shtml.

Schéma 9 DÉTENUES AYANT SUBI UN TEST DU VIH EN PRISON



La majorité des répondantes (78%, n=77 détenues sur 99 dont les données étaient disponibles) avaient aussi passé un test du VHC en prison – encore une fois, une proportion supérieure à celles ayant déjà passé un tel test dans la communauté (62%, n=64 détenues sur 117 dont les données étaient disponibles).

10% des répondantes ayant subi le test du VIH croyaient que cette procédure était obligatoire.

Bien que le taux élevé de recours aux services de test soit positif, l'étude a révélé diverses préoccupations liées aux procédures. Par exemple, 10% (n=11) des répondantes qui ont subi le test du VIH croyaient que cette procédure était obligatoire. Celles-ci venaient de 4 établissements distincts, ce qui suggère la possibilité d'un problème systémique.

Les données recueillies à propos du counselling pré-test et post-test soulèvent également des inquiétudes.

La visée du counselling pré-test et post-test est à la fois éducative (fournir de l'information sur les bienfaits du test, les comportements à risque, etc.) et thérapeutique (assurer une prise de décision aussi éclairée que possible, quant au choix de passer ou non le test; discuter des conséquences d'un éventuel résultat positif ou négatif ainsi que des sources possibles de soutien).³³ Il s'agit d'un élément de meilleure pratique dans le test du VIH. Cette forme de counselling est prévue aux articles 12 et 13 de la *Directive du commissaire n°821*, qui stipulent que

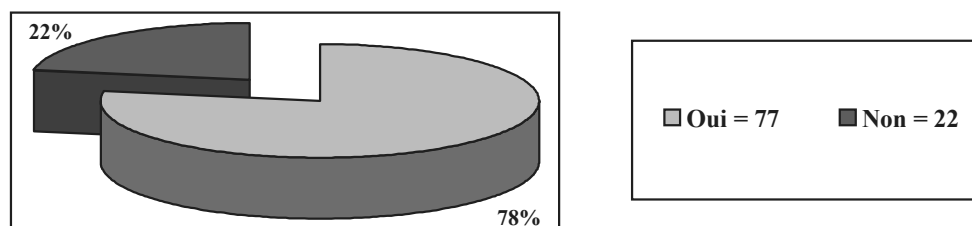
12. Avant les analyses, le personnel des services de santé discutera avec le détenu des répercussions possibles de cette vérification et des résultats de celle-ci.

13. Une fois les résultats reçus, les détenus séropositifs recevront des services de counseling de la part du personnel médical et auront accès à toute la gamme de services de counseling offerts dans l'établissement et dans la collectivité.³⁴

³³ Hepatitis C Council of New South Wales, « Pre & post test counselling » (NSW Health Department, Australie, avril 2002), accessible à www.hepatitisc.org.au/information/Pre%20&%20post%20test%20counselling.pdf.

³⁴ Service correctionnel du Canada, *Directive du commissaire n°821*, « Gestion des détenus atteints d'infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) », art. 12 et 13 (4 mars 1996), accessible à www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtml/821-cde_f.shtml.

Schéma 10 DÉTENUES AYANT SUBI UN TEST DU VHC EN PRISON



En dépit des politiques du Service correctionnel du Canada (SCC), 64% des répondantes dont les données étaient disponibles (n=34 détenues sur 53) – 34% de celles ayant passé un test du VIH – ont affirmé n’avoir reçu aucun counselling durant leur procédure de test. De telles réponses ont été recensées dans 7 établissements, ce qui élimine la possibilité d’un problème isolé.

Par exemple, certaines détenues ont dit qu’elles n’avaient pas reçu de counselling à propos de leur résultat négatif :

Quand c’est le jour des prélèvements de sang, tu vas faire le tien. Si ton résultat est négatif, tu ne reçois pas d’appel. Tu ne vois jamais tes renseignements à moins de les demander. Tu dois les croire sur parole. Il y a des femmes ici qui n’ont jamais été appelées.

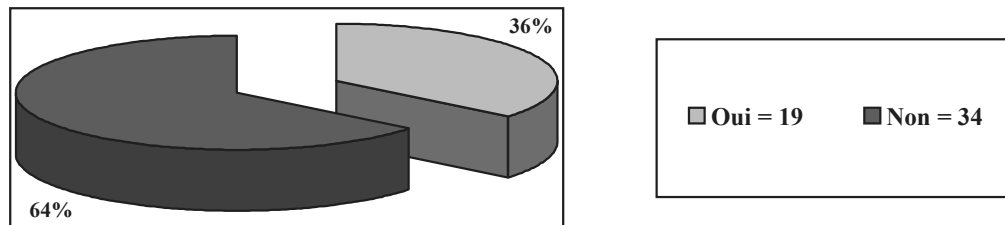
D’autres répondantes ont déclaré avoir reçu un counselling pré-test et post-test minimal, composé de quelques questions. Une participante a affirmé :

Ils ont prélevé mon sang. Ils m’ont demandé pourquoi je pensais en avoir besoin, puis ils m’ont posé une ou deux questions.

Une autre femme s’est simplement fait demander comment elle réagirait à un résultat positif :

Ils m’ont seulement demandé comment je me sentirais si mon résultat était positif. Comment est-ce que je devrais me sentir? Quand j’ai appris que j’avais l’hépatite C, je n’étais pas à l’aise avec l’infirmière alors je ne lui en ai pas parlé. Je ne sais pas pour le VIH.

Schéma 11 PROVISION DE COUNSELLING PRÉ-TEST ET POST-TEST DU VIH



Quelques détenues ont aussi trouvé que trop de semaines ou de mois s'écoulaient avant d'obtenir un résultat.

Un nombre plus petit de répondantes étaient satisfaites du counselling pré-test et post-test reçu. L'une d'entre elles a dit qu'elle se sentait toujours la bienvenue :

Ils t'appellent sur place, puis une infirmière te rappelle juste pour parler avec toi et répondre à tes questions, si tu veux passer le test. Si tu ne veux pas, elle te dira « ok, je te laisse y penser et on se revoit dans quelques jours ». Si tu décides que tu ne veux pas le test, elle te dit que sa porte est toujours ouverte, au cas où tu changerais d'idée.

Une autre répondante a affirmé que l'on avait répondu à toutes ses questions :

Intervieweuse : Sais-tu si les femmes qui veulent un test du VIH se font offrir du counselling pré-test et post-test?

Participante : Oui. Quand je suis allée parler avec l'infirmière, je lui ai posé ces questions et elle m'a dit « si ton résultat est positif, on va refaire le test pour être sûr. On prendra le temps de répondre à tes questions et de te donner toute l'information nécessaire ».

Les répondantes qui avaient eu recours à une infirmière en santé publique de l'extérieur ont affirmé être particulièrement satisfaites du service reçu. Dans ces cas, elles considéraient que la procédure était plus confidentielle, que les résultats étaient reçus plus rapidement et que l'accès à du counselling et à de l'information de suivi était plus facile.

Conclusions

- Le taux de recours aux services de test du VIH et du VHC est très élevé, chez les détenues.
- La provision de counselling pré-test et post-test du VIH n'est pas uniforme. Les deux tiers des répondantes ont déclaré n'avoir reçu aucun counselling durant leur procédure de test.

- 1 répondante sur 10 a passé le test du VIH en croyant qu'il était obligatoire.
- Les répondantes qui ont pu demander le test auprès d'infirmières en santé publique de l'extérieur étaient très satisfaites du service reçu.

Lacunes identifiées

1. La provision de counselling pré-test et post-test du VIH n'est pas uniforme.
2. La *Directive du commissaire n°821* n'exige pas que du counselling post-test soit offert dans l'éventualité d'un résultat négatif – cela va à l'encontre des meilleures pratiques dans la communauté.
3. Certaines détenues sont confrontées à d'importants délais, dans l'attente de leur résultat.
4. Il existe une certaine confusion parmi les détenues, à savoir si le test du VIH est volontaire ou obligatoire en prison.
5. L'option du test anonyme du VIH n'est pas toujours disponible.

Éléments de meilleures pratiques pour la provision des tests de sérodiagnostic du VIH et du VHC

1. Le counselling pré-test et post-test doit être une composante obligatoire des pratiques de test du VIH et du VHC dans tous les établissements. Il doit comprendre une explication claire de la nature volontaire de ces tests.
2. Diverses options de test devraient être offertes, y compris le test anonyme et le test administré par une infirmière en santé publique de l'extérieur.
3. Les délais d'attente des résultats devraient être réduits, pour les tests du VIH et du VHC.

Recommandations

1. Le SCC devrait assurer que la provision des tests du VIH et du VHC applique les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. La *Directive du commissaire n°821* devrait être modifiée de manière à exiger le counselling pré-test et post-test en tant que composante obligatoire des pratiques de test, dans l'ensemble du système, sans égard au résultat.
3. Le SCC et les départements de santé publique/centres de santé communautaire devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services de test, voire l'accroître si possible.
4. Le SCC devrait offrir l'option du test anonyme aux détenues.

CONFIDENTIALITÉ

L'enjeu de la confidentialité comporte de multiples facettes qui se révèlent de diverses façons dans les résultats de la présente étude. L'aspect le plus évident concerne la protection des renseignements personnels (comme les dossiers médicaux) et de leur nature confidentielle. Toutefois, l'étude a identifié d'autres aspects de la confidentialité qui doivent être pris en compte dans la problématique du VIH et du VHC en prison. Plusieurs ne sont pas cités expressément par les répondantes comme des enjeux de « confidentialité », mais leur analyse indique qu'ils sont clairement liés à la vie privée.

La crainte d'être perçue comme une utilisatrice de programmes et services pour le VIH/VHC s'observe à presque tous les égards, dans l'étude.

L'élément le plus marquant est sans doute le degré d'influence des considérations de confidentialité, dans les décisions des détenues quant à l'accès ou à la participation à des programmes de prévention ou de soins pour le VIH et le VHC. Cette crainte d'être perçue comme une utilisatrice de programmes et services pour le VIH ou le VHC – et la peur de la stigmatisation qui en découlerait – a été observée dans presque toutes les dimensions de l'étude. Une préoccupation connexe, celle de s'identifier comme ayant des comportements à risque (comme les

rapports sexuels ou l'injection de drogue) dans l'établissement, décourage les détenues d'accéder à des moyens préventifs.

Toutes les sections du présent rapport comportent des enjeux liés à la confidentialité ou à la vie privée. En voici des exemples :

ÉDUCATION À LA PRÉVENTION

- La demande que les dépliants et livrets d'éducation à la prévention du VIH et du VHC soient plus discrets.
- La demande que les dépliants éducatifs sur le VIH et le VHC ne mentionnent pas leur sujet en couverture, pour permettre aux détenues de se les procurer et de les lire sans dévoiler leur intérêt pour le sujet.
- Préoccupations liées à la vie privée et à la confiance dans le recours à des paires conseillères en matière de santé.

MESURES DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

- Manque d'accès confidentiel à des moyens de protection et à de l'eau de Javel. Les obstacles identifiés par les détenues concernaient notamment la nécessité de demander ces moyens à un employé, ce qui révèle par le fait même leur implication dans des activités interdites.
- La crainte que la demande d'eau de Javel à un employé entraîne un fouille de cellule et d'autres mesures punitives.
- L'association de l'« accessibilité » des mesures de réduction des méfaits à l'absence d'implication du personnel dans leur accès.

TEST DU VIH ET DU VHC

- La forte satisfaction exprimée par les détenues qui ont pu obtenir le test auprès d'infirmières en santé publique de l'extérieur. Un facteur critique de cette satisfaction est l'impression de confidentialité accrue (vu qu'aucun employé du SCC n'est impliqué directement dans la procédure).

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES

- La crainte que les détenues qui ont recours à ces thérapies s'attirent une attention non souhaitée.

RÉGIMES ALIMENTAIRES SPÉCIAUX

- La crainte que les détenues qui ont un régime alimentaire spécial s'attirent une attention non souhaitée de la part des autres détenues et du personnel.

COUNSELLING ET SOUTIEN

- La forte satisfaction exprimée par les détenues qui ont pu recourir aux services d'infirmières en santé publique et/ou d'organismes communautaires de l'extérieur. Un facteur crucial de cette satisfaction est l'impression de confidentialité accrue auprès de ces intervenantes.

Il est donc évident que la confidentialité est intrinsèquement liée à la satisfaction à l'égard des services et qu'elle influence les décisions de participation ou d'accès aux programmes. Cet important constat démontre à quel point la confidentialité doit être

La confidentialité doit être l'enjeu central de la conception et de la mise en œuvre de tous les programmes et services en matière de VIH/VHC; elle est un élément essentiel de meilleure pratique.

l'enjeu central de la conception et de la mise en œuvre de tous les programmes et services en matière de VIH et de VHC, en prison. Elle est un élément essentiel de meilleure pratique.

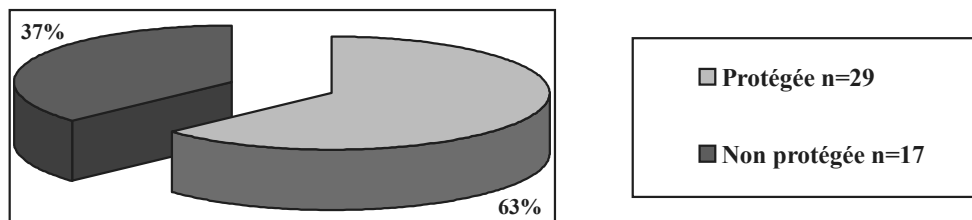
Outre les observations ci-dessus, 46 répondantes ont parlé de confidentialité en termes plus précis.

Soixante-trois p. cent (63%) de celles-ci (n=29) croient que leur confidentialité est protégée, en prison. Toutefois, parmi les 17 répondantes qui ne croient pas que leur confidentialité est protégée,

près de la moitié (n = 8) sont séropositives au VIH ou au VHC. Cela démontre que les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC sont plus préoccupées par la confidentialité et/ou plus susceptibles d'avoir vécu un bris de confidentialité en prison.

Les domaines où les répondantes ont exprimé des préoccupations en matière de confidentialité sont notamment la distribution de médicaments (i.e., file d'attente pour les recevoir); l'horaire des services de test pour le VIH et le VHC (i.e., toujours le même jour, à la même heure); l'accès à des thérapies complémentaires ou alternatives; l'accès à un régime alimentaire spécial; l'accès à des paires conseillères [voir la section 7.2]; et l'accès à des moyens préventifs et à de l'eau de Javel auprès d'employés [voir la section 7.3]. Chacune de ces activités a le potentiel d'attirer l'attention sur les détenues impliquées et de susciter des questions de la part d'autres détenues et d'employés, sur les raisons de leur recours à ces services.

Schéma 12 PERCEPTION DE LA CONFIDENTIALITÉ EN PRISON



Des répondantes s'inquiètent aussi des bris de confidentialité pouvant découler de conversations entre employés et entre détenues.

Les détenues qui ont accès aux services d'infirmières en santé publique de l'extérieur considèrent qu'elles bénéficient d'une plus grande confidentialité, étant donné que leurs renseignements médicaux sont consignés par des intervenantes externes.

Conclusions

- La confidentialité est un enjeu à multiples facettes qui touche plusieurs aspects des programmes et services en matière de VIH et de VHC, en prison.
- Les enjeux de confidentialité et de vie privée sont intimement liés à la satisfaction à l'égard des programmes et services, ainsi qu'à leur accessibilité.
- La confidentialité est un élément central de meilleure pratique dans tous les programmes et services en matière de VIH et de VHC, en prison.
- Les détenues sont généralement satisfaites du degré de confidentialité en prison.
- Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC sont généralement insatisfaites du degré de confidentialité en prison.
- La confidentialité peut être brisée par des employés ou par des détenues.
- Les détenues qui ont accès aux services d'une infirmière en santé publique de l'extérieur considèrent qu'elles bénéficient d'une plus grande confidentialité qu'auprès de l'unité de santé de la prison.

Lacunes identifiées

1. Les modes de provision de services de santé (comme le test du VIH et du VHC, la distribution des médicaments et la préparation d'un régime alimentaire spécial) peuvent compromettre la confidentialité des détenues.
2. Les enjeux de confidentialité ne sont pas toujours pris en compte dans la conception des programmes d'éducation, des services médicaux, du counselling et du soutien en matière de VIH et de VHC.
3. On a rapporté des bris de confidentialité commis par des employés.

Éléments de meilleures pratiques pour la promotion de la confidentialité

1. La confidentialité est un élément essentiel de meilleure pratique dans la provision de tous les programmes et services liés au VIH et au VHC; elle ne se limite pas à la provision de services médicaux.
2. La protection accrue de la confidentialité et de la vie privée devrait être une considération centrale dans la conception et la mise en œuvre des programmes correctionnels et communautaires.
3. La provision d'une variété de programmes et de services médicaux en matière de VIH et de VHC – venant des prisons, d'intervenants en santé publique et d'organismes communautaires – peut améliorer leur accessibilité en rehaussant la confiance des détenues vis-à-vis de leur nature confidentielle.
4. Des politiques et directives proactives et la formation du personnel sont des composantes importantes pour favoriser la confidentialité liée au VIH et au VHC en prison. Ces politiques devraient établir des procédures et des sanctions claires, en cas de bris de confidentialité.

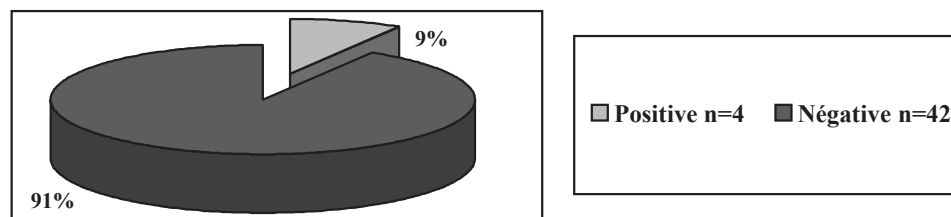
Recommandations

1. Le SCC, les départements de santé publique, les centres de santé communautaire et les organismes communautaires devraient veiller à ce que tous les programmes et services en matière de VIH et de VHC reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC devrait prendre tous les moyens pour améliorer la confidentialité en prison, particulièrement en ce qui a trait à la séropositivité au VIH et au VHC. Ces efforts doivent comprendre la protection rehaussée des renseignements médicaux et la révision des services de santé de routine (comme les procédures de test, l'horaire des rendez-vous médicaux et la distribution des médicaments) qui ont le potentiel de révéler par inadvertance des renseignements personnels.
3. Le SCC et les départements de santé publique/centres de santé communautaire devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services liés au VIH et au VHC, voire l'accroître si possible.

7.5 Soins médicaux et traitements

Les répondantes ont exprimé d'importantes insatisfactions liées au niveau, à la disponibilité et à la qualité des services de santé fournis par le Service correctionnel du Canada (SCC). Le degré de satisfaction/insatisfaction à l'égard des services médicaux a été abordé par 46 répondantes. Parmi celles-ci, seulement 9% (n=4) ont déclaré avoir eu une expérience positive d'accès à des soins de santé. Les expériences négatives évoquées par les détenues touchent plusieurs domaines spécifiques.

Schéma 13 EXPÉRIENCE D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ



ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX POUR LE VIH ET LE VHC

Les répondantes ont fait état d'expériences variées quant à l'accès à des services médicaux élémentaires en matière de VIH et de VHC. Le degré de satisfaction à l'égard des services existants varie d'un établissement à l'autre, et souvent au sein d'un même établissement. Les préoccupations les plus courantes concernent l'accès à des services de tests sanguins et à des médecins généralistes et spécialistes.

L'accès à des services de prélèvements sanguins de routine (i.e., pour vérifier les fonctions hépatiques, la charge virale, le taux de glycémie) est un problème courant,

identifié par 33% (n=15) des répondantes. Celles-ci venaient de 5 établissements, ce qui suggère la possibilité d'un problème systémique.

Le fait de devoir demander des tests, plutôt que d'être invitées à en subir régulièrement, est une autre problématique soulevée par plusieurs femmes – sans oublier la période d'attente entre le moment du prélèvement et la réception du résultat. Dans certains cas, les femmes obtiennent leur résultat en une semaine; d'autres doivent attendre trois mois ou plus. Pour certaines, l'accès irrégulier à un service de tests sanguins a entraîné d'importants délais dans l'accès à des soins.

Les femmes autochtones font état plus souvent d'un manque d'accès à des prélèvements sanguins.

Certaines femmes autochtones ont remarqué une inégalité apparente dans l'accès aux soins médicaux; quelques-unes ont indiqué que des tests sanguins réguliers sont offerts à « *certaines femmes* ». Les répondantes s'identifiant comme

autochtones font état plus souvent d'un manque d'accès à un service régulier de tests sanguins. Cinquante-trois p. cent (53%) de celles ayant mentionné un problème d'accès inégal (n=8 sur 15) sont des femmes autochtones.

La satisfaction à l'égard de l'accès actuel à des médecins généralistes et spécialistes varie aussi. Tandis que certaines femmes rapportent des expériences positives de soins et un accès régulier à des médecins et à des tests, selon leurs besoins, d'autres (34%, n=17) ont signalé des problèmes. Parmi celles-ci, 41% (n=7 sur 17) sont autochtones.

Les dialogues ci-dessous illustrent le manque d'uniformité dans l'accès à des médecins généralistes et spécialistes.

Intervieweuse : Les détenues de cet établissement ont-elles le choix du type de soins médicaux qu'elles peuvent recevoir, et ont-elles accès à des services réguliers de test?

Participant : Oui. Le médecin vient en discuter avec nous. Si tu as l'hépatite C, on te réfère tout de suite à un spécialiste et on te fait régulièrement des prises de sang et des biopsies du foie.

Par contre, une répondante du même établissement, séropositive au VHC, décrit une réalité très différente :

Intervieweuse : Est-ce qu'on te fait régulièrement des prises de sang pour vérifier l'état de ton foie?

Participant : Je ne savais absolument rien de ça, parce que quand je suis venue, elle m'a dit qu'on devait faire quelque chose pour mon foie et j'ai dit que c'était correct. Puis j'ai dû en faire la demande moi-même... j'ai dû leur dire quoi faire.

Intervieweuse : Ils ne t'incitent pas à avoir des prises de sang régulières?

Participante : Non, selon moi c'est trop pour eux, de s'occuper de tous les prélèvements. C'est trop de travail pour eux.

Les délais dans la prise de rendez-vous avec des spécialistes est un obstacle cité par 20% (n=9) des répondantes :

Il faut faire une demande, puis dans trois semaines tu seras sur une liste d'attente, et ensuite tu pourras voir ton spécialiste. Mais rendue là, le problème est passé, ou il ne te dérange plus.

Une répondante a souligné que le manque d'employés pour escorter les détenues à leurs rendez-vous médicaux contribuait à ce délai :

Ils peuvent m'inscrire à la liste, mais ça dépendra du moment où un agent pourra m'emmener à mon rendez-vous. Il y a une pénurie d'employés et ça peut prendre des mois.

Bien que les spécialistes en matière d'hépatite C soient considérés plus facilement accessibles que d'autres, quelques répondantes ont dit être incapables ou avoir de la difficulté à en rencontrer un. Certaines d'entre elles connaissaient peu les disponibilités de ces spécialistes; d'autres (n=5) étaient incertaines des choix à leur disposition.

Le manque d'accès à des médecins de sexe féminin est aussi préoccupant, dans certains établissements. Les détenues qui ne veulent pas être examinées par un médecin de sexe masculin sont alors confrontées à un obstacle considérable dans l'accès aux soins, comme l'explique l'une d'elles : « *Ce sont des hommes médecins et je n'irai pas les voir. Non... Je n'ai eu aucun examen médical depuis que je suis revenue. Je refuse.* »

Conclusions

- Les détenues sont généralement insatisfaites de la qualité et de l'accessibilité des services médicaux.
- Les expériences d'accès à des services médicaux élémentaires varient considérablement à travers le système et au sein de chaque établissement.
- Les détenues autochtones sont confrontées à de plus grands obstacles dans l'accès à des tests sanguins et elles citent plus souvent des problèmes dans l'accès à des médecins selon leurs besoins.

Lacunes identifiées

1. L'accès aux services médicaux n'est pas uniforme.
2. Il existe des obstacles dans l'accès à des prélèvements sanguins de routine (notamment l'accès irrégulier à des tests et les délais d'attente des résultats).
3. Les détenues autochtones rencontrent de plus grands obstacles dans l'accès à des services médicaux.
4. L'accès à des médecins spécialistes s'accompagne de délais dans plusieurs établissements.

5. Dans certains établissements, le manque d'accès à des médecins de sexe féminin conduit des détenues à refuser ou à éviter les services de soins.

Éléments de meilleures pratiques pour la promotion de l'accès aux services médicaux pour le VIH et le VHC

1. La norme des soins médicaux fournis aux détenus doit être comparable à celle qui prévaut dans la communauté.
2. Les unités correctionnelles de santé devraient être dotées de ressources financières et humaines adéquates, pour atteindre l'objectif ci-dessus.
3. Une formation annuelle devrait être fournie aux employés médicaux, afin qu'ils puissent maintenir des compétences et des connaissances conformes aux meilleures pratiques – en particulier dans le domaine des soins et traitements pour le VIH et le VHC.
4. Les détenus devraient être habilités à jouer un rôle éclairé et proactif dans les décisions liées à leurs soins de santé.
5. Diverses options devraient être offertes, pour l'accès à des services et praticiens médicaux (venant notamment du milieu correctionnel et de l'extérieur).
6. Les délais dans l'accès à des médecins généralistes et spécialistes devraient être réduits.
7. La gestion des services de santé en prison ne devrait plus relever des services correctionnels. L'ONUSIDA affirme que « d'après ce qui a pu être constaté dans divers systèmes pénitentiaires, les prestations de soins de santé sont assurées avec plus d'efficacité lorsque la responsabilité en est confiée aux autorités de santé publique plutôt qu'au système gestionnaire des prisons ».³⁵

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que la provision de services médicaux pour le VIH et le VHC reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir de l'information médicale compréhensible aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, afin de rehausser leur capacité de participer aux décisions qui concernent leurs soins de santé.
3. Le SCC devrait travailler à réduire les obstacles dans l'accès aux tests sanguins, en particulier pour les détenues autochtones et pour celles qui vivent avec des maladies comme le VIH, le VHC et/ou le diabète, pour lesquelles des tests réguliers sont un instrument diagnostique important et une composante cruciale des soins de santé.
4. Le SCC et les départements de santé publique/centres communautaires devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services liés au VIH et au VHC, voire l'accroître si possible.
5. Le SCC devrait offrir l'accès à des médecins de sexe féminin dans tous les établissements pour femmes.

³⁵ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le sida dans les prisons : Actualisation ONUSIDA* (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, avril 1997), p. 10, accessible via www.unaids.org.

6. Le Gouvernement du Canada et les ministères provinciaux de la Santé devraient gérer un transfert des soins de santé des services correctionnels vers les autorités provinciales de la santé.

ACCÈS À DES MÉDICAMENTS ANTI-DOULEUR

Une seule femme considérait qu'elle avait une influence dans le choix de ses médicaments.

Les douleurs chroniques peuvent faire partie des symptômes de l'infection à VIH et à VHC. Par conséquent, l'accès à des moyens efficaces de gestion de la douleur est une préoccupation courante chez les personnes touchées par ces infections. La présente étude avait pour but de recueillir de l'information sur l'accès des détenues à des médicaments anti-douleur.

Les données de 24 répondantes (s'identifiant toutes comme séropositives au VIH ou au VHC, ou les deux) étaient disponibles à ce sujet.

Les principaux anti-douleur accessibles aux détenues sont des médicaments en vente libre comme « Motrin », « Tylenol », « Ibuprofen », « Bufferin » et « Advil ». Seulement deux répondantes recevaient des anti-douleur d'ordonnance. Dix n'avaient jamais reçu de médicament anti-douleur.

Les obstacles dans l'accès à des anti-douleur sont fréquents dans tous les établissements. Deux participantes expliquent :

Participante 1 : Ils ne donnent rien contre la douleur, ici.

Participante 2 : C'est pas très bon. Des filles tombent malades; elles ont de la misère à marcher. Elles sont très malades et on ne leur donne rien.

Un manque d'information, de feed-back et de consultation dans l'établissement du traitement anti-douleur a été rapporté par plusieurs femmes. Par exemple, 42% des répondantes (n=10 sur 24) ont dit ne pas avoir le choix de leurs médicaments; et 29% (n=7) ne savaient pas quels médicaments elles prenaient (le cas échéant). Deux femmes qui s'identifient comme utilisatrices chroniques de drogue par injection se sont fait dire qu'elles ne pouvaient pas recevoir de médicaments anti-douleur. Une seule répondante considérait qu'elle avait une influence dans le choix de ses médicaments.

Un problème connexe émerge, en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC : le manque d'accès à des médicaments pour atténuer les effets secondaires (parfois graves) des traitements contre ces infections. Parmi les 28 répondantes ayant mentionné ce problème, seulement 14% (n=4) ont déclaré avoir reçu un médicament quelconque contre ces effets secondaires. Deux femmes avaient reçu du « Graval », une avait reçu du « Tylenol » et une autre de l'« Aspirine ». Neuf répondantes ne savaient pas quels médicaments étaient donnés pour atténuer les effets secondaires des traitements anti-VIH ou anti-VHC.

Des données indiquent aussi que les détenues ne sont pas toujours informées adéquatement à propos des effets secondaires (réels ou imaginés) des traitements

anti-VIH et anti-VHC. Dans un cas extrême, 10 femmes d'un même établissement ont rapporté qu'elles avaient cessé de prendre leurs médicaments contre l'hépatite C en raison d'effets secondaires présumés. Leurs inquiétudes venaient du fait qu'une autre détenue perdait ses cheveux :

Je sais que les femmes qui prenaient le médicament avaient des symptômes, avant de le prendre. Pendant qu'elles le prenaient, on les a rendues hystériques en leur disant que certaines choses leur arrivaient à cause du médicament – alors elles ont arrêté de le prendre. Il y avait une femme qui perdait ses cheveux – mais elle les perdait avant de prendre le foutu médicament. Mais peut-être trois mois après le début de son traitement, elle continuait de perdre ses cheveux et ils lui ont dit que c'était un effet secondaire. Donc elle a arrêté de prendre le médicament.

Conclusions

- L'accès à des anti-douleur est une importante préoccupation pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.
- Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC rencontrent des obstacles dans l'accès à des anti-douleur, dans tous les établissements.
- Des médicaments en vente libre sont le plus souvent administrés contre la douleur. Les anti-douleur d'ordonnance sont beaucoup moins répandus.
- Il existe des obstacles dans l'accès à des médicaments pour atténuer les effets secondaires des traitements anti-VIH et anti-VHC.

Lacunes identifiées

1. Manque d'accès à des médicaments anti-douleur d'ordonnance.
2. Obstacles dans l'accès à des anti-douleur, pour les utilisatrices de drogues illégales.
3. Manque d'accès à des médicaments pour atténuer les effets secondaires des traitements anti-VIH et anti-VHC.
4. Manque d'information, de feed-back et de consultation dans l'établissement du traitement anti-douleur, rapporté par plusieurs détenues.

Éléments de meilleures pratiques pour la provision de médicaments anti-douleur

1. L'accès à des médicaments anti-douleur – y compris des narcotiques sur ordonnance – doit être exempt de discrimination.
2. Les antécédents d'usage de drogues illégales ne devraient pas empêcher l'accès à des médicaments anti-douleur.
3. Les employés de l'unité de santé et les médecins devraient recevoir une formation continue sur le lien entre les infections à VIH et à VHC et la douleur chronique, ainsi que sur les meilleures pratiques actuelles dans la gestion de la douleur liée à ces infections.
4. Les détenus devraient être habilités à jouer un rôle éclairé et proactif dans les décisions liées à leur plan de gestion de la douleur.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce qu'un accès équitable à la gestion de la douleur soit offert aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC dans tous les établissements, et à ce que la provision de médicaments anti-douleur reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC de l'information accessible sur la gestion de la douleur, afin de rehausser leur capacité de participer aux décisions qui concernent leurs options à ce chapitre.
3. Le SCC devrait assurer l'accès égal à des médicaments contre les effets secondaires, dans tous les établissements. Cela devrait comprendre la provision d'information et de counselling aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, afin de les aider à prendre des décisions éclairées quant aux options qui s'offrent à elles.

ACCÈS AUX THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES ET/OU ALTERNATIVES

Plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à diverses thérapies complémentaires ou alternatives – y compris l'acupuncture et les herbes chinoises traditionnelles, les vitamines et d'autres suppléments, le massage et la guérison spirituelle – en réponse à l'infection à VIH et à ses symptômes.³⁶ La présente étude visait à évaluer l'accès des détenues à de telles « avenues alternatives » de promotion de la santé. Les données de 25 répondantes étaient disponibles à ce sujet. Parmi celles-ci, 60% (n=15) s'identifient séropositives au VIH, au VHC, ou les deux.

Dans l'ensemble, l'accès à des thérapies complémentaires est limité; il se traduit surtout par la provision de vitamines (n=25). Un plus petit nombre (n=8) de répondantes ont dit avoir accès à des thérapies alternatives telles la chiropractie, la massothérapie et la réflexologie.

D'importants obstacles ont été identifiés dans l'accès à des vitamines, le coût étant le plus fréquent. Certaines détenues obtiennent leur ordonnance de vitamines auprès d'un médecin et se les procurent donc à l'unité de santé de leur établissement; mais plus de la moitié des répondantes qui prennent des vitamines doivent les acheter elles-mêmes à la cantine, ou par l'intermédiaire de quelqu'un dans la communauté. Vu les ressources financières limitées de la plupart des détenues, cette situation crée un obstacle considérable. Une répondante explique :

Disons que tu reçois 69\$. Ils t'en enlèvent 10%, qui s'en va dans tes épargnes. Enlève 1\$ pour le fonds de bien-être des détenues. Si tu as le câble, ça te coûte 4\$. Il te reste à peu près 55\$ qui va dans ton compte courant. C'est là que passent tes dépenses de magasinage à l'extérieur, de photos, et d'autres choses comme ça.

³⁶ Yvonne J. Bryson, MD., « Complementary Therapies in HIV Disease », dans *Improving the Management of HIV Disease*, vol. 4, n°3 (International AIDS Society, États-Unis, septembre 1996), accessible à www.ama-assn.org/special/hiv/library/readroom/other96/abrams.htm.

À partir de ce compte, tu penses à combien tu vas dépenser à la cantine et tu leur demandes de t'enlever, supposons, 50\$ de ta paye pour ça. Ils vont te retirer 50\$ de ton 58\$ pour tes dépenses de cantine, ce qui te laisse 8\$ dans ton compte courant. Et ce que tu ne dépenseras pas à la cantine reviendra dans ce compte. Alors, pour une bouteille [de vitamines], qui coûtera probablement près de 15\$... Et si je me souviens bien tu dois en prendre 2 fois par jour... un ou deux comprimés. Ça fait environ 30 vitamines par semaine, c'est ça? Dans une bouteille, il y en a peut-être 100 – ce qui te durera environ 3 semaines. On fait nos emplettes une seule fois par mois. Ça veut dire que tu devrais acheter 2 ou 3 bouteilles en même temps. On parle de 30-35\$ juste pour ça. Il faudrait que tu décides si tu veux du chardon-marie ou du savon. Il y a du savon au magasin, mais peut-être pas la sorte dont tu as besoin. Donc il faut que t'achètes ton propre savon, ou du détergent à lessive, parce qu'on n'a pas confiance en celui qu'ils nous donnent. C'est 14\$ pour une grosse boîte. Tu peux seulement faire des transferts de 500\$ par année. Qu'est-ce que tu fais si t'as besoin d'une paire de collants? Tu comprends? On ne peut pas vivre.

Quelques femmes (n=4) qui se sont déclarées séropositives au VIH ou au VHC ont aussi mentionné des enjeux de confidentialité liés à l'accès aux thérapies complémentaires et alternatives. Elles ont l'impression que le recours à ces thérapies pourrait les « distinguer des autres » – ce qu'elles perçoivent comme un risque.

Conclusions

- L'accès à des thérapies complémentaires et/ou alternatives est une importante préoccupation pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.
- Le recours à des vitamines est la thérapie complémentaire la plus courante. L'accès à des thérapies alternatives est moins répandu.
- La majorité des détenues qui ont recours à des thérapies complémentaires et/ou alternatives sont séropositives au VIH, au VHC, ou aux deux.
- Certaines femmes ont exprimé des préoccupations de confidentialité liées à l'accès aux thérapies complémentaires et/ou alternatives – et la crainte que le recours à ces thérapies les distinguent des autres.

Lacunes identifiées

1. Le fait que plusieurs détenues doivent acheter elles-mêmes leurs vitamines constitue un grand obstacle dans l'accès à cette thérapie complémentaire, en raison de son coût prohibitif.
2. Manque d'accès à d'autres formes de thérapies complémentaires et alternatives.
3. Risque de révélation de la séropositivité par le recours à des thérapies complémentaires et/ou alternatives.

Éléments de meilleures pratiques pour la provision de thérapies complémentaires et/ou alternatives

1. Toutes les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC devraient avoir accès à des thérapies complémentaires et/ou alternatives en tant que mesures de promotion de la santé. En pratique, il est préférable d'en rehausser l'accès pour toutes les détenues, sans égard à leur état sérologique, afin de réduire les préoccupations liées à la confidentialité chez celles qui vivent avec le VIH et/ou le VHC (et qui, sans cela, se distingueraient des autres en y accédant).
2. La provision de thérapies complémentaires ou alternatives (comme les vitamines) devrait être aussi discrète que possible.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que la provision de thérapies complémentaires et/ou alternatives reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC devrait fournir gratuitement des vitamines à tous les détenus qui en demandent ou qui s'en voient prescrire dans le cadre d'une initiative plus vaste de promotion de la santé.
3. Le SCC ne devrait pas limiter la provision gratuite de vitamines aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, puisque cela entraîne des préoccupations de confidentialité. Plus l'accès aux vitamines sera répandu, moins il attirera l'attention sur des individus en particulier.
4. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir plus d'information sur les thérapies complémentaires et/ou alternatives, en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.
5. Le SCC devrait diversifier les options de thérapies complémentaires et alternatives offertes aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.

RÉGIME ALIMENTAIRE ET NUTRITION

L'accès à une alimentation saine et équilibrée est un aspect primordial de la promotion de la santé des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC. L'alimentation est importante également pour l'usage adéquat de certains médicaments anti-VIH.³⁷

21 répondantes ont souligné la piètre qualité de la nourriture reçue. Toutes ces femmes vivent avec le VIH et/ou le VHC.

La présente étude a recueilli de l'information sur la satisfaction des détenues à l'égard des normes alimentaires et nutritionnelles. Les données de 32 répondantes étaient disponibles à ce sujet.

En général, les répondantes étaient insatisfaites de la qualité des aliments fournis et avaient un accès limité à des régimes alimentaires spéciaux. Soixante-six p. cent (66%) des répondantes (n=21, dans 5 établissements distincts) ont souligné la piètre qualité de la nourriture reçue. Fait important, toutes ces femmes vivent avec le VIH et/ou le VHC.

³⁷ Lines, p. 92.

Les préoccupations les plus courantes concernent l'usage de lait en poudre au lieu de vrai lait, la rareté des légumes verts et frais, et le recours fréquent à des mets préparés (dont la plupart ont une forte teneur en matières grasses). Certaines femmes ont aussi mentionné un accès difficile à de l'eau pure (sans sodium).

Une détenue qui vit avec le VHC explique à quel point il est difficile d'avoir une alimentation complète et adéquate :

On n'a pas une bonne alimentation, tu comprends? Ils devraient engager une nutritionniste qui irait voir les chefs pour leur faire penser au guide alimentaire. C'est ce qu'ils devraient faire, mais ils ne le font pas. Ça devrait être fait parce qu'on ne mange pas comme il faut, tu comprends? Ils nous servent juste de la bouffe grasseuse. J'ai pas besoin de ça – j'ai besoin de son. Pour mon foie, ça prend beaucoup de fibres et d'eau, etc. Je mange des fruits et des légumes, mais il faut que ça s'améliore.

Vu la nécessité d'une nutrition appropriée pour favoriser la santé des personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC – et pour l'usage optimal de certains antirétroviraux – l'alimentation revêt une importance particulière. Une répondante affirme :

J'ai une amie qui commence à prendre des antirétroviraux... Je suis rendue au point où je pourrais commencer à en prendre moi aussi. Mais je pense que ce n'est pas le bon endroit pour commencer à prendre des grosses doses de médicaments, parce que dans plusieurs cas t'es supposée les accompagner de cinq petits repas.

Deux répondantes ont décidé de ne pas prendre de médicaments contre le VIH ou le VHC, en raison du manque d'accès à un régime alimentaire qui en atténuerait les effets secondaires.

Les détenues de certains établissements peuvent demander un régime alimentaire spécial auprès de l'unité de santé – les principaux choix offerts consistent en un régime sans lactose ou végétarien. Toutefois, même lorsque ces choix spéciaux sont disponibles, les répondantes affirment qu'elles ont souvent de la difficulté à en obtenir. L'information sur la disponibilité de régimes spéciaux et sur la façon d'en faire la demande n'est pas uniforme. Des femmes vivant avec le VIH et/ou le VHC ont aussi exprimé des préoccupations liées à la confidentialité de l'accès à ces régimes spéciaux – elles considèrent que le fait de recevoir des repas différents les distinguerait des autres. Une répondante a même affirmé avoir eu des problèmes à obtenir un régime alimentaire pour diabétique (puisque les aliments offerts contiennent souvent du sucre ajouté). D'autres répondantes ont aussi souligné qu'il était difficile de se procurer des suppléments nutritionnels en breuvage comme le « Boost ».

La norme nutritionnelle semble toutefois plus élevée dans certains établissements. Par exemple, 8 répondantes venant de 2 établissements estimaient recevoir de la bonne nourriture et pouvoir obtenir un régime alimentaire spécial au besoin. Un établissement a récemment amélioré le régime alimentaire des personnes vivant

avec l'hépatite C. Ces observations démontrent un manque d'uniformité dans la provision d'une alimentation adéquate, d'une région à l'autre.

Conclusions

- Les normes alimentaires et nutritionnelles sont généralement considérées insatisfaisantes, dans la plupart des établissements.
- Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC ont identifié le besoin d'une amélioration de la norme alimentaire et nutritionnelle dans la plupart des établissements.
- Les normes alimentaires et nutritionnelles ne sont pas uniformes à travers le pays. D'après les répondantes, certains établissements offrent une alimentation adéquate et d'autres non.
- L'accès à des régimes alimentaires spéciaux n'est pas uniforme à travers le pays. D'après les répondantes, certains établissements offrent un accès adéquat et d'autres non.
- L'information sur la disponibilité de régimes spéciaux et sur la façon d'en faire la demande n'est pas uniforme.

Lacunes identifiées

1. Les normes alimentaires et nutritionnelles ne sont pas uniformes à travers le système.
2. L'accès à des régimes alimentaires spéciaux n'est pas uniforme à travers le système.
3. Manque d'information sur la disponibilité de régimes spéciaux et sur la procédure pour en faire la demande dans certains établissements.
4. Accès difficile aux suppléments nutritionnels en breuvage dans certains établissements.
5. Risque de révélation de la séropositivité par le recours à un régime alimentaire spécial et/ou à des suppléments nutritionnels en breuvage.

Éléments de meilleures pratiques pour les régimes alimentaires et la nutrition

1. La norme de nutrition de toutes les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC devrait être conforme ou supérieure aux *Therapeutic Nutrition Guidelines in HIV/AIDS*. En pratique, il est préférable d'améliorer le régime alimentaire de tous les détenus conformément aux directives susmentionnées, afin de réduire les préoccupations de confidentialité chez les femmes qui vivent avec le VIH et/ou le VHC (et qui, autrement, se distingueraient des autres en recevant des repas différents).
2. Les régimes alimentaires spéciaux devraient être accessibles facilement et constamment aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC. Cela devrait comprendre l'accès à des suppléments nutritionnels en breuvage.
3. La provision de repas spéciaux et de suppléments nutritionnels devrait être aussi discrète que possible.
4. L'information sur la disponibilité de régimes spéciaux et sur la procédure pour en faire la demande devrait être accessible à grande échelle.
5. Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC devraient recevoir une information accessible sur l'importance du régime alimentaire et de la nutrition

en tant que stratégies de promotion de la santé, pour les aider à prendre des décisions éclairées quant à leur alimentation.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que le régime alimentaire et la nutrition des détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC devrait réviser ses normes alimentaires et nutritionnelles pour les détenus vivant avec le VIH et/ou le VHC, afin de les rendre conformes aux *Therapeutic Nutrition Guidelines in HIV/AIDS*.
3. Le SCC devrait uniformiser les normes alimentaires et nutritionnelles dans toutes ses régions administratives.
4. Le SCC devrait veiller à rendre plus accessible l'information sur la disponibilité de régimes alimentaires spéciaux.
5. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC de l'information accessible sur les régimes alimentaires et la nutrition, afin d'accroître leur capacité de participer aux décisions qui concernent leur alimentation.
6. Le SCC devrait réduire les obstacles dans l'accès aux suppléments nutritionnels, en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.

7.6 Soutien, counselling et information

Dans l'ensemble, les répondantes ont identifié quatre groupes distincts qui leur fournissent du soutien et/ou du counselling – employés médicaux/de soins de santé de l'établissement; organismes communautaires; aînés; et agents correctionnels.

Malgré cette diversité, la plupart des femmes ont souligné que des services de soutien plus étendus et diversifiés – y compris du counselling individuel et de groupe – seraient nécessaires. Par exemple, 10 répondantes ont déclaré qu'elles ne recevaient pas de soutien de la part des groupes susmentionnés; et une autre n'était pas certaine des options qui s'offraient à elle. Cela signifie que les structures actuelles présentent des lacunes.

La plus importante lacune touche les services à l'intention des détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC. Celles-ci (n=20) ont rapporté que peu de soutien leur est offert. Une seule répondante sur 20 estimait recevoir un soutien de qualité; et une autre a dit obtenir des réponses à ses questions. Douze répondantes ont déclaré qu'elles ne

Une seule répondante vivant avec le VIH et/ou le VHC sur 20 estimait recevoir un soutien de qualité.

recevaient pas de soutien supplémentaire pour leur infection à VIH ou à VHC; et 14 n'étaient pas au courant de l'existence de services de soutien liés au VIH ou au VHC. Ces observations témoignent d'un important problème dans la disponibilité et l'accessibilité des services de soutien en matière de VIH et de VHC pour les détenues.

Conclusions

- Bien que des services de soutien et de counselling soient offerts par une diversité d'intervenants, les détenues considèrent généralement que les programmes actuels ne répondent pas à leurs besoins.
- Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC soulignent en grand nombre le manque de soutien et de counselling à leur intention.

Éléments de meilleures pratiques pour la provision de soutien, de counselling et d'information

1. La norme des services de soutien et de counselling offerts aux détenus, en matière de VIH et de VHC, devrait être comparable à celle qui prévaut dans la communauté.
2. Le choix de praticiens et de services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC devrait être diversifié – il devrait comprendre à la fois des fournisseurs de services du milieu correctionnel et communautaire/extérieur.
3. L'accès à des services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC auprès de fournisseurs du milieu correctionnel et de la communauté extérieure devrait être uniforme, à travers le système.
4. L'accès à des services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC auprès de fournisseurs du milieu correctionnel et de la communauté extérieure doit être constant et fiable, dans chaque établissement.
5. Les délais et obstacles dans l'accès à des services de soutien et de counselling devraient être réduits.
6. Tous les services de soutien, de counselling et d'information en matière de VIH et de VHC devraient être fournis de manière discrète et non nominative, afin de favoriser la confidentialité des détenues qui y ont recours.

Recommandations

1. Le SCC, Santé Canada, les départements de santé publique/centres de santé communautaire et les organismes communautaires devraient veiller à ce que les services de soutien et de counselling reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC, Santé Canada, les départements de santé publique/centres de santé communautaire et les organismes communautaires doivent veiller à ce que les services de soutien et de counselling soient élargis, de manière à répondre aux besoins exprimés par les détenues.
3. Le SCC, Santé Canada, les départements de santé publique/centres de santé communautaire et les organismes communautaires doivent veiller à ce que les services de soutien et de counselling à l'intention des détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC soient élargis et accessibles de façon uniforme dans tous les établissements.

Soutien reçu des services correctionnels médicaux/de soins de santé

Les services de santé des unités médicales des prisons sont la principale source de soutien, de counselling et d'information identifiée par les répondantes, en matière de VIH et de VHC. Les données de 141 répondantes étaient disponibles à ce sujet.

Les services des prisons sont la principale source de soutien, de counselling et d'information, en matière de VIH et de VHC.

La plupart des femmes rapportent des expériences positives dans le recours aux services de santé à l'interne et considèrent que les employés leur ont été d'une grande aide. Ce constat s'applique à toutes les régions. Trente-quatre répondantes ont dit que les services de santé de leur prison leur avaient été très utiles, en situation de besoin. Quelques femmes ont déclaré qu'une infirmière ou un médecin en particulier les avait aidées et mises à l'aise.

Tout ça est plutôt nouveau pour moi. J'ai appris la nouvelle il y a seulement quelques semaines, alors je ne sais pas si je l'ai encore vraiment intégrée. Ça aide de parler aux filles ici et l'infirmière m'aide beaucoup, aussi. Je me sens à l'aise avec elle.

Sept femmes ont affirmé qu'elles avaient obtenu des réponses à leurs questions. Toutefois, certaines ont expliqué qu'il serait utile que les employés aient plus de « vécu » et qu'ils donnent moins de réponses tirées de manuels.

Intervieweuse : Est-ce que cela t'a aidé?

Participante : Oui ça m'a aidé, mais on aurait besoin que quelqu'un vienne nous parler de son expérience.

Intervieweuse : Tu penses la même chose?

Participante 2 : Oui.

Seize répondantes n'ont jamais demandé de soutien parce qu'elles croyaient que les employés médicaux étaient trop occupés, ou qu'elles n'avaient simplement jamais pensé à leur demander. Cinq autres femmes ont dit ne pas avoir de questions à poser. Quatre répondantes ont affirmé qu'elles n'auraient pas recours à l'unité de santé comme ressource et quatre autres ont indiqué qu'elles ne faisaient pas confiance au personnel, en raison de mauvaises informations reçues par le passé.

Malgré cette réaction généralement positive, des préoccupations ont quand même été identifiées. L'accessibilité soulève des inquiétudes, puisque dans certains établissements, on doit prendre rendez-vous pour aller poser des questions à un employé médical. Plusieurs femmes ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas se rendre directement à l'unité de santé et qu'il leur fallait prendre un rendez-vous. Étant donné que les rendez-vous peuvent être difficiles à obtenir ou impliquer une période d'attente, il se peut que la question ait été oubliée, une fois venu le moment de la rencontre. Les détenues qui purgent une peine plus longue ont dit avoir l'impression d'attendre plus longtemps que les détenues dont la mise en liberté est imminente, et voir leurs demandes traitées avec moins de priorité.

Un petit nombre de répondantes (n=2) ont déclaré avoir été traitées de façon impolie ou irrespectueuse par des infirmières. L'une d'entre elles, utilisatrice de drogue par

injection, a dit s'être sentie « regardée de haut » par le médecin en raison de son usage de drogue.³⁸

Quelques femmes considéraient avoir reçu des réponses vagues ou divergentes.

Surtout pour les questions spécifiques... Je n'ai pas encore eu de réponse à cette question : combien de temps dure la période fenêtre? Ça fait neuf mois que je suis en dedans. J'ai passé deux tests du VIH, et les deux ont donné des résultats négatifs. Alors, est-ce que je suis clean? J'ai pas besoin de refaire le test? Je continue de m'informer et on me donne toujours une réponse différente.

Un manque d'éducation a aussi été rapporté chez les employés d'un établissement, qui sont apparemment très jeunes.

Soixante p. cent (60%) des répondantes vivant avec le VIH et/ou le VHC (n=12 sur 20) ont obtenu du soutien auprès de divers praticiens de la santé (infirmière, conseiller en matière d'alcool et de drogue, psychologue, employés des soins de santé). Quelques femmes (n=4) ont aussi mentionné avoir eu accès à du counselling individuel et de groupe auprès de leur unité de santé. Toutefois, l'une d'entre elles a précisé que même si l'unité de santé était au courant de sa séropositivité au VHC, aucun employé ne l'a approchée; elle a dû demander elle-même de l'information.

Tel que mentionné dans les sections précédentes, les répondantes qui ont pu recourir aux services d'infirmières en santé publique de l'extérieur, en matière de VIH et de VHC, ont affirmé qu'elles étaient très satisfaites des soins reçus.

Conclusions

- Les services médicaux/de soins de santé de l'unité de la prison constituent la principale source de soutien, de counselling et d'information identifiée par toutes les détenues, sans égard à leur état sérologique.
- Il existe des obstacles dans l'accès à du soutien, du counselling et de l'information auprès d'employés de l'unité de santé – notamment l'impression que ceux-ci sont trop occupés pour fournir ces services, et la nécessité de prendre rendez-vous pour visiter l'unité de santé (dans certains établissements).
- Les détenues préfèrent les employés qui ont une connaissance étoffée des questions liées au VIH et au VHC.
- Les détenues qui ont accès à de l'information et du counselling auprès d'infirmières en santé publique de l'extérieur sont très satisfaites du service reçu.

³⁸ Cette préoccupation a été documentée par d'autres chercheurs. Voir Gilles Bibeau et Marc Perreault, *Dérives montréalaises : À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve* (Montréal, Boréal, 1995) et Claire Lahaie, « Prévention de la transmission – Au front – Une expérience novatrice », dans Gaston Godin, Joseph Josy-Lévy et Germain Trottier (éds.), *Vulnérabilités et prévention VIH/Sida : Enjeux contemporains* (Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université Laval, 2002), p. 257-264.

Lacune identifiée

1. Il existe des obstacles réels ou perçus dans l'accès à de l'information et du soutien auprès des unités de santé, dans certains établissements.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que tous les services de soutien et de counselling fournis par les employés médicaux/de soins de santé, en prison, reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC et les départements de santé publique/centres de santé communautaire devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC, voire l'accroître si possible.
3. Le SCC devrait veiller à ce que tous les employés correctionnels médicaux/de soins de santé reçoivent une formation annuelle sur les questions liées au VIH et au VHC, afin de les aider à maintenir leurs connaissances à jour, étant donné leur rôle crucial dans la provision de services d'information et de soutien aux détenues, en matière de VIH et de VHC.
4. Le SCC devrait veiller à réduire les obstacles qui empêchent les détenues d'accéder à de l'information et à du soutien auprès d'employés de l'unité de santé, en matière de VIH et de VHC.

Soutien reçu d'organismes communautaires

Les regroupements et organismes communautaires sont une autre source de soutien identifiée par les répondantes. Les données de 120 répondantes étaient disponibles à ce sujet.

Trente-trois femmes qui ont accès à des services d'organismes communautaires ont rapporté des expériences très positives. Plusieurs ont exprimé des commentaires comme « *tu bâtis une relation avec ces gens* » et « *ils répondent aux questions qu'ils savent que je me pose* ». Parmi ces 33 femmes, 10 sont autochtones et 10 s'identifient comme utilisatrices de drogue par injection. Cela pourrait indiquer que ces populations, souvent confrontées à des obstacles supplémentaires au sein de leurs établissements, tirent davantage profit de l'accès à des programmes offerts en prison par des intervenants communautaires.

Douze femmes ont affirmé que l'information reçue d'organismes communautaires leur était très utile. Des facteurs comme l'accès à des individus expérimentés et à des ressources éducatives, par le biais des services communautaires, suscitent la satisfaction des répondantes. L'une d'entre elles explique :

C'est bien de pouvoir rencontrer quelqu'un qui est passé par là, et pas seulement un professionnel de la santé. Tu es plus à l'aise avec une personne qui sait ce que tu ressens.

Cinq femmes n'avaient jamais participé à une séance organisée par un organisme communautaire dans leur établissement. Treize répondantes n'ont jamais posé de questions à des organismes communautaires, à propos du VIH et/ou du VHC, en

partie parce que, dans certains cas, seuls des regroupements confessionnels visitent leurs établissements.

Les femmes ont déclaré avoir de la difficulté à rejoindre les organismes qui n'acceptent pas les appels à frais virés.

Les plus grandes préoccupations des détenues concernent l'accès aux organismes communautaires. Trente-trois femmes, venant de 5 établissements, ont déclaré qu'aucun organisme communautaire ne visite leur prison; et 15 autres n'ont parlé que d'un contact avec quelques groupes (des regroupements confessionnels, des équipes de recherche universitaire, des intervenants en santé publique, PASAN).

Tel que mentionné à la section 7.2, les organismes de lutte contre le VIH/sida ne sont cités comme fournisseurs de services que sur une base occasionnelle, dans certains établissements. Seulement 30% des répondantes vivant avec le VIH et/ou le VHC (n=6 sur 20) ont dit recevoir de l'assistance d'organismes communautaires de santé (organismes de lutte contre le VIH/sida, PASAN, People With AIDS Society, Société de l'hépatite C). Cela révèle un important manque de services communautaires destinés expressément aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, dans certaines régions. Des femmes ont déclaré avoir encore plus de difficulté à rejoindre les organismes communautaires qui n'acceptent pas les appels à frais virés.

Dans l'ensemble, les répondantes vivent des expériences très positives avec les organismes communautaires et souhaiteraient en voir l'accès élargi. Soixante-deux p. cent (62%) des répondantes (n=96) ont dit préférer que des organismes communautaires dirigent les programmes et services de soutien en prison. Cela indique un niveau de confiance élevé à l'endroit des services communautaires – un fait qui s'observe aussi dans les commentaires positifs des détenues à propos des services fournis par les infirmières en santé publique de l'extérieur.

Conclusions

- Les détenues ont généralement des commentaires très positifs sur la valeur des programmes communautaires. Elles font davantage confiance aux services communautaires et à l'information qu'ils fournissent.
- Une majorité de détenues préfèrent que les programmes de soutien en prison relèvent d'organismes communautaires plutôt que des services correctionnels.
- L'accès à des services communautaires – notamment à ceux d'organismes de lutte contre le VIH/sida – n'est pas uniforme, à travers le pays (en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC).
- Les détenues souhaiteraient un accès élargi aux programmes communautaires.

Lacunes identifiées

1. Les services offerts aux détenues par le biais d'organismes communautaires (en particulier de lutte contre le VIH/sida) ne sont pas uniformes.

2. Les services offerts aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC par le biais d'organismes communautaires (en particulier de lutte contre le VIH/sida) ne sont pas uniformes.
3. Certains organismes communautaires sont difficiles à joindre, en particulier ceux qui n'acceptent pas les appels à frais virés.

Recommandations

1. Les organismes communautaires devraient veiller à ce que tous les services de soutien et de counselling reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. L'accès à des services communautaires doit être rehaussé et uniformisé, à travers le pays (en particulier dans le cas des services fournis par des organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC). Cela implique un engagement accru des organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC à fournir des services aux détenues; une collaboration accrue du SCC pour accommoder les programmes communautaires; ainsi qu'un financement accru de Santé Canada pour soutenir ces services, en particulier dans les établissements plus isolés.
3. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient s'assurer d'accepter les appels à frais virés venant de détenus.

Soutien d'aînés

Les aînés ont été identifiés comme une autre source de soutien et de counselling. Les données de 15 répondantes autochtones étaient disponibles à ce sujet.

La plupart des répondantes ont déclaré pouvoir faire appel à des aînés, au besoin. L'une d'elles a affirmé :

Je vais voir l'aîné autochtone deux fois par semaine.

Une détenue d'un autre établissement a indiqué que des aînés étaient disponibles, mais qu'il avait fallu déployer des efforts pour obtenir ce service :

Ça nous a pris du temps pour avoir un aîné autochtone. Tu peux seulement avoir accès à ce qu'il y a en dedans, à moins de payer toi-même.

Les femmes autochtones séropositives au VIH et/ou au VHC ont exprimé le souhait que les aînés connaissent mieux le VIH et l'hépatite C, afin qu'ils comprennent mieux ce qu'elles vivent :

Intervieweuse : Les aînés en savent-ils beaucoup sur l'hépatite C?

Participante : Non, parce que plusieurs d'entre eux viennent de la communauté. Je crois que plusieurs auraient besoin d'être éduqués à ce sujet car ils n'en savent pas grand chose.

À propos des services en matière de VIH et de VHC, une autre femme autochtone a dit :

Participant : Ici, beaucoup d'aînés pensent que la maladie n'est pas une façon de résoudre les problèmes, pour les autochtones... Et je suis autochtone donc...

Intervieweuse : Tu ne parles pas de ce sujet aux aînés?

Participant : Non.

Au total, 47% des répondantes (n=7 sur 15) souhaiteraient que leurs aînés connaissent mieux les questions liées au VIH et au VHC.

Conclusions

- Les détenues autochtones rapportent généralement un accès adéquat aux aînés.
- Les détenues autochtones vivant avec le VIH et/ou le VHC souhaiteraient que les aînés puissent fournir plus d'information sur le VIH et le VHC.

Lacune identifiée

1. Manque de connaissances spécifiques en matière de VIH et de VHC, chez certains aînés.

Recommandation

1. Les aînés devraient enrichir leurs connaissances sur le VIH et le VHC afin de répondre aux besoins des détenues autochtones vivant avec le VIH et/ou le VHC.

Soutien reçu d'agents correctionnels

Les données de 73 répondantes étaient disponibles à propos du soutien reçu d'agents correctionnels/gardiens de prison.

Sauf dans quelques cas, les agents correctionnels n'étaient pas considérés comme une source de soutien et d'information en matière de VIH et de VHC.³⁹

La majorité des répondantes (n=45, 62%) n'ont jamais demandé d'information sur le VIH ou le VHC à des agents correctionnels, pour diverses raisons. Environ la moitié n'avaient pas pensé à leur poser des questions. D'autres estimaient que ces employés n'auraient pas l'information dont elles avaient besoin, alors elles ne prenaient pas la peine de leur demander. Dix-neuf p. cent (19%) des répondantes (n=14) ont posé leurs questions à des agents correctionnels, mais se sont fait dire que cette information n'était pas disponible ou ont reçu des renseignements inexacts. Des femmes ont indiqué qu'elles avaient posé leurs questions à plusieurs employés

³⁹ Voir aussi Godin et coll.

et comparé leurs réponses. Douze p. cent (12%) des répondantes (n=9) ont dit qu'elles avaient posé des questions à des agents, mais que ceux-ci étaient trop mal à l'aise pour discuter du sujet avec elles. Quelques femmes (n=4, 5%) rapportent avoir posé des questions à des agents correctionnels informés, qui leur ont bien répondu.

Conclusions

- Les détenues ne considèrent pas les agents correctionnels comme une source de soutien et d'information en matière de VIH et de VHC.
- Plusieurs agents correctionnels sont incapables ou mal à l'aise de donner de l'information sur le VIH ou le VHC, lorsqu'on leur en demande.

Lacunes identifiées

1. Malaise à s'adresser aux agents correctionnels pour obtenir de l'information sur le VIH et le VHC.
2. Manque d'éducation sur les questions liées au VIH et au VHC, chez plusieurs agents correctionnels.

Recommandation

1. Le SCC devrait enrichir la formation donnée aux agents correctionnels à propos du VIH et du VHC. Celle-ci ne devrait pas se limiter aux questions de sécurité au travail.

8. Conclusion

Ouvrir notre avenir est le projet d'étude le plus complet en son genre, au Canada. Ses conclusions offrent aux responsables de politiques et aux fournisseurs de services de santé une importante occasion d'examiner les expériences des détenues de ressort fédéral, à l'égard des programmes et services liés au VIH et au VHC à l'échelle nationale.

Les recommandations de meilleures pratiques du présent rapport se veulent un instrument pour aider le Service correctionnel du Canada, Santé Canada, les départements de santé publique, les centres de santé communautaire et les organismes communautaires à évaluer ce qui fonctionne ou non, ainsi que les lacunes qui persistent dans notre réponse collective au VIH et au VHC dans le système canadien de prisons. Nous avons maintenant la tâche de satisfaire ces besoins, en rehaussant l'accès aux programmes et services qualifiés de meilleures pratiques et en amorçant de nouveaux programmes là où les réponses actuelles sont insuffisantes ou inexistantes.

L'impact des conclusions de cette étude va au delà des besoins des 156 femmes interviewées. Plusieurs enjeux soulevés et besoins identifiés dans ce rapport sont tout aussi pertinents aux détenues de ressort provincial; les ministères provinciaux responsables des services correctionnels et de la santé – de même que les organismes communautaires – doivent aussi en tenir compte et adapter leurs programmes et services en conséquence. De la même façon, plusieurs pratiques et politiques identifiées ici sont pertinentes aux détenus de ressort fédéral et doivent être prises en considération dans l'amélioration de la réaction au VIH et au VHC dans les établissements correctionnels fédéraux pour hommes.

9. Recommandations de meilleures pratiques

ÉDUCATION À LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC

Éléments de meilleures pratiques

1. Le matériel éducatif sur le VIH et le VHC devrait être disponible sous diverses formes. L'information devrait être récente et présentée en langage simple.
2. La documentation écrite sur le VIH et le VHC (comme les dépliants et les livrets) doit être discrète. La couverture ne devrait pas en révéler le sujet.
3. Les vidéos éducatives et autres outils visuels devraient être plus répandus et accessibles aux détenues.
4. La provision d'information sur le risque de transmission du VIH et du VHC par l'usage de crack et/ou de cocaïne devrait être rehaussée.
5. Les programmes de prévention du VIH et du VHC doivent être annoncés à grande échelle, pour en assurer la notoriété et l'accessibilité.
6. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et le VHC doivent jouer un rôle complémentaire aux programmes de santé du SCC.
7. La littérature scientifique révèle un manque de communication et de confiance entre les détenus et les employés correctionnels, particulièrement en matière de VIH/sida.⁴⁰ Par conséquent, les agents correctionnels ne devraient pas assister aux séances des programmes de prévention du VIH et du VHC.
8. Vu les préoccupations liées à la confiance et à la confidentialité, la sélection et la formation des participants au programme d'éducation des pairs du SCC doivent s'effectuer d'une manière qui favorise la confiance des détenus à l'égard de l'initiative. Entre autres, les détenus doivent être impliqués dans la sélection des pairs et l'on devrait mettre davantage l'accent sur la confidentialité, dans leur formation.

Recommandations

1. Le SCC, Santé Canada et les organismes communautaires doivent veiller à ce que toutes les initiatives d'éducation à la prévention du VIH et du VHC reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC, Santé Canada et les organismes communautaires doivent veiller à ce que l'accès à des programmes et à du matériel d'éducation à la prévention du VIH et du VHC destinés aux détenues soit rehaussé et uniformisé, à travers le système. Les programmes doivent être offerts sur une base régulière et continue.
3. Le SCC devrait élargir et enrichir les volets de ses programmes de santé consacrés au VIH et au VHC (comme ceux du PRS et du CHIPS).
4. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et le VHC doivent rehausser les services d'éducation à la prévention qu'ils offrent aux détenues.
5. Santé Canada doit verser des fonds pour aider les organismes communautaires à fournir les services cités à la recommandation 4, en particulier dans les établissements ruraux et/ou peu desservis.

⁴⁰ Godin et coll.

6. Le SCC doit améliorer la mise en œuvre des programmes actuels de santé des paires et veiller à ce que leur accessibilité soit uniforme, à travers le système. Des employés du SCC devraient collaborer avec des détenues pour veiller à ce que chaque programme soit élaboré et mis en œuvre de manière à satisfaire les besoins spécifiques des détenues de chaque établissement.

CONDOMS, DIGUES DENTAIRES ET LUBRIFIANT

Éléments de meilleures pratiques

1. Une quantité adéquate de condoms, de digues dentaires et de lubrifiant à base d'eau doit être accessible de façon égale, uniforme et discrète, pour les détenues, dans tous les établissements.
2. L'accès à des moyens préventifs ne devrait pas nécessiter une demande auprès du personnel, conformément à la *Directive du commissaire n°821*.
3. Il est difficile de promouvoir le sécurisexe dans un milieu qui entretient une attitude punitive à l'égard des rapports sexuels. Par conséquent, les rapports sexuels consensuels ne doivent pas entraîner une surveillance accrue, du harcèlement ou des sanctions disciplinaires de la part du personnel, en prison.

Recommandations

1. La politique du SCC sur la provision de moyens préventifs devrait être maintenue et refléter les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC devrait veiller à ce que des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base d'eau soient accessibles de façon égale et uniforme dans tout le système. En particulier, l'accès aux digues dentaires et au lubrifiant doit être amélioré.
3. Le SCC doit veiller à ce que la *Directive du commissaire n°821* soit appliquée dans tous les établissements.

EAU DE JAVEL

Éléments de meilleures pratiques

1. L'eau de Javel doit être accessible discrètement aux détenus, à divers endroits dans chaque établissement.
2. L'accès à l'eau de Javel ne devrait pas nécessiter une demande auprès d'un employé.
3. L'eau de Javel doit être fournie en quantité suffisante pour en assurer l'approvisionnement constant, à la fois pour des fins de nettoyage et de réduction des méfaits.
4. L'eau de Javel fournie doit être concentrée et non diluée.
5. Des réserves d'eau de Javel fraîche doivent être maintenues afin d'en assurer l'efficacité optimale en tant que mesure de réduction des méfaits.
6. De l'information sur l'usage adéquat de l'eau de Javel comme mesure de réduction des méfaits doit être accessible facilement et discrètement.

Recommandation

1. Le programme actuel de distribution d'eau de Javel du SCC doit être maintenu et amélioré de manière à refléter les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.

MÉTHADONE**Éléments de meilleures pratiques**

1. Les critères d'évaluation pour l'accès au traitement d'entretien à la méthadone doivent être appliqués uniformément, dans chaque établissement et à travers le système.
2. L'information sur le processus de demande et les critères de sélection doit être claire et accessible à grande échelle.
3. L'accès (ou le refus d'accès) à un programme d'entretien à la méthadone ne doit pas servir de mesure punitive ou disciplinaire.
4. Les délais dans l'accès à des services médicaux liés à la méthadone doivent être réduits.
5. Tous les employés médicaux doivent recevoir une formation et un soutien adéquats et continus, relativement à la gestion du programme d'entretien à la méthadone.

Recommandations

1. La politique du SCC sur la provision de méthadone aux détenus, y compris sur l'amorce de l'entretien à la méthadone, devrait être maintenue.
2. Le SCC devrait surveiller la mise en œuvre de la phase II de sa politique sur la méthadone et veiller à ce qu'elle reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.

SERINGUES STÉRILES**Recommandation**

1. Le SCC devrait appliquer les recommandations du Rapport final déposé en 1999 par le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues et mettre à l'essai des projets pilotes d'échange de seringues dans les cinq régions du Canada (y compris dans un établissement pour femmes).

MESURES DE TATOUAGE ET DE PERÇAGE SÉCURITAIRE**Recommandations**

1. Le SCC devrait éliminer la prohibition et les pénalités présentement associées au tatouage.
2. Les politiques du SCC devraient être modifiées de manière à définir le tatouage comme un loisir artisanal, dans tous les établissements.

3. Le SCC doit fournir aux détenus des mesures de réduction des méfaits ainsi que des instruments appropriés pour la pratique sécuritaire du tatouage et du perçage.

INFORMATION SUR LES PRATIQUES SÉCURITAIRES DE TAILLADE/BALAFRE

Recommandation

1. Le SCC et les organismes communautaires devraient élaborer et disséminer de l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre et autres formes d'automutilation, ainsi que sur des alternatives sécuritaires aux comportements d'automutilation.

SÉRODIAGNOSTIC DU VIH ET DU VHC

Éléments de meilleures pratiques

1. Le counselling pré-test et post-test doit être une composante obligatoire des pratiques de test du VIH et du VHC dans tous les établissements. Il doit comprendre une explication claire de la nature volontaire de ces tests.
2. Diverses options de test devraient être offertes, y compris le test anonyme et le test administré par une infirmière en santé publique de l'extérieur.
3. Les délais d'attente des résultats devraient être réduits, pour les tests du VIH et du VHC.

Recommandations

1. Le SCC devrait assurer que la provision des tests du VIH et du VHC applique les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. La *Directive du commissaire n°821* devrait être modifiée de manière à exiger le counselling pré-test et post-test en tant que composante obligatoire des pratiques de test, dans l'ensemble du système, sans égard au résultat.
3. Le SCC et les départements de santé publique/centres de santé communautaire devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services de test, voire l'accroître si possible.
4. Le SCC devrait offrir l'option du test anonyme aux détenues.

CONFIDENTIALITÉ

Éléments de meilleures pratiques

1. La confidentialité est un élément essentiel de meilleure pratique dans la provision de tous les programmes et services liés au VIH et au VHC; elle ne se limite pas à la provision de services médicaux.
2. La protection accrue de la confidentialité et de la vie privée devrait être une considération centrale dans la conception et la mise en œuvre des programmes correctionnels et communautaires.

3. La provision d'une variété de programmes et de services médicaux en matière de VIH et de VHC – venant des prisons, d'intervenants en santé publique et d'organismes communautaires – peut améliorer leur accessibilité en rehaussant la confiance des détenues vis-à-vis de leur nature confidentielle.
4. Des politiques et directives proactives et la formation du personnel sont des composantes importantes pour favoriser la confidentialité liée au VIH et au VHC en prison. Ces politiques devraient établir des procédures et des sanctions claires, en cas de bris de confidentialité.

Recommandations

1. Le SCC, les départements de santé publique, les centres de santé communautaire et les organismes communautaires devraient veiller à ce que tous les programmes et services en matière de VIH et de VHC reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC devrait prendre tous les moyens pour améliorer la confidentialité en prison, particulièrement en ce qui a trait à la séropositivité au VIH et au VHC. Ces efforts doivent comprendre la protection rehaussée des renseignements médicaux et la révision des services de santé de routine (comme les procédures de test, l'horaire des rendez-vous médicaux et la distribution des médicaments) qui ont le potentiel de révéler par inadvertance des renseignements personnels.
3. Le SCC et les départements de santé publique/centres de santé communautaire devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services liés au VIH et au VHC, voire l'accroître si possible.

SOINS MÉDICAUX ET TRAITEMENTS

Éléments de meilleures pratiques

1. La norme des soins médicaux fournis aux détenus doit être comparable à celle qui prévaut dans la communauté.
2. Les unités correctionnelles de santé devraient être dotées de ressources financières et humaines adéquates, pour atteindre l'objectif ci-dessus.
3. Une formation annuelle devrait être fournie aux employés médicaux, afin qu'ils puissent maintenir des compétences et des connaissances conformes aux meilleures pratiques – en particulier dans le domaine des soins et traitements pour le VIH et le VHC.
4. Les détenus devraient être habilités à jouer un rôle éclairé et proactif dans les décisions liées à leurs soins de santé.
5. Diverses options devraient être offertes, pour l'accès à des services et praticiens médicaux (venant notamment du milieu correctionnel et de l'extérieur).
6. Les délais dans l'accès à des médecins généralistes et spécialistes devraient être réduits.
7. La gestion des services de santé en prison ne devrait plus relever des services correctionnels. L'ONUSIDA affirme que « d'après ce qui a pu être constaté dans divers systèmes pénitentiaires, les prestations de soins de santé sont assurées avec plus d'efficacité lorsque la responsabilité en est

confiée aux autorités de santé publique plutôt qu'au système gestionnaire des prisons ». ⁴¹

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que la provision de services médicaux pour le VIH et le VHC reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir de l'information médicale compréhensible aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, afin de rehausser leur capacité de participer aux décisions qui concernent leurs soins de santé.
3. Le SCC devrait travailler à réduire les obstacles dans l'accès aux tests sanguins, en particulier pour les détenues autochtones et pour celles qui vivent avec des maladies comme le VIH, le VHC et/ou le diabète, pour lesquelles des tests réguliers sont un instrument diagnostique important et une composante cruciale des soins de santé.
4. Le SCC et les départements de santé publique/centres communautaires devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services liés au VIH et au VHC, voire l'accroître si possible.
5. Le SCC devrait offrir l'accès à des médecins de sexe féminin dans tous les établissements pour femmes.
6. Le Gouvernement du Canada et les ministères provinciaux de la Santé devraient gérer un transfert des soins de santé des services correctionnels vers les autorités provinciales de la santé.

MÉDICAMENTS ANTI-DOULEUR

Éléments de meilleures pratiques

1. L'accès à des médicaments anti-douleur – y compris des narcotiques sur ordonnance – doit être exempt de discrimination.
2. Les antécédents d'usage de drogues illégales ne devraient pas empêcher l'accès à des médicaments anti-douleur.
3. Les employés de l'unité de santé et les médecins devraient recevoir une formation continue sur le lien entre les infections à VIH et à VHC et la douleur chronique, ainsi que sur les meilleures pratiques actuelles dans la gestion de la douleur liée à ces infections.
4. Les détenus devraient être habilités à jouer un rôle éclairé et proactif dans les décisions liées à leur plan de gestion de la douleur.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce qu'un accès équitable à la gestion de la douleur soit offert aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC dans tous les établissements, et à ce que la provision de médicaments anti-douleur reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.

⁴¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

2. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC de l'information accessible sur la gestion de la douleur, afin de rehausser leur capacité de participer aux décisions qui concernent leurs options à ce chapitre.
3. Le SCC devrait assurer l'accès égal à des médicaments contre les effets secondaires, dans tous les établissements. Cela devrait comprendre la provision d'information et de counselling aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, afin de les aider à prendre des décisions éclairées quant aux options qui s'offrent à elles.

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES ET/OU ALTERNATIVES

Éléments de meilleures pratiques

1. Toutes les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC devraient avoir accès à des thérapies complémentaires et/ou alternatives en tant que mesures de promotion de la santé. En pratique, il est préférable d'en rehausser l'accès pour toutes les détenues, sans égard à leur état sérologique, afin de réduire les préoccupations liées à la confidentialité chez celles qui vivent avec le VIH et/ou le VHC (et qui, sans cela, se distingueraient des autres en y accédant).
2. La provision de thérapies complémentaires ou alternatives (comme les vitamines) devrait être aussi discrète que possible.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que la provision de thérapies complémentaires et/ou alternatives reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus, dans tous les établissements.
2. Le SCC devrait fournir gratuitement des vitamines à tous les détenus qui en demandent ou qui s'en voient prescrire dans le cadre d'une initiative plus vaste de promotion de la santé.
3. Le SCC ne devrait pas limiter la provision gratuite de vitamines aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, puisque cela entraîne des préoccupations de confidentialité. Plus l'accès aux vitamines sera répandu, moins il attirera l'attention sur des individus en particulier.
4. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir plus d'information sur les thérapies complémentaires et/ou alternatives, en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.
5. Le SCC devrait diversifier les options de thérapies complémentaires et alternatives offertes aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.

RÉGIME ALIMENTAIRE ET NUTRITION

Éléments de meilleures pratiques

1. La norme de nutrition de toutes les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC devrait être conforme ou supérieure aux *Therapeutic Nutrition Guidelines in HIV/AIDS*. En pratique, il est préférable d'améliorer le régime alimentaire de tous les détenus conformément aux directives susmentionnées, afin de réduire les préoccupations de confidentialité chez les femmes qui vivent avec

- le VIH et/ou le VHC (et qui, autrement, se distingueraient des autres en recevant des repas différents).
2. Les régimes alimentaires spéciaux devraient être accessibles facilement et constamment aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC. Cela devrait comprendre l'accès à des suppléments nutritionnels en breuvage.
 3. La provision de repas spéciaux et de suppléments nutritionnels devrait être aussi discrète que possible.
 4. L'information sur la disponibilité de régimes spéciaux et sur la procédure pour en faire la demande devrait être accessible à grande échelle.
 5. Les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC devraient recevoir une information accessible sur l'importance du régime alimentaire et de la nutrition en tant que stratégies de promotion de la santé, pour les aider à prendre des décisions éclairées quant à leur alimentation.

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que le régime alimentaire et la nutrition des détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC reflète les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC devrait réviser ses normes alimentaires et nutritionnelles pour les détenus vivant avec le VIH et/ou le VHC, afin de les rendre conformes aux *Therapeutic Nutrition Guidelines in HIV/AIDS*.
3. Le SCC devrait uniformiser les normes alimentaires et nutritionnelles dans toutes ses régions administratives.
4. Le SCC devrait veiller à rendre plus accessible l'information sur la disponibilité de régimes alimentaires spéciaux.
5. Le SCC et les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient fournir aux détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC de l'information accessible sur les régimes alimentaires et la nutrition, afin d'accroître leur capacité de participer aux décisions qui concernent leur alimentation.
6. Le SCC devrait réduire les obstacles dans l'accès aux suppléments nutritionnels, en particulier pour les détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC.

SOUTIEN, COUNSELLING ET INFORMATION

Éléments de meilleures pratiques

1. La norme des services de soutien et de counselling offerts aux détenus, en matière de VIH et de VHC, devrait être comparable à celle qui prévaut dans la communauté.
2. Le choix de praticiens et de services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC devrait être diversifié – il devrait comprendre à la fois des fournisseurs de services du milieu correctionnel et communautaire/extérieur.
3. L'accès à des services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC auprès de fournisseurs du milieu correctionnel et de la communauté extérieure devrait être uniforme, à travers le système.
4. L'accès à des services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC auprès de fournisseurs du milieu correctionnel et de la communauté extérieure doit être constant et fiable, dans chaque établissement.

5. Les délais et obstacles dans l'accès à des services de soutien et de counselling devraient être réduits.
6. Tous les services de soutien, de counselling et d'information en matière de VIH et de VHC devraient être fournis de manière discrète et non nominative, afin de favoriser la confidentialité des détenues qui y ont recours.

Recommandations

1. Le SCC, Santé Canada, les départements de santé publique/centres de santé communautaire et les organismes communautaires devraient veiller à ce que les services de soutien et de counselling reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC, Santé Canada, les départements de santé publique/centres de santé communautaire et les organismes communautaires doivent veiller à ce que les services de soutien et de counselling soient élargis, de manière à répondre aux besoins exprimés par les détenues.
3. Le SCC, Santé Canada, les départements de santé publique/centres de santé communautaire et les organismes communautaires doivent veiller à ce que les services de soutien et de counselling à l'intention des détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC soient élargis et accessibles de façon uniforme dans tous les établissements.

SOUTIEN REÇU DES SERVICES CORRECTIONNELS MÉDICAUX/DE SOINS DE SANTÉ

Recommandations

1. Le SCC devrait veiller à ce que tous les services de soutien et de counselling fournis par les employés médicaux/de soins de santé, en prison, reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.
2. Le SCC et les départements de santé publique/centres de santé communautaire devraient poursuivre leur collaboration à la provision de services de soutien et de counselling en matière de VIH et de VHC, voire l'accroître si possible.
3. Le SCC devrait veiller à ce que tous les employés correctionnels médicaux/de soins de santé reçoivent une formation annuelle sur les questions liées au VIH et au VHC, afin de les aider à maintenir leurs connaissances à jour, étant donné leur rôle crucial dans la provision de services d'information et de soutien aux détenues, en matière de VIH et de VHC.
4. Le SCC devrait veiller à réduire les obstacles qui empêchent les détenues d'accéder à de l'information et à du soutien auprès d'employés de l'unité de santé, en matière de VIH et de VHC.

SOUTIEN REÇU D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Recommandations

1. Les organismes communautaires devraient veiller à ce que tous les services de soutien et de counselling reflètent les éléments de meilleures pratiques ci-dessus.

2. L'accès à des services communautaires doit être rehaussé et uniformisé, à travers le pays (en particulier dans le cas des services fournis par des organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC). Cela implique un engagement accru des organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC à fournir des services aux détenues; une collaboration accrue du SCC pour accommoder les programmes communautaires; ainsi qu'un financement accru de Santé Canada pour soutenir ces services, en particulier dans les établissements plus isolés.
3. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH et le VHC devraient s'assurer d'accepter les appels à frais virés venant de détenus.

SOUTIEN REÇU D'AÎNÉS

Recommandation

1. Les aînés devraient enrichir leurs connaissances sur le VIH et le VHC afin de répondre aux besoins des détenues autochtones vivant avec le VIH et/ou le VHC.

SOUTIEN REÇU D'AGENTS CORRECTIONNELS

Recommandation

1. Le SCC devrait enrichir la formation donnée aux agents correctionnels à propos du VIH et du VHC. Celle-ci ne devrait pas se limiter aux questions de sécurité au travail.