

La réduction des méfaits en contexte carcéral québécois et canadien : tour d'horizon des pratiques connues

Harm reduction in Quebec's and Canada's prisons: An overview of common practices

Chantal Plourde, Serge Brochu, Noé Djawn White et Amélie Couvrette

Volume 34, numéro 2, 2005

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1097675ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1097675ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Plourde, C., Brochu, S., White, N. D. & Couvrette, A. (2005). La réduction des méfaits en contexte carcéral québécois et canadien : tour d'horizon des pratiques connues. *Revue de psychoéducation*, 34(2), 287–300.
<https://doi.org/10.7202/1097675ar>

Résumé de l'article

Bon nombre de consommateurs de substances psychoactives se retrouvent dans les institutions carcérales québécoises et canadiennes. Or, leur consommation ne s'arrête pas nécessairement avec l'incarcération. Les taux de prévalence de consommation en prison et en pénitencier en témoignent. Aux prises avec les méfaits qui y sont associés (propagation des maladies virales, intoxication, etc.), les autorités pénitentiaires et de santé publique sont priées de trouver une réponse appropriée. En communauté, les pratiques de réduction des méfaits ont déjà démontré des résultats positifs au-delà de l'amélioration des comportements à risque. Toutefois, est-il possible d'adopter, dans un contexte carcéral, une approche visant à atténuer les méfaits associés à la consommation de drogue plutôt que de prôner l'abstinence totale de toute drogue ? Cet article tente une réponse à cette question en se basant sur un bref survol international des mesures adoptées en prison, mais plus spécifiquement en analysant celles entérinées à l'intérieur des murs québécois et canadiens. Il en ressort qu'une concertation entre les différentes instances correctionnelles, judiciaires et de santé publique s'avère essentielle dans l'adoption de mesures de réduction des méfaits et que doivent s'arrimer les soins prépost et carcéraux

La réduction des méfaits en contexte carcéral québécois et canadien : tour d'horizon des pratiques connues

Harm reduction in Quebec's and Canada's prisons : An overview of common practices

C. Plourde¹

S. Brochu²

N. D. White³

A. Couvrette⁴

1. Département de psychoéducation, UQTR, chercheure régulière au Centre international de criminologie comparée (CIIC) et au groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
2. École de criminologie, Université de Montréal et co-directeur du groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
3. École de criminologie, Université de Montréal et assistant de recherche au CICC et au RISQ.
4. Département de psychoéducation, UQTR, et assistante de recherche au regroupement CICC-UQTR, et au RISQ.

Correspondance :

Chantal Plourde
UQTR
C.P. 500, Trois-Rivières
(Québec)
G9A 5H7

Résumé

Bon nombre de consommateurs de substances psychoactives se retrouvent dans les institutions carcérales québécoises et canadiennes. Or, leur consommation ne s'arrête pas nécessairement avec l'incarcération. Les taux de prévalence de consommation en prison et en pénitencier en témoignent. Aux prises avec les méfaits qui y sont associés (propagation des maladies virales, intoxication, etc.), les autorités pénitentiaires et de santé publique sont priées de trouver une réponse appropriée. En communauté, les pratiques de réduction des méfaits ont déjà démontré des résultats positifs au-delà de l'amélioration des comportements à risque. Toutefois, est-il possible d'adopter, dans un contexte carcéral, une approche visant à atténuer les méfaits associés à la consommation de drogue plutôt que de prôner l'abstinence totale de toute drogue? Cet article tente une réponse à cette question en se basant sur un bref survol international des mesures adoptées en prison, mais plus spécifiquement en analysant celles entérinées à l'intérieur des murs québécois et canadiens. Il en ressort qu'une concertation entre les différentes instances correctionnelles, judiciaires et de santé publique s'avère essentielle dans l'adoption de mesures de réduction des méfaits et que doivent s'arrimer les soins pré-post et carcéraux

Mots-clés : lecture, réduction des méfaits, incarcération, consommation de drogue

Abstract

Many consumers of psychoactive substances are found in Quebec's and Canada's prisons. However, their consumptions do not necessarily stop with the imprisonment. The prevalence rates of consumption in penitentiaries institutions testifies it. The penitentiaries and the public health authorities are requested to find a suitable answer to the harms associated with the drug consumption (propagation of the viral diseases, intoxications, etc). In community, the harm reduction practices already showed positive results beyond the improvement of the consumers' risk behaviors. However, in the context of the incarceration, is it possible to adopt an approach aiming harm reduction associated with drugs consumption rather than the abstinence with any drug? While being based on a short

international abstract of the measures adopted in prison, this article tries an answer specifically by analyzing those ratified inside the Québécois' and the Canadians' prisons. This study reveals that coordinates dialogues between the various correctional, legal and of public health authorities are essentials in the adoption of effective harms reduction measures. And those measures must be organized in a continuum with the pre-post and prison care.

Key words: harm reduction measures, incarceration, drug consumption.

Introduction

Dans le cadre d'un article en préparation (Brochu, Plourde, & White, en préparation) portant sur le bilan international des pratiques de réductions des méfaits promulguées en prison, nous avons constaté la disparité existante entre les discours officiels et les pratiques ainsi que les difficultés d'arrimage entre les mesures offertes en prison et celles à l'extérieur des prisons. Le présent article se dresse en continuité avec ce dernier en se fondant sur la situation québécoise et canadienne. Une brève présentation de la situation internationale (Brochu et al., en préparation) permettra de dresser les bases comparatives pour la situation québécoise et canadienne en ce qui a trait aux mesures de réduction des méfaits adoptées en prison.

En ce début de XXI^e siècle, plus de 8 millions de personnes se retrouvent dans des institutions pénales à travers le monde; la moitié de celles-ci sont incarcérées dans trois pays, soit la Chine, la Russie et les États-Unis (Stöver, 2001). Les prisons et les pénitenciers constituent, malgré des améliorations notables apparues au cours du XX^e siècle, des lieux d'anxiété et d'hostilité, où se retrouvent en grand nombre les minorités et les citoyens de classes défavorisées. Dans bien des cas, l'emprisonnement constitue le dernier recours des agences de prises en charge pour les personnes les plus inadaptées. S'y retrouvent des individus qui ont habituellement acquis une longue expérience de consommation de substances psychoactives et pour lesquels la consommation de drogues peut s'avérer utile à déjouer les aspects déshumanisants de l'incarcération (Plourde, Brochu, & Lemire, 2001; Plourde & Brochu, 2002; Lemire, 1990). Stöver (2002) rapporte d'ailleurs que la consommation de substances psychoactives répondrait, chez certains détenus, à un désir de combattre l'ennui, de supporter l'incarcération et de faire face aux différentes épreuves ou aux situations de crise vécues en prison. Une étude que nous avons réalisée auprès d'hommes incarcérés dans des pénitenciers québécois indique que le cannabis est la substance préférée et la plus utilisée par les détenus qui consomment à l'intérieur des murs. Aussi, les principales motivations invoquées en lien avec l'usage de drogues durant l'incarcération sont la détente et l'oubli (Plourde & Brochu, 2002).

Le taux d'usage de substances psychoactives (SPA) chez les détenus est élevé. Ainsi, une étude réalisée par Pernanen, Brochu, Cousineau et Sun (2001) dans les pénitenciers et prisons québécoises révèle qu'entre 53% à 64% des détenus auraient consommé une drogue illicite au cours des six mois précédant leur arrestation. De plus, entre 36 et 38% en aurait consommé le jour de leur délit qui leur a valu leur incarcération.

L'usage de SPA ne s'arrête pas avec l'incarcération. En effet, malgré l'interdiction de consommer et le contrôle caractérisant les institutions carcérales, les détenus qui souhaitent consommer le peuvent en échange d'un paiement. Malgré les

fouilles de cellules, l'utilisation de chiens détecteurs, les fouilles des visiteurs et des détenus au retour d'une absence temporaire, l'utilisation de tests d'urine, l'usage de détecteurs ioniques et la mise en place de programme de prévention et de traitement de la toxicomanie, on retrouve plusieurs produits entre les murs, principalement du cannabis, de l'alcool, de l'héroïne et des médicaments tels les anxiolytiques (EMCDDA, 2002; Plourde & Brochu, 2002). À ce propos, 33% des détenus d'une étude québécoise rapportent avoir fait un usage de substances psychoactives (incluant l'alcool) en pénitenciers dans les trois derniers mois précédant l'entrevue (Plourde & Brochu, 2002). Une autre étude rapporte que 56% des détenus de deux pénitenciers fédéraux ontariens ont consommé des drogues illicites au cours des 12 derniers mois et que 5% s'étaient injectés au cours de la même période (Calzavara, Myers, Millson, Schlossberg, & Burchell, 1997). Selon les chiffres rapportés par le Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2004), 11% des détenus d'un établissement fédéral avaient admis avoir utilisé des drogues injectables durant leur incarcération. Selon ce que l'on peut comprendre des résultats de différentes études réalisées au Canada, entre 2% et 8% des détenus provinciaux et fédéraux seraient des cas déclarés d'infection au VIH, soit 10 fois plus que la prévalence pour l'ensemble du Canada (Hankins, Gendron, Handley, Richard, Lan Tung, & O'Shaughnessy, 1994; Service Correctionnel du Canada, 2003). Plus précisément, selon ce que rapporte le SCC (2002), 1,7% des détenus de pénitenciers fédéraux avaient une séropositivité au VIH connue. Pour l'année 2001, le même document rapporte une prévalence de 22% en ce qui a trait au VHC (virus de l'hépatite C). Pour expliquer ces taux d'infection élevés, on évoque plusieurs facteurs, notamment le fait qu'un nombre important de détenus s'injectaient avant leur incarcération, l'échange de seringue, les pratiques reliées au tatouage, et d'autres pratiques représentant des facteurs de risque liés à l'infection au VIH et au VHC (Pongrac, 2002; Lines, 2001; Service correctionnel du Canada, 2003).

Il apparaît donc clairement que toute la question des maladies infectieuses est étroitement liée à l'usage de substances psychoactives durant la période d'incarcération, et que ceci représente un problème important face auquel les administrations pénitentiaires doivent répondre adéquatement. Est-il possible d'adopter, dans un contexte carcéral, une approche visant à atténuer les méfaits associés à la consommation de drogue plutôt que de prôner l'abstinence totale de toute drogue ? Discuter de réduction de méfait est-il approprié compte tenu de la fonction de l'incarcération au sein du système répressif et de son rôle punitif face à certains consommateurs ? Voyons comment la documentation scientifique nous informe sur le sujet, en gardant à l'esprit que cet article se fonde sur la littérature disponible au moment de le rédiger. En ce sens, il reflète d'avantage les études publiées à ce sujet à ce jour que les mesures de réduction des méfaits qui peuvent se pratiquer au sein des divers systèmes carcéraux et auxquelles aucune évaluation ou publication n'en découlent.

Les stratégies de réduction des méfaits en contexte carcéral de par le monde: Résumé d'un portrait de situation et efficacité

Brisson (1997) définit la réduction des méfaits (RDM) comme une approche non répressive, qui se caractérise par deux principes fondamentaux, le pragmatisme et l'humanisme. Ceux-ci nous obligent à admettre que l'idéal d'éradication complète des drogues est un projet irréaliste, et que nous devons composer avec cette réalité en

rejoignant les usagers là où ils se situent, selon leurs priorités et non celles des intervenants (Landry & Lecavalier, 2003 ; Brisson, 1997). Concrètement, l'approche de RDM aspire à réduire les méfaits associés à l'usage de drogues injectables d'abord pour le bien-être de l'individu, mais également pour celui de la collectivité et de la société en général (Santé Canada, 2001).

« Les stratégies de réduction des méfaits sont axées sur les répercussions économiques, sociales et sanitaires de la consommation de drogues injectables, plutôt que sur l'élimination de celle-ci. [...] Nombreux sont ceux qui considèrent les PES [programme d'échange de seringues] comme l'approche de réduction des méfaits par excellence. On croit en effet qu'en fournissant des aiguilles et des seringues stériles aux utilisateurs actuels, on contribuera à réduire le risque d'infection ou de transmission du VIH, du VHB, du VHC et d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang » (Santé Canada, 2001, p.1).

En 1987, le gouvernement canadien s'est mobilisé suite à de nombreuses inquiétudes face à l'augmentation de problèmes liés à l'abus de substances. C'est ainsi que la Stratégie canadienne antidrogue a vu le jour. Avec les années, cette stratégie a adopté une philosophie de réduction des méfaits aux côtés des opérations plus classiques de réduction de l'offre et de la demande (Santé Canada, 1998). Notons que les politiques de réductions des méfaits dans les contextes carcéraux québécois et canadiens s'inscrivent dans cette stratégie.

L'analyse des stratégies de réduction des méfaits (RDM) en contexte carcéral adoptées à travers le monde révèle une grande diversification quant à l'application de telles pratiques. Une étude d'ensemble rapporte que la plupart (77%) des pays européens disposent de politiques d'intervention concernant la consommation de SPA à l'intérieur des prisons et que la plupart offrent des services de désintoxication ainsi que des communauté thérapeutique basés sur l'abstinence (Turnbull & McSweeney, 2000). Mais seulement trois pays (Finlande, Autriche, Suisse) rapportent avoir adopté officiellement une politique de réduction des méfaits (RDM). En général, il semble que l'adoption de pratique de RDM à l'intérieur des prisons européennes correspond généralement aux mêmes variations géographique que celles entérinées à l'extérieur des prisons (Stöver, 2002a).

Les programmes d'entretien à la méthadone

Précisons d'abord certains aspects quand à la méthadone. Celle-ci peut être prescrite sous trois principales formes soit la désintoxication, l'entretien ou le traitement proprement dit. (Stöver, 2001). En contexte carcéral, le traitement d'entretien à la méthadone est offert, mais ne vise pas la désintoxication ou le traitement des douleurs (Service Correctionnel du Canada, 2004). Pour la rédaction de l'article, nous avons choisi d'aborder seulement les programmes d'entretien à la méthadone puisque ce sont ces derniers que l'on retrouve le plus souvent dans les institutions carcérales.

En Europe, les traitements d'entretien à la méthadone (TEM) sont disponibles dans toutes les prisons belges, espagnoles, portugaises, autrichienne et danoises,

ainsi que dans plus de la moitié de celles du Luxembourg (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies - OEDT, 2003). L'Allemagne (Stöver, 2002b), l'Australie, depuis 1986 (Dolan et al., 1996), la France, depuis 1996 (Tortay, Mortini, Parpillon, & Bourdillon, 1998), l'Irlande (Lines, 2001) et la Suisse, depuis 1995 (Nelles, Dobler-Mikola, & Kaufmann, 1997), ont également adopté de telles mesures. Notons que moins de la moitié des institutions carcérales irlandaises, italiennes, finlandaises et anglaises, et aucune de celles de la Grèce, des Pays-Bas et de la Suède fournissent des traitements de substitution à leurs détenus (OEDT, 2003). Le ratio de services accessibles à l'extérieur des prisons d'un pays versus ceux à l'intérieur de celles-ci, l'étendue de la couverture et le niveau de services fournis varient de manière importante entre les pays de l'Union Européenne et au sein de ceux-ci (EMCDDA, 2002). À titre d'exemple, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas, les taux d'accessibilité des TEM en prison, pour les usagers de drogues, sont estimés entre 1 et 4% contre une couverture de 30 à 50% des usagers dans la communauté (EMCDDA, 2002). En fait, des TEM sont offerts dans les systèmes carcéraux de la majorité des pays de l'Europe occidentale à l'exception de la Grèce, de la Suède et de deux régions allemandes (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004/2005), et aux États-unis, à l'établissement de Rikers Island (New York). Un nombre croissant de pays de l'Europe de l'Est amorcent l'application de ces programmes dans leurs prisons ou prévoient le faire dans les prochaines années (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004/2005).

Les études évaluatives de ces programmes rapportent différents résultats positifs tels qu'une baisse significative d'injections quotidiennes et d'échange de seringues (Dolan, Wodak, & Hall, 1998), une amélioration des habiletés sociales et de l'estime de soi, une diminution considérable d'usage de cocaïne, de cannabis ainsi qu'une baisse notable des comportements à risque (Arroyo, Marrón, Cotonas, Leal, Soli, & Laliga, 2000). Notons également un risque moins élevé de récidive chez les individus maintenus sur de plus fortes doses lors de leur remise en liberté (Bellin, Wesson, Tomasino, Nolan, Glick, & Oguendo, 1999). Démontrant des effets tangibles, les auteurs recommandent l'élargissement de tels programmes (Arroyo et al., 2000 ; Lines, 2001 ; Nelles et al., 1997). Bien plus, une des prisons suisse qui permet la prescription d'héroïne dans le cadre d'un programme expérimental observe des effets positifs notamment au niveau des interactions gardiens-gardés (Nelles et al., 1997).

Toutefois, les programmes d'entretien à la méthadone ou autres substitutions font bien souvent face à plusieurs barrières idéologiques de la part des autorités. Des carences importantes existent également entre la continuité des traitements débutés en communauté et ceux disponibles en prison (Hughes, 2000 ; Stöver, 2002b).

Les programmes d'accès à un matériel d'injection propre. Durant les années 80 et 90, les programmes d'échanges de seringues (PES) ont connu un développement rapide dans les communautés et ce, à travers les pays industrialisés. Cependant, la situation à l'intérieur des prisons quant à cette mesure est tout autre. En effet, la majorité des pays s'opposent à la distribution de seringues stériles aux détenus. Toutefois, un nombre croissant de prisons suisses, allemandes et espagnoles permettent maintenant cette mesure (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001/2002; Santé Canada, 2001).

Des études évaluatives d'implantation de PES en prisons suisses rapportent que ces mesures n'encouragent pas la consommation et même que la proportion d'usagers peut diminuer (Nelles, Fuhrer, Hirsbrunner, & Harding, 1998). Non seulement, les PES n'encouragent pas l'injection, mais l'adoption de telles mesures en prison est souhaitable (Nelles, Fuhrer, & Hirsbrunner, 1999). D'ailleurs, Jacob et Stöver (2000) estiment, à la lumière des évaluations effectuées sur les PES en prisons allemandes, qu'elles sont considérées comme un succès tant par les membres du personnel que par les autorités en place car elles contribuent à diminuer, entre autre, les comportements à risques liés à la consommation de drogues par injection. À la fin de 2000, l'échange de seringues s'effectuait avec efficacité dans trois prisons allemandes pour femmes ainsi que dans quatre établissements pour hommes (Stöver, 2001). Finalement, selon une étude d'ensemble parmi 19 centres de détention suisses, allemands et espagnols ayant adopté de telles mesures, aucun événement ayant pu soulever l'inquiétude du personnel ne fut répertorié et le partage de matériel souillé fut largement réduit (Stöver, 2001). Paradoxalement, malgré tous les effets positifs rapportés sur les PES, seulement la moitié des prisons de l'Allemagne et de l'Espagne fournissent un tel service (OEDT, 2003). Jürgens (2003) résume de la manière suivante les constats d'une revue à large spectre portant sur les programmes d'échanges de seringues en prison conduite par Dolan, Rutter et Wodak (2003)

Les constats d'usage de drogue ont diminué ou sont restés stables, au fil du temps. Les constats de partage de seringues ont chuté radicalement. Aucun nouveau cas de transmission du VIH, du VHB ou du VHC n'a été déclaré. Les évaluations n'ont décelé aucune conséquence sérieuse indésirable (comme l'initiation à l'injection de drogue ou l'utilisation de seringues comme armes). Les attitudes des employés étaient généralement positives. Les experts interviewés pour l'évaluation ont rapporté qu'en plus des programmes existants en Suisse, en Allemagne, en Espagne, en Moldavie et au Kirghizstan, des programmes d'échange de seringues en prison sont en phase préparatoire en Italie, au Portugal et en Grèce (Jürgens, 2003, p.6).

La mise à disposition de désinfectants tel l'eau de javel dans les prisons où les seringues neuves ne sont pas disponibles demeure une pratique intéressante. Cette méthode simple et efficace permet l'accès à du matériel d'injection propre et prévient la transmission des maladies virales (Stöver, 2001). Or, l'OMS rapportait en 1991 que 16 des 52 systèmes carcéraux étudiés mettaient à la disposition de leurs détenu(e)s de l'eau de javel et le feraient toujours (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001/2002). Ce nombre augmenterait d'années en années (Stöver, 2001 ; Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001/2002) si bien qu'en 2003, l'OEDT rapportait que toutes les prisons belges, danoises, espagnoles, françaises, autrichiennes, portugaises, norvégiennes, plus de la moitié de celles finlandaises et moins de la moitié de celles anglaises fournissent du matériel désinfectant à leurs détenus.

Les pratiques de réduction des méfaits dans les prisons au Canada et au Québec

Plus près de nous, au Canada comme au Québec, malgré un développement des pratiques de réduction des méfaits en contexte carcéral fédéral et provincial, on peut constater que l'accès aux mesures demeure encore relativement restreint. Il faut

cependant tenir compte des écarts qui subsistent entre ce qui se passe dans la réalité et ce qui est réellement documenté, tant au niveau des pratiques écrites qui ne sont pas actualisées, qu'au niveau des pratiques actualisées qui ne font pas l'objet d'écrits officiels publiés.

Les programmes d'entretien à la méthadone au Québec et au Canada. En 1994, un comité d'experts sur le sida et les prisons du Service correctionnel du Canada (SCC) formulait plusieurs recommandations suite aux constatations inquiétantes concernant la propagation du VIH / sida dans les prisons et suite à la foulée de recommandations internationales à propos du droit des détenus d'accéder aux mesures de réduction des risques disponibles pour l'ensemble de la communauté. Entre autres, certaines de ces recommandations visaient la mise en place de TEM pour les détenus sous TEM à l'admission, ainsi que pour ceux qui n'en bénéficiaient pas avant l'incarcération. Elles incitaient également à la réalisation de projets pilotes d'échanges de seringues dans les établissements fédéraux et provinciaux, etc. (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1997-1998).

Un comité spécial de la Chambre des communes sur l'usage non médical des drogues publiait un rapport sur la stratégie canadienne en matière de drogue en 2002. Dans celui-ci, on recommandait au SCC de donner aux prisonniers l'accès aux thérapies de substitutions tels que les TEM dont les critères d'éligibilité seraient semblables à ceux offerts en communauté. Ce rapport favorisait également la mise en place de projets pilotes d'établissements (ou d'ailes) sans drogue pour les détenus qui désiraient arrêter complètement de consommer tout en promulguant l'abstinence comme but ultime (Torsney, 2002). D'ailleurs, récemment, un comité de la Chambre des communes sur les finances de la stratégie en matière de VIH/sida, réaffirmait qu'il était essentiel que le : « *Correctional Service Canada provide harm reduction strategies for prevention of HIV/AIDS amongst intravenous drug users in correctional facilities based on eligibility criteria similar to those used in the outside community (as per the recommendation of the December 2002 report of the Special Committee on the Non-Medical Use of Drugs)* » (Brown, 2003, p. 3).

Dans les pénitenciers fédéraux, le détenu dépendant aux opiacés peut désormais recevoir un traitement d'entretien à la méthadone et même, depuis 2002, initier ce traitement à l'intérieur de l'institution. Cette nouvelle disposition fait suite à une première phase amorcée en 1997 où seulement les détenus (à moins d'exception) qui recevaient un TEM avant leur incarcération pouvaient le poursuivre durant leur détention. Les résultats d'une étude de l'incidence du TEM (phase 1) sur l'issue de la mise en liberté réalisée auprès de 303 détenus ayant suivi un programme TEM dans un établissement fédéral entre 1996 et 1999 en comparaison avec un groupe témoin révèle que les membres du groupe traité étaient ré-incarcérés sous garde fédérale dans une proportion inférieure (29% contre 44%) et moins rapidement que le groupe témoin. Les participants au TEM étaient aussi moins portés à être ré-incarcérés pour récidive (12% contre 22%) (Johnson, 2001). Par ailleurs, une étude du SCC démontre que les délinquants qui avaient choisi comme objectif de traitement une consommation modérée étaient ré-incarcérés dans une proportion moins importante que les délinquants qui avaient choisi l'abstinence complète comme objectif de traitement (Weekes, 2002 dans Weekes, Thomas, & Graves, 2004).

Parallèlement, l'application de ces TEM dans les systèmes provinciaux diffère les uns des autres. Dans les établissements de détention provinciaux, la Colombie-Britannique, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan, le Manitoba et le Québec offrent à différents niveaux et selon différentes modalités des programmes TEM aux détenus (Santé Canada, 2001). Mentionnons à cet effet que, le 2 mai 2003, la cour d'Alberta du Queen's Bench ordonnait au Directeur du Centre correctionnel de Fort Saskatchewan de fournir un programme de TEM à M. Milton Cardinal, incarcéré dans cette institution, sur une base intérimaire (Betteridge, 2003). Cette décision constitue un précédent en la matière car elle oblige une institution correctionnelle à fournir un programme de TEM à un détenu. Bien évidemment, la Cour fondait sa décision sur les principes de la Charte canadienne des droits et libertés garantissant la liberté, la sécurité et l'égalité des personnes ainsi que la prohibition des punitions cruelles et inusitées (Betteridge, 2003).

Au Québec, la situation concernant les programmes de TEM est sensiblement la même qu'au niveau national. En effet, le TEM constitue maintenant un traitement de santé au même titre que les autres traitements (Lines, 2002b). En ce sens, le SCQ encourage la poursuite des TEM entrepris avant l'incarcération (Plourde et al., 2002). Et, dans certains cas, selon l'évaluation faite par le médecin du détenu, il est également possible d'en faire l'amorce.

Même si l'incarcération peut être perçue comme un « **moment privilégié pour commencer la méthadone** » (Plourde et al., 2002), l'implantation d'un tel programme en contexte carcéral peut rencontrer plusieurs embûches, notamment la résistance de la part du personnel. À cet effet, deux praticiens de prisons distinctes, rencontrés lors d'une consultation amorcée par Plourde et al., (2002), soutenaient que le personnel des établissements a tendance à croire que les détenus qui bénéficient d'un TEM sont privilégiés. Ils craignent que la substance prescrite entraîne une léthargie importante chez les patients et que ces derniers ne soient plus en mesure de participer aux activités de l'institution. Toutefois, toujours selon ces deux médecins, l'information et la formation ont vite fait de corriger ces fausses perceptions. Aussi, il semblerait que les problèmes administratifs compromettent parfois l'efficacité des TEM. Ils insistent tout d'abord sur les défaillances et les irritants majeurs à la mise sur pied de programme de méthadone de manière élargie dans l'ensemble des prisons provinciales et ce, en lien avec l'arrimage des services, mais également sur l'insuffisance des structures en terme de personnel pour l'administration des doses et le suivi psychosocial :

On les part sur la méthadone et après quelques mois ils sont parfois transférés dans une prison où on n'offre pas le programme et/ou le médecin n'est pas apte à gérer les changements de prescription de méthadone quand le détenu demande des ajustements. Il faut alors que le détenu soit amené ici pour renouveler sa prescription et il faut souvent passer par les avocats (Médecin 1).

Le manque d'interventions psychosociales est très déplorable. La situation est dangereuse et tristement déficiente (Médecin 2).

Les programmes d'accès à un matériel d'injection propre dans les prisons québécoises et canadiennes. L'eau de Javel est disponible dans les institutions fédérales depuis 1996 et dans quelques systèmes provinciaux alors que les seringues

ne sont distribuées dans aucun système correctionnel au Canada (Réseau Juridique Canadien VIH/sida, 2001/2002). Selon ce que rapportent Weekes et al. (2004), il semblerait que le SCC étudierait l'utilisation de tels programmes en milieu carcéral dans d'autres pays.

Un *rapport final* paru en 1996 sur le *VIH/sida en prisons* exhortait le gouvernement canadien à mettre en application une multitude de pratiques de réduction des méfaits à l'intérieur des prisons provinciales et fédérales canadiennes. Lines (2002a) rapporte, suite à la passation d'un questionnaire destiné aux ministres fédéraux et provinciaux/territoriaux de la Santé ainsi qu'aux ministres responsables des services correctionnels des deux paliers, qu'aucun établissement provincial ou fédéral n'ait appliqué l'ensemble de ces recommandations. Bien que le taux d'infection au VIH/sida soit beaucoup plus élevé au sein de la population carcérale que générale (1,7 % chez les hommes et 8% chez les femmes versus 0,13% en communauté) (Moloughney (2004) dans Weekes et al., 2004), certaines techniques de réduction des méfaits n'ont toujours pas été introduites dans les établissements.

Les services correctionnels du Québec (SCQ) rendent disponibles dans tous leurs établissements des condoms, distribués de différentes manières (librement ou sur demande). L'eau de Javel est également accessible dans toutes les prisons (à la cantine ou en distribution libre). Enfin, tout comme pour le SCC, l'échange de seringue n'est pas encore disponible (Lines, 2002b).

Les pratiques de réduction des méfaits offertes aux femmes incarcérées. Un rapport de DiCenso, Dias et Gahagan (2003) sur la situation des services s'inscrivant dans un cadre de réduction des méfaits offert aux femmes détenues dans 9 des 11 pénitenciers fédéraux du Canada, soulevait des constats semblables à ceux qui furent évoqués précédemment. Basé sur des entrevues conduites entre 2001 et 2002 auprès de 156 femmes détenues sur les conduites à risques ainsi que sur les services, l'étude rapporte la très grande disparité des services préventifs et des mesures de réduction des méfaits fournis au sein des différentes institutions. Par exemple, l'initiation et la poursuite des TEM (depuis la mise en place de la phase II de la politique sur la méthadone en mai 2002 par le SCC) sont disponibles au sein du SCC. Toutefois, le manque de clarté quant aux critères d'éligibilité, au processus d'application et aux délais de prescription par le personnel médical caractérise la situation canadienne. On ne distribue pas de seringues stériles et la seule disposition officielle du SCC réfère à la disponibilité à l'eau de Javel pour nettoyer les seringues souillées. Près d'une femme sur cinq (20 sur 105) rapportait avoir déjà pratiqué l'injection de drogue (DiCenso et al., 2003).

Le point de vue des agents correctionnels québécois et canadiens face aux pratiques de réduction des méfaits. Godin, Gagnon, Alary, Noël et Morissette (2001) ont mené une étude visant à connaître le point de vue des agents correctionnels du Québec (957 agents répartis dans 28 établissements fédéraux et provinciaux) sur la distribution des outils de prévention du sida (condom, eau de javel, instruments de tatouage et seringues stériles) aux personnes détenues. Les résultats indiquent que seulement 21% des répondants ont l'intention d'accepter de rendre accessible l'ensemble de ces outils aux individus incarcérés. Ils sont cependant plus favorables aux condoms (74%) et à l'eau de javel (65%) en comparaison avec des outils tels que les instruments de tatouage (13%) et les seringues (9%). Il est intéressant de noter que

les femmes, les célibataires, les agents oeuvrant au niveau fédéral, les gestionnaires et les personnes travaillant auprès de femmes détenues seraient plus enclins à accepter de rendre accessible ces mesures. En ce qui concerne les obstacles à la mise en place de telles mesures, on note le manque d'informations, l'idée que la seringue puisse servir d'arme, l'adhésion à une philosophie interdisant la consommation de drogues en prison, le doute quant à l'efficacité de ces mesures et la crainte de voir augmenter leur charge de travail. Ajoutons à cela le fait que les membres du personnel correctionnel ne se perçoivent pas comme des agents de prévention du sida et qu'ils estiment que leurs proches désapprouveraient qu'ils entérinent ces mesures. Encore une fois, il semble que les résistances du personnel freinent l'accessibilité des mesures préventives aux détenus. À ce propos, Lines (2001) rappelle que les syndicats des employés des services correctionnels sont des opposants à l'expansion de ce genre de programmes.

Discussion

La consommation de substances psychoactives ne s'endigue pas avec l'incarcération des individus. Au contraire, les proportions d'usagers de SPA en contexte carcéral sont bien souvent élevées et les méfaits que la consommation engendre sur la santé non seulement des détenus, mais également, dans une plus large mesure, de la population générale, requièrent diverses solutions appropriées en matière de réduction des dommages.

Au début des années 90, les constats effectués suite aux études sur la situation de la transmission des maladies infectieuses telles que le sida et les hépatites chez les détenus et chez les usagers de drogues par injection en général engendra une série de rapports (Santé Canada, 2001 ; Réseau juridique canadien VIH/sida, 1997-1998). Ceux-ci visaient la sensibilisation des autorités et des usagers de drogues à l'application de diverses pratiques en vue d'atténuer les méfaits qui y sont associés.

En milieu ouvert, plusieurs stratégies de RDM sont déjà bien implantées et les effets positifs qu'ils engendrent sont bien documentés. Au début des années 90, l'OMS (1991) entérinait déjà le principe du droit du détenu à recevoir des soins équivalents à ceux prescrits en communauté.

À cet effet, un bref regard sur l'application de pratiques de RDM en contexte carcéral de par le monde soulève l'innovation et l'efficacité de l'adoption de pareilles mesures (accès à du matériel d'injection propre, programme d'entretien à la méthadone et de substitution, etc.). Toutefois, la disparité de telles mesures coïncident bien souvent aux mêmes variations géographiques que celles appliquées en communauté (Stöver, 2001a). Ainsi, l'analyse de la situation québécoise et canadienne en arrive au même constat.

Aborder les pratiques de réduction des méfaits dans le cadre d'une recension des écrits comme celle-ci exige de notre part de reconnaître les grandes limites imposées par la réalité. En fait, il est bien certain que cet article n'a pas réussi à rendre compte de manière exhaustive de l'ensemble des pratiques exercées dans les milieux correctionnels tant provinciaux que fédéraux. De grandes comme de petites actions sont réalisées chaque jour dans ces organisations, il est réaliste de croire que la majorité d'entre-elles ne font pas l'objet d'écrits et ne sont pas comptabilisées comme

des pratiques « officielles » s'inscrivant dans un cadre de réduction des méfaits. Pensons à l'officier qui, plutôt que d'intervenir de manière répressive, feint de ne pas sentir l'odeur de cannabis. Imaginons la psychologue qui enseigne au détenu comment bien nettoyer une seringue ou l'agent de gestion de cas qui fait office de pont entre son client qui quittera le pénitencier sous peu et les organismes du milieu extérieur susceptibles de l'aider à obtenir un renouvellement de sa prescription de méthadone. Ou encore à celui craignant une rechute imminente de son client, qui contacte directement l'infirmière du centre de réadaptation de la ville du détenu pour organiser d'urgence une rencontre dès la sortie de ce dernier. Ainsi, les pratiques répressives et/ou la non application de politiques officielles qui s'inscrivent dans un cadre de RDM ne sont pas toutes connues.

D'emblée, il faut reconnaître une certaine ouverture des autorités pénitentiaires face à l'adoption des mesures de réduction des méfaits. Toutefois, l'on constate tout de même un retard important lorsque la situation canadienne est comparée à l'échelle internationale (Toepell, 1997). Non seulement, les mesures adoptées et appliquées ne s'avèrent pas uniformes à travers les institutions carcérales québécoises et canadiennes (Lines, 2001), mais des problèmes d'arrimage entre les différentes instances de services (de santé ou psychosociaux internes et externes) ainsi qu'entre les différentes institutions carcérales sont régulièrement observés (Plourde et al., 2002).

D'ailleurs, l'application des RDM se heurte habituellement à la résistance du personnel (Godin et al., 2001, Lines, 2001 ; 2002a ; 2002b). Pourtant, plusieurs études sur les pratiques de RDM en milieu carcéral soulèvent le constat qu'à la suite de l'adoption de telles mesures, les membres du personnel, bien qu'au départ généralement réticents, viennent à les percevoir positivement (Arroyo et al., 2000 ; Nelles et al., 1998 ; Stöver, 2001 ; 2002a ; 2002b) et demandent même leur généralisation et l'élargissement de leur portée (Lines, 2001).

Godin et al. (2001) soulignent qu'une des réticences soulevées par les agents correctionnels québécois quant à l'adoption de mesure de réduction des méfaits a trait à un manque d'information. Or, l'adoption de pratique de RDM efficaces requiert non seulement la démystification par rapport à ce que de telles mesures engendrent, mais également, l'éducation quant aux effets positifs en découlant. D'ailleurs, la concertation et la collaboration entre les différentes instances juridiques, de santé publique et correctionnelles s'avèrent essentielles à leurs réussites (Santé Canada, 2001). Le manque d'arrimage présent entre les soins promulgués en communauté et ceux offert en prison représente une obstruction certaine à la poursuite d'objectif visant l'atténuation des méfaits associés à la consommation de drogues par injection (Plourde et al., 2002, Stöver, 2001).

L'adoption de pratiques de réduction des dommages en contexte carcéral exige également que les institutions passent d'une logique punitive à une logique de santé publique et de prévention. Car, non seulement l'évaluation de leurs applications démontrent des effets positifs sur les comportements à risque des usagers, mais elles répondent bien souvent aux besoins de la clientèle visée en travaillant avec la personne et ses besoins actuels plutôt que sur des buts à long terme dans une vision idéaliste (Denning, 2000). En plus de permettre d'amorcer un travail avec la personne,

cette approche réussit à vaincre certaines résistances de ces individus qui ne sont pas prêts à s'abstenir de consommer (Nadeau & Biron, 1998). En établissant un lien avec ces personnes, il devient alors possible de travailler sur des aspects de leur vie qui par la suite pourront contribuer à maintenir un style de vie adéquat.

Il est donc impératif que des efforts coordonnés soit déployés notamment entre les établissements correctionnels d'une part, mais également entre ceux-ci et les organismes du milieu qui oeuvrent dans un cadre de réduction des méfaits, ainsi qu'entre les services de soins publics et les systèmes correctionnels. Il est d'autant plus nécessaire que ceux-ci s'harmonisent dans le développement de politiques et dans l'application de programmes de réduction des méfaits servant aux intérêts des détenus et du grand public. Car, au-delà des arguments idéologiques et humanistes subsistent ceux en faveur des coûts et bénéfices économiques à long terme que de telles pratiques engendrent (MacDougall, 1998).

Références

- Arroyo, A., Marrón, T., Cotonas, D., Leal, M.J., Solé, C., & Laliga, A. (2000). Programa de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión: cambios sociológicos y sanitarios en pacientes en tratamiento. *Adicciones*, 12 (2), 187-194.
- Bellin, E., Wesson, J., Tomasino, V., Nolan, J., Glick, A., & Oquendo, S. (1999). High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research*, 7 (1), 19-29.
- Betteridge, G. (2003). Alberta Court Orders Methadone Maintenance Therapy for Prisoner on Interim Basis. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 8 (1), 53-54.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de la réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brochu, S., Plourde, C., White (en préparation): Les politiques de réduction des méfaits: bilan des actions au niveau international (titre provisoire).
- Brown, B. (2003). *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS: Report of the Standing Committee on Health*. Ottawa: Gouvernement du Canada: Chambre des communes.
- Calzavara, L., Myers, T., Millson, M., Schlossberg, J., & Burchell, A. (1997). *Understand HIV-related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective*. Toronto: University of Toronto HIV, Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004) FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction. Ottawa. Document téléchargeable en fichier électronique: <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-011059-2004.pdf>
- Denning, P. (2000). *Practicing Harm reduction in psychotherapy*. New-York: The Guilford Press.
- DiCenso, A. M., Dias, G., & Gahagan, J. (2003). *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C*. Rapport produit par le «Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network». Toronto, Ontario.
- Dolan, K.A., Hall, W., & Wodak, A.D. (1996). Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal (BMJ)*, 312.
- Dolan, K.A., & Wodak, A.D. (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4 (1), 85-97.
- Dolan, K.A., Wodak, A.D., & Hall, W.D. (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17 (2), 153-158.
- Dolan, K.A., Rutter, S., & Wodak, A.D. (2003). Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction*, 98,153-158.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Document téléchargeable en fichier électronique: <http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/home-fr.html>
- Godin, G., Gagnon, H., Alary, M., Noël, L., & Morissette, M.R. (2001). Correctional officer's intention of accepting or refusing to

- make HIV preventive tools accessible to inmates. *AIDS Education and Prevention*, 13 (5), 462-473.
- Hankins, C., Gendron, S., Handley, M., Richard, C., Lan Tung, M., & O'Shaughnessy, M. (1994). HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a non nominal methodology. *American Journal of Public Health*, 84 (10), 1637-1640.
- Hughes, R.A. (2000). «It's like having half a sugar when you were used to three» drug injectors' views and experiences of substitute drug prescribing inside English prisons. *International Journal of Drug Policy*, 10 (6), 455-466.
- Jacob, J., & Stöver, H. (2000). The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy*, 11 (5), 325-335.
- Jürgens, R. (2003). Survol évaluatif des programmes d'échange de seringues en prison, *Revue canadienne VIH/ sida et droit*, 8, 1. Document téléchargeable en fichier électronique : <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/doc/autres/bulletincanadien/Vol8no12003/prison.htm#p6>
- Johnson, S.L. (2001). Incidence du traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral sur l'issue de la mise en liberté. *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13 (3), 55-58.
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champs de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-16.
- Lemire, G. (1994). *Anatomie de la prison*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Lines, R. (2001). Les agents correctionnels d'Irlande demandent un meilleur accès à la méthadone pour les détenus. *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 6 (1/2). Document téléchargeable en fichier électronique : <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/doc/autres/bulletincanadien/Vol6nos1-22001/f-issue.htm>.
- Lines, R. (2002a). *La lutte au VIH/sida dans nos prisons: trop peu, trop tard. Un rapport d'étape*. Réseau juridique canadien VIH/sida. Document téléchargeable en fichier électronique : http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/the_mes/prisons/rapportdetape/tm.htm
- Lines, R. (2002b). *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners*. Rapport produit par le «Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN)». Toronto, Ontario.
- MacDougall, D.S. (1998). HIV/AIDS Behind Bars: Incarceration provides a valuable opportunity to implement HIV/AIDS treatment and prevention strategies in a high-risk population. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 4 (10), 18-24.
- Nadeau, L., & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Les presses de l'Université Laval.
- Nelles, J., Dobler-Mikola, A., & Kaufmann, B. (1997). Provision of syringes and prescription of heroin in prison: the swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. Dans J. Nelles & A. Fuhrer (Éds.), *Harm Reduction in Prison* (pp.181-188). Berne : Peter Lang.
- Nelles, J., Fuhrer, A., & Hirsbrunner, H.P. (1999). How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review*, 18 (2), 133-138.
- Nelles, J., Fuhrer, A., Hirsbrunner, H.P., & Harding, T.W. (1998). Provision of syringes: The cutting edge of harm reduction in prison? Education and debate. *British Medical Journal (BMJ)*, 317, 270-273.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2003). *Rapport Annuel 2003 : État des phénomènes de la drogue dans l'Union Européenne et en Norvège*. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes. Document téléchargeable en fichier électronique : <http://annualreport.emcdda.eu.int/fr/page001-fr.html>.
- Pernanen, K., Brochu, S., Cousineau, M.M., & Sun, F. (2001). *Proportion of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Ottawa: Centre canadien de lutte à la toxicomanie.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drogue et alcool durant l'incarcération : examen de la situation des pénitenciers québécois. *Revue Canadienne de Criminologie*, 44 (2), 209-240.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison : a break in the pathway. *Substance use & misuse*, 37(1), 47-63.
- Plourde, C., Brochu, S., & Lemire, G. (2001). Drogues et Prison : faits et enjeux actuels. *Revue Internationale de Criminologie et de*

- Police Technique et Scientifique*, 54 (2), 197-220.
- Plourde, C., Mercier, C., & Perreault, M. (2002). *Réalité du médecin prescripteur de méthadone en prison et contexte de pratique médicale associé à cette drogue de substitution dans le milieu carcéral*. Document de travail. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill.
- Pongrac, M.B. (2002). VIH, virus de l'hépatite C (VHC) chez les délinquantes- Pourquoi les taux sont si élevés ? *Le point sur les maladies infectieuses*, 2 (1). Document électronique téléchargeable : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/hbulletin/2003/no1/index_f.shtml
- Réseau juridique canadien VIH/sida (2004-2005). VIH/sida et prisons. *VIH/Sida 2003/2004 : Prévention et traitement : la méthadone*. Document électronique téléchargeable : http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/the_mes/prisons/f-pfact7.htm
- Réseau juridique canadien VIH/sida (2001-2002). VIH/sida et prisons. *Revue canadienne VIH/ sida et droit*, 6 (1-2). Document électronique téléchargeable : <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/feuillets.htm#vsepri>
- Réseau juridique canadien VIH/sida (1997-1998). Le Groupe de travail recommande l'entretien à la méthadone et l'échange de seringues en prison. *Bulletin Canadien VIH/sida et droit*, 3 (4) & 4 (1). Document électronique téléchargeable : <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Hiver9798/000PRELSF.html>
- Santé Canada (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogues par injection au Canada*. Document préparé pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve. Ottawa : Ministre des travaux publics.
- Santé Canada (1998). *La Stratégie canadienne antidrogue*. Ottawa : Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux. Document électronique téléchargeable : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues>.
- Service correctionnel du Canada (2004). *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa : Ministre des travaux publics. Document électronique téléchargeable : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/b_f.shtml
- Service correctionnel du Canada (2003). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*. Ottawa : Ministre des travaux publics. Document électronique téléchargeable : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index_f.shtml
- Stöver, H. (2001). *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*. Rapport préparé pour le European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Portugal: European Network on Drugs and HIV/AIDS Services in Prisons (ENDHASP).
- Stöver, H. (2002a). Assistance aux usagers de drogues dans les prisons européennes Résultats d'une étude d'ensemble. Communication présentée à la conférence Prison, drogues et société. Berne, Suisse.
- Stöver, H. (2002b). Drug Substitution Treatment and Needle Exchange Programs in German and European Prisons. *Journal of Drug Issues*, 32 (2), 573-596.
- Toepell, A.R. (1997). Harm Reduction Efforts inside Canadian Prisons: The Example of Education. Dans P.G. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung, & P.A. O'Hare (Éds.), *Harm reduction : A new direction for drug policies and programs* (453-472). Toronto: University of Toronto Press.
- Torsney, P. (2002). *Policy for the New Millennium: working Together to Redefine Canada's Drug Strategy: Report of the Special Committee on Non-Medical Use of Drugs*. Ottawa: Gouvernement du Canada, Chambre des communes. .
- Tortay, I., Morfini, H., Parpillon, C., & Bourdillon, F. (1998). *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*. DH-DGS, France.
- Turnbull, P.J., & McSweeney, T. (2000). Drug treatment in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries. *Drug-misusing offenders in prison and after release Proceedings*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Weekes, J., Thomas, G., & Graves, G. (2004). FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction. Ottawa : Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Document électronique téléchargeable : <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-011059-2004.pdf>