Public Safety Canada Sécurité publique Canada

ARCHIVED - Archiving Content

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

Canada

Copyright of this document does not belong to the Crown.
Proper authorization must be obtained from the author for
any intended use.

Les droits d'auteur du présent document n'appartiennent
pas à l'État. Toute utilisation du contenu du présent
document doit être approuvée préalablement par l'auteur.

_____ Rapport de recherche_____

Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque

This report is also available in English. Should a copy be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

2010 N° R-211

Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque

Dianne Zakaria

Jennie Mae Thompson

Ashley Jarvis

Frederic Borgatta

Service correctionnel du Canada

Mars 2010

REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier les membres du Groupe de travail sur le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque (Jacqueline Arthur, Katherine Dinner, Marie-Line Gilbert, Emily Henry, Gayatri Jayaraman, Rhonda Kropp, Tammy Maheral, Marissa McGuire, Mary Beth Pongrac, Jonathan Smith, Greg Springer et Jill Tarasuk) pour leurs conseils et leurs commentaires judicieux tout au long de la période consacrée à l'élaboration du questionnaire et à la rédaction du rapport. L'appui, la coopération et le dévouement de la gestionnaire principale de projet à l'administration centrale (Heather Lockwood), des coordonnateurs du sondage dans les régions (Kimberley Andreassen, Michelle Beyko, Teresa Garrahan, David Lewis et Hélène Racicot) et dans les établissements (Tim Ankers, Cathy Ball, Bob Barkley, Louise Barriage, Gaston Bélanger, Réjean Bérard, Diane Bergeron, Sherry Blakeney, Laura Bodvarsen, Lori Boss-Greenhow, Michèle Boutin, Celeste Bowes-Koep, Randall Breaton, Pam Briar, Marsha Brown, Bev Bruce, Joan Christianson, Pénélope Cossette, Shelley Crawford, Solange Cyr, Johanne Demètre, Micheline Désilets, Penny Drury, Mary Ann Dundas, Annette Dupuis, France Duquet, Claire Erkan, Donna Fillmore, Linda Fumerton, Debbie Fury, Lyne Giroux, Carla Grace, Sue Groody, Derek Hutchings, Kevin Jean, Pat Jones, Virginia Jugo, Wally Klein, Dan Larocque, Luc Lavigne, Sylvain Lefebvre, Gail Lévesque, Cherie Maceachern, Daniel Major, Alison Martin, Penny Martin, Dorothy McGregor, Mark Noon-Ward, Tim O'Hara, Enid Oke, Viateur Perreault, Christian Rivest, Johanne Roy, Eva Sabir, Holly Samuels, Suzanne Scott, Dale Shackleford, Marg Smith, Natalie Soroka, Fournier Stéphanie, Jeff Strange, Paul Taylor, Tana Taylor, Brenda Tilander-Masse, Liza Trohan, Darlene Turk, Mario Veilleux, Vicki Vervynck, Katherine Visser, Lorena Watson, Marilyn Winters et Carol Young) ont joué un rôle de premier plan dans la réalisation du sondage et la collecte des données. En dernier lieu, ce travail aurait été impossible sans la participation de la direction du Service correctionnel du Canada ainsi que celle du personnel des pénitenciers fédéraux et des détenus.

RÉSUMÉ

Pour optimiser l'efficacité de sa stratégie de prévention, de contrôle et de gestion des maladies infectieuses, le Service correctionnel du Canada (SCC) doit réunir des renseignements détaillés sur les comportements à risque des détenus, leur participation aux tests de dépistage, aux traitements et aux programmes ainsi que la connaissance qu'ils ont du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC). C'est pourquoi le SCC a réalisé le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque, un questionnaire papier autoadministré rempli par un échantillon important (n = 3 370) de détenus canadiens sous responsabilité fédérale. Les principaux résultats de ce sondage sont résumés ci-dessous.

Les délinquantes et délinquants admis dans les pénitenciers fédéraux déclarent un taux élevé de comportements à risque liés aux drogues et aux activités sexuelles durant leurs derniers mois dans la collectivité : 57 % des hommes et 60 % des femmes avaient consommé des drogues non injectables, 22 % des hommes et 29 % des femmes avaient fait usage de drogues injectables, et 83 % des hommes et 84 % des femmes avaient eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales. En dépit des caractéristiques à haut risque de la population admise dans les pénitenciers fédéraux, une minorité de détenus déclarent avoir eu des comportements à risque durant leurs six derniers mois d'incarcération : 34 % des hommes et 25 % des femmes ont consommé des drogues non injectables, 17 % des hommes 14 % des femmes ont fait usage de drogues injectables, et 17 % des hommes et 31 % des femmes ont eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales. Les comportements à risque en milieu carcéral ne sont toutefois pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à faire état de pratiques d'injection à risque, tandis que les femmes sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes à reconnaître avoir eu des relations sexuelles (31 % par rapport à 17 %) et sont plus nombreuses aussi à déclarer avoir eu des comportements sexuels à risque pendant leur incarcération.

Les détenus connaissent bien la politique du SCC visant l'accessibilité des articles qui contribuent à réduire les méfaits. Quatre-vingt-neuf pour cent d'entre eux sont au courant du fait que le SCC fournit des condoms et 87 % savent qu'ils peuvent se procurer de l'eau de Javel. En ce qui a trait à la demande d'articles visant à réduire les méfaits au cours de leurs six derniers mois d'incarcération, 57 % des détenus sexuellement actifs ont indiqué avoir tenté d'obtenir des condoms, du lubrifiant ou des digues dentaires (avec ou sans succès), et 57 % de tous les détenus ont dit avoir essayé de se procurer de l'eau de Javel (avec ou sans succès). La majorité des détenus qui déclarent s'injecter des drogues, se faire tatouer ou se faire percer le corps dans les établissements du SCC utilisent de l'eau de Javel pour nettoyer le matériel. De plus, parmi ceux et celles qui ont des relations sexuelles ou qui s'injectent des drogues, ceux qui ont des comportements sexuels ou des pratiques d'injection à risque se servent plus souvent d'articles visant à réduire les méfaits. Ces résultats portent à croire que ces articles sont utilisés par les détenus conformément à ce pourquoi ils sont prévus. Toutefois, l'usage de ces articles pourrait être optimisé en réduisant les problèmes d'accès (problèmes concernant les machines

distributrices, la confidentialité et le comportement des autres détenus) et en déterminant, dans le cadre d'une recherche future, pourquoi certains détenus n'utilisent pas les articles visant à réduire les méfaits qui sont disponibles dans les établissements du SCC.

Un examen de la connaissance qu'ont les détenus du VIH et VHC a révélé certaines lacunes. Puisqu'une meilleure connaissance de ces virus est liée à un comportement qui en réduit la transmission, il faut poursuivre les efforts pour accroître la connaissance du VIH et du VHC parmi les détenus. Le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque a révélé que le fait de mieux renseigner la population carcérale sur les différents programmes d'éducation en matière de santé constituerait une première étape vers une amélioration de la connaissance des programmes existants et une plus grande participation à ceux-ci.

Un pourcentage important des détenus ont subi des tests de dépistage du VIH (71 % des hommes, 85 % des femmes) et du VHC (74 % des hommes, 83 % des femmes) durant leur dernière incarcération dans un établissement du SCC. Chez ceux et celles qui n'ont pas subi ces tests de dépistage, le motif le plus fréquemment mentionné est de ne pas avoir été invités à les passer; peu de répondants ou de répondantes ont évoqué la peur d'être rapportés ou d'être victimes de discrimination comme raisons de ne pas se soumettre aux tests de dépistage. Cette constatation donne à penser que le taux d'administration des tests de dépistage pourrait être rehaussé en faisant davantage la promotion de l'évaluation et du test de dépistage au cours de l'incarcération. Mais des études supplémentaires devront être réalisées afin d'examiner les options stratégiques disponibles pour optimiser le dépistage des maladies infectieuses et l'administration de tests dans la population carcérale.

Parmi les détenus ayant déjà passé un test de dépistage du VIH ou du VHC, 4,6 % (4,5 % des hommes, 7,9 % des femmes) ont reçu un diagnostic d'infection au VIH et 31 % (30,8 % des hommes, 37,0 % des femmes) au VHC. Les femmes autochtones forment un groupe tout particulièrement à risque, puisqu'elles déclarent les taux les plus élevés d'infection au VIH (11,7 %) et au VHC (49,1 %). Ces données rappellent l'importance d'interventions efficaces et adaptées à la culture qui se traduisent par une diminution des comportements à risque et par un recours plus fréquent aux mesures de réduction des méfaits qui sont proposées pour répondre aux besoins des femmes autochtones.

Le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque a permis d'entrevoir des mesures qui pourraient être prises pour améliorer les soins dispensés aux détenus séropositifs. Premièrement, 67 % des répondants à ce sondage ont déclaré avoir des craintes d'être victimes de discrimination dans les établissements fédéraux. Deuxièmement, 60 % de ceux qui ont commencé un traitement déclarent avoir déjà vu leur traitement interrompu au SCC. Afin d'atténuer les craintes dans l'ensemble de la population carcérale, surtout chez les détenus séropositifs, il faudrait mieux faire connaître les modes de transmission du VIH (comment le VIH peut ou ne peut pas être transmis) ainsi que les politiques

du SCC en ce qui concerne la vie privée, la confidentialité et la non-tolérance de la discrimination. Une attention particulière doit être portée à la protection de la vie privée et de la confidentialité lors de la prestation de soins de santé en milieu correctionnel, car les détenus ont souvent connaissance des allées et venues des autres lorsqu'ils obtiennent des soins de santé. Selon les conclusions du Sondage national de 2007, il serait possible de réduire le nombre d'interruptions dans le traitement du VIH au SCC en faisant davantage d'efforts pour s'assurer que : les politiques des pharmacies des établissements en ce qui a trait à la fourniture d'antirétroviraux et aux renouvellements des ordonnances sont suffisamment bien connues; les traitements ne sont pas interrompus durant les transfèrements entre établissements; les détenus sont informés des conséquences s'ils ne suivent pas leur traitement comme il se doit.

Bien qu'il n'ait pas été possible d'attribuer les infections déclarées depuis l'admission à des comportements à risque en milieu correctionnel, les taux d'infections autodéclarées depuis l'admission dans un établissement du SCC ont été estimés et les caractéristiques de ces infections ont été examinées. Le nombre de nouveaux cas de VIH autodéclarés était trop petit (moins de cinq) pour faire l'objet d'une étude. Pour ce qui est du VHC, aucune femme n'a signalé d'infection depuis son admission, mais le taux annuel d'infection à ce virus chez les hommes est d'environ 16 par 1 000 années-personnes. Autrement dit, si 1 000 hommes non infectés étaient suivis pendant une période d'un an après leur admission, 16 d'entre eux, soit 1,6 %, recevraient un diagnostic d'infection au VHC. Le fait d'avoir purgé une plus longue partie de sa peine et le fait de s'injecter des drogues avec une seringue appartenant à quelqu'un d'autre en milieu carcéral sont liés à une probabilité plus élevée d'infection au VHC contractée depuis l'admission. De façon semblable, le taux annuel global d'infections transmises sexuellement (ITS)[1] depuis l'admission est d'environ 16 par 1 000 années-personnes. Ce qui signifie que si 1 000 détenus étaient suivis pendant une période d'un an après leur admission, 16 d'entre eux environ, soit 1,6 %, déclareraient au moins une ITS. Il existe cependant des différences importantes selon le sexe des détenus. En particulier, le taux d'infections transmises sexuellement est 4,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (67 plutôt que 15 sur 1 000 années-personnes). Le niveau de sécurité plus élevé de l'établissement, le fait d'avoir purgé une plus longue peine, la pratique de l'échange sexuel (c.-à-d. l'offre de faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogue, de matériel d'injection ou d'autres biens) et les relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels sont autant de facteurs corrélés avec une probabilité plus grande de déclarer une ITS contractée depuis l'admission. Le niveau de sécurité de l'établissement et la longueur de la peine purgée ne sont pas des facteurs de risque modifiables, mais il est possible de réduire l'occurrence d'injections et de pratiques sexuelles à risque en mettant en œuvre les stratégies de prévention clés que sont la poursuite des activités de sensibilisation et l'augmentation du taux d'utilisation des articles visant à réduire les méfaits.

Les principales limites de cette recherche, telles que l'erreur de mesure et le biais de la désirabilité sociale, sont typiques des sondages transversaux d'autodéclaration qui cherchent à obtenir de l'information sur des activités illicites ou de nature délicate étalées dans le temps.

---

[1] Dans le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risques, les infections transmises sexuellement comprenaient la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital, les verrues génitales et d'autres ITS non spécifiques.

D’autres types de recherche, comme la recherche longitudinale à l’aide d’échantillons biologiques (p. ex. des tests urinaires et sanguins), auraient pu être plus efficaces, mais sont plus difficiles à mener en milieu correctionnel et ont été écartées, dans le cas présent, en raison de questions opérationnelles concurrentes. Indépendamment de ces limites, les résultats du sondage sont généralement compatibles avec ceux d’autres études, ce qui porte à croire que les détenus ont répondu honnêtement à la plupart des questions.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ii
RÉSUMÉ iii
TABLE DES MATIÈRES vii
LISTE DES TABLEAUX x
LISTE DES FIGURES xi
LISTE DES ANNEXES xiv
INTRODUCTION 1
MÉTHODE 4
Élaboration de l'instrument de sondage 4
Échantillonnage 5
Conception du sondage et estimation de la taille de l'échantillon 5
Liste de l'échantillon de chacun des établissements 5
Mise en œuvre du sondage 6
Sélection et formation des coordonnateurs du sondage 6
Sensibilisation de la population au sondage 6
Recrutement des détenus 6
Collecte des données 7
Démarche analytique générale 9
Procédures statistiques pour les enquêtes par échantillonnage complexe 9
Non-réponse à certaines questions et sous-populations de petite taille 10
REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON ET CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION 11
COMPARAISON DES COMPORTEMENTS À RISQUE DANS LA COLLECTIVITÉ ET EN MILIEU CARCÉRAL 13
Usage de drogues 13
Usage de drogues non injectables 13
Usage de drogues injectables 16

Activité sexuelle 20

COMPORTEMENTS À RISQUE DURANT LES SIX DERNIERS MOIS D'INCARCÉRATION CHEZ TOUS LES DÉTENUS CANADIENS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE 22

Comportements en matière d'injection des détenus qui déclarent avoir fait usage de drogues injectables durant leurs six derniers mois d'incarcération 23

Comportements sexuels des détenus qui déclarent avoir eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération 26

CONNAISSANCE DE LA POSSIBILITÉ DE SE PROCURER ET UTILISATION DE CES ARTICLES VISANT À RÉDUIRE LES MÉFAITS SUR LE PLAN DES ITS 28

Connaissance des articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS 28

Difficultés d'accès aux articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS 29

Corrélation entre la demande d'articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS et les comportements à risque 31

CONNAISSANCE DE LA POSSIBILITÉ DE SE PROCURER DE L'EAU DE JAVEL POUR STÉRILISER LE MATÉRIEL D'INJECTION, DE TATOUAGE ET DE PERÇAGE CORPOREL ET UTILISATION DE CE PRODUIT 33

Connaissance de la possibilité de se procurer de l'eau de Javel et utilisation de ce produit 33

Problèmes d'accès à l'eau de Javel 33

Utilisation d'eau de Javel pour stériliser le matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel 35

PARTICIPATION, EN MILIEU CARCÉRAL, AU PROGRAMME DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE (PTEM) 38

Participation au PTEM en milieu carcéral 38

Relation entre la participation au PTEM et la consommation de drogues en milieu carcéral 39

Raisons pour lesquelles des détenus qui avaient déjà essayé de suivre un traitement à la méthadone au SCC ne participaient pas au PTEM à l'époque du sondage 40

RELATION ENTRE LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ, LA CONNAISSANCE DU VIH ET DU VHC ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE OU VISANT À RÉDUIRE LES MÉFAITS 42

Participation aux programmes d'éducation en matière de santé 42

Connaissance du VIH et du VHC 44

Corrélation entre connaissance et comportement 48

TESTS DE DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DU VIH ET VHC AU SCC..... 51

Les tests de dépistage au SCC 51

Raisons pour ne pas avoir subi de tests de dépistage au moment de l'admission ou depuis l'admission au SCC..... 53

Les schémas de dépistage au fil du temps 55

Résultats des tests de dépistage subis 56

Résultats des tests de dépistage du VIH 56

Résultats des tests de dépistage du VHC 57

Comparaison entre les résultats du Sondage national de 2007 et les données de surveillance du SCC 58

Relation entre l'état d'infection et la peur d'être victime de discrimination 59

Traitement du VIH 60

Traitement du VHC..... 61

Résultat du traitement 62

TAUX D'INFECTION AU VIH ET AU VHC DÉCLARÉS DEPUIS L'ADMISSION 63

TAUX DÉCLARÉS D'INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT DEPUIS L'ADMISSION..... 67

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS, DES LIMITATIONS ET DES RECOMMANDATIONS D'ÉTUDES FUTURES 72

Limites 75

Recherches futures 75

BIBLIOGRAPHIE 76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : *Caractéristiques des détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon la source de données* 12

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Usage de drogues non injectables durant les six derniers mois dans la collectivité et durant les six derniers mois en milieu carcéral chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale admis au cours des trois dernières années, selon le sexe 15

Figure 2. Usage de drogues injectables durant les six derniers mois dans la collectivité et durant les six derniers mois en milieu carcéral chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale admis au cours des trois dernières années, selon le sexe 19

Figure 3. Comportements sexuels durant les six derniers mois dans la collectivité et durant les six derniers mois en milieu carcéral chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale admis au cours des trois dernières années, selon le sexe 21

Figure 4. Comportements à risque des détenus canadiens sous responsabilité fédérale durant leurs six derniers mois d'incarcération, selon le sexe 23

Figure 5. Comportements en matière d'injection, selon le sexe, chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ont fait usage de drogues injectables durant leurs derniers six mois d'incarcération[a] 25

Figure 6. Comportements sexuels, selon le sexe, des détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ont eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération[a] . 27

Figure 7. Pourcentage des détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui sont au courant de la politique du SCC concernant la facilité d'accès aux condoms, aux lubrifiants et aux digues dentaires, selon le sexe 29

Figure 8. Pourcentage des détenus sexuellement actifs[a] qui se sont procurés des condoms, du lubrifiant et des digues dentaires dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada, selon le sexe 30

Figure 9. Problèmes vécus par les détenus sexuellement actifs qui ont tenté de se procurer des condoms, du lubrifiant et des digues dentaires[a] dans les pénitenciers fédéraux canadiens .. 31

Figure 10. Besoin d'eau de Javel chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale et difficultés à s'en procurer, selon le sexe 34

Figure 11. Problèmes d'accès à l'eau de Javel déclarés par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe 35

Figure 12. Déclaration d'injection de drogues, de tatouage ou de perçage du corps en milieu carcéral, selon les pratiques de nettoyage du matériel chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale 36

Figure 13. Participation des détenus canadiens sous responsabilité fédérale au Programme de traitement d'entretien à la méthadone, selon la consommation de drogues en milieu carcéral

..... 39
Figure 14. Raisons pour lesquelles des détenus qui avaient déjà demandé à suivre un traitement d'entretien à la méthadone au SCC ne participaient pas au PTEM à l'époque du Sondage[a] 41
Figure 15. La participation aux programmes d'éducation en matière de santé chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe 44
Figure 16. Pourcentage moyen de connaissance du VIH et du VHC chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe et selon la participation aux programmes d'éducation en matière de santé 45
Figure 17. Pourcentage des détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ignorent certains faits concernant le VIH et le VHC, selon le sexe 47
Figure 18. Relation entre la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC et le comportement adopté pour l'usage de drogues injectables chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe 48
Figure 19. Relation entre la connaissance des modes de transmission du VHC et l'utilisation d'eau de Javel chez les détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale. . 49
Figure 20. Tests de dépistage du VIH et du VHC subis au SCC par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe 52
Figure 21. Raisons invoquées par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale pour ne pas avoir passé de tests de dépistage au SCC..... 55
Figure 22. Pourcentage de résultats de séropositivité au VIH ou au VHC, selon le sexe et l'auto-identification des Autochtones, déclarés par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ont déjà subi des tests de dépistage 59
Figure 23. Pourcentage des détenus canadiens sous responsabilité fédérale ayant déjà passé des tests de dépistage et à qui on a dit qu'ils sont infectés au VIH ou au VHC, selon le statut du traitement 61
Figure 24. Pourcentage d'infections au VHC déclarées depuis l'admission, selon les caractéristiques de l'incarcération et selon l'usage de drogues injectables, chez les détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale 66
Figure 25. Taux d'infections transmises sexuellement (ITS) déclarées depuis l'admission chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe et selon l'auto-identification des Autochtones..... 69
Figure 26. Pourcentage de déclarations d'une ITS depuis l'admission, selon les caractéristiques de l'incarcération et selon le comportement sexuel, pour l'ensemble des détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale 70

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : ACRONYMES ET DÉFINITIONS 84

INTRODUCTION

Les professionnels de la santé et des services correctionnels reconnaissent que les comportements à risque tels que l'utilisation de drogues injectables et les relations sexuelles non protégées, et les maladies infectieuses, telles que les infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et au virus de l'hépatite C (VHC) sont particulièrement fréquents chez les personnes qui entrent dans le système correctionnel. Ces réalités font du système correctionnel un milieu propice aux interventions de santé publique comme l'évaluation médicale et le traitement, ainsi qu'aux activités de sensibilisation aux comportements à risque et de counseling concernant ces comportements (Niveau, 2006). Puisque la majorité des personnes incarcérées retourneront un jour dans la société, l'amélioration de la santé et du mode de vie des détenus contribue à accroître la sécurité tant dans les établissements correctionnels que dans les collectivités.

Le Service correctionnel du Canada (SCC) contribue à la santé publique et au maintien d'un environnement sûr et sain grâce à son programme intégré sur les maladies infectieuses (SCC, 2004). Pour optimiser l'efficacité de sa stratégie de prévention, de contrôle et de gestion des maladies infectieuses, le SCC doit réunir des renseignements détaillés sur les comportements à risque des détenus, sur leur participation aux tests de dépistage, aux traitements et aux programmes, ainsi que sur la connaissance qu'ils ont du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC). En 1995, le SCC a réalisé un sondage national auprès des détenus de sexe masculin, mais il s'agissait d'un sondage de plus large portée sur des enjeux comme les conditions de vie, la sécurité et les programmes, qui ne comportait qu'un petit nombre de questions sur la santé (Price Waterhouse, 1996). Depuis lors, le SCC a créé de nouveaux programmes de promotion de la santé et de réduction des méfaits. En particulier, d'autres programmes d'éducation en matière de santé ont été mis en place; un programme de traitement d'entretien à la méthadone a été mis à la disposition des détenus dépendants aux opiacés; l'eau de Javel a été ajoutée à la liste des articles visant à réduire les méfaits, liste qui comprenait déjà les condoms, les digues dentaires et les lubrifiants; et un système de surveillance des maladies infectieuses a été instauré.

Compte tenu des programmes de santé mis en place depuis 1995 et de l'absence de renseignements détaillés sur l'état de santé des détenus, en particulier des femmes, le SCC a

réalisé le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque, un questionnaire papier autoadministré portant principalement sur les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), en particulier le VIH et VHC. Le principal objectif de ce sondage était d'obtenir des renseignements sur les éléments suivants :

1) la fréquence des comportements à risque associés à la transmission des ITSS;
2) la connaissance et l'accessibilité des articles disponibles pour réduire les méfaits et du traitement d'entretien à la méthadone;
3) la participation aux programmes d'éducation en matière de santé;
4) la connaissance du VIH et du VHC;
5) les tests de dépistage et le traitement des infections au VIH et au VHC.

La présente publication résume les premiers résultats du Sondage national, qui feront prochainement l'objet de rapports plus détaillés. Après un examen de la méthodologie du Sondage national de 2007 et une description des caractéristiques sociodémographiques et relatives à l'incarcération des détenus, les principales constatations sont présentées comme suit :

1) Pour un sous-échantillon de détenus admis plus récemment, les comportements à risque dans la collectivité, juste avant l'admission, sont décrits de façon détaillée, ce qui permet d'affirmer que les délinquants affichent un taux élevé de comportements à risque liés aux drogues et aux activités sexuelles à leur arrivée dans les pénitenciers fédéraux. Les comportements à risque dans la collectivité sont ensuite comparés aux comportements à risque en milieu carcéral afin de faire la démonstration que la majorité des comportements à risque deviennent moins fréquents en milieu correctionnel.
2) Les comportements à risque de tous les détenus au cours de leurs six derniers mois d'incarcération constituent en quelque sorte le contexte dans lequel il faut circonscrire les besoins des détenus en matière de santé ainsi que le risque de contracter des ITSS dans les pénitenciers.
3) Le recours aux mesures de réduction des méfaits mises en place par le SCC et les difficultés d'accès à des articles comme les condoms, les digues dentaires, les lubrifiants et l'eau de Javel ainsi qu'au programme de traitement d'entretien à la méthadone sont résumés.
4) La participation des détenus aux programmes d'éducation en matière de santé et leur

connaissance du VIH et du VHC sont quantifiées. Cette démarche est suivie d'une analyse du rapport entre le degré de connaissance de ces virus d'une part et les comportements axés sur la réduction des risques et des méfaits d'autre part.

5) Le recours aux tests de dépistage et aux traitements du VIH et du VHC au SCC est décrit en détail, de même que les difficultés d'accès à ceux-ci.
6) En dernier lieu, étant donné que certains détenus continuent d'avoir des comportements à risque dans les pénitenciers, la possibilité qu'ils déclarent volontairement des ITSS contractées depuis l'admission fait l'objet d'une estimation. De plus, les caractéristiques de l'incarcération et les comportements à risque associés à ces infections sont décrits.

Les résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque fournissent un profil récent des comportements à risque des détenus ainsi que des renseignements utiles pour évaluer s'il y a lieu d'améliorer les programmes actuels de santé publique, ce qui comprend les programmes d'éducation, de prévention et de traitement.

MÉTHODE

Élaboration de l'instrument de sondage

Pour obtenir les renseignements nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'étude, l'équipe de projet, composée de représentants de plusieurs ministères fédéraux[2], a choisi d'utiliser un questionnaire papier-crayon autoadministré (Zakaria, Thompson et Borgatta, sous presse) comme instrument de collecte de données. Ce questionnaire a été élaboré à la suite de consultations, sous forme de groupes de discussion, avec des détenus de cinq pénitenciers différents, dont un établissement pour femmes et un groupe de détenus autochtones. Afin d'en faciliter la compréhension, les questions étaient formulées simplement et leur complexité ne dépassait pas le niveau d'alphabétisation d'un élève de 8ième année. De plus, les détenus pouvaient choisir la version anglaise ou française du questionnaire.

Dans sa forme définitive, le questionnaire comptait 50 pages et les détenus ont mis entre 45 et 55 minutes environ pour y répondre. Le questionnaire a permis d'obtenir de l'information sur les comportements à risque associés à la propagation des ITSS tant dans la collectivité qu'en milieu carcéral; sur la connaissance qu'ont les détenus des programmes de réduction des méfaits et d'éducation en matière de santé ainsi que leur participation à ces programmes; sur le dépistage et le traitement des infections au VIH et au VHC pour les détenus; et sur la connaissance qu'ont les détenus du VIH et VHC. Afin d'optimiser la justesse des souvenirs, seuls les détenus admis au cours des trois dernières années étaient invités à déclarer leurs comportements à risque durant leurs derniers six mois dans la collectivité, avant leur incarcération actuelle.

Avant la collecte de données, le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada a examiné et approuvé la méthodologie du sondage.

[2] La Direction de la recherche du SCC, la Direction de la santé publique du SCC ainsi que la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida et la Division des infections acquises dans la collectivité de l'Agence de la santé publique du Canada.

Échantillonnage

Conception du sondage et estimation de la taille de l'échantillon

La base de l'échantillonnage était toutes les personnes détenues dans les pénitenciers fédéraux, dont le nombre s'élevait à quelque 13 749 juste avant l'époque du sondage (mars 2007). Étaient exclus de cette base les détenus incapables de comprendre l'anglais ou le français, oralement ou par écrit (moins de 0,5 % de la population carcérale). Chaque pénitencier servait de stratum de taille variable les uns par rapport aux autres. La taille de l'échantillon de chaque pénitencier pour hommes a été calculée afin de s'assurer que les proportions estimées présentaient une faible marge d'erreur (±5 %), 8 fois sur 10 [$\alpha = 0{,}20$ (pour intervalles bilatéraux), $\sigma^2 = 0{,}25$, facteur de correction pour population finie appliqué] (Cochran, 1977, p. 75). Si la taille estimée de l'échantillon pour un établissement donné correspondait à 80 % ou plus de la population de l'établissement, tous les détenus de cet établissement étaient invités à participer au sondage. Comme cette situation s'est produite dans le cas de petites populations pénitentiaires, les coûts de sondage supplémentaires étaient minimes. Étant donné le petit nombre (N = 479) de détenues, toutes ont été invitées à participer. La taille de l'échantillon final pour l'ensemble de la population carcérale sous responsabilité fédérale, incluant les hommes et les femmes, a été estimée à 4 981 détenus.

Liste de l'échantillon de chacun des établissements

Dans chaque pénitencier pour hommes, un échantillonnage aléatoire simple, sans remplacement à partir de la base de l'échantillon, a servi à générer la liste principale. Deux listes de remplacement ou plus (listes secondaires) ont aidé à maintenir les tailles requises de l'échantillon dans le cas où un détenu refuserait de participer à l'étude ou ne se trouvait pas dans l'établissement. Les listes classées en fonction de l'auto-identification des Autochtones, de la principale langue officielle et de la durée de la peine globale ont facilité les substitutions. Lorsqu'un détenu inscrit sur la liste principale refusait de participer au sondage ou ne se trouvait pas dans l'établissement pour quelque motif que ce soit, il était possible de le remplacer par un autre détenu inscrit sur la liste secondaire et possédant les mêmes caractéristiques que le détenu de l'échantillon initial.

Mise en œuvre du sondage

Sélection et formation des coordonnateurs du sondage

Les coordonnateurs régionaux (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Pacifique) du sondage ont été nommés par les sous-commissaires adjoints, Opérations en établissement. Chaque directeur d'établissement désignait également un coordonnateur du sondage dans son établissement. Les coordonnateurs régionaux assuraient la liaison avec les coordonnateurs en établissement et tenaient des téléconférences hebdomadaires avec la Direction de la recherche afin de résoudre les problèmes logistiques durant la mise en œuvre du sondage. La Direction de la recherche a préparé un manuel complet de formation à l'intention des coordonnateurs du sondage et a également dirigé des séances de formation individualisées afin d'encourager les coordonnateurs à s'approprier le sondage et à utiliser des approches et des messages normalisés.

Sensibilisation de la population au sondage

Les comités régionaux de gestion, les directeurs d'établissement, les employés chargés de la sécurité et les syndicats ont reçu de l'information sur le sondage et indiqué leur appui à celui-ci. Afin de faire connaître le sondage dans les établissements, un communiqué général et une foire aux questions ont été envoyés à tous les employés du SCC, et des affiches annonçant la tenue du sondage ont été posées dans tous les établissements (Zakaria et coll., sous presse). Ces affiches insistaient sur le caractère volontaire de la participation au sondage; garantissaient l'anonymat et la confidentialité aux participants; et rappelaient que l'objectif général du sondage était d'améliorer la santé des détenus. Les directeurs d'établissement ont facilité la mise en œuvre du sondage en se chargeant d'informer les comités de gestion, les comités de détenus et les syndicats locaux.

Recrutement des détenus

Les coordonnateurs en établissement ont reçu les listes des détenus admissibles entre deux et trois semaines avant la date prévue pour commencer la collecte de données. Avant de communiquer avec les détenus, les listes principales et secondaires ont été examinées par le directeur de l'établissement ou son remplaçant désigné dans le but de détecter des risques éventuels pour la sécurité. Les détenus considérés comme présentant des risques pour la sécurité

ont été soit exclus définitivement du sondage, soit autorisés à répondre au questionnaire dans leur cellule. Les coordonnateurs du sondage dans les établissements ont invité les détenus dont les noms figuraient sur la liste d'échantillonnage à participer à l'étude et à signer un formulaire de consentement, le cas échéant (Zakaria et coll., sous presse). Dans un souci d'efficacité, des séances de formation en groupe ont été organisées avec les détenus admissibles afin de leur expliquer le déroulement du sondage et revoir avec eux le formulaire de consentement. Le consentement des détenus n'a cependant pas été obtenu lors de cette séance d'information en groupe, mais dans le cadre d'une rencontre personnelle avec chacun d'eux. Les détenus en isolement ont été recrutés individuellement. La décision de demander au détenu (ou à la détenue) s'il souhaitait avoir de l'aide pour remplir le questionnaire reposait sur l'information concernant son niveau de scolarité ainsi que sur les interactions antérieures avec lui ou elle. Une reproduction petit format (13,9 cm par 21,6 cm) de l'affiche du sondage était laissée à chacun des détenus dont la participation était sollicitée (Zakaria et coll., sous presse).

Une fois établi le calendrier du sondage, la Direction de la sécurité, du SCC, a passé en revue la liste des détenus appelés à répondre au sondage dans un lieu de rassemblement afin de s'assurer de la compatibilité entre les détenus convoqués pour la même séance de groupe. Ensuite, chaque détenu a été informé du moment et de l'endroit où il devrait remplir le questionnaire, et ces renseignements lui ont été rappelés la veille du jour prévu. Les activités de recrutement se sont poursuivies, selon les besoins, jusqu'à la fin de la période de collecte de données dans l'établissement. Cette façon de faire a permis le remplacement des détenus qui ne pouvaient répondre au questionnaire pour une raison ou une autre.

Collecte des données

Entre le 22 mai et le 6 juillet 2007, une entreprise privée a administré le questionnaire, dans chaque établissement, aux détenus qui avaient signé le formulaire de consentement. Le coordonnateur du sondage était responsable de préparer les détenus, au jour et à l'heure prévus, à la venue de l'entrepreneur chargé du sondage et de la distribution des questionnaires. Puisque l'entrepreneur ne possédait pas la liste d'échantillonnage et que les détenus avaient comme consigne de ne pas inscrire leur nom ou le nom de quelqu'un d'autre sur le questionnaire, il était impossible d'établir un lien entre le formulaire de consentement et le questionnaire rempli. Cette façon de faire garantissait l'anonymat et la confidentialité aux détenus participants.

Chaque détenu a rempli un questionnaire autoadministré : derrière une cloison lorsqu'il se trouvait en groupe; dans sa cellule, s'il était en isolement; ou dans le cadre d'une entrevue individuelle lorsqu'il avait demandé de l'aide pour répondre au questionnaire. À la fin de la collecte de données dans leur établissement, tous les détenus participants ont reçu les réponses aux questions portant sur leur connaissance du VIH et du VHC (Zakaria et coll., sous presse).

En milieu correctionnel, plusieurs facteurs compliquent le recrutement des détenus et l'administration du sondage, notamment le transfèrement des détenus entre établissements, le départ des détenus à l'expiration de leur mandat et le fait que certains détenus bénéficient d'un congé sous condition durant la période du sondage. En tout, 3 370 détenus (3 006 hommes, 351 femmes, 13 transgenres) ont répondu au questionnaire. Des questions opérationnelles ont restreint la capacité de la plupart des établissements de tenir un compte précis du nombre de détenus invités à participer au sondage; toutefois, 13 établissements, abritant environ 27 % de la population carcérale totale sous responsabilité fédérale à l'époque du sondage, ont fourni suffisamment de renseignements détaillés pour estimer le taux de consentement et de réponse au sondage. Dans ces 13 établissements de niveaux de sécurité variables (de sécurité minimale à sécurité maximale), 1 687 détenus ont été invités à participer, 996 ont accepté (taux de consentement = 59 %) et 811 ont rempli un questionnaire (taux de réponse = 48 %). Par comparaison, le sondage national de 1995 auprès des détenus avait obtenu un taux de réponse de 64,2 % [taux de réponse = nombre de détenus qui ont rempli un questionnaire/(nombre de détenus qui ont rempli un questionnaire + nombre de détenus qui ont refusé)]. Mais lorsque les détenus malades, mis en liberté et transférés sont inclus dans le dénominateur, le taux de réponse chute à 59,7 % (Price Waterhouse, 1996, renseignements déduits de l'annexe 1.3, à la p. 12). La différence dans les taux de réponse des deux sondages peut être attribuée à plusieurs facteurs, tels qu'un changement dans le profil des détenus au fil du temps ou les sujets plus délicats abordés dans le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque.

L'entrepreneur a conservé tous les questionnaires remplis et, en août 2007, a fourni une base de données contenant les dossiers anonymes du sondage. Les analyses préliminaires visant à vérifier l'intégrité des données ont été réalisées à l'automne 2007 et à l'hiver 2008. Une fois réglées toutes les questions relatives à l'intégrité des données, en juin 2008, l'entrepreneur a

détruit tous les questionnaires remplis.

Démarche analytique générale

Procédures statistiques pour les enquêtes par échantillonnage complexe

Les procédures statistiques sont généralement adaptées aux données obtenues par échantillonnage aléatoire simple. Lorsque tel est le cas, chaque détenu faisant partie de l'échantillon représente un détenu issu de la population carcérale, et les estimations dérivées de l'échantillon se rapportent à cette population. Dans le Sondage national de 2007, les détenus étaient choisis au hasard, mais la fraction de l'échantillon qu'ils constituaient n'était pas la même d'un établissement à l'autre, s'échelonnant entre 8 et 94 %. Par conséquent, chaque détenu membre de l'échantillon représentait un nombre pouvant aller de 1 à 13 détenus. Une analyse des données du Sondage national de 2007 comme si celles-ci avaient été obtenues par échantillonnage aléatoire simple (c.-à-d. que chaque détenu membre de l'échantillon aléatoire représente un détenu issu de la population carcérale) se solderait par des estimations et des variances inexactes de la population (Lee et Forthofer, 2006). Toutes les valeurs estimées présentées dans le présent rapport tiennent compte de l'échantillonnage complexe du Sondage national de 2007 en intégrant des coefficients de pondération qui indiquent le nombre de détenus de la population que représente chaque détenu membre de l'échantillon. L'inverse de la fraction de l'échantillon de l'établissement établissait le coefficient de pondération d'un dossier. C'est pourquoi les estimations présentées dans le présent rapport sont représentatives de la population carcérale canadienne sous responsabilité fédérale.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide des procédures d'enquête 9.1 ou 9.2 du SAS® Institute (SAS Institute Inc., 2004, 2008), qui tiennent compte de l'échantillonnage complexe. Les inférences à la population se font à l'aide de critères communs de décision (p. ex. alpha bilatéral de 0,05). La linéarisation[3] par série de Taylor a été utilisée de pair avec le facteur de correction de la population finie pour calculer la variance d'une estimation. Au cours des analyses bidimensionnelles, nous avons utilisé le test du chi carré de Rao-Scott[4] pour association statistique lorsque les données étaient nominales, et le test de Wald (statistique F[5])

[3] Pour obtenir des renseignements détaillés et des références connexes, voir SAS Institute Inc. (2004, p. 166).
[4] Pour obtenir des renseignements détaillés et des références connexes, voir SAS Institute Inc. (2004, p. 4216).
[5] Pour obtenir des renseignements détaillés, voir SAS Institute Inc. (2008, p. 6558).

lorsque nous étions en présence de données continues.

Non-réponse à certaines questions et sous-populations de petite taille

La non-réponse à certaines questions est une limite inhérente à la plupart des sondages d'autodéclaration qui portent sur des questions personnelles comme le comportement sexuel. Bien qu'il existe des procédures perfectionnées, les auteurs du présent rapport ont employé une méthode similaire à celle d'autres études répertoriées lors de la recension des écrits : quelle que soit la question, nous présumons que les non-répondants et les répondants possèdent des caractéristiques communes. Toutefois, lorsque le taux de non-réponse à une question excédait les 50 %, nous avons choisi de ne pas divulguer les estimations. Afin de protéger la confidentialité des données, nous n'indiquons pas les estimations lorsque moins de cinq détenus partagent une même caractéristique. En dernier lieu, en raison du petit nombre (n = 13) de répondants transgenres, les résultats du sondage mené auprès d'eux ne sont pas présentés dans le présent rapport.

REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON ET CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Une comparaison des caractéristiques des détenus tirées du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque et de celles issues des données administratives du SCC a indiqué que l'échantillon était représentatif de la population carcérale (voir le tableau 1). Selon les données du Sondage national de 2007, la majorité des détenus étaient des Anglophones (78 %), non autochtones (79 %), nés au Canada (89 %), qui possédaient un diplôme d'études secondaires ou plus à l'époque du sondage (54 %) et qui n'avaient pas de relations engagées (69 %). Des différences existaient entre les hommes et les femmes. En moyenne, les hommes étaient plus âgés que les femmes (38 ans par rapport à 34), avaient purgé une plus longue partie de leur peine actuelle (4,8 ans par rapport à 2,2 ans) et comprenaient un pourcentage moindre d'Autochtones (21 % par rapport à 36 %) comparativement aux femmes.

Tableau 1 :

Caractéristiques des détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon la source de données

Caractéristiques	Sondage national (n=3 357) (N=13 701)				Données administratives du SCC (N=13 041)			
	Hommes (n=3 006) (N=13 222)		Femmes (n=351) (N=479)		Hommes (N=12 574)		Femmes (N=467)	
	n	moyenne ou % (IC de 95 %)	n	moyenne ou % (IC de 95 %)	N	moyenne ou %	N	moyenne ou %
Âge (années)	2 899	38 (38, 39)	335	34 (34, 35)	12 554	38	466	35
Niveau de scolarité le plus élevé au moment du sondage (%)								
Inférieur au diplôme d'études secondaires	1 252	46 (44, 48)	156	48 (45, 51)	-	-	-	-
Diplôme d'études secondaires ou plus	1 533	54 (52, 56)	176	52 (49, 55)	-	-	-	-
Situation conjugale (%)								
Mariés/conjoints de fait	884	31 (29, 32)	121	35 (32, 38)	4 839	39	165	36
Célibataires/séparés/divorcés/veufs	2 043	69 (68, 71)	224	65 (62, 68)	7 654	61	297	64
Pays de naissance (%)								
Canada	2 622	89 (88, 90)	320	92 (91, 94)	11 175	89	412	89
Autre	305	11 (10, 12)	26	8 (6, 9)	1 386	11	53	11
Autoidentification des Autochtones (%)								
Autochtones	612	21 (19, 22)	129	36 (33, 38)	2 466	20	147	32
Non-Autochtones	2 281	79 (78, 81)	212	65 (62, 67)	10 023	80	310	68
Race (%)								
Blanc	1 852	65 (63, 67)	179	55 (52, 58)	8 482	68	258	56
Autochtone	612	21 (20, 23)	129	36 (34, 38)	2 466	20	147	32
Autre minorité visible	356	14 (13, 15)	28	9 (7, 11)	1 541	12	52	11
Langue la plus aisément parlée (%)								
Anglais	2 154	78 (77, 79)	302	84 (83, 86)	8 425	74	317	79
Français	719	20 (20, 21)	37	14 (13, 15)	2 342	21	62	15
Autre	54	2 (1, 2)	6	2 (1, 2)	642	6	22	5
Années purgées de la peine actuelle	2 702	4,8 (4,6, 5,1)	318	2,2 (2,0, 2,4)	12 554	4.4	466	3.0
Région (%)								
Atlantique	317	10 (10, 10)	50	13 (13, 13)	1 297	10	62	13
Québec	868	24 (24, 24)	42	16 (16, 16)	2 990	24	73	16
Ontario	627	27 (27, 27)	84	26 (26, 26)	3 344	27	123	26
Prairies	847	25 (25, 25)	137	33 (33, 33)	3 168	25	151	32
Pacifique	347	15 (14, 15)	38	13 (12, 13)	1 772	14	58	12
Cote de sécurité (%)								
Maximale	581	21 (21, 21)	0		3 199	25	102	22
Moyenne	1 488	60 (60, 60)	0		6 934	55	196	42
Minimale	869	18 (18, 18)	4	1 (1, 1)	1 907	15	161	34
Inconnue	68	1 (1, 1)	347	99 (99, 99)	534	4	8	2

Nota. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100. Le niveau d'études déduit des données administratives ne peut être comparé aux estimations découlant du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque en raison de l'incompatibilité des deux méthodes de collecte des renseignements (test normalisé à l'admission par opposition à une autodéclaration lors du sondage). La cote de sécurité des détenus à l'époque du Sondage national était fondée sur le niveau de sécurité de l'établissement où ils étaient logés; c'est ce qui explique pourquoi cette cote est inconnue pour la majorité des femmes, qui résident dans des établissements à niveaux de sécurité multiples. Sondage national = Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque; SCC = Service correctionnel du Canada; n = taille de l'échantillon; N = taille estimée de la population.

COMPARAISON DES COMPORTEMENTS À RISQUE DANS LA COLLECTIVITÉ ET EN MILIEU CARCÉRAL

La présente section du rapport décrit de façon détaillée les comportements à risque dans la collectivité, ce qui permet d'affirmer que les délinquants affichent un taux élevé de comportements à risque liés aux drogues et aux activités sexuelles à leur arrivée dans les pénitenciers fédéraux. Les comportements à risque dans la collectivité sont ensuite comparés aux comportements à risque en milieu carcéral afin de faire la démonstration que la majorité des comportements à risque deviennent moins fréquents en milieu correctionnel.

Certaines questions du Sondage national de 2007 interrogeaient les détenus admis au cours des trois dernières années au sujet de leurs comportements liés aux drogues et aux activités sexuelles durant leurs six derniers mois dans la collectivité, avant le début de leur peine actuelle, et au cours de leurs six derniers mois d'incarcération. Leurs réponses ont permis de cerner les changements dans leurs comportements à risque lorsqu'ils passent de la vie dans collectivité à la vie en milieu carcéral.

Usage de drogues

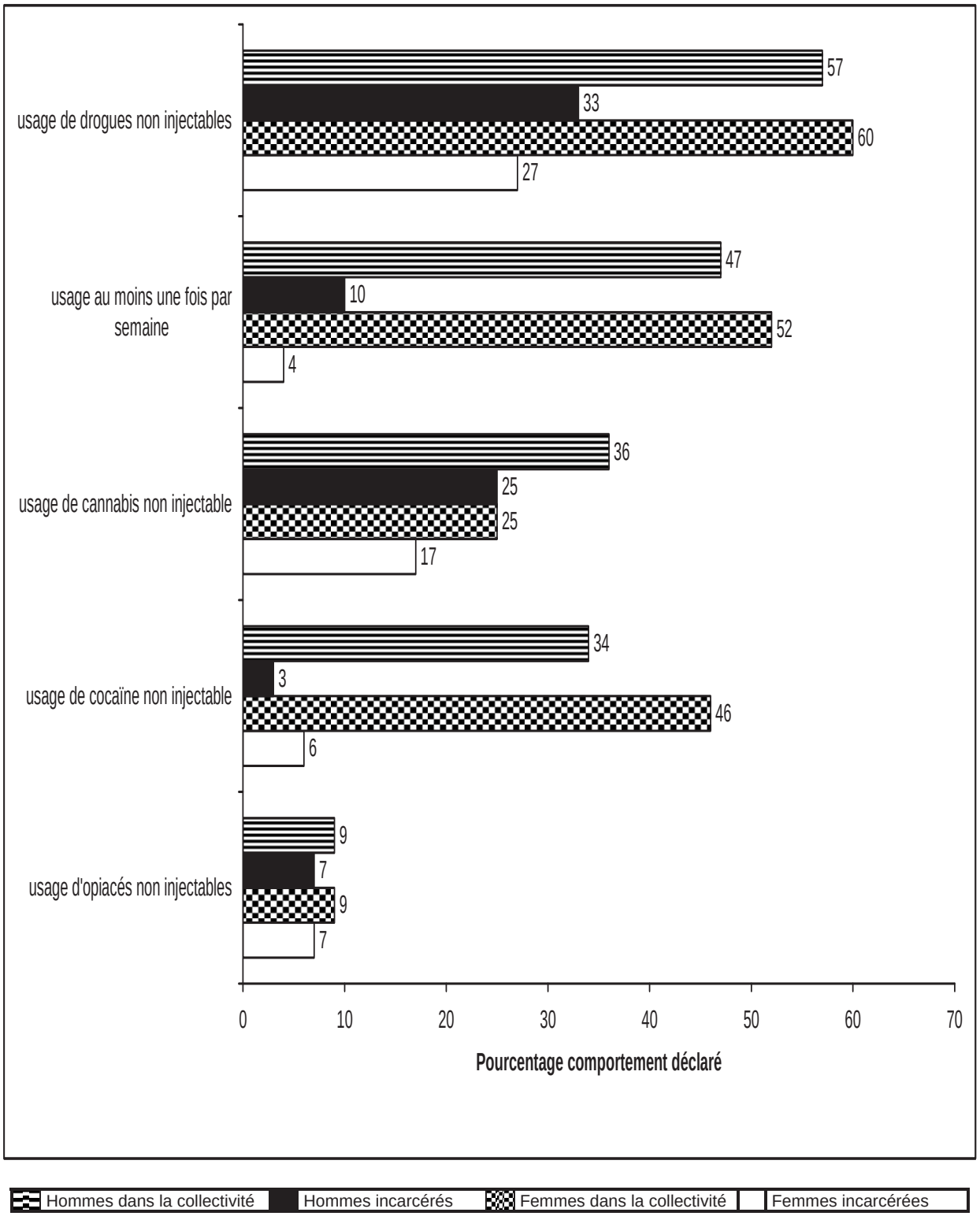
Usage de drogues non injectables

L'usage de drogues non injectables (c.-à-d. les drogues qui peuvent être sniffées, reniflées, fumées ou avalées) chute de 50 % en milieu carcéral par rapport à l'usage de ces drogues dans la collectivité, tant pour les hommes (33 % par rapport à 57 %) que pour les femmes (27 % par rapport à 60 %) (voir la figure 1). Encore plus spectaculaire, le pourcentage de détenus qui font usage de drogues non injectables au moins une fois par semaine en établissement connaît une baisse drastique jusqu'à ne plus représenter qu'environ un cinquième ou moins de la consommation avouée dans la collectivité, tant chez les hommes (10 % par rapport à 47 %) que chez les femmes (4 % par rapport à 52 %).

Le cannabis, la cocaïne et les opiacés sont les trois drogues non injectables les plus fréquemment consommées aussi bien dans la collectivité qu'en milieu carcéral, mais pas dans le même ordre d'importance. Fait digne de mention, le pourcentage des détenus qui déclarent consommer le plus souvent de la cocaïne diminue considérablement en établissement, par rapport à ce qu'il était dans la collectivité, aussi bien chez les hommes (3 % par rapport à 34 %)

que chez les femmes (6 % par rapport à 46 %). C’est l’usage d’opiacés qui décline le plus lentement en milieu carcéral (7 % par rapport à 9 % dans la collectivité en établissement).

Figure 1. Usage de drogues non injectables durant les six derniers mois dans la collectivité et durant les six derniers mois en milieu carcéral chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale admis au cours des trois dernières années, selon le sexe



Des études antérieures ont également constaté une plus forte tendance à faire usage de dépresseurs plutôt que de stimulants en milieu carcéral, les motifs de consommation les plus souvent mentionnés étant de relaxer et de tromper l'ennui (Bullock, 2003; Calzavara, Myers, Millson, Schlossberg et Burchell, 1997).

Usage de drogues injectables

Le pourcentage de détenus qui déclarent faire usage de drogues injectables en milieu carcéral, comparativement à ce même pourcentage dans la collectivité, diminue d'environ 30 % chez les hommes (16 % par rapport à 22 %) et de 50 % chez les femmes (15 % par rapport à 29 %) (voir la figure 2). De plus, le pourcentage de détenus qui s'injectent des drogues au moins une fois par semaine ou qui font de l'épisode de consommation excessive (c'est-à-dire qu'ils s'injectent maintes fois en peu de temps) chute d'au moins 70 % en milieu carcéral par rapport à dans la collectivité. La cocaïne et les opiacés sont les drogues injectables les plus fréquemment consommées aussi bien dans la collectivité qu'en milieu carcéral, mais pas dans le même ordre d'importance. En particulier, le pourcentage des détenus qui déclarent consommer le plus souvent de la cocaïne diminue considérablement en établissement, par rapport à ce qu'il était dans la collectivité. De façon semblable, une étude à laquelle ont participé des détenus de centres correctionnels provinciaux de l'Ontario a révélé que la drogue injectable la plus fréquemment consommée dans la collectivité était la cocaïne, suivie des opiacés, mais que cet ordre s'inversait en milieu carcéral (Calzavara et coll., 2003). Selon Calzavara et coll. (2003), ce constat peut s'expliquer par la nature de la dépendance aux opiacés; par une préférence pour l'état d'euphorie que procurent les opiacés, qui sont des sédatifs et des anti-douleurs dont l'effet dure des heures, plutôt que pour la cocaïne, qui est un stimulant dont l'effet ne dure que quelques minutes; et par le fait que les opiacés sont peut-être plus accessibles que les autres drogues dans les établissements correctionnels.

Après leur passage de la collectivité au milieu carcéral, les femmes sont moins nombreuses à échanger des seringues; la diminution de ce comportement à risque est proportionnelle à la réduction de leur consommation de drogues injectables. Mais chez les hommes, les échanges de seringues ne diminuent pas de manière importante en milieu carcéral. Par exemple, même si le pourcentage d'hommes faisant usage de drogues injectables passe de 22 % dans la collectivité à 16 % en milieu carcéral, le pourcentage de ceux qui s'injectent des

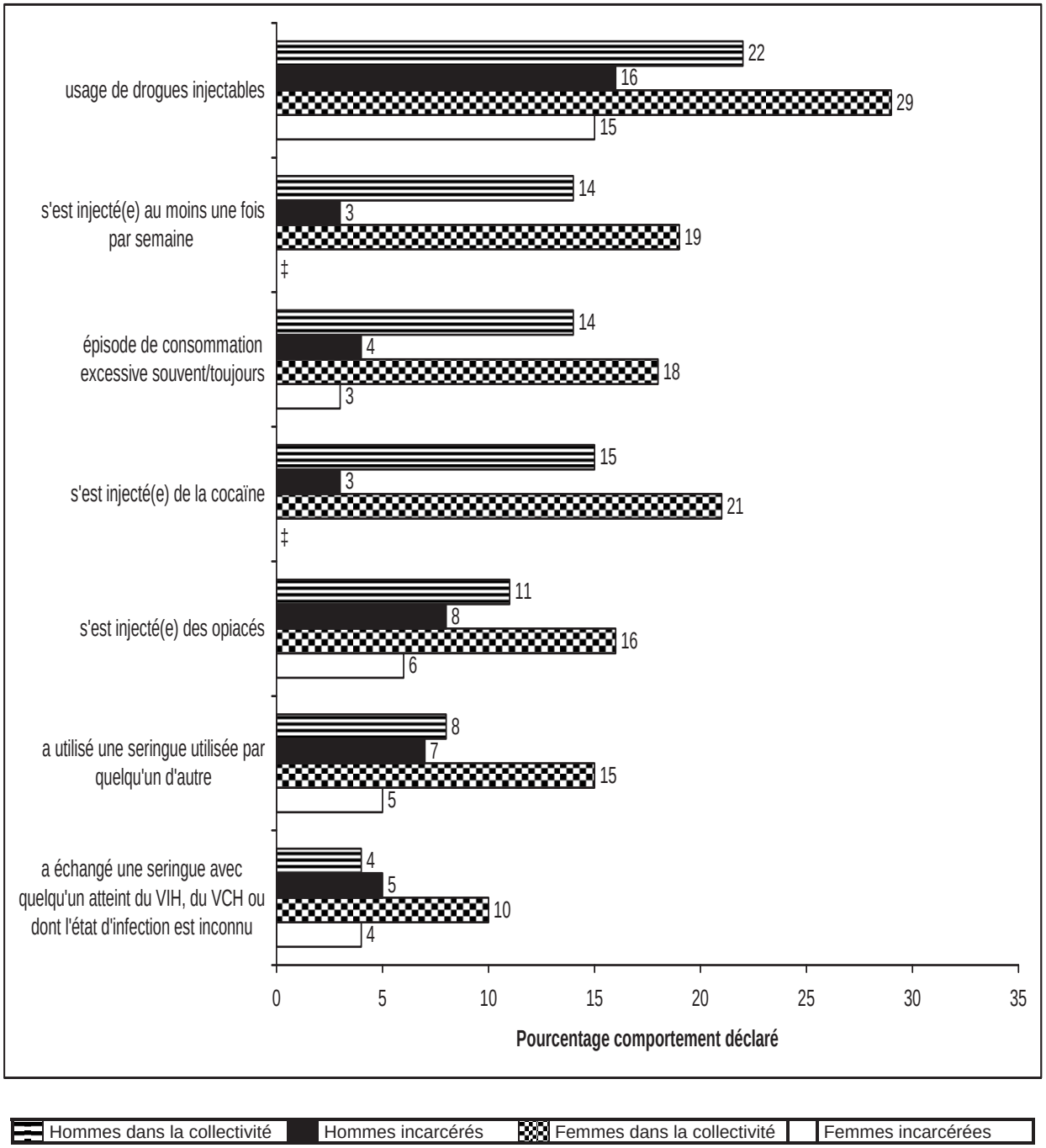
drogues avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre reste à peu près le même dans la collectivité et en établissement (8 % et 7 % respectivement). C'est donc dire que 36 % des hommes qui déclaraient faire usage de drogues injectables avaient utilisé une seringue appartenant à quelqu'un d'autre dans la collectivité (36 % = 8 % qui ont utilisé une seringue appartenant à quelqu'un d'autre / 22 % qui avaient consommé des drogues injectables), comparativement à 44 % en milieu carcéral (44 % = 7 % qui avaient utilisé une seringue appartenant à quelqu'un d'autre / 16 % qui avaient consommé des drogues injectables).

Les comparaisons possibles avec d'autres études sont limitées, parce que les chercheurs n'ont pas toujours utilisé le même cadre temporel pour quantifier les comportements à risque, tant dans la collectivité qu'en milieu carcéral. Néanmoins, tous ont fait état d'importantes diminutions du pourcentage d'hommes et de femmes qui s'injectent des drogues en milieu carcéral (Bullock, 2003; Calzavara et coll., 2003; Calzavara et coll., 1997; Martin et coll., 2005; Poulin et coll., 2007). À titre d'exemple, une étude menée auprès de détenus sous responsabilité provinciale, au Québec, en 2003, a révélé que 28 % des hommes et 43 % des femmes avaient déjà fait usage de drogues injectables à l'extérieur du pénitencier, alors que seulement 4 % des hommes et 1 % des femmes avouaient avoir consommé de telles drogues en milieu carcéral (Poulin et coll., 2007). Une étude antérieure réalisée auprès de détenus sous responsabilité provinciale, en Ontario, en 1996-1997, a révélé que le pourcentage de consommation de drogues injectables était passé de 17 % durant l'année précédant l'incarcération à 3 % durant la dernière année en établissement (Calzavara et coll., 2003). En dernier lieu, une petite étude (n = 39) auprès de détenues sous responsabilité provinciale, en Ontario, en 1995, a permis de constater que le pourcentage des utilisatrices de drogues injectables, qui était de 31 % durant l'année avant l'incarcération, avait chuté à 5 % durant la dernière année en établissement (Calzavara et coll., 1997).

En outre, des taux élevés d'échanges de seringues ont été observés entre les personnes qui font usage de drogues injectables en milieu carcéral par comparaison avec les taux observés antérieurement dans la collectivité (Allwright et coll., 2000; Calzavara et coll., 1997; Poulin et coll., 2007; Rotily et coll., 2001). L'une de ces études a mis au jour des différences selon le sexe dans les taux d'échanges de seringues à l'intérieur des établissements correctionnels provinciaux du Québec. Plus précisément1, chez les hommes qui s'injectent des drogues, le pourcentage d'échanges de seringues était passé de 53 % dans la collectivité à 63 % en établissement; chez

les femmes, le pourcentage était passé de 56 % dans la collectivité à 50 % en établissement (Poulin et coll., 2007). Les taux plus élevés d'échanges de seringues en milieu carcéral s'expliquent peut-être par l'accès réduit aux seringues dans les établissements. Il faudrait toutefois pousser plus loin la recherche afin de valider et expliquer les différences de comportement observées entre les hommes et les femmes.

Figure 2. Usage de drogues injectables durant les six derniers mois dans la collectivité et durant les six derniers mois en milieu carcéral chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale admis au cours des trois dernières années, selon le sexe



Nota. L'épisode de consommation excessive consiste à s'injecter une drogue à maintes reprises sur une courte période. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C.
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

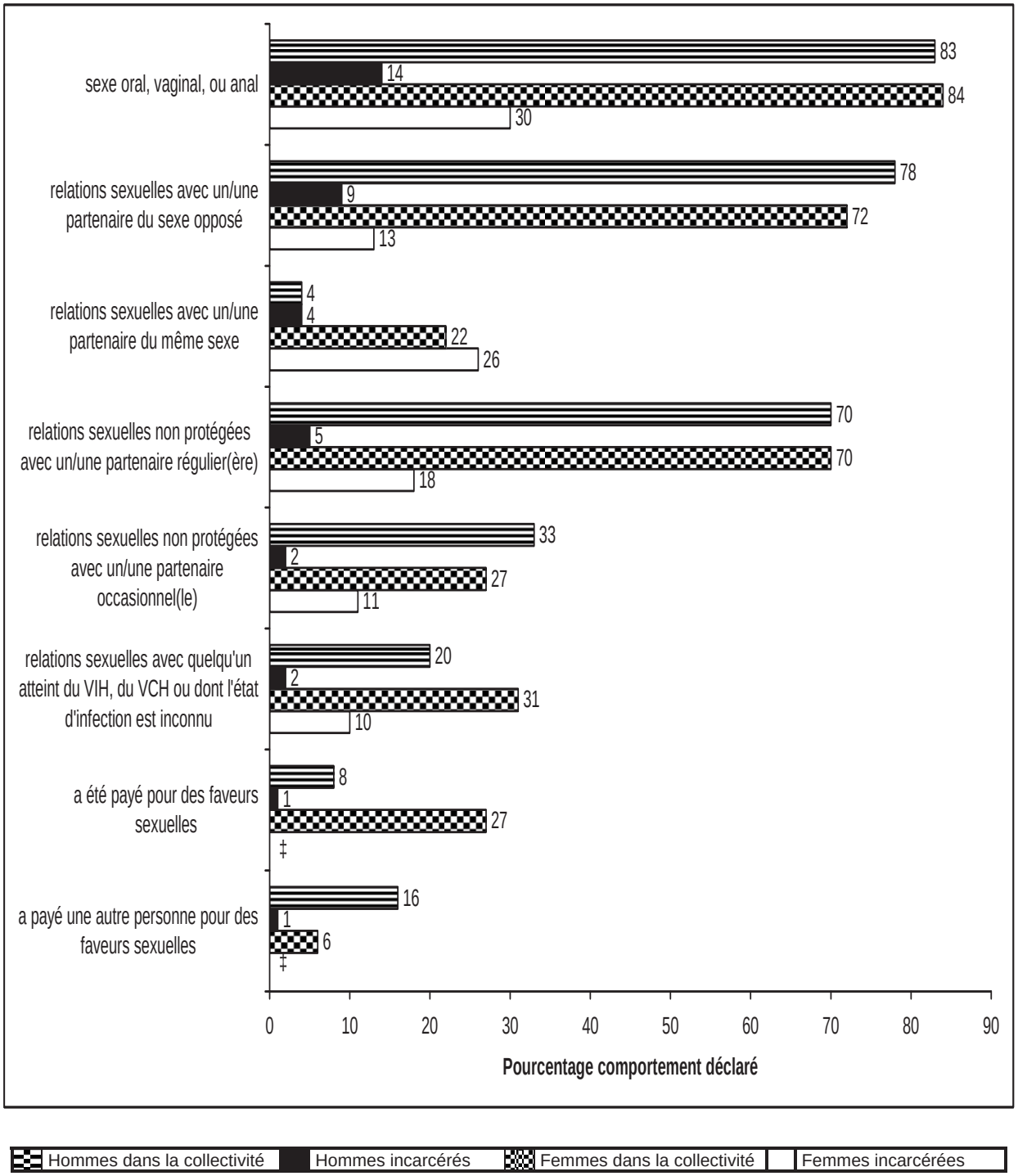
Activité sexuelle

Le pourcentage de détenus qui pratiquent le sexe oral, vaginal ou anal diminue sensiblement en milieu carcéral, par rapport à ce qu'il était dans la collectivité, tant pour les hommes (14 % par rapport à 83 %) que chez les femmes (30 % par rapport à 84 %) (voir la figure 3). De façon semblable, le pourcentage de détenus qui déclarent des comportements sexuels spécifiques est moindre en milieu carcéral que dans la collectivité, sauf en ce qui concerne les relations sexuelles avec un ou une partenaire de même sexe. En particulier, le pourcentage d'hommes avouant avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes (4 %) ne diffère pas en fonction du milieu, tandis que le pourcentage de femmes reconnaissant avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes augmente en milieu carcéral (26 % par rapport à 22 %).

Chez les détenus de sexe masculin, le pourcentage de comportements sexuels à risque déclarés (c.-à-d. relations sexuelles non protégées avec un partenaire occasionnel, relations sexuelles avec une personne qui est ou qui pourrait être infectée, se faire payer ou payer une autre personne pour avoir des relations sexuelles) baisse encore plus que le pourcentage de détenus qui reconnaissent avoir des relations sexuelles. Par exemple, en établissement, les hommes sont 83 % moins nombreux que dans la collectivité à déclarer avoir des relations sexuelles, mais 94 % moins nombreux à reconnaître avoir des relations sexuelles non protégées avec un partenaire occasionnel.

Ces constatations concordent avec celles d'une étude antérieure sur les comportements sexuels d'un petit échantillon (n = 39) de détenus canadiens sous responsabilité fédérale durant leurs 12 derniers mois dans la collectivité et leurs douze derniers mois d'incarcération (Calzavara et coll., 1997). Cette étude a révélé que le pourcentage de détenus déclarant des activités sexuelles avec un partenaire passe de 97 % dans la collectivité à 38 % en établissement. De plus, les pourcentages d'activité sexuelle déclarés avec un partenaire de même sexe augmentaient en milieu carcéral, par rapport à ce qu'ils étaient dans la collectivité, à la fois chez les hommes (15 % par rapport à 10 %) et chez les femmes (37 % par rapport à 21 %).

Figure 3. Comportements sexuels durant les six derniers mois dans la collectivité et durant les six derniers mois en milieu carcéral chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale admis au cours des trois dernières années, selon le sexe



Nota. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; ITS = infection transmise sexuellement.
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

COMPORTEMENTS À RISQUE DURANT LES SIX DERNIERS MOIS D'INCARCÉRATION CHEZ TOUS LES DÉTENUS CANADIENS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

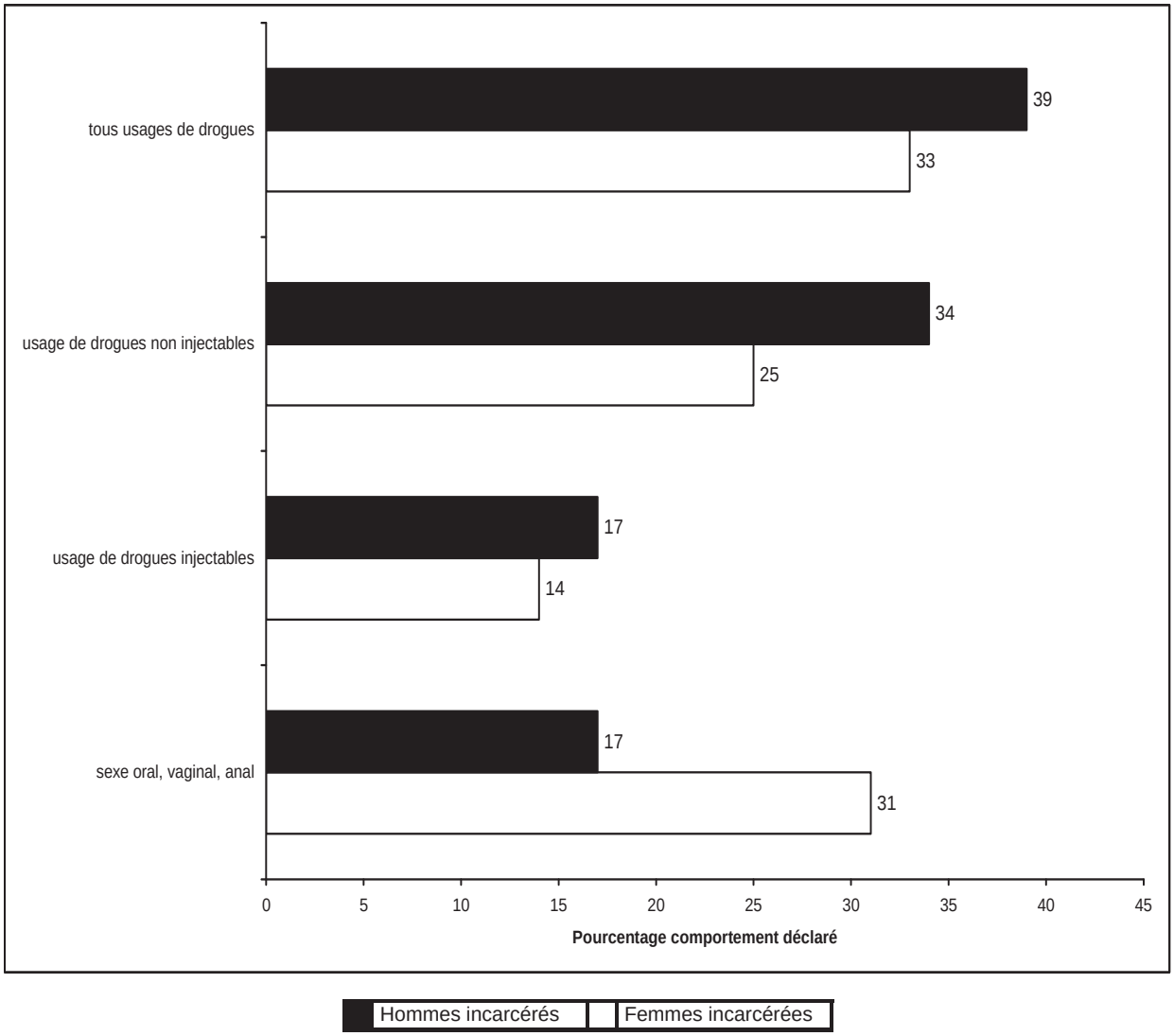
La présente section du rapport fait état des comportements à risque liés aux drogues et aux activités sexuelles, chez tous les détenus, au cours de leurs six derniers mois d'incarcération; ces comportements nous fournissent en quelque sorte le contexte dans lequel nous devons circonscrire les besoins des détenus en matière de santé ainsi que le risque de contracter des ITSS dans les pénitenciers.

La majorité des détenus ne déclarent pas de comportements à risque liés aux drogues ou aux activités sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération (voir la figure 4). Pour être plus précis, environ 39 % des hommes et 33 % des femmes indiquent avoir fait usage de drogues illicites, alors que moins de la moitié d'entre eux (17 % d'hommes, 14 % de femmes) avouent s'être injectés des drogues au moins une fois. Ces résultats correspondent de près à ceux d'études antérieures menées auprès de détenus canadiens sous responsabilité fédérale, qui situaient les taux de consommation de drogues non injectables entre 36 % et 56 % (Calzavara et coll., 1997; Price Waterhouse, 1996; Martin et coll., 2005) et les taux d'usage de drogues injectables entre 5 % et 24 % (Calzavara et coll., 1997; Ford et coll., 2000; Martin et coll., 2005; PASAN, 2003; Price Waterhouse, 1996). À l'échelle internationale, des études européennes, américaines et australiennes estiment que les pourcentages de détenus ayant déjà fait usage de drogues injectables en milieu carcéral s'échelonnent entre 0 % aux Pays-Bas et 52 % à Victoria, en Australie (Butler, Kariminia, Levy, et Kaldor, 2004; Christensen, Krarup, Niesters, Norder et Georgsen, 2000; Hellard, Hocking et Crofts, 2004; Khan et coll., 2005; Koulierakis, Gnardellis, Agrafiotis et Power, 2000; Rotily et coll., 2001; Weild et coll., 2000).

En ce qui a trait au comportement sexuel, moins d'un homme sur cinq (17 %) et d'une femme sur trois (31 %) déclarent pratiquer le sexe oral, vaginal ou anal. De façon semblable, des études canadiennes, américaines, européennes et australiennes ont dégagé des estimations d'activité sexuelle variant entre 0 % et 29 % chez les hommes (Allwright et coll., 2000; Dolan, Bijl et White, 2004; Dolan, Lowe et Shearer, 2004; Frost et Tchertkov, 2002; Gyarmathy, Neaigus et Szamado, 2003; Khan et coll., 2005; Price Waterhouse, 1996; Rotily et coll., 2001; Weild et coll., 2000) et entre 10 % et 37 % chez les femmes (Frost et Tchertkov, 2002; Gyarmathy et coll., 2003; Hogben, St. Lawrence et Eldridge, 2001; PASAN, 2003; Weild et

coll., 2000). De plus, conformément à nos résultats, des études ayant établi des estimations selon le sexe ont révélé des taux plus élevés d'activité sexuelle chez les femmes (Frost et Tchertkov, 2002; Gyarmathy et coll., 2003; Weild et coll., 2000).

Figure 4. Comportements à risque des détenus canadiens sous responsabilité fédérale durant leurs six derniers mois d'incarcération, selon le sexe



Comportements en matière d'injection des détenus qui déclarent avoir fait usage de drogues injectables durant leurs six derniers mois d'incarcération

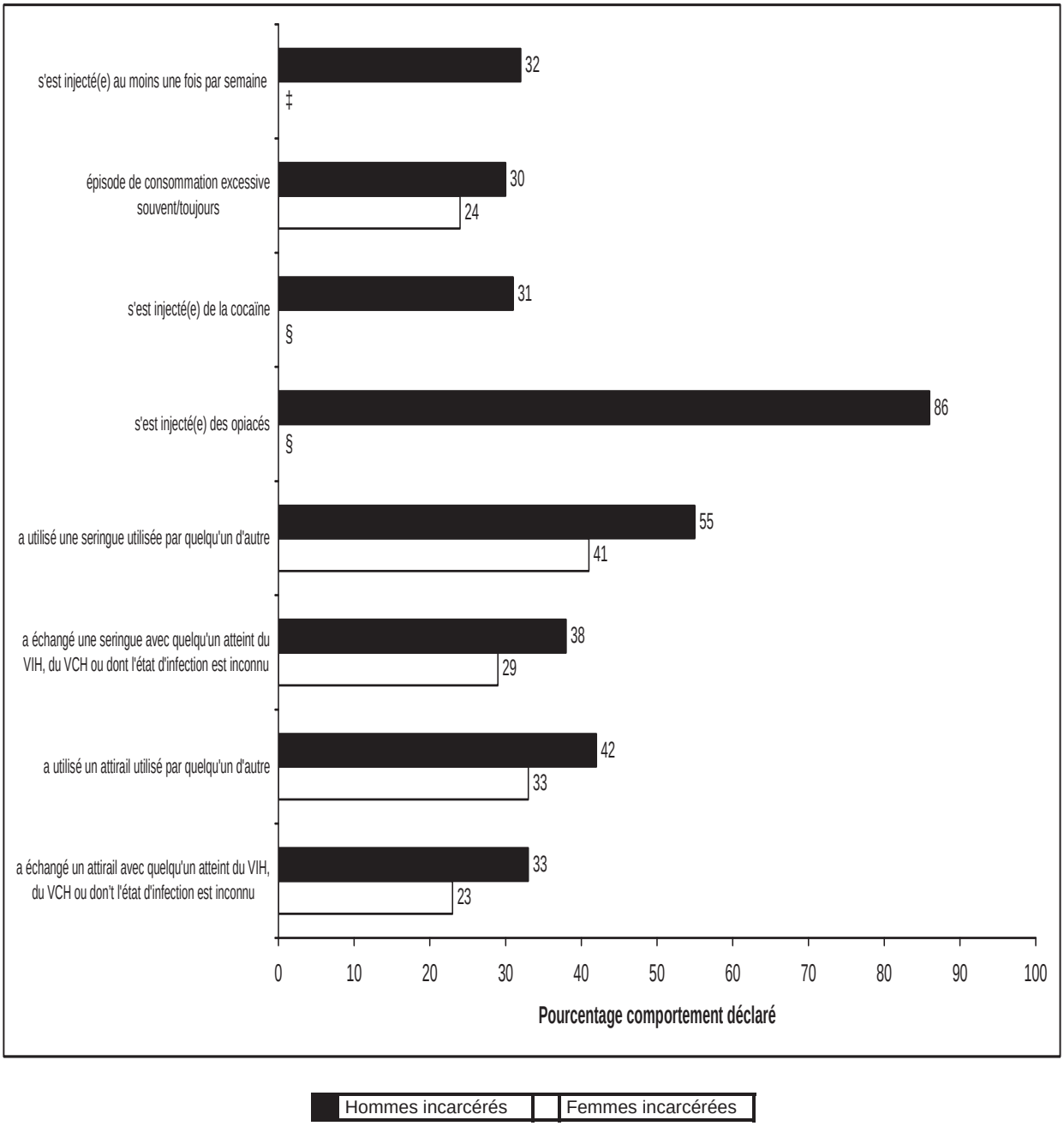
Certains comportements, comme les injections fréquentes et le partage du matériel d'injection, augmentent le risque de transmission de maladies infectieuses. Parmi les détenus qui ont fait usage de drogues injectables durant leurs six derniers mois d'incarcération, moins d'un

tiers déclarent s'injecter une drogue au moins une fois par semaine (31 %) ou se livrer souvent à des épisodes de consommation excessive par injection (30 % des hommes, 24 % des femmes) (voir la figure 5). Les drogues injectables les plus souvent utilisées sont les opiacés et la cocaïne, dans 87 % et 31 % des cas respectivement. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude antérieure auprès de détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale, qui a permis d'établir que les drogues les plus fréquemment injectées en milieu carcéral sont l'héroïne (88 %) et la cocaïne (29 %) (Ford et coll., 2000).

Les détenus qui font usage de drogues injectables avouent s'échanger du matériel d'injection. Ainsi, 55 % des hommes et 41 % des femmes ont déjà utilisé la seringue usagée de quelqu'un d'autre, et 38 % des hommes et 29 % des femmes ont partagé une seringue avec une personne atteinte du VIH, du VHC ou dont l'état d'infection est inconnu. Le partage de seringues diffère selon le sexe. En particulier, les femmes sont moins enclines que les hommes à utiliser la seringue de quelqu'un d'autre et à partager les seringues et l'attirail d'injection (c.-à-d. l'eau, un filtre, un contenant ou une cuillère pour chauffer la drogue) d'une personne atteinte du VIH, du VHC ou dont l'état d'infection est inconnu.

Les résultats du Sondage national de 2007 concordent donc avec ceux d'études canadiennes et européennes antérieures, qui ont estimé le taux de partage du matériel d'injection entre 50 % et 86 % chez les détenus qui s'injectent des drogues en milieu carcéral (Ford et coll., 2000; Koulierakis et coll., 2000; Martin et coll., 2005; Rotily et coll., 2001; Weild et coll., 2000). Le Sondage national de 2007 et des études antérieures ont donc permis d'identifier le partage de matériel d'injection comme source potentielle de transmission d'infections parmi les détenus qui font usage de drogues injectables.

Figure 5. Comportements en matière d'injection, selon le sexe, chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ont fait usage de drogues injectables durant leurs derniers six mois d'incarcération[a]



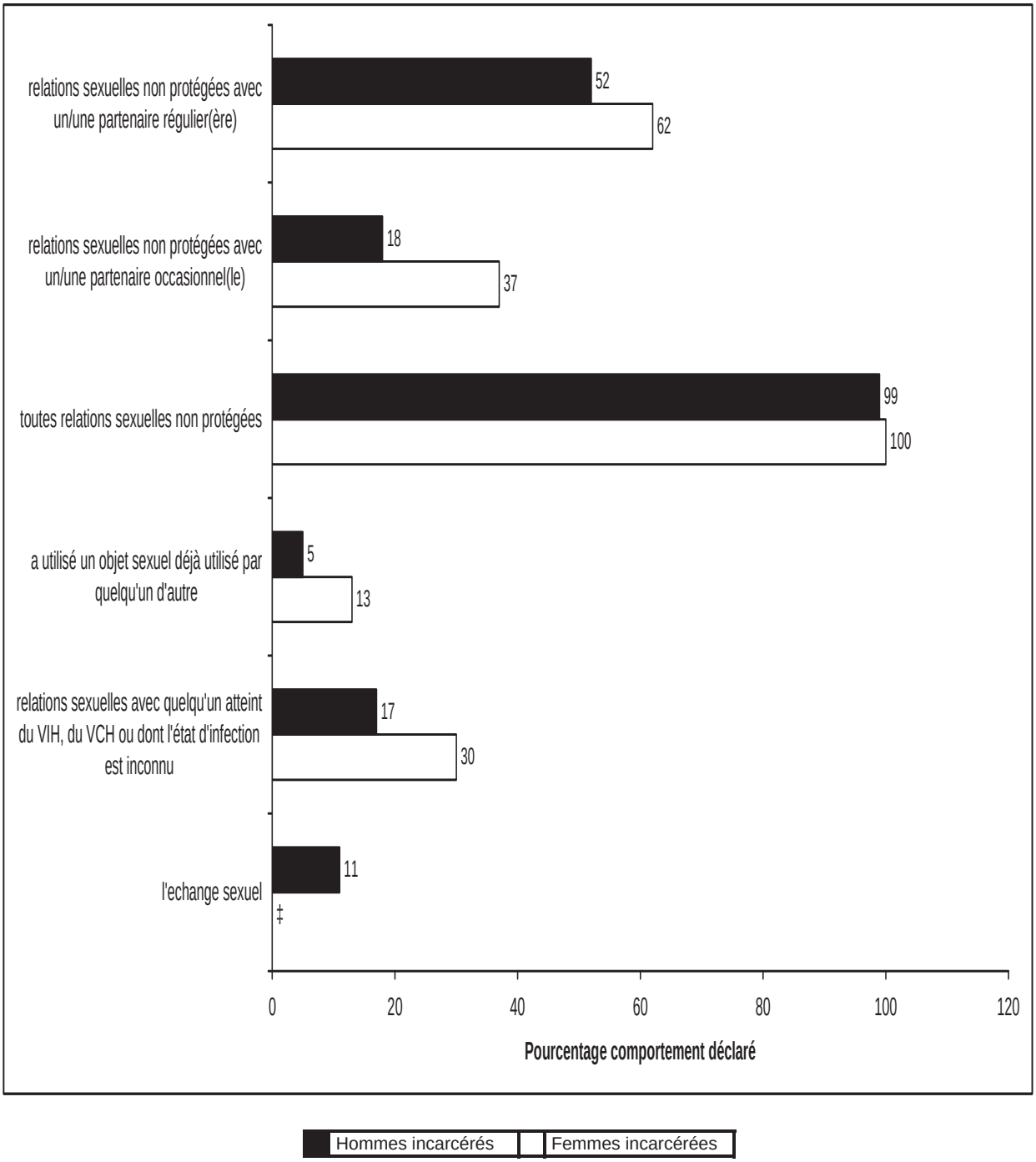
Nota. L'épisode de consommation excessive consiste à s'injecter une drogue à maintes reprises sur une courte période. L'attirail comprend de l'eau, un filtre (coton) et un contenant ou une cuillère pour chauffer la drogue. » VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; ITS = infection transmise sexuellement.
§ Résultat supprimé parce qu'il manquait plus de 50 % des données (fondé sur la distribution pondérée).
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.
[a] Cette figure présente des résultats pour les 17 % d'hommes et les 14 % de femmes qui ont déclaré avoir fait usage de drogues injectables durant leurs six derniers mois d'incarcération.

Comportements sexuels des détenus qui déclarent avoir eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération

Les relations sexuelles non protégées, surtout avec des partenaires à haut risque, augmentent le risque de contracter des infections transmises sexuellement. Entre 99 % et 100 % des détenus qui déclarent avoir eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération reconnaissent avoir pratiqué au moins une fois le sexe oral, vaginal ou anal; plusieurs comportements sexuels à risque varient selon le sexe (voir la figure 6). Comparativement aux hommes, les femmes sont passablement plus nombreuses à avoir eu des relations sexuelles non protégées avec une partenaire ou un partenaire régulier (62 % par rapport à 52 %) et des partenaires occasionnels (37 % par rapport à 18 %), à avoir utilisé le jouet sexuel de quelqu'un d'autre (13 % par rapport à 5 %) et à avoir eu des relations sexuelles avec une personne atteinte du VIH, du VHC, d'une ITS ou dont l'état d'infection est inconnu (30 % par rapport à 17 %).

Ces constatations concordent avec celles d'études canadiennes, américaines, européennes, australiennes antérieures qui ont révélé des taux de relations sexuelles non protégées allant de 40 % à 100 % chez les détenus actifs sexuellement (Calzavara et coll., 1997; Dolan, Bijl et coll., 2004; Dolan, Lowe et coll., 2004; Frost et Tchertkov, 2002; Hogben et coll., 2001; PASAN, 2003; Price Waterhouse, 1996; Rotily et coll., 2001). Le Sondage national de 2007 et des études antérieures ont donc permis de désigner les relations sexuelles non protégées comme source potentielle de transmission d'infections parmi les détenus qui sont sexuellement actifs en milieu carcéral.

Figure 6. Comportements sexuels, selon le sexe, des détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ont eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération[a]



Nota. L'échange sexuel consiste à avoir des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues, de matériel d'injection ou de biens. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; ITS = infection transmise sexuellement.

‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

[a] Cette figure présente les résultats pour les 17 % d'hommes et les 31 % de femmes qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération.

CONNAISSANCE DE LA POSSIBILITÉ DE SE PROCURER ET UTILISATION DE CES ARTICLES VISANT À RÉDUIRE LES MÉFAITS SUR LE PLAN DES ITS

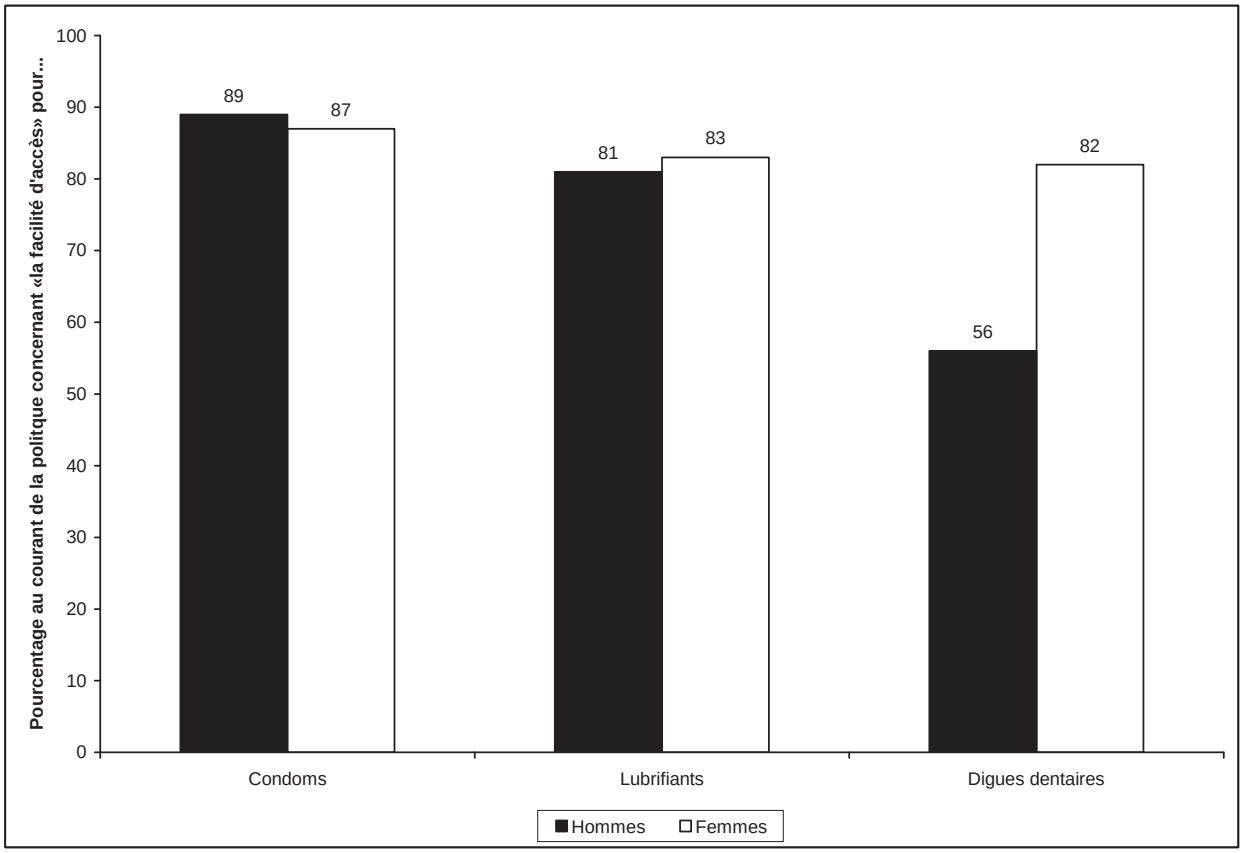
Les infections transmises sexuellement (ITS) peuvent être la cause de complications graves sur le plan de la santé et du système reproducteur. Comme les ITS sont souvent asymptomatiques, il est fréquent qu'elles ne soient ni détectées ni traitées. Leur transmission peut donc se poursuivre « incognito » lors d'activités sexuelles non protégées (ASPC, 2006, 2007b; CDC, 2005, 2006a, 2006b). Et qui plus est, le risque de contracter et de transmettre le VIH par contact sexuel augmente en présence d'autres ITS (ASPC, 2007a, 2007b).

Sachant que certains détenus ont des activités sexuelles en milieu carcéral, le SCC a adopté comme politique de mettre « promptement et discrètement » des condoms, du lubrifiant et des digues dentaires à leur portée afin de prévenir la propagation des ITS (SCC, 2004). La présente section du rapport recèle de l'information sur la connaissance qu'ont les détenus de la politique du SCC concernant les articles pouvant contribuer à réduire les méfaits sur le plan des ITS. Elle contient également des renseignements détaillés sur les difficultés d'accès à des articles visant à réduire les méfaits et sur l'utilisation qu'en ont fait les détenus qui ont eu des relations sexuelles en milieu carcéral durant leurs derniers six mois d'incarcération.

Connaissance des articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS

Quatre-vingt-neuf pour cent des détenus (89 % des hommes, 87 % des femmes) déclarent connaître la politique du SCC qui mise sur l'accès aux condoms pour prévenir la propagation des ITS, et 81 % (81 % des hommes, 83 % des femmes) disent être au courant de la politique d'accès aux lubrifiants. Cependant, les hommes sont moins nombreux que les femmes à connaître la politique relative aux digues dentaires (56 % des hommes, 82 % des femmes) (voir la figure 7).

Figure 7. Pourcentage des détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui sont au courant de la politique du SCC concernant la facilité d'accès aux condoms, aux lubrifiants et aux digues dentaires, selon le sexe



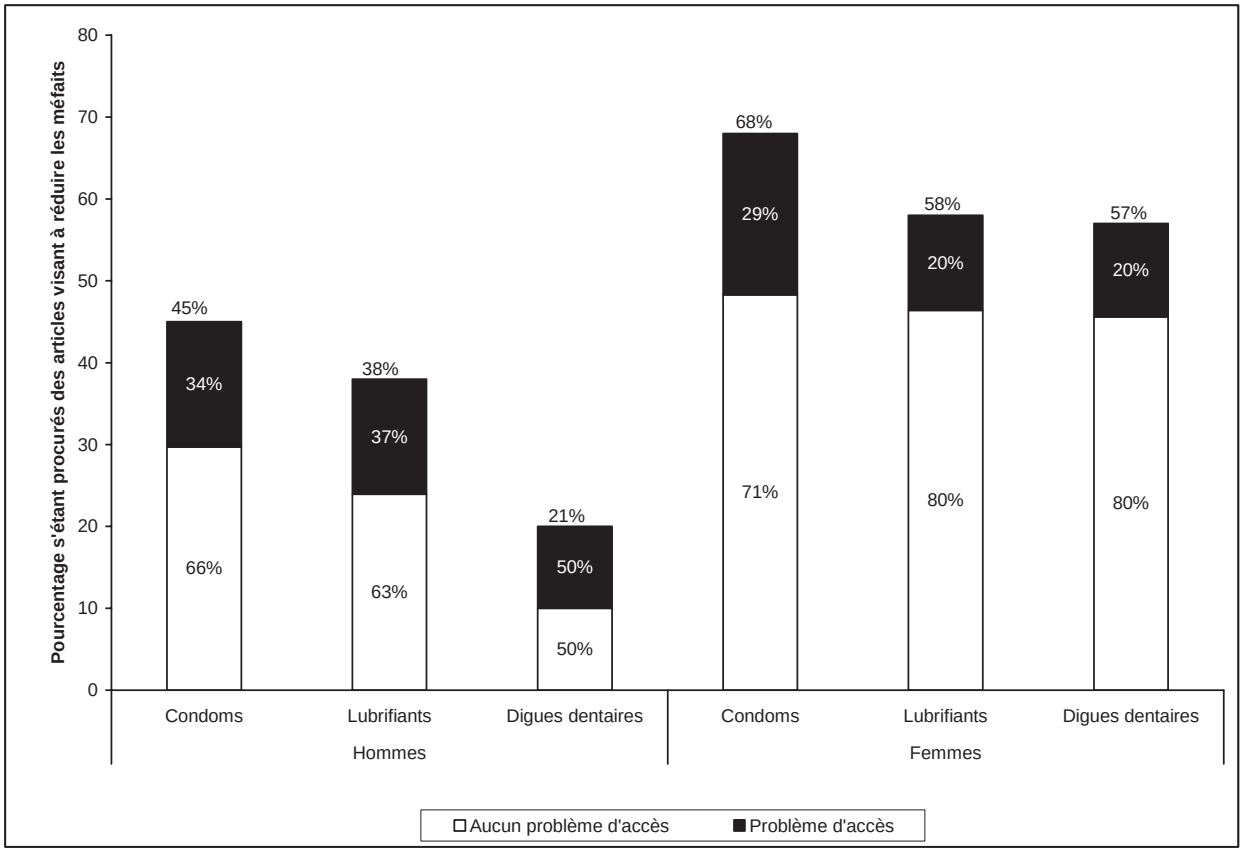
Cinquante-sept pour cent des détenus sexuellement actifs ont tenté de se procurer au moins un article visant à réduire les méfaits; et un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes ont essayé de se procurer chacun des articles visant à réduire les méfaits (voir la figure 8).

Difficultés d'accès aux articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS

Certains des détenus sexuellement actifs qui ont tenté de se procurer des articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS ont eu de la difficulté à les obtenir; les hommes ont eu davantage de problèmes que les femmes à se procurer du lubrifiant et des digues dentaires (voir la figure 8). Par exemple, parmi les détenus sexuellement actifs ayant tenté de se procurer des digues dentaires, 50 % des hommes ont eu de la difficulté à en obtenir comparativement à 20 % des femmes. Cette constatation concorde avec celle d'une étude antérieure réalisée par le SCC,

qui avait révélé que les digues dentaires n'étaient disponibles que dans les centres de soins de santé et les secteurs des visites et de la correspondance dans les établissements pour hommes, mais étaient accessibles un peu partout dans les établissements pour femmes (SCC, 1999).

Figure 8. Pourcentage des détenus sexuellement actifs[a] qui se sont procurés des condoms, du lubrifiant et des digues dentaires dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada, selon le sexe



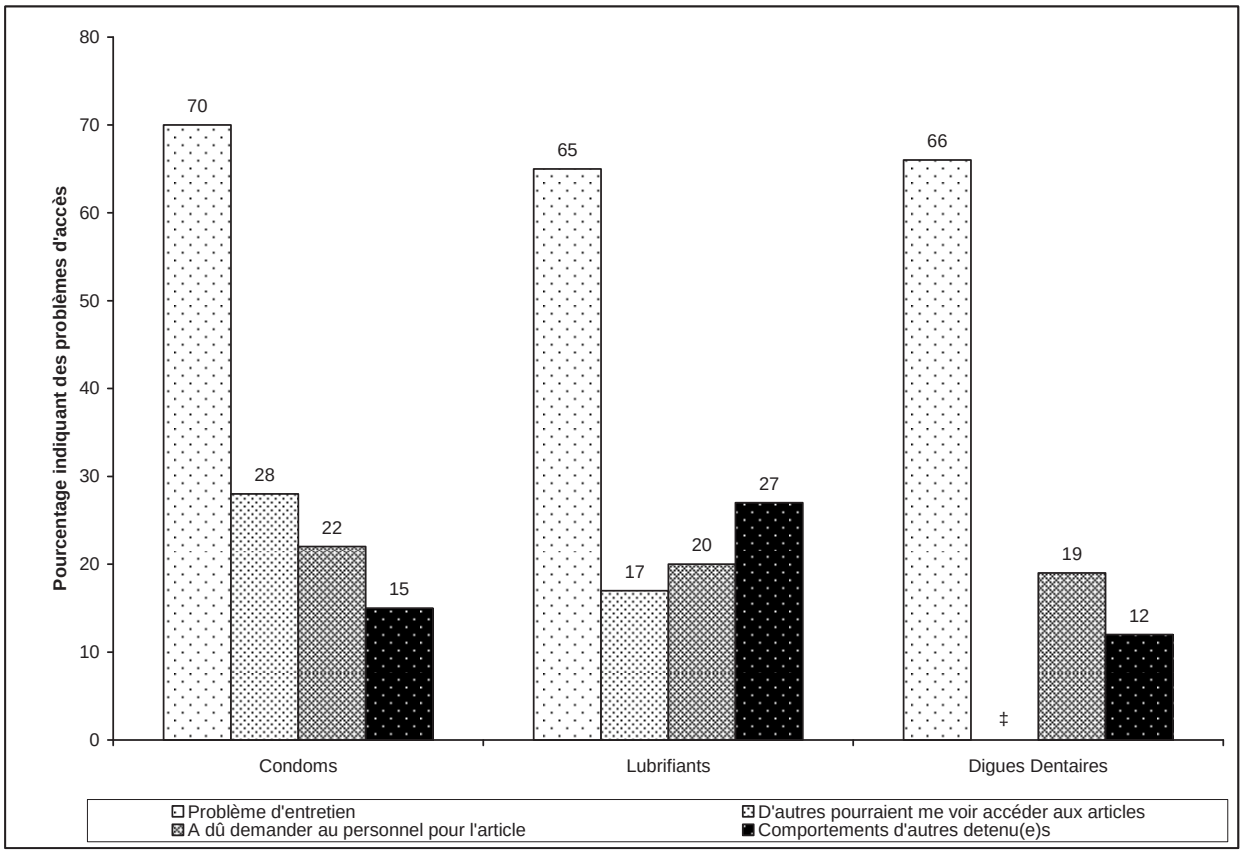
[a] Cette figure présente les résultats pour les 17 % d'hommes et les 31 % de femmes qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles durant leurs six derniers mois d'incarcération.

Pour chacun des articles visant à réduire les méfaits, le principal problème d'accès était généralement un problème d'entretien (c.-à-d. des distributrices[6] brisées, vides ou fournissant des articles endommagés) (voir la figure 9). Chez les femmes, le fait de devoir s'adresser au personnel pour se procurer des condoms constituait aussi un problème d'accès majeur (42 %, données non présentées). Le SCC (1999) et le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et

[6] Dans bon nombre d'établissements, des cuvettes servent de distributrices.

prisonnières vivant avec le sida (PASAN, 2003) avaient déjà relevé des problèmes d'entretien dans les pénitenciers fédéraux, mais sans en quantifier l'ampleur.

Figure 9. Problèmes vécus par les détenus sexuellement actifs qui ont tenté de se procurer des condoms, du lubrifiant et des digues dentaires[a] dans les pénitenciers fédéraux canadiens



Nota. Les détenus pouvaient choisir plusieurs raisons. Les problèmes d'entretien comprennent des distributrices vides, brisées ou fournissant de produits endommagés. Par comportement d'autres détenus, il faut comprendre ici le fait que certains détenus fassent des provisions du produit recherché ou restreignent l'accès à celui-ci.
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus avaient fait état de ce problème d'accès.
[a] Cette figure présente les résultats pour les détenus ayant déclaré avoir de la difficulté à se procurer des condoms (3 %), du lubrifiant (2 %) et des digues dentaires (2 %).

Corrélation entre la demande d'articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS et les comportements à risque

Chez les détenus sexuellement actifs, la demande d'articles visant à réduire les méfaits était en corrélation avec plusieurs comportements sexuels à risque. Premièrement, les détenus qui déclaraient avoir eu des relations sexuelles avec une personne atteinte d'une infection ou dont l'état d'infection était inconnu étaient plus enclins à tenter de se procurer de tels articles que ceux qui n'avaient pas eu ce genre de comportement (81 % par rapport à 56 %). Deuxièmement, en

comparaison avec les détenus qui ne s'étaient pas livrés à l'échange sexuel (c.-à-d. l'offre de faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues, de matériel d'injection ou d'autres biens), ceux qui s'étaient adonnés à cette pratique étaient plus enclins à tenter de se procurer des articles visant à réduire les méfaits (54 % par rapport à 94 %). En dernier lieu, les détenus ayant eu des relations sexuelles non protégées au moins une fois avec un partenaire occasionnel étaient également plus nombreux à tenter d'obtenir des articles visant à réduire les méfaits que les détenus qui n'avaient pas eu ce type de comportement (73 % par rapport à 58 %).

Ces résultats portent à croire que les détenus qui ont des comportements sexuels à risque sont plus enclins à se procurer des articles visant à réduire les méfaits que les détenus dont les comportements sexuels ne sont pas à risque. C'est donc dire que les articles visant à réduire les méfaits sur le plan des ITS sont utilisés par les détenus conformément à ce pourquoi ils sont prévus. Il est toutefois possible d'accroître leur utilisation en réduisant les difficultés d'accès à ces articles et en expliquant, dans le cadre d'une étude future, pourquoi certains détenus n'emploient pas les articles de ce genre mis à leur disposition.

CONNAISSANCE DE LA POSSIBILITÉ DE SE PROCURER DE L'EAU DE JAVEL POUR STÉRILISER LE MATÉRIEL D'INJECTION, DE TATOUAGE ET DE PERÇAGE CORPOREL ET UTILISATION DE CE PRODUIT

L'utilisation de matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel non stérile constitue un facteur de risque pour la propagation des infections transmissibles par le sang telles que le VIH et le VHC. Sachant que certains détenus ont ce genre de comportements à risque en établissement, le SCC exige que de l'eau de Javel leur soit «promptement et discrètement» accessible pour nettoyer leur matériel non stérile (SCC, 2004). La présente section du rapport contient de l'information sur la connaissance qu'ont les détenus de la politique du SCC concernant l'eau de Javel ainsi que des renseignements détaillés sur l'utilisation de ce produit et les difficultés mentionnés pour s'en procurer dans les établissements du SCC.

Connaissance de la possibilité de se procurer de l'eau de Javel et utilisation de ce produit

Quatre-vingt sept pour cent des détenus connaissaient la politique du SCC concernant l'eau de Javel et 57 % (57 % des hommes, 63 % des femmes) avaient essayé de se procurer ce produit au moins une fois durant leurs six derniers mois d'incarcération (voir la figure 10). La demande disproportionnée d'eau de Javel comparativement au pourcentage de détenus qui s'injectent des drogues, se font tatouer ou percer le corps en milieu carcéral est souvent expliquée par son utilisation à des fins d'hygiène personnelle et d'agent nettoyant à usage général (PASAN, 2003).

Problèmes d'accès à l'eau de Javel

Trente-sept pour cent des hommes et 28 % des femmes qui ont essayé de se procurer de l'eau de Javel ont eu de la difficulté à en obtenir (voir la figure 10). Parmi les détenus qui déclaraient des problèmes d'accès, 69 % des hommes et 48 % des femmes (voir la figure 11) plaçaient au premier rang les problèmes d'entretien tels que les distributrices vides, brisées ou contenant de l'eau de Javel diluée. De plus, 48 % des femmes avaient dû demander au personnel de leur en procurer. Ces problèmes ont été mentionnés à la suite d'autres examens de l'utilisation d'eau de Javel chez les détenus des établissements correctionnels canadiens (SCC, 1999; PASAN, 2003; Small et coll., 2005).

Figure 10. Besoin d'eau de Javel chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale et difficultés à s'en procurer, selon le sexe

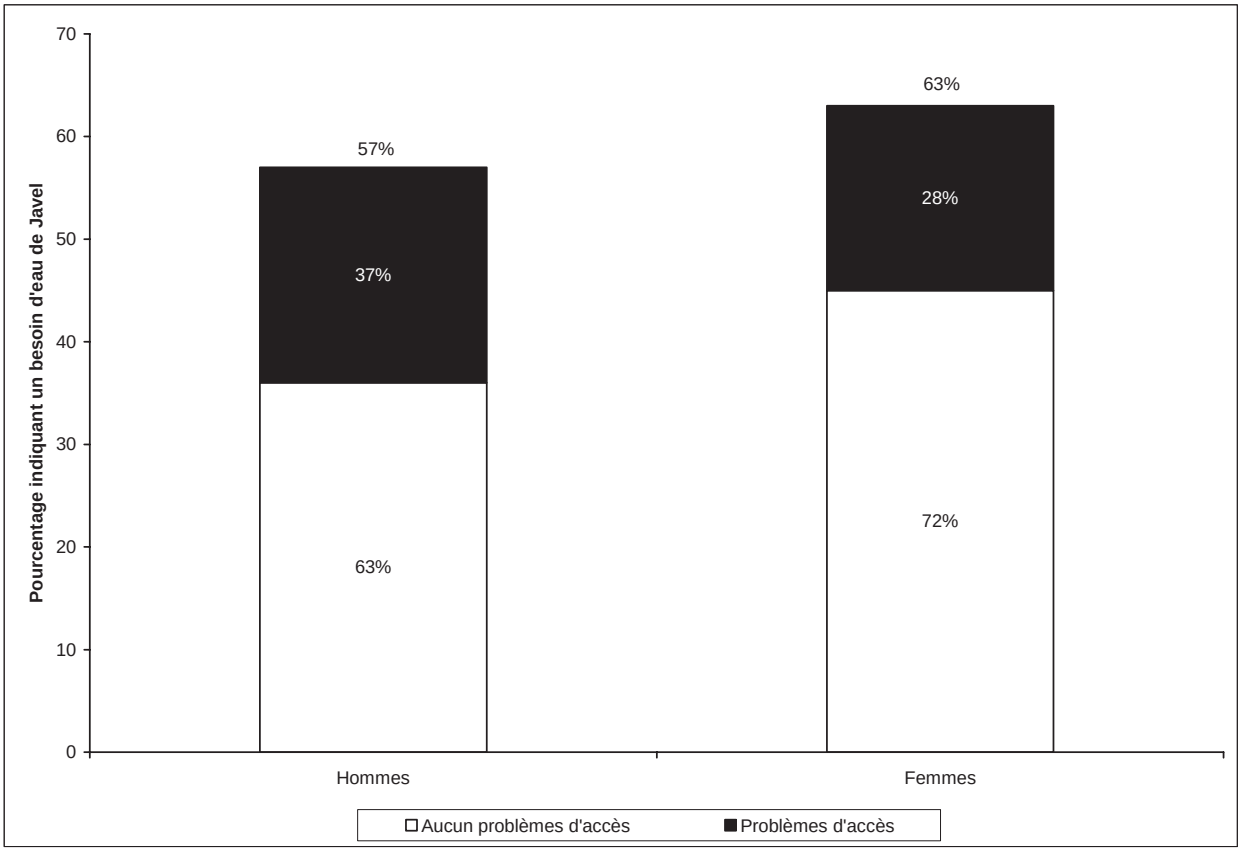
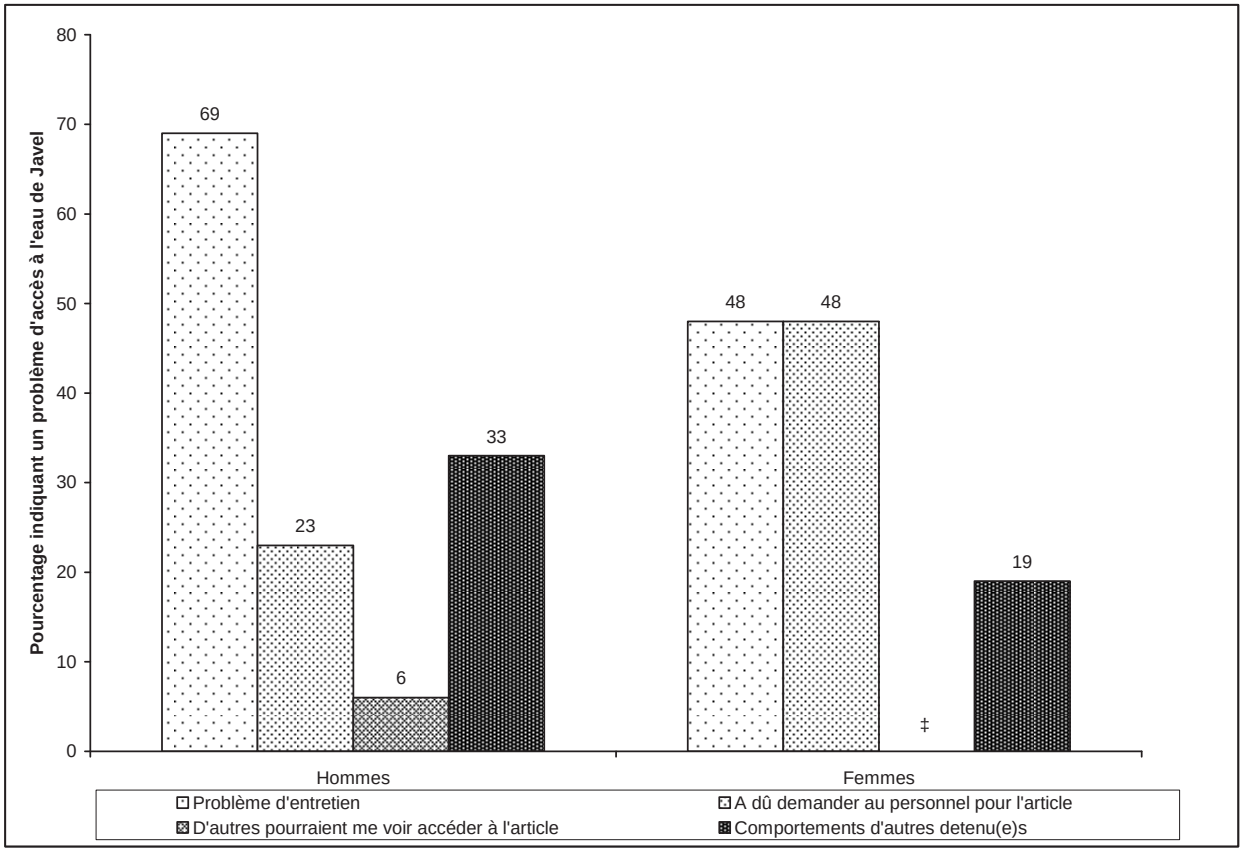


Figure 11. Problèmes d'accès à l'eau de Javel déclarés par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe



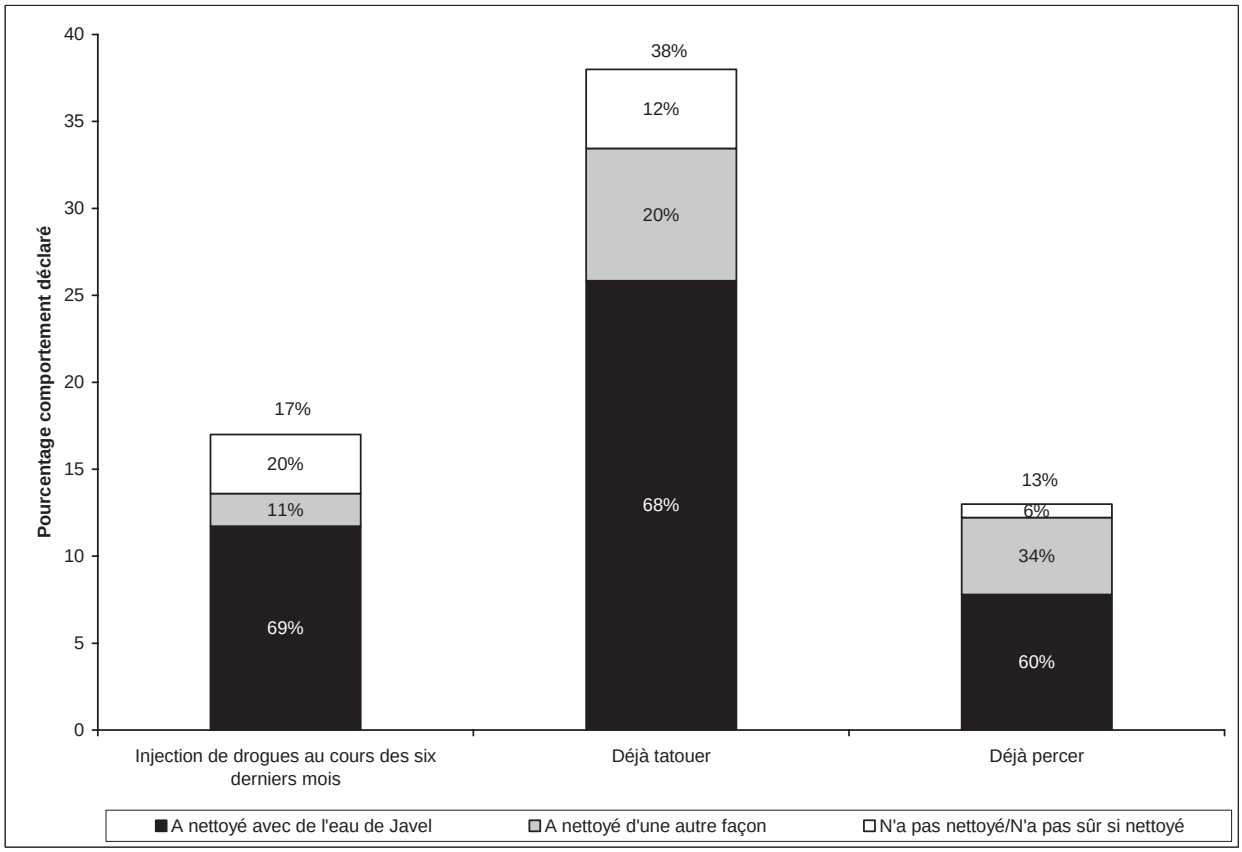
Nota. Les détenus pouvaient choisir plusieurs raisons. Les problèmes d'entretien comprennent des distributrices vides, brisées ou fournissant de l'eau de Javel diluée. Par comportement d'autres détenus, il faut comprendre ici le fait que certains détenus fassent des provisions du produit recherché ou restreignent l'accès à celui-ci.
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont fait état de ce problème d'accès.

Utilisation d'eau de Javel pour stériliser le matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel

En ce qui a trait à l'utilisation d'eau de Javel pour stériliser le matériel d'injection, de tatouage et de perçage corporel, la majorité des détenus qui se livrent à ces activités déclaraient nettoyer leur matériel avec de l'eau de Javel (voir la figure 12). Soixante neuf pour cent des détenus qui s'étaient injectés des drogues durant leurs derniers six mois d'incarcération avaient nettoyé leur seringue avec de l'eau de Javel lors de la dernière injection. Ces résultats concordent avec ceux de Calzavara et coll. (2003) et de Martin et coll. (2005), qui ont observé que la majorité des détenus qui s'injectaient des drogues nettoyaient leur matériel avec de l'eau de Javel. La tendance à nettoyer les seringues augmente toutefois avec la durée de la peine déjà

purgée. Ainsi, les détenus qui avaient purgé plus d'un an de leur peine actuelle étaient plus nombreux que ceux qui étaient incarcérés depuis moins longtemps à avoir nettoyé leurs seringues lors de leur dernière injection (77 % par rapport à 54 %).

Figure 12. Déclaration d'injection de drogues, de tatouage ou de perçage du corps en milieu carcéral, selon les pratiques de nettoyage du matériel chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale



Nota. Les détenus devaient indiquer s'ils s'étaient injectés des drogues durant leurs derniers six mois d'incarcération dans un établissement fédéral et s'ils s'étaient déjà fait tatouer ou percer le corps dans une rangée d'un établissement fédéral.

Parmi les détenus qui s'étaient déjà fait tatouer ou percer le corps dans une rangée d'un établissement du SCC, 68 % et 60 % respectivement déclaraient avoir nettoyé le matériel avec de l'eau de Javel à chaque utilisation. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude canadienne antérieure qui a révélé qu'environ 70 % des détenus qui s'étaient fait tatouer ou percer le corps dans un établissement correctionnel fédéral ou provincial avaient utilisé du matériel nettoyé (Alary, Godin et Lambert, 2005; Calzavara et coll., 1997; Price Waterhouse, 1996).

En dernier lieu, parmi les détenus qui s'injectent des drogues en établissement, ceux dont les pratiques d'injection sont à risque sont plus enclins à essayer de se procurer et d'utiliser de l'eau de Javel. Plus précisément, par comparaison avec les détenus qui n'utilisent pas la seringue usagée de quelqu'un d'autre, ceux qui le font sont plus nombreux à avoir tenté de se procurer de l'eau de Javel (70 % par rapport à 89 %) et à avoir nettoyé leur seringue avec de l'eau de Javel lors de la dernière injection (44 % par rapport à 83 %).

Par conséquent, la majorité des détenus qui s'injectent des drogues, se font tatouer ou percer le corps en milieu carcéral utilisent de l'eau de Javel pour nettoyer leur matériel. De plus, parmi les détenus qui s'injectent des drogues en établissement, ceux dont les pratiques d'injection sont à risque sont plus enclins à utiliser de l'eau de Javel que ceux dont les pratiques d'injection sont dénuées de risque. Ces résultats donnent à penser que l'eau de Javel est utilisée par les détenus conformément à ce pourquoi elle est prévue. Il est toutefois possible d'améliorer son taux d'utilisation en réduisant les difficultés d'accès à ce produit et en expliquant, dans le cadre d'une étude future, pourquoi certains détenus n'emploient pas l'eau de Javel mise à leur disposition.

PARTICIPATION, EN MILIEU CARCÉRAL, AU PROGRAMME DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE (PTEM)

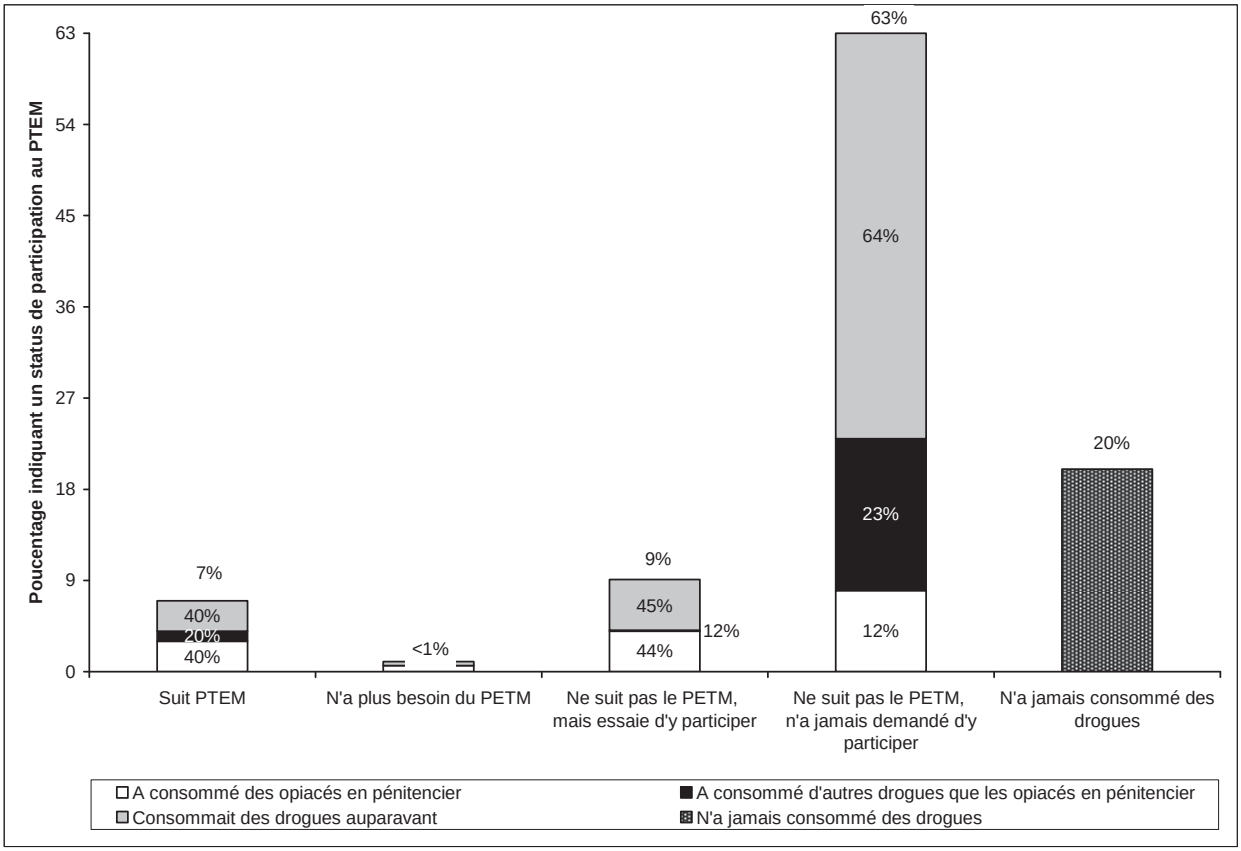
Une étude antérieure a révélé que l'injection d'opiacés dans la collectivité est fortement associée à l'injection de drogues en milieu carcéral et que les drogues injectables les plus fréquemment utilisées en établissement sont les opiacés (Calzavara et coll., 2003), ce qui s'explique par le fait que les opiacés engendrent une dépendance. Le Sondage national de 2007 a permis d'établir qu'une minorité des détenus (17 % des hommes, 14 % des femmes) s'étaient injectés des drogues durant leurs derniers six mois d'incarcération, mais que la majorité (87 %) d'entre eux consommaient notamment des opiacés. De plus, la consommation d'opiacés était liée à l'utilisation de matériel d'injection non stérile. Par exemple, comparativement aux détenus qui s'injectaient d'autres drogues, ceux qui s'injectaient des opiacés étaient plus enclins à utiliser la seringue (48 % par rapport à 81 %) et l'attirail (36 % par rapport à 59 %) usagés de quelqu'un d'autre. Ces comportements à haut risque associés avec l'injection d'opiacés peuvent favoriser la propagation d'infections transmises par le sang, comme le VIH et le VHC. Afin d'atténuer ce risque, le PTEM du SCC offre de la méthadone, un traitement approuvé pour les personnes ayant une grave dépendance aux opiacés. Le PTEM du SCC respecte toutes les normes des Collèges provinciaux des médecins et chirurgiens et de Santé Canada.

La présente section du rapport contient de l'information sur la participation au PTEM ainsi que sur la consommation de drogues dans les pénitenciers fédéraux. On y examine également les raisons pour lesquelles les détenus qui ont déjà essayé de se prévaloir du PTEM n'y participent pas en ce moment.

Participation au PTEM en milieu carcéral

Sept pour cent (7 %) de tous les détenus ont déclaré participer présentement au PTEM (voir la figure 13), un pourcentage qui concorde avec l'estimation du SCC à l'époque du sondage. De plus, 9 % des détenus qui ne participaient pas du PTEM à l'époque du sondage déclaraient avoir déjà demandé à suivre un traitement à la méthadone au SCC. Le reste des détenus affirmaient ne plus avoir besoin du programme (moins de 1 %), n'avoir jamais essayé de participer au programme au SCC (63 %), ou n'avoir jamais consommé de drogues (20 %).

Figure 13. Participation des détenus canadiens sous responsabilité fédérale au Programme de traitement d'entretien à la méthadone, selon la consommation de drogues en milieu carcéral



Nota. PTEM = Programme de traitement d'entretien à la méthadone.

Relation entre la participation au PTEM et la consommation de drogues en milieu carcéral

La participation au PTEM était associée à la consommation de drogues en milieu carcéral. Parmi les détenus qui suivaient le PTEM, 60 % n'avaient pas consommé d'opiacés au cours des six derniers mois, tandis que 40 % continuaient d'en consommer (voir la figure 13). Le maintien de la consommation d'opiacés, quoique moins fréquente parmi les participants au PTEM, a été observé dans d'autres populations carcérales (Dolan, Hall et Wodak, 1996; Dolan et coll., 2003; Heimer et coll., 2006; Magura, Rosenblum, Lewis et Joseph, 1993) et dans la collectivité. De façon semblable, environ 40 % de ceux qui ne participaient pas au PTEM, mais qui avaient demandé à suivre un traitement à la méthadone, avaient fait usage d'opiacés durant leurs six derniers mois d'incarcération. Par contre, 12 % des détenus qui n'avaient jamais demandé à participer au PTEM déclaraient faire usage d'opiacés. Ce sous-groupe de consommateurs d'opiacés qui n'ont jamais demandé à suivre un traitement à la méthadone au

SCC représente environ 8 % de la population carcérale totale (8 % = 12 % qui consommaient des opiacés * 63 % qui n'ont jamais tenté de s'inscrire au PTEM au SCC). Il est important de souligner que cet examen de la participation au PTEM et de la consommation de drogues est limité par la conception de type transversal du sondage. Dans ce genre de sondage, il est difficile d'évaluer comment la consommation de drogues influe sur la participation au PTEM et comment la participation au programme se répercute sur la consommation ultérieure de drogues.

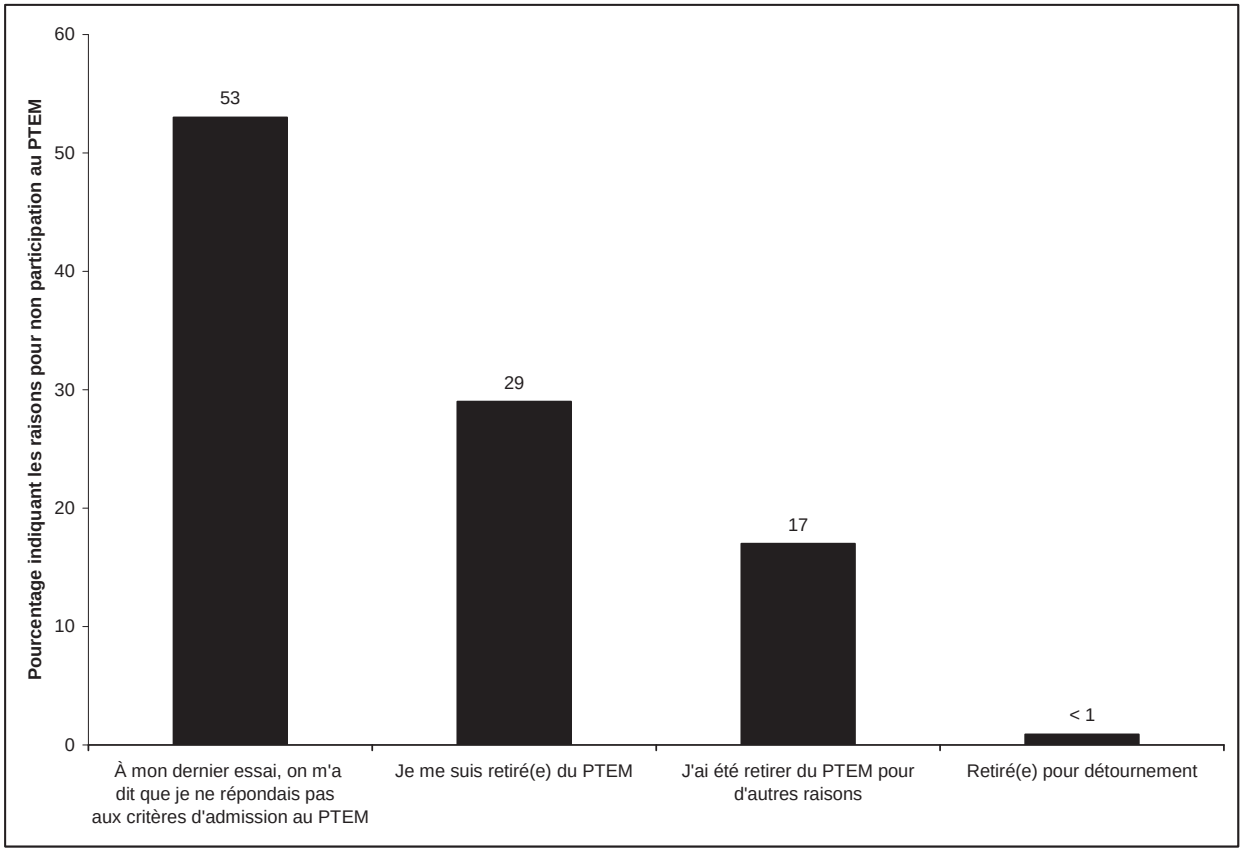
Raisons pour lesquelles des détenus qui avaient déjà essayé de suivre un traitement à la méthadone au SCC ne participaient pas au PTEM à l'époque du sondage

Les détenus qui ne participaient pas au PTEM à l'époque du sondage, mais qui avaient déjà essayé de s'y inscrire au SCC, se divisaient en deux groupes principaux :

1) ceux qui ne répondaient pas aux exigences du PTEM (53 %);
2) ceux qui avaient déjà suivi le PTEM mais qui avaient abandonné le traitement d'eux-mêmes ou qui en avaient été retirés (47 %) (voir la figure 14).

Le pourcentage de détenus qui ne répondaient pas aux exigences du programme doit être interprété avec prudence, parce que le Sondage national de 2007 ne leur demandait pas pourquoi ils ne répondaient pas aux exigences. Parmi les raisons possibles, il faut mentionner l'introduction graduelle du PTEM au SCC et l'absence de dépendance aux opiacés. Le PTEM a été mis en œuvre en deux phases au SCC. La première phase, qui a débuté en 1997, restreignait le traitement d'entretien à la méthadone aux détenus qui l'avaient suivi dans la collectivité. Depuis 2002, le SCC propose d'entreprendre le PTEM aux détenus qui y sont admissibles. Seulement 40 % des détenus qui ne répondaient pas aux critères d'admission au PTEM avaient déclaré consommer des opiacés en milieu carcéral à l'époque de la réalisation du sondage. Ce sous-groupe de consommateurs actuels d'opiacés qui ne répondaient pas aux exigences du PTEM représente moins de 2 % de la population carcérale totale, soit environ 260 détenus (1,9 % des 13 701 détenus). Afin de cerner les problèmes d'accès, il faudra mener une autre étude visant à analyser pourquoi certains des détenus qui consomment des opiacés ne répondent pas aux exigences du programme.

Figure 14. Raisons pour lesquelles des détenus qui avaient déjà demandé à suivre un traitement d'entretien à la méthadone au SCC ne participaient pas au PTEM à l'époque du Sondage[a]



Nota. PTEM = Programme de traitement d'entretien à la méthadone; SCC = Service correctionnel du Canada.
[a] Cette figure présente les résultats pour les 9 % de détenus qui ne participaient pas au PTEM, mais qui avaient déjà demandé à suivre le traitement au SCC.

RELATION ENTRE LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ, LA CONNAISSANCE DU VIH ET DU VHC ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE OU VISANT À RÉDUIRE LES MÉFAITS

Pour être en mesure de prendre des décisions éclairées au sujet de comportements à risque tels que l'usage de drogues injectables et les relations sexuelles non protégées, les détenus doivent avoir une certaine connaissance des moyens de prévention et des modes de transmission des maladies infectieuses. Cette connaissance est particulièrement importante en milieu carcéral, où le taux de prévalence élevé des ITSS (SCC, 2008; De, Connor, Bouchard et Sutherland, 2004; Ford et coll., 2000; PHAC, 2005; UNUSIDA, 2006; Zou, Tepper et Giulivi, 2001) augmente le risque de propagation de ces infections chez les détenus qui adoptent ces comportements à risque.

Au SCC, les détenus ont plusieurs moyens à leur disposition pour se renseigner sur les maladies infectieuses, notamment : conférenciers invités venant d'organisations communautaires; séances individuelles de counseling données par le personnel infirmier; participation à des programmes d'éducation en matière de santé. La présente section du rapport contient des renseignements détaillés sur la participation des détenus aux programmes d'éducation en matière de santé et sur leur degré de connaissance du VIH et du VHC. Le tout est suivi d'une analyse de la relation entre la connaissance et les comportements à risque ou visant à réduire les méfaits.

Participation aux programmes d'éducation en matière de santé

Le SCC propose aux détenus plusieurs programmes d'éducation en matière de santé : le Programme de sensibilisation à la réception, le programme Choisir la santé dans les prisons et le Programme de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida (pour plus de détails sur ces programmes, voir l'annexe A). Ces programmes fournissent des renseignements sur les maladies infectieuses, sur les services de santé disponibles au SCC et sur bien d'autres sujets.

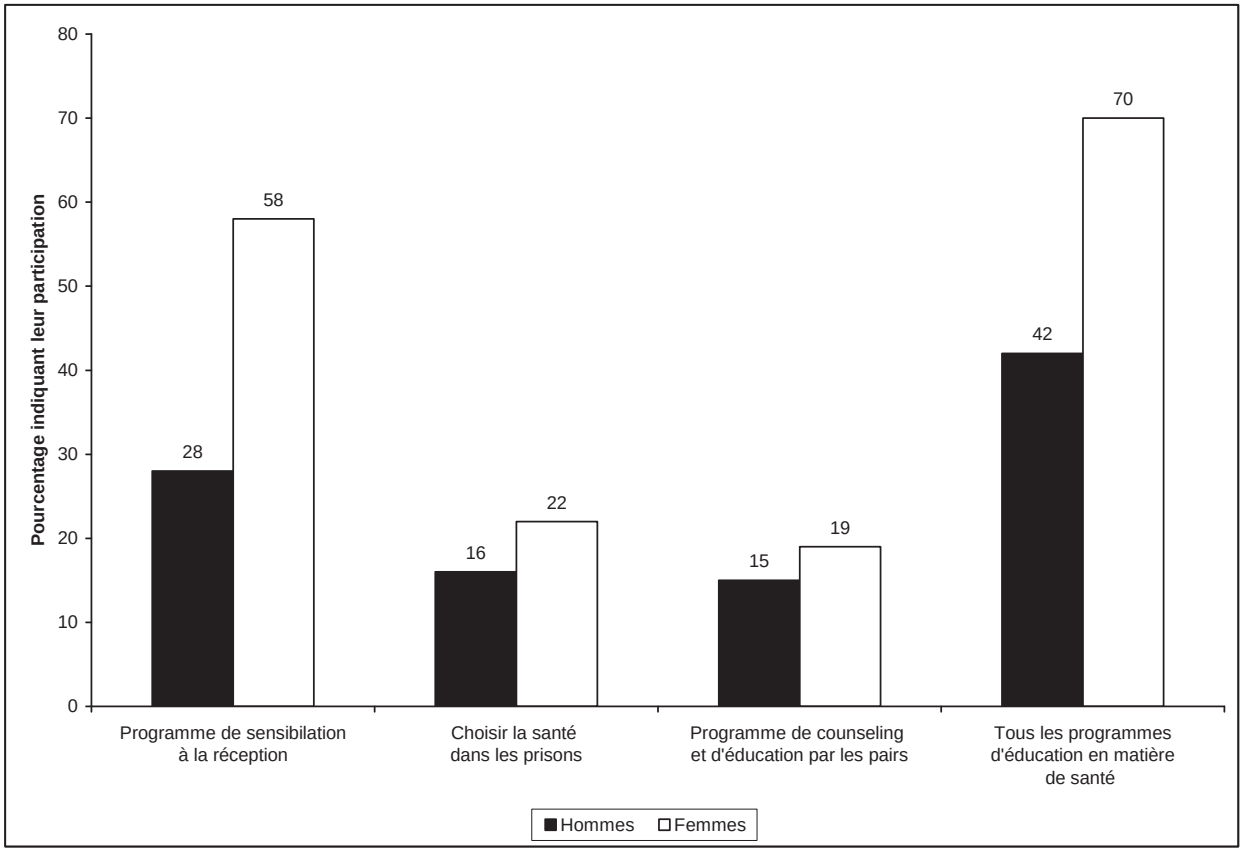
Le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque demandait aux détenus s'ils avaient déjà participé à chacun de ces programmes d'éducation en matière de santé. Vingt-huit pour cent des hommes et 58 % des femmes ont répondu avoir déjà participé au Programme de sensibilisation à la réception (voir la

figure 15). Malheureusement, ces chiffres sous-estiment peut-être la participation, car le programme est parfois offert sous un autre nom, ce qui signifie que certains détenus peuvent y avoir participé sans le savoir. Les données de surveillance du SCC portent à croire que le taux de participation au Programme de sensibilisation à la réception pourrait atteindre les 73 % chez les détenus nouvellement admis en 2007 (communication personnelle avec des représentants de la Direction de la santé publique du SCC).

Puisque le programme Choisir la santé dans les prisons n'est pas disponible dans tous les établissements et que le Programme de counseling et d'éducation par les pairs ne forme qu'un nombre restreint de détenus appelés à jouer le rôle d'éducateurs auprès de leurs pairs, de faibles taux nationaux de participation étaient prévus. En tout, 42 % des hommes et 70 % des femmes ont déclaré participer présentement à au moins un des programmes offerts au SCC.

La raison la plus souvent invoquée par les détenus qui ne participaient à aucun programme (raison citée par plus de 50 % des répondants) était l'ignorance de l'existence des programmes. Il est donc permis d'affirmer qu'il serait possible d'accroître la participation aux programmes en augmentant la sensibilisation à leur existence, en particulier chez les hommes. Mais d'autres considérations d'ordre logistique entrent peut-être en ligne de compte, notamment l'accès aux détenus durant le processus d'admission, les demandes concurrentielles de services cliniques adressées au personnel infirmier et la disponibilité de locaux pour y offrir les programmes.

Figure 15. La participation aux programmes d'éducation en matière de santé chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe

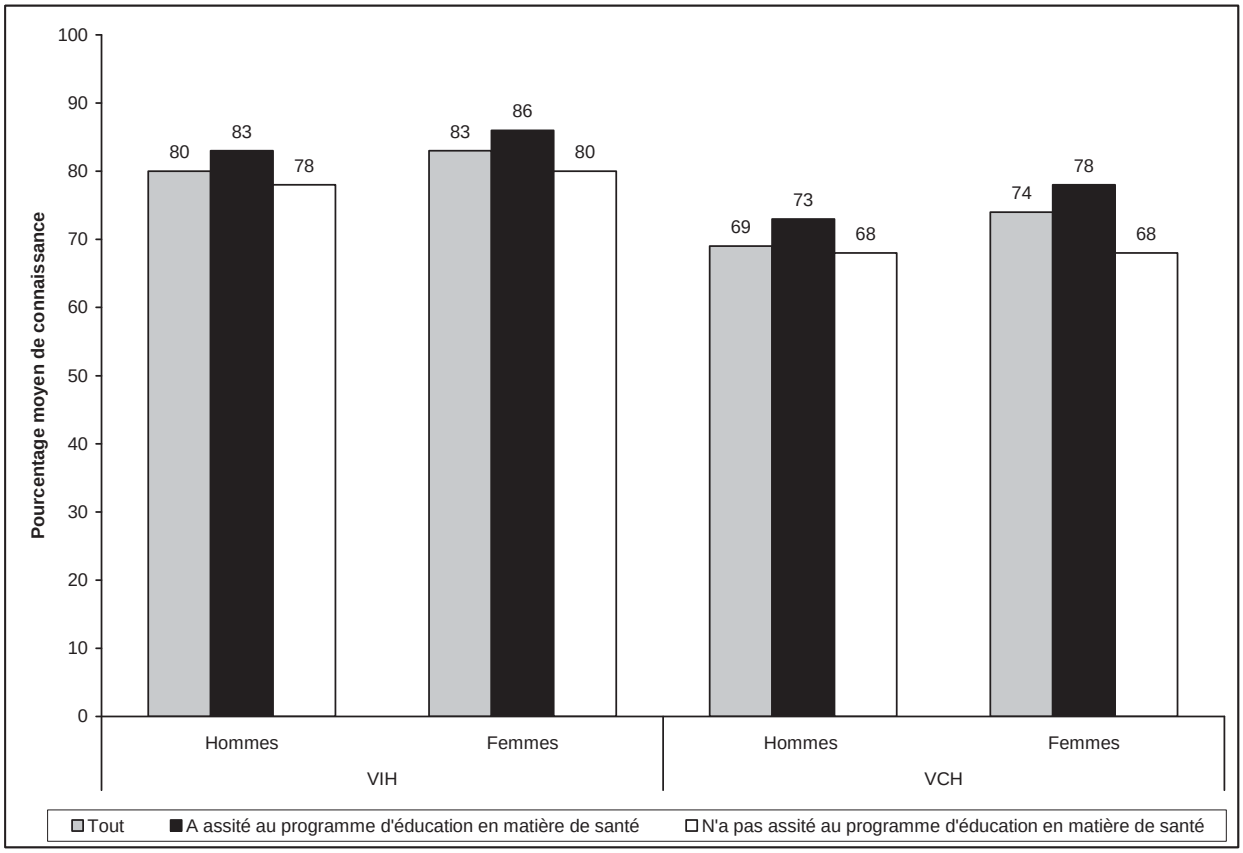


Connaissance du VIH et du VHC

Le Sondage national de 2007 tentait d'évaluer cette connaissance en posant aux détenus 14 questions sur le VIH et 14 autres sur le VHC. Ces questions portaient sur les principaux modes de transmission, la transmission par simple contact, la prévention, les tests de dépistage et le traitement.

En moyenne, les hommes et les femmes ont répondu correctement à 80 % et à 83 % des questions sur le VIH, et à 69 % et 74 % des questions sur le VHC, respectivement, donnant à penser que les détenus ont une meilleure connaissance du VIH (voir la figure 16). Cette différence de connaissance du VIH et du VHC avait déjà été observée chez les détenues sous responsabilité fédérale (PASAN, 2003) et pourrait être attribuable à la place plus importante de la sensibilisation au VIH, tant dans les établissements fédéraux que dans la collectivité.

Figure 16. Pourcentage moyen de connaissance du VIH et du VHC chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe et selon la participation aux programmes d'éducation en matière de santé



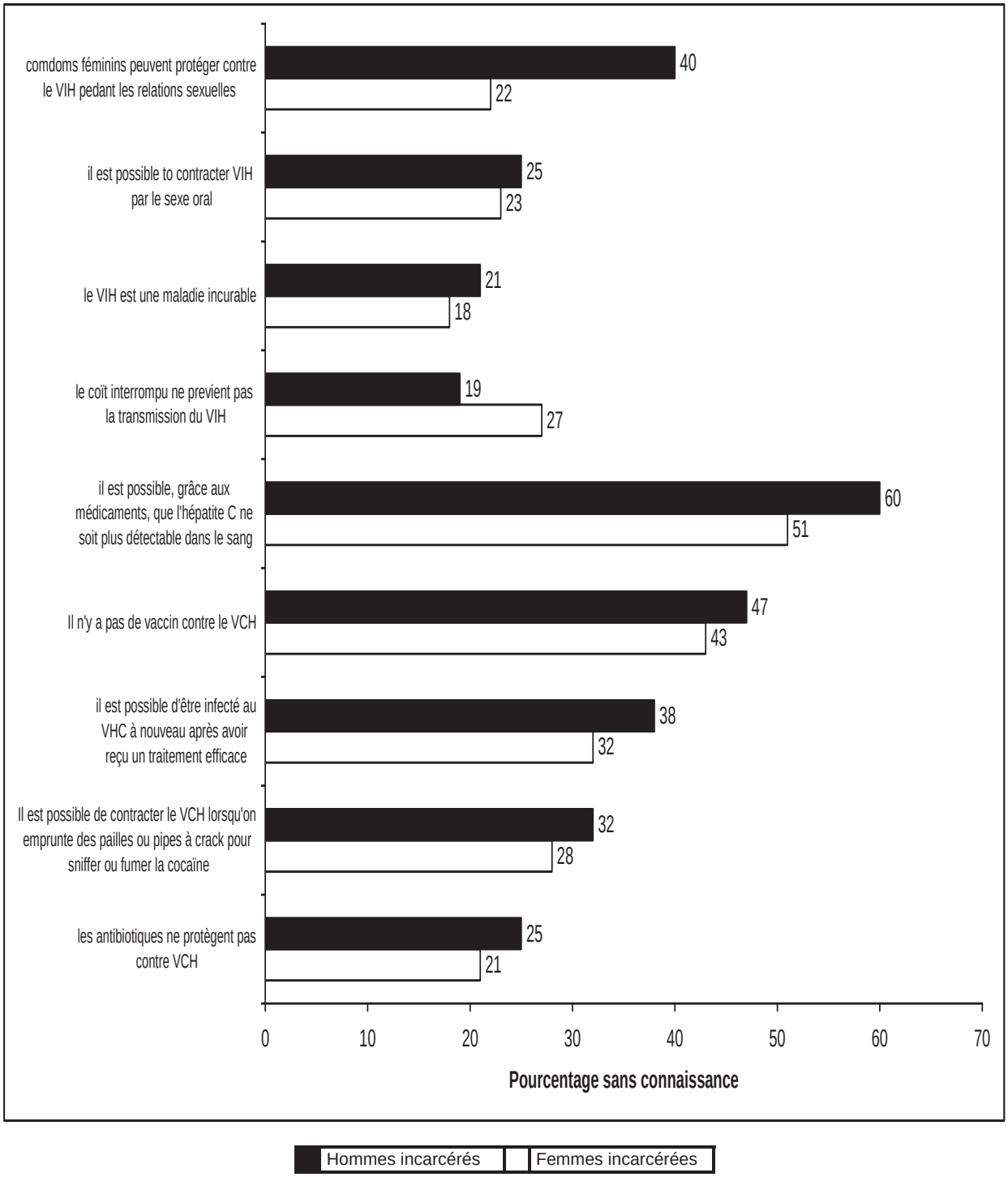
Nota. Les programmes d'éducation en matière de santé comprennent : le Programme de sensibilisation à la réception, le programme Choisir la santé dans les prisons et le Programme de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C.

La figure 16 indique aussi que les détenus qui ont suivi les programmes d'éducation en matière de santé sont un peu mieux renseignés que ceux qui ne les ont pas suivis. Cette constatation concorde avec les résultats d'études américaines, qui ont constaté une légère augmentation de la connaissance du VIH chez les détenus qui avaient bénéficié d'interventions axées sur l'éducation en matière de santé (Bryan, Robbins, Ruiz et O'Neill, 2006; Grinstead, Faigeles et Zack, 1997; Ross, Harzke, Scott, McCann et Kelley, 2006; Scott, Harzke, Mizwa, Pugh et Ross, 2004).

Le taux moyen de connaissance allait de modéré à supérieur, mais l'examen de chacun des éléments a révélé que la connaissance de certains aspects relatifs au VIH et au VHC était insuffisante (voir la figure 17). Toutefois, ces lacunes ne sont peut-être pas plus grandes que celles observées dans la population en général. Une enquête téléphonique réalisée en 2006 dans

la collectivité auprès de Canadiens et Canadiennes de plus de 15 ans a révélé qu'environ 11 % d'entre eux ne savaient pas que le VIH/sida était une maladie incurable. Chez les Autochtones, ce pourcentage atteignait les 26 % dans la sous-population inuite (Les Associés de recherche EKOS, 2006a, 2006b). Le Sondage national de 2007 indique que 21 % des détenus ignorent qu'il est impossible de guérir le VIH, ce pourcentage étant de 24 % chez les détenus autochtones et de 19 % chez leurs homologues de sexe féminin. Par ailleurs, des comparaisons avec une étude antérieure à laquelle avaient participé des détenues sous responsabilité fédérale portent à croire que la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC a pu augmenter au fil du temps. Par exemple, en 2001-2002, environ 54 % des femmes savaient que le VHC pouvait être transmis lors d'activités de tatouage et de perçage du corps (PASAN, 2003), alors que le Sondage national de 2007 a révélé que 91 % des femmes étaient au courant de ce mode de transmission. Il n'en demeure pas moins que le Sondage national de 2007 a cerné des lacunes dans la connaissance de ces deux virus et que ces lacunes peuvent être corrigées grâce aux programmes d'éducation du SCC en matière de santé.

Figure 17. Pourcentage des détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ignorent certains faits concernant le VIH et le VHC, selon le sexe

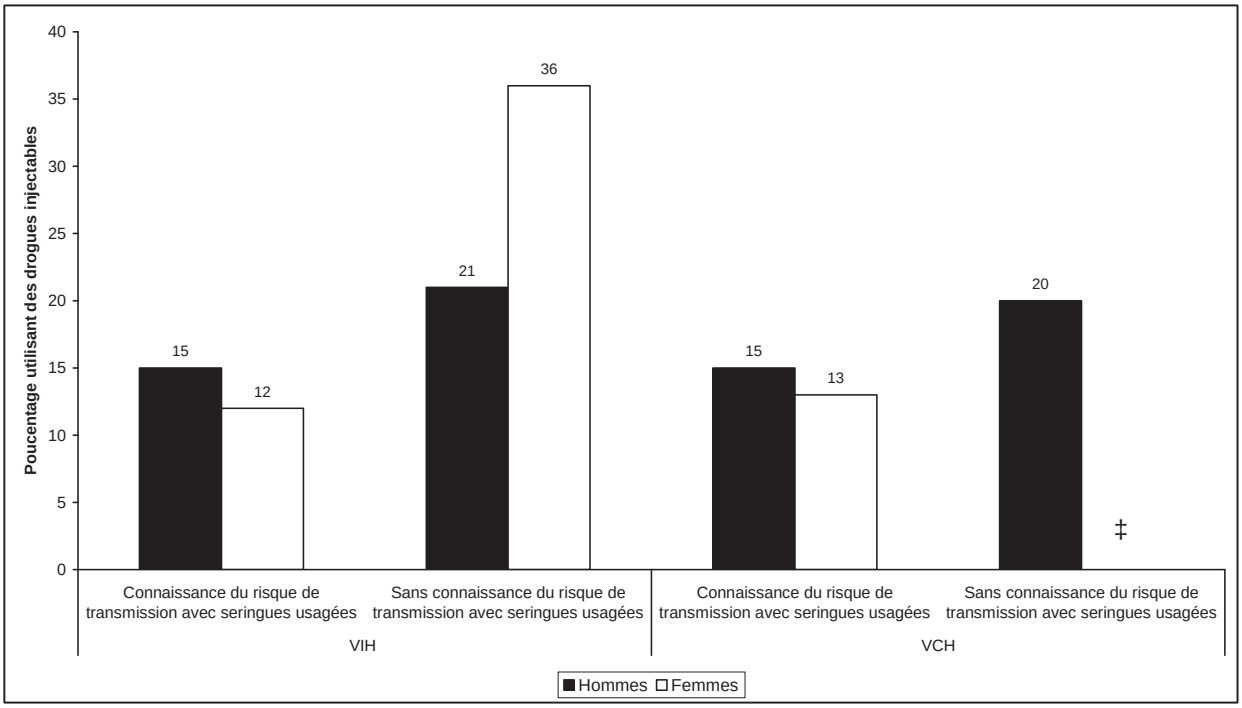


Nota. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C.

Corrélation entre connaissance et comportement

Dans certains cas, la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC était associée à un comportement moins à risque. Par exemple, les détenus qui savaient que le VIH pouvait être transmis par la seringue usagée de quelqu'un d'autre étaient beaucoup moins nombreux à déclarer s'être injectés des drogues (15 % des hommes, 12 % des femmes) durant leurs six derniers mois d'incarcération comparativement aux détenus qui n'étaient pas au courant de ce mode transmission (21 % des hommes, 36 % des femmes) (voir la figure 18). Une tendance semblable, mais non significative, a été observée entre la connaissance de la transmission du VHC par des seringues usagées et l'usage de drogues injectables en milieu carcéral.

Figure 18. Relation entre la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC et le comportement adopté pour l'usage de drogues injectables chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe

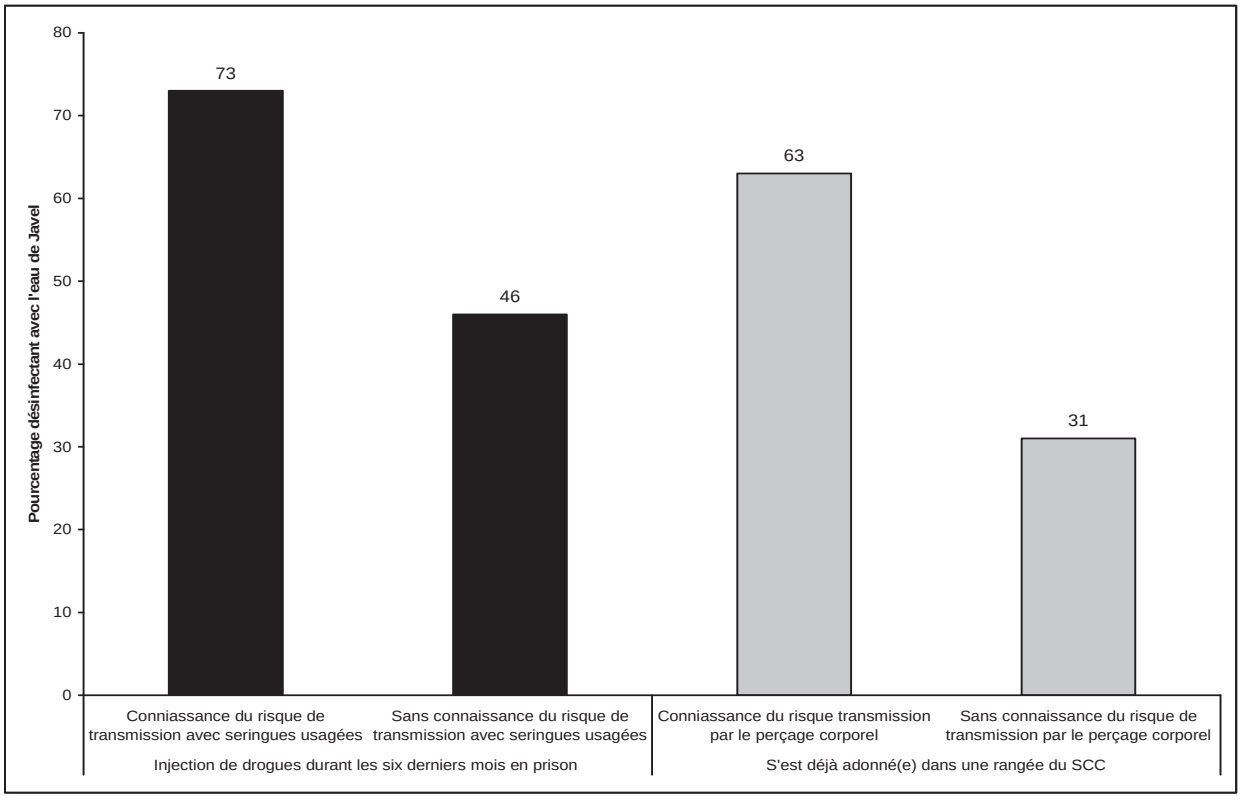


Nota. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C.
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

Une relation a également été observée entre la connaissance des modes de transmission du VHC et l'utilisation d'eau de Javel comme désinfectant. En particulier, parmi les hommes qui

déclaraient s'être injectés des drogues durant leurs six derniers mois d'incarcération, 73 % de ceux qui étaient au courant du risque de transmission du VHC avaient utilisé une seringue nettoyée à l'eau de Javel pour leur dernière injection, comparativement à seulement 46 % de ceux qui ignoraient l'existence de ce risque (voir la figure 19). De façon semblable, parmi les hommes qui avaient déjà subi un perçage corporel dans une rangée d'un établissement du SCC, le pourcentage d'utilisation systématique de matériel de perçage désinfecté avec de l'eau de Javel était deux fois plus élevé que chez ceux qui connaissaient le risque relatif au VHC que chez ceux qui n'étaient pas conscients de ce risque (63 % par rapport 31 %). Les échantillons étaient de trop petites tailles pour permettre une évaluation de cette relation chez les femmes.

Figure 19. Relation entre la connaissance des modes de transmission du VHC et l'utilisation d'eau de Javel chez les détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale.



Nota. VHC = virus de l'hépatite C.

Les résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque indiquaient donc que la connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC était corrélée avec un comportement moins à risque et, chez

ceux dont les comportements étaient à risque, avec une plus grande utilisation des articles visant à réduire les méfaits.

TESTS DE DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DU VIH ET VHC AU SCC

Les tests de dépistage des infections au VIH et au VHC font en sorte que les personnes infectées reçoivent un traitement et des conseils appropriés, y compris de l'information sur les mesures à prendre pour éviter de transmettre leur infection aux autres. Étant donné que les adultes incarcérés affichent une prévalence plus élevée d'infections au VIH et au VHC que celle qui prévaut dans la collectivité, les autorités de santé publique ont là une occasion de leur offrir des tests de dépistage, des traitements et des conseils dans un environnement stable.

Durant le processus de réception au SCC, tous les détenus nouvellement admis sont soumis à un bilan de santé qui comporte un dépistage des comportements à risque et une vérification des tests de dépistage de maladies infectieuses déjà subis. En se basant sur cette évaluation du risque et sur les tests de dépistage antérieurs, le personnel infirmier préposé aux maladies infectieuses formule des recommandations concernant le dépistage de maladies infectieuses. De plus, tout au long de sa peine, le détenu peut demander à subir un test de dépistage de maladies infectieuses ou accepter de se soumettre à un tel test à la recommandation d'un professionnel de la santé. Comme c'est le cas dans la collectivité, tous les tests de dépistage sont facultatifs, mais fortement encouragés pour les détenus jugés à risque d'être infectés.

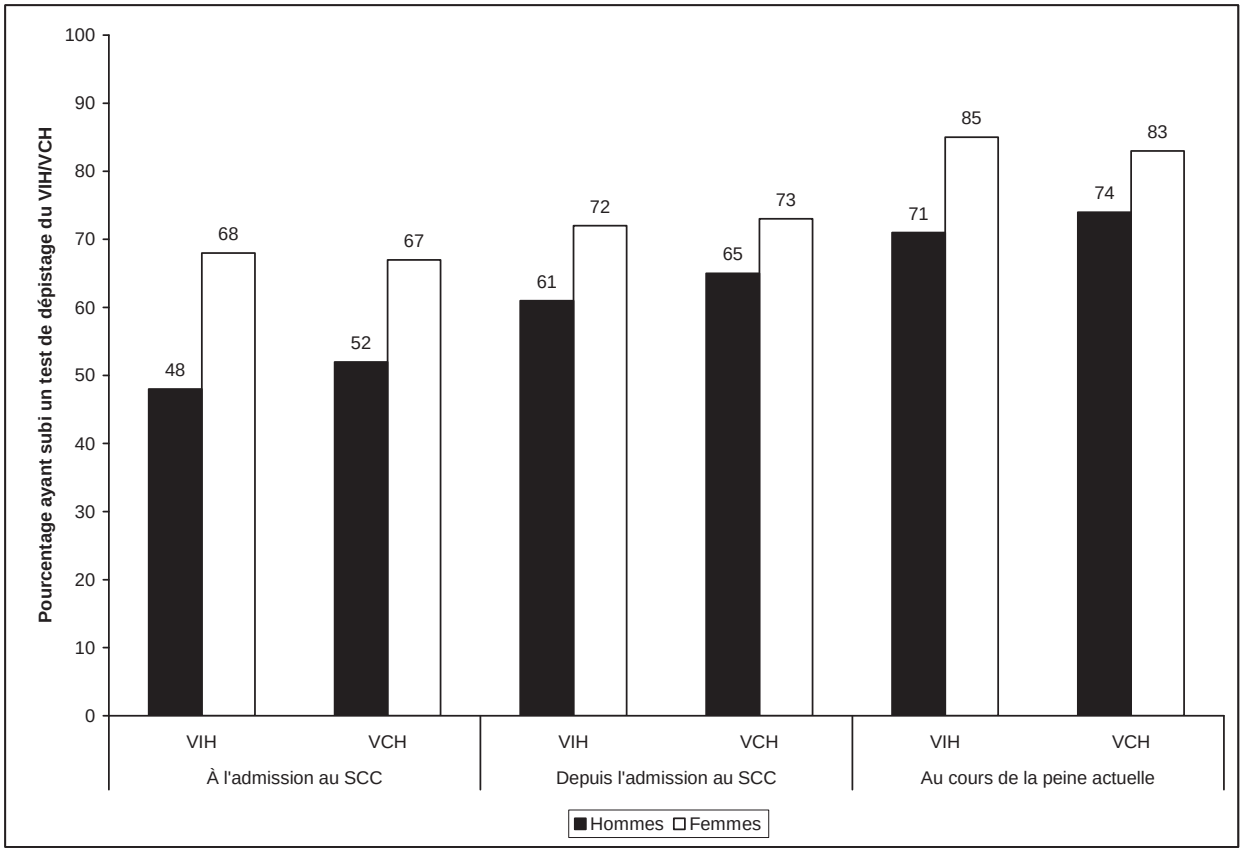
La présente section du rapport contient des renseignements détaillés sur la participation aux tests de dépistage du VIH et du VHC et aux traitements de ces infections au SCC, ainsi que sur les difficultés d'accès à ces tests et traitements. Le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque interrogeait les détenus sur les tests de dépistage du VIH et du VHC subis au moment de leur admission au SCC et pendant leur peine actuelle, ainsi que sur leurs expériences de traitement du VIH et du VHC au SCC.

Les tests de dépistage au SCC

Environ la moitié de tous les détenus ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH (49 %) et du VHC (53 %) lors de leur dernière admission au SCC, mais ces résultats varient selon le sexe et selon l'auto-identification des Autochtones (voir la figure 20). À l'admission, les tests de dépistage étaient plus courants chez les femmes (VIH 68 %, VHC 67 %) que les hommes (VIH 48 %, VHC 52 %), et plus fréquents chez les femmes non autochtones (VIH 73 %, VHC 71 %) que chez les femmes autochtones (VIH 58 %, VHC 61 %).

Environ les deux tiers de tous les détenus ont déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH (62 %) et du VHC (65 %) depuis leur admission au pénitencier fédéral, et les différences selon le sexe sont maintenues. Là encore, les femmes sont plus enclines que les hommes à se soumettre aux tests de dépistage du VIH (72 % par rapport à 61 %) et du VHC (73 % par rapport à 65 %).

Figure 20. Tests de dépistage du VIH et du VHC subis au SCC par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe



Nota. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; SCC = Service correctionnel du Canada.

Raisons pour ne pas avoir subi de tests de dépistage au moment de l'admission ou depuis l'admission au SCC

On a demandé aux détenus qui n'avaient pas subi de tests de dépistage du VIH et du VHC d'en indiquer les raisons (voir la figure 21). Le pourcentage des détenus qui invoquaient comme raison que ces tests ne leur avaient pas été offerts diminuait après l'admission aussi bien pour le VIH (65 % par rapport à 44 %) que pour le VHC (63 % par rapport à 46 %), mais demeurait tout de même la raison la plus fréquemment mentionnée pour expliquer l'absence de tests de dépistage depuis l'admission. De plus, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à invoquer cette raison, tant pour le VIH que pour le VHC, au moment de l'admission et depuis.

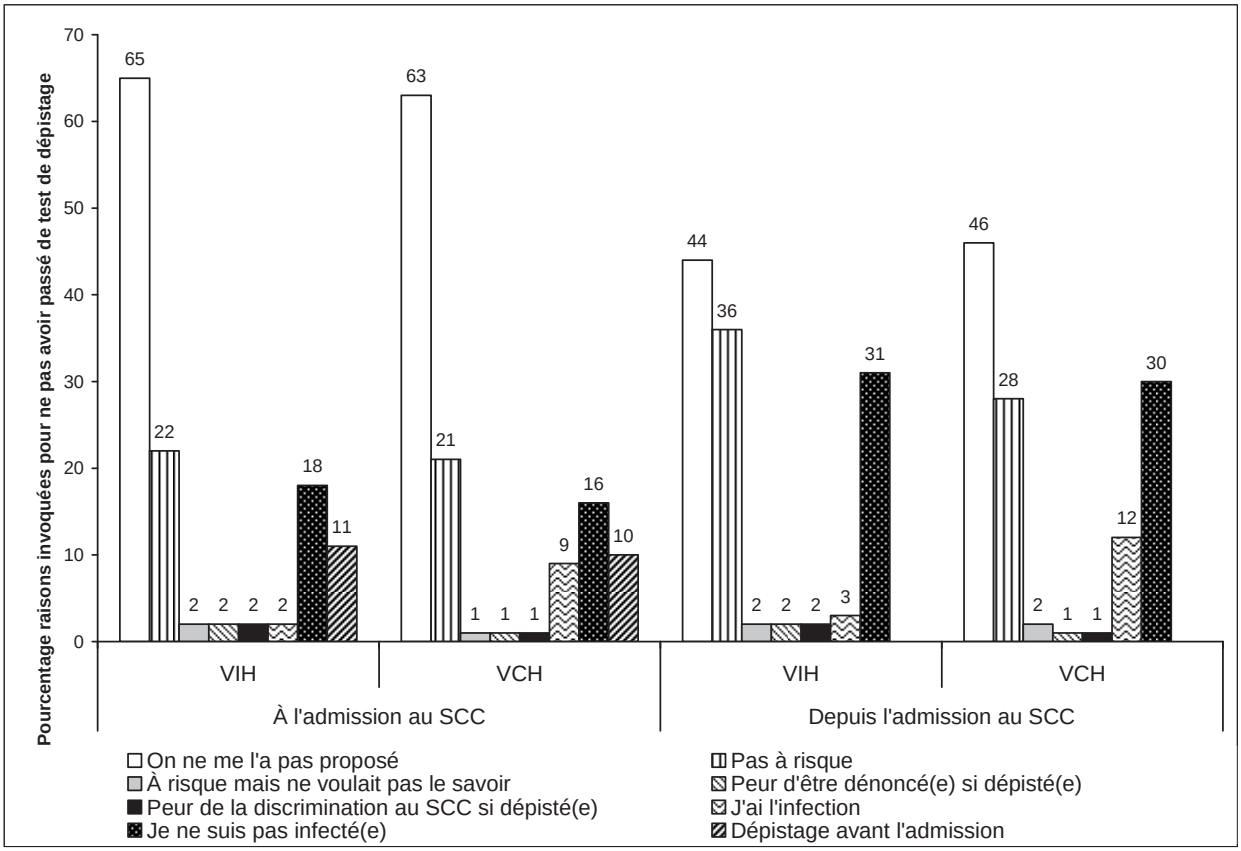
La perception d'absence de risque est une autre raison fréquemment mentionnée pour ne pas s'être soumis à des tests de dépistage du VIH et VHC. Lorsque la question se reportait au moment de l'admission, environ un détenu sur cinq invoquait ce motif, mais ce ratio atteignait environ un sur trois lorsque que la question portait sur la période écoulée depuis l'admission. Cette hausse du taux de dépistage déclaré, au fil du temps, témoigne peut-être d'une diminution des comportements à risque lorsque les gens passent de la collectivité au milieu carcéral. Une autre raison mentionnée relativement souvent par les détenus pour ne pas avoir subi les tests de dépistage à l'admission est la conviction de ne pas être infectés. Entre 16 % et 18 % invoquaient cette raison au moment de l'admission, mais ces pourcentages atteignaient les 30 % ou 31 % lorsque la période visée était celle écoulée depuis l'admission. Environ 10 % des détenus qui n'avaient pas subi de tests de dépistage à l'admission donnaient comme raison qu'ils s'étaient déjà soumis à ces tests avant leur admission. Cette raison était invoquée par un plus grand nombre de femmes que d'hommes tant pour le VIH (18 % par rapport à 11 %) que pour le VHC (16 % par rapport à 10 %). Enfin, peu de détenus (2 % ou moins) ont mentionné la « peur d'être découvert au SCC » et la « peur de la discrimination au SCC » comme raisons de ne pas s'être soumis aux tests de dépistage, tant à l'admission que par la suite.

Les résultats susmentionnés concordent avec les pratiques de dépistage du SCC, fondées sur le risque. En particulier, à l'admission, les tests de dépistage n'étaient pas systématiquement proposés aux détenus dont un test récent avait été négatif et qui ne déclaraient pas avoir eu des comportements à risque susceptibles de modifier leur état d'infection. Les détenus dont les tests de dépistage sont négatifs à l'admission et qui affirment ne pas avoir de comportements à risque

n’ont pas nécessairement besoin de repasser les tests de façon régulière. Toutefois, les détenus peuvent demander à subir des tests de dépistage des infections au VIH et au VHC en tout temps durant leur incarcération.

Par comparaison, Burchell et coll. (2003) rapportent que, sur l’ensemble des détenus n’ayant pas subi de test de dépistage du VIH dans les centres correctionnels provinciaux de l’Ontario, en 1996-1997 : 50 % ne pensaient pas être à risque; 24 % étaient d’avis que les employés ne respectaient pas la confidentialité; et 18 % craignaient la réaction des autres détenus. Les estimations fournies par Burchell et coll. (2003) sont supérieures à celles du Sondage national de 2007. Plusieurs raisons peuvent expliquer les différences. Premièrement, les comportements à risque ou la connaissance des comportements à risque peuvent avoir augmenté au fil du temps. Deuxièmement, les normes et pratiques en matière de confidentialité peuvent avoir été resserrées au fil du temps. En dernier lieu, les détenus sont peut-être plus nombreux à savoir que le VIH et le VHC ne se transmettent pas par simple contact.

Figure 21. Raisons invoquées par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale pour ne pas avoir passé de tests de dépistage au SCC



Nota. Les détenus pouvaient choisir plusieurs raisons. La raison « Tests subis avant l'admission » n'était pas disponible pour la période « Depuis l'admission ». VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C; SCC = Service correctionnel du Canada.

Les schémas de dépistage au fil du temps

Plus de 70 % des hommes et 80 % des femmes avaient subi des tests de dépistage du VIH et du VHC dans l'établissement fédéral où ils purgeaient leur peine (voir la figure 20). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir subi le test de dépistage du VIH (85 % par rapport à 71 %) et du VHC (83 % par rapport à 74 %). De façon semblable, le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN; 2003) a constaté que 89 % et 78 % des femmes purgeant une peine de ressort fédéral s'étaient déjà soumises au test de dépistage du VIH et du VHC, respectivement. Ces taux de dépistage se comparent favorablement à ceux de la population canadienne en général (personnes âgées de 15 ans et plus) où seulement 29 % des femmes et 24 % des hommes ont déjà subi un test de dépistage du VIH (ASPC, 2007a).

Résultats des tests de dépistage subis

Résultats des tests de dépistage du VIH

Parmi les détenus qui se sont déjà soumis à un test de dépistage de l'infection au VIH[7], 4,6 % déclarent avoir reçu un diagnostic positif. Ce taux autodéclaré d'infection au VIH est approximativement 15 fois plus élevé que le taux de 0,3 % observé dans la population canadienne adulte (de 15 à 49 ans) (ONUSIDA, 2006). Les femmes autochtones déclarent le taux d'infection le plus élevé, soit 11,7 %, plus de deux fois les taux déclarés par les femmes non autochtones (5,5 %) et par tous les hommes (4,5 %) (voir la figure 22).

Les comparaisons avec les résultats d'autres études sont limitées par les différences de méthodologie. Par exemple, le Sondage national de 2007 s'appuyait sur les autodéclarations d'un échantillon de détenus ayant déjà subi des tests de dépistage, prélevé parmi la population carcérale totale, y compris les nouveaux venus. Par comparaison, les études antérieures s'étaient principalement appuyées sur les tests de sang ou de salive (échantillonnage biologique) et avaient souvent limité le choix de leurs participants aux délinquants qui entraient dans les établissements correctionnels. Les estimations fondées sur l'autodéclaration sont moins fiables que celles reposant sur l'échantillonnage biologique (Thornton et coll., 2000). De plus, les détenus qui ont déjà subi des tests de dépistage du VIH ou du VHC constituent parfois une population à risque plus élevé, souvent ciblée par les initiatives de santé publique. Par exemple, Thorton et coll. (2000) ont découvert que les détenus qui s'injectaient des drogues étaient environ quatre fois plus nombreux que ceux qui n'avaient jamais fait usage de drogues injectables à avoir déjà subi un test de dépistage du VIH, et environ huit fois plus nombreux à s'être soumis à un test de dépistage du VHC. C'est donc dire que les taux d'infection basés sur les détenus ayant déjà subi des tests de dépistage risquent de surestimer le taux d'infection au sein de l'ensemble de la population carcérale.

Des études canadiennes, américaines, européennes et australiennes récentes, réalisées à l'aide d'un échantillonnage biologique, ont obtenu des taux de séropositivité au VIH allant de 0 % à 8,8 % (Allwright et coll., 2000; Altice et coll., 2005; Babudieri et coll., 2005; Butler et

[7] Comprend les détenus qui ont subi un test de dépistage avant leur admission, au moment de leur admission et depuis leur admission au SCC.

Papanastasiou, 2008; CDC, 2006c; Christensen et coll., 2000; de Ravello et coll., 2005; Ford et coll., 2000; Harrison, Bachman, Freeman et Inciardi, 2001; Kassira et coll., 2001; Long et coll., 2001; Macalino et coll., 2004; Poulin et coll., 2007; Rotily et coll., 2001; Weild et coll., 2000; Wu, Baillargeon, Grady, Black et Dunn, 2001). De plus, dans les études où les estimations étaient établies selon le sexe, les taux de séropositivité au VIH étaient toujours plus élevés chez les femmes (Butler et Papanastasiou, 2008; Kassira et coll., 2001; Poulin et coll., 2007; Weild et coll., 2000; Wu et coll., 2001). Par conséquent, compte tenu des différences méthodologiques, les taux d'autodéclaration parmi les détenus canadiens sous responsabilité fédérale correspondent généralement aux taux révélés par des études antérieures fondées sur l'échantillonnage biologique.

Résultats des tests de dépistage du VHC

Trente et un pour cent des détenus qui avaient subi un test de dépistage de l'infection au VHC ont déclaré avoir reçu un diagnostic de séropositivité. Ce taux autodéclaré d'infection au VHC est environ 39 fois plus élevé que le taux de 0,8 % rapporté dans la population (Zou et coll., 2001). Là encore, les femmes autochtones obtiennent le taux le plus élevé, soit 49,1 %, plus de 50 % supérieur à celui des femmes non autochtones (30,3 %) ou à celui de tous les hommes (30,8 %) (voir la figure 22).

Comme pour le VIH, les comparaisons possibles avec les résultats d'autres études sont limitées en raison des différences de méthodologie. Une méta-analyse récente de la recherche internationale auprès d'adultes de la population carcérale générale a révélé des taux d'infection au VHC fluctuant entre 2 % et 58 %. Dans la plupart des études, toutefois, de 30 % à 40 % des détenus avaient obtenu un diagnostic de séropositivité au VHC (Vescio et coll., 2008). De plus, Vescio et coll. (2008) ont remarqué que le taux de séropositivité au VHC était plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les auteurs ont découvert que, dans leur étude, la variabilité des estimations s'expliquait en grande partie par la différence de pourcentage de détenus qui s'injectaient des drogues et, en partie, par les différences de séroprévalence[8] du VHC chez les personnes qui faisaient usage de drogues injectables dans la collectivité. Là encore, en dépit des différences d'ordre méthodologique, les taux d'autodéclaration chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale concordent avec les taux préalablement observés à partir d'échantillons

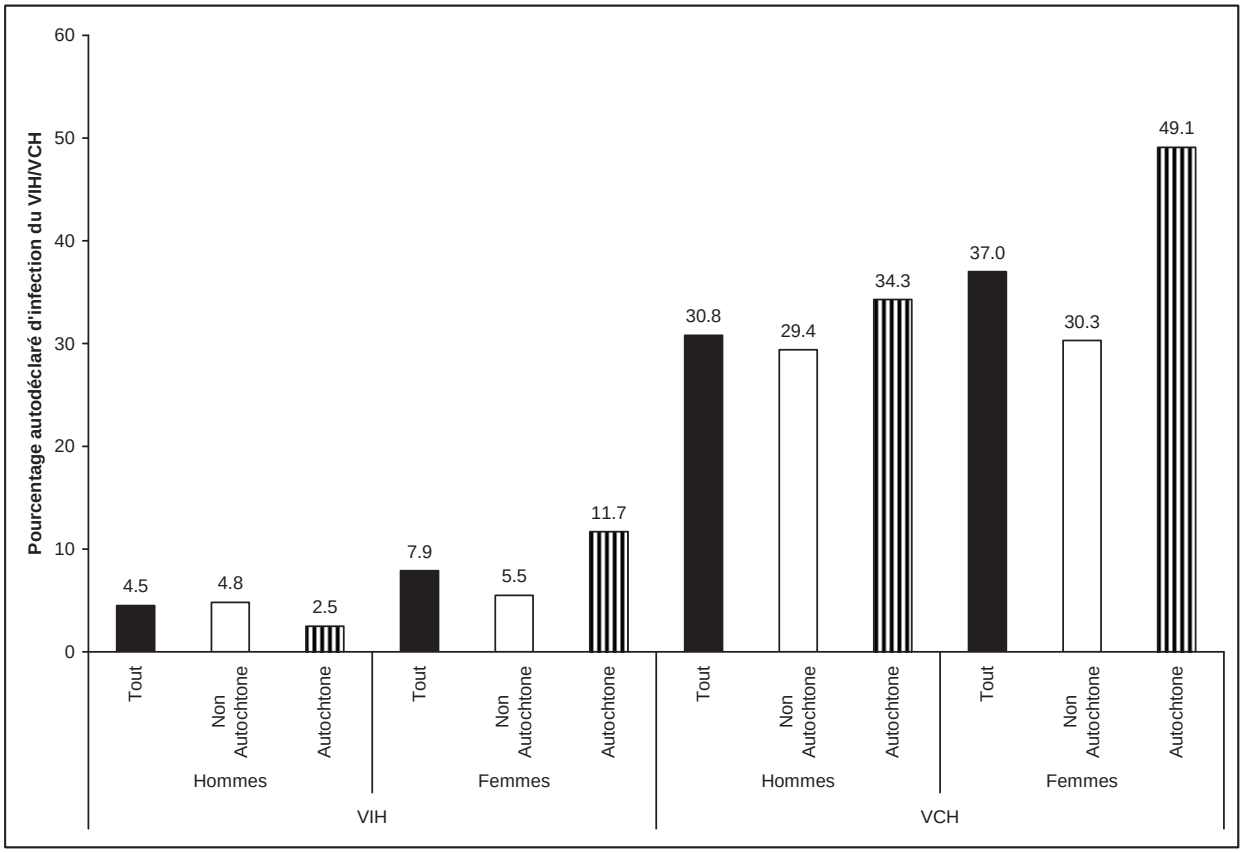
[8] Prévalence fondée sur des tests biologiques.

sanguins prélevés parmi les populations carcérales générales.

Comparaison entre les résultats du Sondage national de 2007 et les données de surveillance du SCC

Des différences d'ordre méthodologique écartent la possibilité de comparer les résultats du Sondage national de 2007 et les données de surveillance du SCC (SCC, 2008). En particulier, le Sondage national de 2007 fournissait des estimations en se basant sur les tests de dépistage et le statut d'infection autodéclarés pour un échantillon de détenus qui étaient incarcérés depuis des nombres d'années variables et qui étaient encore incarcérés à l'époque de l'étude. De plus, les taux d'infection étaient calculés parmi les détenus qui avaient déjà passé des tests au SCC ou à l'extérieur du SCC. À l'inverse, les estimations découlant de la surveillance du SCC sont fondées sur l'échantillonnage biologique dans les établissements; le pourcentage de détenus soumis à un test de dépistage est établi et présenté pour toutes les admissions, selon l'année civile de l'admission; et les estimations des pourcentages de détenus infectés au VIH ou au VHC sont calculés pour l'ensemble de la population carcérale (ayant et n'ayant pas subi de tests de dépistage). Toutefois, les Service de santé du SCC ont instauré un programme de surveillance amélioré qui permettra peut-être un jour des comparaisons plus directes (communication personnelle avec des représentants de la Direction de la santé publique du SCC).

Figure 22. Pourcentage de résultats de séropositivité au VIH ou au VHC, selon le sexe et l'auto-identification des Autochtones, déclarés par les détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui ont déjà subi des tests de dépistage



Nota. VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C.

Relation entre l'état d'infection et la peur d'être victime de discrimination

Soixante-sept pour cent des détenus à qui on avait dit qu'ils étaient séropositifs au VIH craignaient d'être victimes de discrimination dans un établissement fédéral. Ces craintes étaient moins prévalentes chez les détenus à qui on avait dit qu'ils étaient infectés au VHC; seulement 19 % d'entre eux s'inquiétaient de la discrimination dont ils pouvaient être victimes dans un pénitencier fédéral.

Une minorité des détenus à qui ont n'avait jamais dit qu'ils étaient infectés au VIH ou au VHC[9] ont déclaré craindre d'être victimes de discrimination (17 % à cause du VIH, 12 % à cause du VHC) ou d'être rapportés (17 % à cause du VIH, 12 % à cause du VHC) dans un établissement fédéral après avoir été déclarés séropositifs. Peu de détenus ont mentionné la peur

[9] Cela peut comprendre des détenus qui n'ont jamais subi de tests de dépistage du VIH ou du VHC.

du résultat comme raison de ne pas se soumettre à un test de dépistage au SCC (5 % pour le VIH, 4 % pour le VHC).Par contre, quelque 40 % des répondants ont indiqué être plus disposés à passer des tests de dépistage qu'au moment de leur admission.

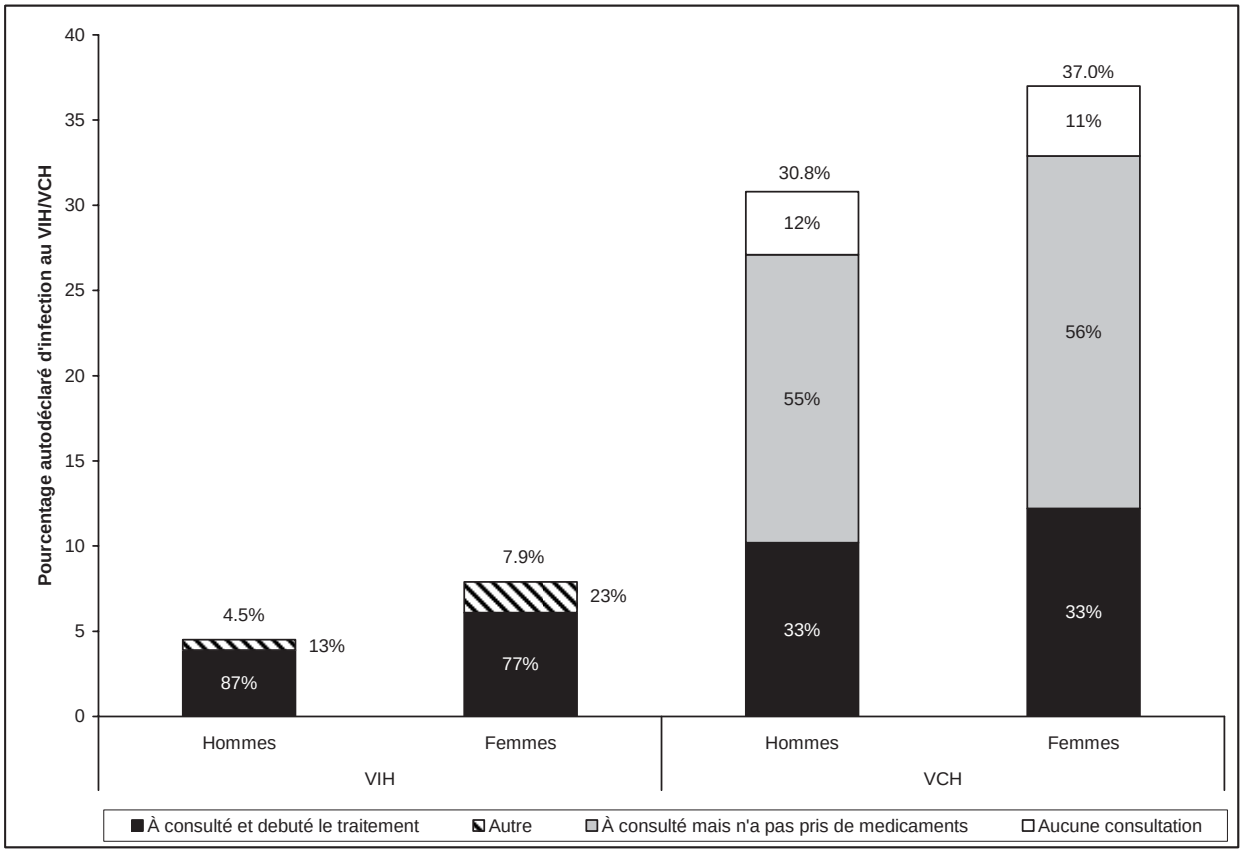
Traitement du VIH

Parmi les détenus à qui on a dit qu'ils sont infectés au VIH, 87 % des hommes et 77 % des femmes avaient consulté un professionnel de la santé et commencé à prendre des médicaments antirétroviraux (voir la figure 23). La majorité des détenus déclarés séropositifs au VIH qui avaient consulté un professionnel de la santé, mais n'avaient pas encore commencé de traitement, suivaient le conseil de leur médecin. À l'époque du sondage, environ 61 % de ceux qui avaient débuté le traitement prenaient leurs médicaments pour le VIH.

De façon semblable, les données de surveillance du SCC indiquaient qu'en moyenne, environ 59 % des détenus séropositifs au VIH recevaient un traitement antirétroviral au cours d'un mois normal en 2004 (SCC, 2008). Étant donné que les approches thérapeutiques ont inclus le commencement tardif d'un traitement antirétroviral hautement actif et des interruptions de traitement planifiées, le fait que le détenu séropositif au VIH ne prenait pas ses médicaments n'était pas nécessairement une indication que la gestion des soins médicaux laissait à désirer (SCC, 2008).

Parmi les détenus qui avaient commencé un traitement du VIH, 60 % déclaraient avoir déjà passé au moins une journée sans prendre leurs médicaments alors qu'ils étaient sous la garde du SCC. Les raisons les plus fréquemment mentionnées des interruptions de traitement antérieures comprenaient la non-disponibilité temporaire de médicaments à la pharmacie de l'établissement (44 %), les transfèrements entre établissements (33 %), l'abandon du traitement par les répondants (36 %) et le fait de ne pas avoir demandé une nouvelle ordonnance à temps (16 %).

Figure 23. Pourcentage des détenus canadiens sous responsabilité fédérale ayant déjà passé des tests de dépistage et à qui on a dit qu'ils sont infectés au VIH ou au VHC, selon le statut du traitement



Nota. En raison de leurs petits nombres, les détenus séropositifs au VIH qui n'ont pas demandé de traitement et ceux qui ont demandé un traitement, mais qui ne l'ont pas encore commencé, ont été regroupés dans la catégorie « Autre ». VIH = virus de l'immunodéficience humaine; VHC = virus de l'hépatite C.

Traitement du VHC

Parmi les détenus à qui on a dit qu'ils sont infectés au VHC, 33 % déclaraient avoir consulté un professionnel de la santé au SCC et prendre des médicaments pour se soigner (voir la figure 23). La plupart d'entre eux (55 % ou 56 %) déclaraient avoir sollicité un avis médical au SCC, mais ne pas prendre de médicaments pour le VHC. Voici certaines des raisons mentionnées pour ne pas prendre de médicaments : se sont fait dire qu'ils ne répondaient pas aux exigences du programme (20 %), se sentent bien (17 %), sont sur une liste d'attente (15 %), ont entendu dire que le traitement rendait malade (14 %), sont sur le point de commencer un traitement (11 %), ne sont pas intéressés (10 %), ont l'impression qu'il n'est pas sécuritaire de suivre un traitement en milieu carcéral (6 %), on leur a dit que les médicaments ne seront pas efficaces dans leur cas

(5 %) ou ne veulent pas que les gens du SCC sachent qu'ils sont infectés (1 %). Le pourcentage de détenus infectés qui suivent un traitement semble faible, mais il concorde avec des études publiées récemment qui indiquent que de 23 % à 42 % des détenus infectés ont débuté un traitement antiviral (Allen et coll., 2003; Batey, Jones et Mcallister, 2008; Farley, Wong et coll., 2005; Sabbatani, Giuliani et Manfredi, 2006; Strock, Mossong, Hawotte et Arendt, 2009). De plus, il se compare favorablement aux taux de traitement relevés dans l'ensemble de la population, qui vont de 17,4 % dans deux collectivités de France entre 1994 et 2001 (Hatem et coll., 2005) à 25 % des patients consécutifs dirigés vers une clinique spécialisée dans les maladies du foie, à Cleveland (Ohio), au cours des années 1998 et 1999 (Falck-Ytter et coll., 2002).

Résultat du traitement

Parmi ceux qui avaient demandé et commencé un traitement de l'infection au VHC, 51 % déclaraient que les médicaments avaient été efficaces et 15 % qu'ils n'avaient pas été efficaces. Un autre 21 % prenaient encore les médicaments. D'autres (12 %) avaient abandonné le traitement en raison de ses effets secondaires. Ces constatations concordent avec celles d'études antérieures qui indiquent qu'entre 21 % et 56 % des détenus qui débutent le traitement ont, au départ ou de façon prolongée, des niveaux indétectables d'infection au VHC (Allen et coll., 2003; Batey et coll., 2008; Farley, Vasdev et coll., 2005; Sabbatani et coll., 2006; Strock et coll., 2009).

TAUX D'INFECTION AU VIH ET AU VHC DÉCLARÉS DEPUIS L'ADMISSION

Certains détenus risquent de contracter une infection au VIH ou au VHC, ou les deux infections, parce qu'ils ont des comportements à risque associés à la transmission d'ITSS, tels que les rapports sexuels non protégés et l'usage de drogues injectables. Même si le SCC propose des mesures et des articles visant à réduire les méfaits, notamment des condoms, des digues dentaires, du lubrifiant, de l'eau de Javel et le Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTEM), certains détenus n'en profitent pas ou ne les utilisent pas systématiquement.

La présente section du rapport s'intéresse à l'estimation du risque que posent les infections au VIH et au VHC déclarées depuis l'admission ainsi qu'à la détermination des caractéristiques de l'incarcération et des comportements à risque associés à l'infection. Le Sondage national de 2007 contenait des questions sur les tests de dépistage du VIH et du VHC passés par les détenus et sur leurs résultats, à l'admission et depuis l'admission au SCC, pendant la peine en cours. Le sous-groupe de détenus dont les tests de dépistage avaient été négatifs à l'admission et qui déclarait avoir subi d'autres tests et en avoir obtenu les résultats depuis l'admission donnait la possibilité d'estimer les taux d'infections au VIH et au VHC déclarés depuis l'admission. Il faut toutefois souligner que les infections déclarées depuis l'admission ne peuvent être définitivement attribuées aux comportements à risque en milieu carcéral en raison des périodes[10] de séroconversion du VIH et du VHC.

En ce qui a trait au VIH, les directives concernant la protection de la confidentialité interdisent la présentation des résultats parce trop peu de cas ont été relevés (c.-à-d. moins de cinq). Pour ce qui est du VHC, aucune femme n'a déclaré une infection à ce virus depuis l'admission, mais ce résultat s'explique peut-être par la petite taille de l'échantillon des femmes suivies pendant une courte période, plutôt que par une véritable absence de risque. Parmi les hommes qui déclaraient que leur test de dépistage du VHC était négatif à l'admission, 4,4 % reconnaissaient être infectés au VHC après une période de suivi moyenne de 2,9 années. En présumant que les résultats des détenus qui ont passé des tests de dépistage peuvent être étendus

[10] La période de séroconversion fait référence au temps qui s'écoule entre le moment où une personne est infectée et celui où elle développe des anticorps qui peuvent être détectés en procédant à des tests biologiques (Société canadienne du sida et Santé Canada, 2002). Presque toutes les personnes produisent des anticorps dans les 14 semaines suivant l'infection au VIH (Société canadienne du sida et Santé Canada, 2002), et la durée moyenne de la période de séroconversion est de 10 semaines pour l'infection au VHC (Groupe de travail sur la surveillance, 1999).

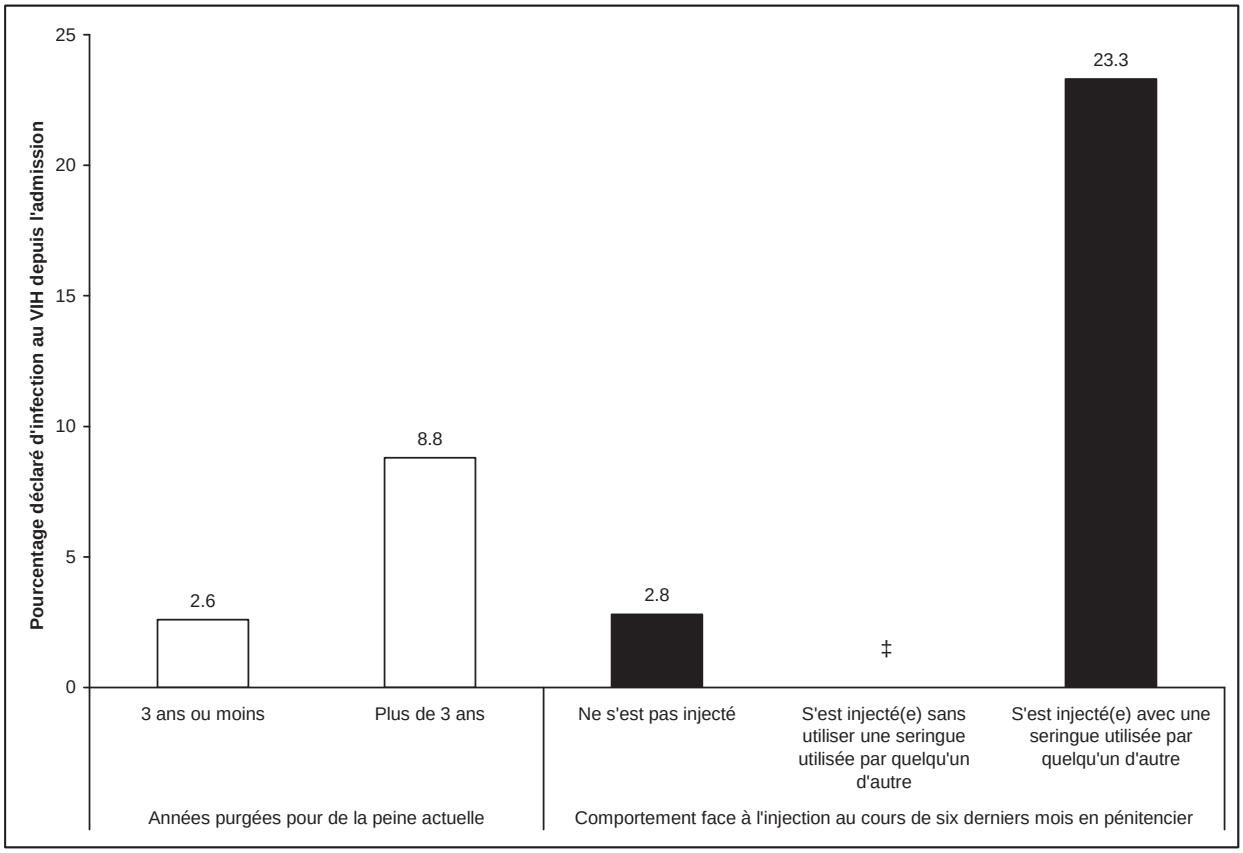
à ceux qui n'en ont pas passé, la population des hommes dont les tests de dépistage du VHC ont été négatifs à l'admission pourrait être estimée à 10 121 détenus. De ce nombre, 447 (4,4 % de 10 121) auraient déclaré avoir été infectés au VHC depuis l'admission.

Une autre façon d'établir le taux d'infections au VHC déclarées depuis l'admission consiste à exprimer le nombre des cas autodéclarés par rapport au nombre d'années-personnes écoulées entre les dates des tests de dépistage (c.-à-d. qu'un détenu incarcéré pendant un an entre les dates des tests de dépistage contribue une année-personne). Selon les résultats du Sondage national de 2007, 138 hommes auraient déclaré être porteurs d'une infection au VHC sur un total de 8 722 années-personnes, ce qui donne un taux global d'environ 16 infections au VHC par 1 000 années-personnes [(138/8 722)1 000]. Autrement dit, si 1 000 hommes non infectés étaient suivis pendant une période d'un an après leur admission, environ 16 d'entre eux, soit 1,6 %, déclareraient une infection au VHC.

Le petit nombre de détenus qui déclarent une infection au VIH contractée depuis l'admission concorde avec les résultats d'études européennes et américaines publiées antérieurement qui ne rapportent aucun cas (Christensen et coll., 2000; Macalino et coll., 2004). De façon semblable, notre taux estimatif d'infections au VHC déclarées par les détenus de sexe masculin depuis leur admission (16 par 1 000 années-personnes) s'inscrit dans la fourchette des taux établis par les études américaines (4 par 1 000 années-personnes), européennes (de 27 à 33 par 1 000 années-personnes) et australiennes (45 par 1 000 années-personnes) dont les participants étaient principalement des détenus adultes de sexe masculin qui avaient fourni des échantillons de sang ou de salive (Butler et coll., 2004; Champion et coll., 2004; Christensen et coll., 2000; Macalino et coll., 2004). Butler et coll. (2004) ont également estimé les taux d'incidence du VHC chez les détenus qui n'avaient pas été incarcérés de manière continue (c.-à-d. qui avaient été réadmis en établissement après avoir été mis en liberté dans la collectivité). Pour ce groupe, l'incidence des infections au VHC était de 108 par 1 000 années-personnes, donnant à penser que l'incidence est plus faible chez les sujets détenus de façon continue (45 par 1 000 années-personnes). Les auteurs ont posé comme hypothèse que le taux plus faible d'infection chez ces derniers était probablement attribuable au nombre moindre d'injections en milieu carcéral en raison d'une réduction de l'approvisionnement en drogues ou de l'abstinence.

Le Sondage national de 2007 a permis de relever, chez les détenus de sexe masculin, deux caractéristiques fortement associées à la déclaration d'infections au VHC contractées depuis l'admission : le nombre d'années purgées de la peine en cours et le comportement relatif à l'usage de drogues injectables durant leurs six derniers mois d'incarcération (voir la figure 24). Les hommes qui avaient purgé plus de trois ans de leur peine actuelle étaient 3,4 fois plus nombreux à déclarer une infection au VHC que les hommes emprisonnés depuis moins longtemps (8,8 % par rapport à 2,6 %). Le temps déjà passé n'est pas une cause d'infection au VHC; cependant, la durée de l'incarcération peut être un élément auxiliaire de l'amplitude de l'exposition (p. ex. le nombre d'injections de drogues en utilisant la seringue usagée de quelqu'un d'autre). En ce qui a trait à l'usage de drogues injectables, les hommes qui avouaient avoir utilisé la seringue usagée de quelqu'un d'autre étaient environ huit fois plus nombreux à déclarer une infection au VHC que les hommes qui ne s'injectaient pas de drogues (23,3 % par rapport à 2,8 %). Le pourcentage de déclarations d'infection au VHC chez les hommes qui s'injectaient des drogues sans utiliser la seringue usagée de quelqu'un d'autre ne peut être communiqué en raison du trop petit nombre d'infections au VHC relevés dans ce sous-groupe (c.-à-d. moins de cinq).

Figure 24. Pourcentage d'infections au VHC déclarées depuis l'admission, selon les caractéristiques de l'incarcération et selon l'usage de drogues injectables, chez les détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale



Nota. VHC = virus de l'hépatite C.
‡ Résultat supprimé parce que moins de cinq détenus ont déclaré ce comportement.

Des études antérieures ont permis d'établir qu'une plus longue incarcération (Allwright et coll., 2000; Fox et coll., 2005; Long et coll., 2001) et l'usage de drogues injectables illicites (Allwright et coll., 2000; Babudieri et coll., 2005; Butler et coll., 2004; Butler et Papanastasiou, 2008; Champion et coll., 2004; Christensen et coll., 2000; Fox et coll., 2005; Long et coll., 2001; Macalino et coll., 2004; Poulin et coll., 2007; Vescio et coll., 2008; Weild et coll., 2000) étaient deux facteurs associés à une possibilité plus élevée d'infection au VHC chez les délinquants. Mais le Sondage national de 2007 révèle en plus qu'il y a une augmentation du risque d'infection chez les détenus qui s'injectent des drogues avec les seringues usagées des autres.

TAUX DÉCLARÉS D'INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT DEPUIS L'ADMISSION

Selon les résultats du Sondage national de 2007, c'est une minorité de détenus (17 % des hommes, 31 % des femmes) qui déclarent avoir des rapports sexuels en milieu carcéral, et la majorité de ces détenus sexuellement actifs (57 %) se procurent des articles visant à réduire les méfaits, comme des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant. Les détenus sexuellement actifs risquent cependant de contracter des ITS parce qu'ils ont, au moins à l'occasion, des rapports sexuels non protégés.

La présente section du rapport est consacrée à une évaluation du risque d'ITS[11] autodéclarées depuis l'admission en établissement correctionnel ainsi qu'à la détermination des caractéristiques de l'incarcération et des comportements à risque associés à l'infection. Puisque que le Sondage national de 2007 a permis de savoir si les détenus avaient appris qu'ils avaient une ITS depuis leur admission au SCC, il était possible d'estimer le taux d'ITS déclarées depuis l'admission. En raison des différences dans la durée de l'incarcération, selon le sexe et selon l'auto-identification des Autochtones, les taux d'ITS ont été calculés en utilisant les années-personnes en incarcération (un détenu incarcéré pendant un an représente une année-personne en incarcération), ce qui a permis d'établir des comparaisons plus valides entre les sous-groupes. Fondamentalement, le nombre de détenus qui avaient appris depuis leur admission qu'ils avaient une ITS a été exprimé par rapport au total des années-personnes en incarcération. Il faut mentionner que les infections déclarées depuis l'admission peuvent avoir été diagnostiquées au moment de l'admission, d'où l'impossibilité de les attribuer avec certitude à des comportements à risque en milieu correctionnel.

Le taux global de déclaration d'une ITS depuis l'admission dans un pénitencier fédéral est d'environ 16 par 1 000 années-personnes en incarcération. Autrement dit, si 1 000 détenus étaient suivis pendant une période d'un an après leur admission, approximativement 16 d'entre eux, soit 1,6 %, déclareraient au moins une ITS. Des différences ont été observées selon le sexe et selon l'autoidentification des Autochtones (voir la figure 25). En particulier, le taux d'ITS déclarées depuis l'admission est 4,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (67 comparativement à 15 par 1 000 années-personnes); et, du côté des hommes, le taux était

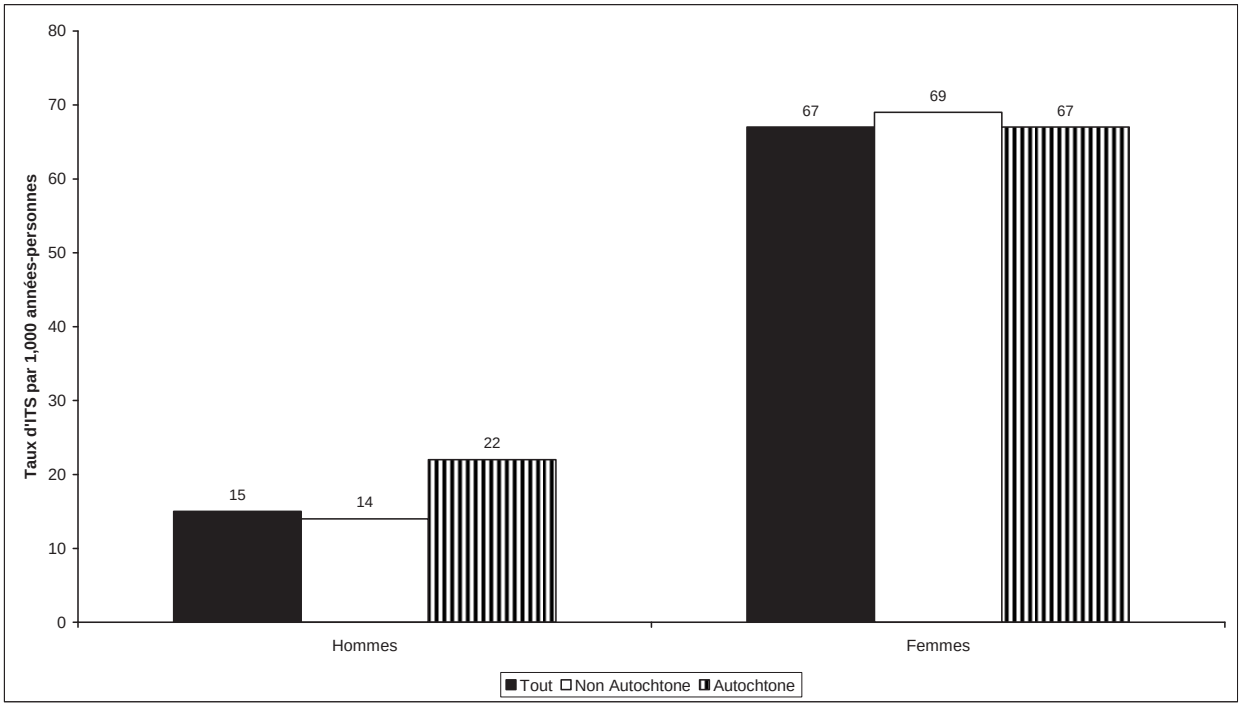
[11] Dans le Sondage national de 2007, les infections transmises sexuellement comprenaient la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital, les verrues génitales et d'autres ITS non spécifiques.

environ 1,6 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (22 comparativement à 14 par 1 000 années-personnes). En ce qui a trait aux ITS prises séparément, seul le taux de chlamydia présentait une différence importante selon l'autoidentification des Autochtones, chez les hommes. Les hommes autochtones étaient 4,4 fois plus nombreux que les hommes non autochtones à déclarer au moins un épisode de chlamydia depuis leur admission en établissement correctionnel (10,6 comparativement à 2,4 par 1 000 années-personnes).

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Même s'ils suggèrent que les femmes soient une population plus à risque de déclarer une ITS diagnostiquée depuis l'admission, d'autres facteurs peuvent expliquer le risque élevé observé. En particulier, comme le questionnaire ne cherchait pas à savoir si les détenus avaient passé un test de dépistage d'ITS depuis l'admission, les taux d'ITS étaient calculés pour l'ensemble des détenus (qu'ils aient subi ou non un test de dépistage). Si les femmes sont plus rigoureusement ciblées pour les tests de dépistage ou sont plus nombreuses à passer des tests de dépistage au SCC, elles sont forcément plus nombreuses que les hommes à recevoir un diagnostic d'ITS.

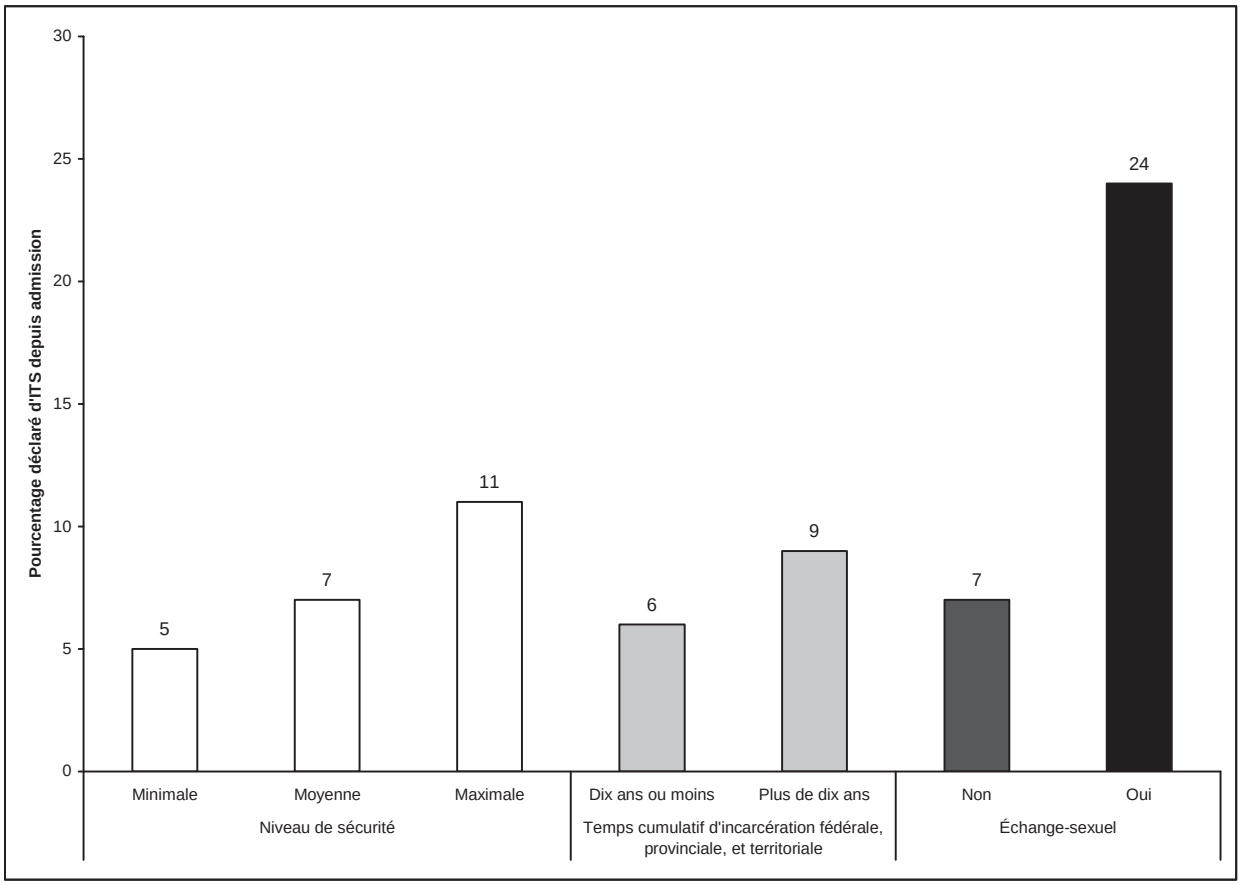
Les comparaisons entre, d'une part, les taux d'ITS dérivés des résultats du Sondage national de 2007 combinés aux données de surveillance du SCC et, d'autre part, les taux d'ITS relevés dans l'ensemble de la population canadienne sont limitées en raison de différences d'ordre méthodologique. Néanmoins, la différence selon le sexe dans le taux d'ITS concorde avec les données de surveillance du SCC (SCC, 2008). D'après les données de surveillance de 2004, les taux de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis sont respectivement 3,2, 16,3 et 3,6 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Figure 25. Taux d'infections transmises sexuellement (ITS) déclarées depuis l'admission chez les détenus canadiens sous responsabilité fédérale, selon le sexe et selon l'auto-identification des Autochtones



Les caractéristiques de l'incarcération et les comportements sexuels en milieu carcéral étaient associés avec la déclaration d'une ITS depuis l'admission. Chez les hommes, le niveau de sécurité plus élevé, la durée cumulative de l'incarcération dans un établissement fédéral, provincial et territorial et l'échange sexuel étaient associés à un risque plus élevé de déclarer une ITS. En particulier, le pourcentage d'hommes déclarant une ITS passait de 5 % dans un établissement à sécurité minimale à 11 % dans un établissement à sécurité maximale (voir la figure 26); de 6 % chez ceux dont la durée d'incarcération était de 10 ans ou moins à 9 % chez ceux dont la durée de l'incarcération était supérieure à 10 ans; et de 7 % chez ceux qui ne pratiquaient pas l'échange sexuel à 24 % chez ceux qui se livraient à ce type d'échange. Parmi les femmes, le pourcentage de déclarations d'ITS était plus élevé chez celles qui avaient eu des rapports sexuels avec une partenaire occasionnelle que chez celles qui n'en avaient pas eus (25 % comparativement à 13 %).

Figure 26. Pourcentage de déclarations d'une ITS depuis l'admission, selon les caractéristiques de l'incarcération et selon le comportement sexuel, pour l'ensemble des détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale



Nota. L'échange sexuel est défini comme le fait d'avoir des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues, de matériel d'injection ou de biens. ITS = infection transmise sexuellement.

Une étude américaine antérieure a révélé que les hommes avaient plus souvent des relations sexuelles avec d'autres hommes dans les établissements à sécurité maximale que dans les établissements à sécurité minimale (Garland, Morgan et Beer, 2005). Cette constatation pourrait expliquer, du moins en partie, les résultats du Sondage national de 2007. En particulier, de plus nombreuses relations sexuelles dans les établissements à sécurité maximale peuvent se traduire par des taux élevés d'ITS si les partenaires ne se protègent pas. Malheureusement, le Sondage national de 2007 ne permettait pas d'évaluer entièrement la fréquence et la nature des relations sexuelles entre partenaires masculins en milieu carcéral à cause de la non-réponse. Toutefois, les résultats du sondage réalisé en 1995 auprès de détenus canadiens de sexe masculin sous responsabilité fédérale corroborent les conclusions de Garland et coll. (2005). Le sondage de 1995 avait révélé que le pourcentage d'hommes déclarant avoir des relations sexuelles avec

un autre détenu augmentait selon le niveau de sécurité de l'établissement (de 3 % dans les établissements à sécurité minimale à 7 % dans les établissements à sécurité maximale). De plus, chez les hommes déclarant avoir des relations sexuelles avec un autre détenu, le pourcentage de ceux qui utilisaient des condoms passait de 51 % dans les établissements à sécurité minimale à 30 % dans les établissements à sécurité maximale (Price Waterhouse, 1996).

L'échange sexuel et les relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels sont des comportements à risque notoirement liés aux ITS (Groupe de travail d'experts sur les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, 2008) et sont associés à la déclaration d'une ITS depuis l'admission dans un pénitencier fédéral, chez les hommes comme chez les femmes. Selon les résultats du Sondage national de 2007, moins de 2 % des hommes semblent pratiquer l'échange sexuel et 11 % des femmes auraient eu des relations sexuelles non protégées avec une partenaire occasionnelle durant leurs six derniers mois d'incarcération.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS, DES LIMITATIONS ET DES RECOMMANDATIONS D'ÉTUDES FUTURES

Sur l'ensemble, les résultats montrent que les détenus canadiens sous responsabilité fédérale ont accès à des articles visant à réduire les méfaits tels que des condoms et de l'eau de Javel, à des tests de dépistage du VIH et du VHC ainsi qu'à des services de traitement, et qu'ils y ont recours. Le Sondage national de 2007 a permis de réunir des renseignements sur les améliorations à apporter aux programmes et aux services, et de constater que les femmes autochtones constituaient un groupe que les autorités de santé publique devraient suivre de plus près. Certains des faits recueillis permettent d'affirmer que la connaissance des risques est associée à des comportements qui réduisent la transmission du VIH et du VHC tels que l'usage moindre de drogues injectables et l'utilisation plus fréquente d'eau de Javel. Enfin, bien que l'usage de drogues continue en milieu carcéral, il se fait à beaucoup moins grande échelle que dans la collectivité. D'autres constatations détaillées sont résumées ci-dessous.

Les détenus connaissent bien la politique du SCC visant à rendre accessibles les articles pouvant contribuer à réduire les méfaits. En ce qui a trait à la demande d'articles visant à réduire les méfaits au cours de leurs six derniers mois d'incarcération, 57 % des détenus sexuellement actifs ont dit avoir tenté (avec ou sans succès) d'obtenir des condoms, du lubrifiant ou des digues dentaires, et la majorité des détenus qui déclarent s'injecter des drogues, se faire tatouer ou percer le corps dans les établissements du SCC utilisent de l'eau de Javel pour nettoyer le matériel. De plus, parmi ceux et celles qui ont des relations sexuelles ou s'injectent des drogues, ceux qui ont des comportements sexuels ou des pratiques d'injection à risque ont plus souvent recours à des articles visant à réduire les méfaits. Ces résultats portent à croire que ces articles sont utilisés par les détenus conformément à ce pourquoi ils sont prévus. Toutefois, l'usage de ces articles pourrait être augmenté en réduisant les problèmes d'accès et en déterminant, dans le cadre d'une recherche future, pourquoi certains détenus n'utilisent pas les articles visant à réduire les méfaits qui sont mis à leur disposition.

Les résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque indiquent qu'un pourcentage important des détenus et des détenues ont subi des tests de dépistage du VIH (71 % des hommes, 85 % des femmes) et du VHC (74 % des hommes, 83 % des femmes) durant leur dernière incarcération dans un établissement du SCC, et que le taux d'administration des tests de dépistage pourrait être

rehaussé en faisant davantage la promotion de l'évaluation et du test de dépistage au cours de l'incarcération. Il faudra toutefois réaliser des études supplémentaires afin d'examiner les options stratégiques disponibles pour optimiser le dépistage des maladies infectieuses et l'administration de tests dans la population carcérale.

Parmi les détenus et les détenues ayant déjà passé un test de dépistage du VIH ou du VHC, les femmes autochtones forment un groupe particulièrement à risque, puisqu'elles déclarent les taux les plus élevés d'infection au VIH (11,7 %) et au VHC (49,1 %). Le SCC doit donc veiller à ce que les interventions auprès de ce groupe soient efficaces et adaptées à la culture, de façon à favoriser une diminution des comportements à risque et un recours plus fréquent aux mesures de réduction des méfaits qui sont proposées pour répondre aux besoins des femmes autochtones.

Le Sondage national de 2007 a permis d'entrevoir des mesures qui pourraient être prises pour améliorer les soins dispensés aux détenus séropositifs au VIH. Premièrement, pour atténuer les craintes d'être victime de discrimination dans l'ensemble de la population carcérale, surtout chez les détenus séropositifs au VIH, il faudrait mieux faire connaître les modes de transmission du VIH (comment le VIH peut ou ne peut pas être transmis) ainsi que les politiques du SCC concernant la protection de la confidentialité et la non tolérance de la discrimination. Une attention particulière doit être portée à la protection de la confidentialité lors de la prestation de soins de santé en milieu correctionnel, car les détenus ont souvent connaissance des allées et venues des autres détenus qui obtiennent de tels soins. Deuxièmement, il serait possible de réduire le nombre d'interruptions de traitement du VIH au SCC en faisant davantage d'efforts pour s'assurer que : les politiques des pharmacies des établissements en ce qui a trait à la fourniture d'antirétroviraux et aux renouvellements des ordonnances sont suffisamment bien connues; les traitements ne sont pas interrompus durant les transfèrements entre établissements; les détenus sont informés des conséquences s'ils ne suivent pas un traitement comme il se doit.

L'examen de la connaissance qu'ont les détenus du VIH et du VHC a révélé certaines lacunes. Étant donné qu'une meilleure connaissance est associée à des comportements qui freinent la transmission du VIH et VHC, il faut poursuivre les efforts pour mieux renseigner les détenus. La sensibilisation des détenus aux différents programmes d'éducation disponibles en matière de santé serait une première étape valable pour accroître la connaissance des programmes et la participation à ceux-ci.

Bien qu'il n'ait pas été possible d'attribuer sans équivoque les infections déclarées depuis l'admission à des comportements à risque en milieu correctionnel, les taux d'infections autodéclarées depuis l'admission dans un établissement du SCC ont été estimés et les caractéristiques de ces infections ont été examinées. Le nombre de nouveaux cas de VIH autodéclarés était trop faible (moins de cinq) pour faire l'objet d'une étude. Pour ce qui est du VHC, aucune femme n'a signalé d'infection depuis son admission, mais le taux annuel d'infection à ce virus chez les hommes est d'environ 16 par 1 000 années-personnes. Le fait d'avoir été incarcéré plus longtemps et le fait de s'injecter des drogues avec la seringue usagée de quelqu'un d'autre en milieu carcéral sont liés à une probabilité plus élevée d'infection au VHC depuis l'admission. De façon semblable, le taux annuel global d'infections transmises sexuellement (ITS) depuis l'admission est d'environ 16 par 1 000 années-personnes. Il existe cependant des différences importantes selon le sexe des détenus. Plus précisément, le taux d'infections transmises sexuellement est 4,5 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (67 plutôt que 15 sur 1 000 années-personnes). Le niveau de sécurité plus élevé de l'établissement, le fait d'avoir passé plus de temps en prison, la pratique de l'échange sexuel et les relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels sont autant de facteurs liés à une probabilité plus grande de déclarer une ITS depuis l'admission. Le niveau de sécurité de l'établissement et le nombre de temps passé en prison ne sont pas des facteurs de risque modifiables, mais il est possible de réduire l'occurrence d'injections et de pratiques sexuelles à risque en mettant en œuvre les stratégies de prévention clés que sont la poursuite des activités de sensibilisation et l'augmentation du taux d'utilisation des articles visant à réduire les méfaits.

Le pourcentage de détenus canadiens sous responsabilité fédérale qui déclarent faire usage de drogues non injectables et de drogues injectables et avoir des relations sexuelles baisse de façon drastique en milieu carcéral par rapport à ce qu'il était dans la collectivité. Une minorité de détenus déclarent avoir eu des comportements à risque durant leurs six derniers mois d'incarcération : 34 % des hommes et 25 % des femmes ont consommé des drogues non injectables, 17 % des hommes et 14 % des femmes ont fait usage de drogues injectables, et 17 % des hommes et 31 % des femmes ont eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales. Mais les comportements à risque en milieu carcéral ne sont pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à faire état de pratiques d'injection à risque, tandis que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de reconnaître avoir eu des

relations sexuelles à risque.

Limites

Les principales limites de cette recherche, telles que l'erreur de mesure et le biais de la désirabilité sociale, sont typiques des sondages transversaux d'autodéclaration qui cherchent à obtenir de l'information sur des activités illicites ou de nature délicate étalées dans le temps. Compte tenu du nombre de questions évaluées et de leur complexité, le questionnaire s'étendait sur une cinquantaine de pages. Sa complexité et sa longueur ont peut-être influé sur les résultats. Comme il est plus difficile de se remémorer des événements du passé, les résultats concernant les comportements à risque, les tests de dépistage, les traitements et la participation aux programmes pourraient être moins exacts. D'autres types de recherche, comme la recherche longitudinale à l'aide d'échantillons biologiques, auraient pu être plus efficaces, mais sont plus difficiles à mener en milieu correctionnel et ont été écartées, dans le cas présent, en raison de questions opérationnelles concurrentes. Indépendamment de ces limites, les résultats du sondage sont généralement compatibles avec ceux d'autres études, ce qui porte à croire que les détenus ont répondu honnêtement à la plupart des questions.

Recherches futures

Des rapports détaillés seront bientôt disponibles sur chacun des aspects abordés dans la présente publication. Les prochaines analyses des résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque porteront sur des questions plus complexes, comme les facteurs associés à la consommation de drogues, aux activités sexuelles et aux tests de dépistage du VIH et du VHC en milieu carcéral. Enfin, la présente étude soulève des questions qui nécessitent des recherches supplémentaires dans certains domaines. Par exemple, il serait utile de comprendre pourquoi les détenus continuent d'avoir des comportements à risque, sachant fort bien qu'ils peuvent se procurer des articles visant à réduire les méfaits.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2005). *Maladies à déclaration obligatoire en direct*. Consulté le 24 septembre 2008 au http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/index_f.html.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Maladies infectieuses Index A-Z.* http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/index-fra.php (consulté la dernière fois en 2006).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2007a). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2007b). « Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 33S1 : p. 1-76.

ALARY, M., G. GODIN et G. LAMBERT (2005). *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*, Québec (Canada) : Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

ALLEN, S.A., A.C. SPAULDING, A.M. OSEI, L.E. TAYLOR, A.M. CABRAL et J.D. RICH (2003). « Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility », *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, p. 187-190.

ALLWRIGHT, S., F. BRADLEY, J. LONG, J. BARRY, L. THORNTON et J.V. PARRY (2000). « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, vol. 321 (n° 7253), p. 78-82.

ALTICE, F.L., A. MARINOVICH, K. KHOSHNOOD, K.M. BLANKENSHIP, S.A. SPRINGER et P.A. SELWYN (2005). « Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection », *Journal of Urban Health*, vol. 82 (n° 2), p. 312-26.

BABUDIERI, S., B. LONGO, L. SARMATI, G. STARNINI, L. DORI, B. SULIGOI et coll. (2005). « Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy », *Journal of Medical Virology*, vol. 76 (n° 3), p. 311-7.

BATEY, R.G., T. JONES et C. MCALLISTER (2008). « Prisons and HCV: a review and a report on an experience in New South Wales Australia », *International Journal of Prisoner Health*, vol. 4, p. 156-163.

BRYAN, A., R.N. ROBBINS, M.S. RUIZ et D. O'NEILL (2006). « Effectiveness of an HIV Prevention Intervention in Prison Among African Americans, Hispanics, and Caucasians », *Health Education & Behavior*, vol. 33 (n° 2), p. 154-177.

BULLOCK, T. (2003). « Changing levels of drug use before, during, and after imprisonment », dans M. Ramsay (éd.), *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies* (p. 23-48). London : Home Office.

BURCHELL, A., L. CALZAVARA, T. MYERS, J. SCHLOSSBERG, M. MILLSON, M. ESCOBAR et coll. (2003). « Voluntary HIV testing among inmates: sociodemographic, behavioral risk, and attitudinal correlates », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 32 (n° 5): p. 534-41.

BUTLER, T., A. KARIMINIA, M. LEVY et J. KALDOR (2004). « Prisoners are at risk for hepatitis C transmission », *European Journal of Epidemiology*, vol. 19, p. 1119-1122.

BUTLER, T. et C. PAPANASTASIOU (2008). *National prison entrants' bloodborne virus and risk behaviour survey report 2004 & 2007*, National Drug Research Institute (Université Curtin) et National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (Université de New South Wales).

CALZAVARA, L., A. BURCHELL, J. SCHLOSSBERG, T. MYERS, M. ESCOBAR, E. WALLACE et coll. (2003). « Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates », *Addiction*, vol. 98, p. 1257-1265.

CALZAVARA, L.M., T. MYERS, M. MILLSON, J. SCHLOSSBERG et A. BURCHELL (1997). *Understanding HIV-related risk behaviour in prisons: the inmates' perspective*, Toronto (Ontario) : HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, Université de Toronto.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (2005). *Syphilis-CDC Fact Sheet*. http://www.cdc.gov/std/syphilis/STDFact-Syphilis.htm.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (2006a). *Chlamydia-CDC Fact Sheet*. http://www.cdc.gov/std/chlamydia/STDFact-Chlamydia.htm.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (2006b). *Ghonorrhea-CDC Fact Sheet*. http://www.cdc.gov/std/Gonorrhea/STDFact-gonorrhea.htm.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) (2006c). « HIV transmission among male inmates in a state prison system--Georgia, 1992-2005 », *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report*, vol. 55 (n° 15), p. 421-426.

CHAMPION, J.K., A. TAYLOR, S. HUTCHINSON, S. CAMERON, J. MCMENAMIN, A. MITCHELL et coll. (2004). « Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 159 (n° 5), p. 514-9.

CHRISTENSEN, P.B., H.B. KRARUP, H.G. NIESTERS, H. NORDER et J. GEORGSEN (2000). « Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners », *European Journal of Epidemiology*, vol. 16 (n° 11), p. 1043-9.

COCHRAN, W.G. (1977). *Sampling Techniques*, 3e édition, New York : John Wiley & Sons, Inc.

DE, P., N. CONNOR, F. BOUCHARD et D. SUTHERLAND (2004). « HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention », *Journal canadien des maladies infectieuses = Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 15 (n° 4), p. 221-225.

DE RAVELLO, L., M.D. BRANTLEY, M. LAMARRE, M.G. QAYAD, H. AUBERT, et C. BECK-SAGUE (2005). « Sexually transmitted infections and other health conditions of women entering prison in Georgia, 1998-1999 », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32 (n° 4), p. 247-251.

DOLAN, K.A., M. BIJL et B. WHITE (2004). « HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males », *International Journal for Equity in Health*, vol. 3 (n° 1), p. 7.

DOLAN, K., W. HALL et A. WODAK (1996). « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *British Medical Journal*, vol. 312, p. 1162-1162.

DOLAN, K., D. LOWE et J. SHEARER (2004). « Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 32, p. 124-8.

DOLAN, K., J. SHEARER, M. MACDONALD, R.P. MATTICK, W. HALL et A.D. WODAK (2003). « A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 72, p. 59-65.

FALCK-Ytter, Y., H. KALE, K.D. MULLEN, S.A. SARBAH, L. SORESCU et A.J. MCCULLOUGH (2002). « Surprisingly small effect of antiviral treatment in patients with hepatitis C », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, p. 288-292.

FARLEY, J., S. VASDEV, B. FISCHER, E. HAYDON, J. REHM et T.A. FARLEY (2005). « Feasibility and outcome of HCV treatment in a Canadian federal prison population », *American Journal of Public Health*, vol. 95 (n° 10), p. 1737-1739.

FARLEY, J.D., V.K. WONG, H.V. CHUNG, E. LIM, G. WALTERS, T.A. FARLEY et coll. (2005). « Treatment of chronic hepatitis C in Canadian prison inmates », *Journal canadien de gastroentérologie = Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 19, p. 153-156.

FORD, P.M., M. PEARSON, P. SANKAR-MISTRY, T. STEVENSON, D. BELL et J. AUSTIN (2000). « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », Queen's University HIV Prison Study Group, *QJM: An International Journal of Medicine*, vol. 93 (n° 2), p. 113-9.

FOX, R.K., S.L. CURRIE, J. EVANS, T.L. WRIGHT, L. TOBLER, B. PHELPS et coll. (2005). « Hepatitis C virus infection among prisoners in the California state correctional system », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 41 (n° 2), p. 177-86.

FROST, L. et V. TCHERTKOV (2002). « Prisoner risk taking in the Russian Federation », *AIDS Education & Prevention*, vol. 14 (n° 5 suppl. B): p. 7-23.

GARLAND, J., R. MORGAN et A. BEER (2005). « Impact of time in prison and security level on inmates' sexual attitude, behavior, and identity », *Psychological Services*, vol. 2 (n° 2), p. 151-162.

GRINSTEAD, O., B. FAIGELES et B. ZACK (1997). « The effectiveness of peer HIV education for male inmates entering state prison », *Journal of Health Education*, vol. 28 (n° 6), p. S31-S37.

GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS SUR LES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (2008). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Ottawa (Ontario), Sa Majesté la Reine du chef du Canada.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SURVEILLANCE (1999). « Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 25S2.

GYARMATHY, V.A., A. NEAIGUS et S. SZAMADO (2003). « HIV risk behavior history of prison inmates in Hungary », *AIDS Education & Prevention*, vol. 15 (n° 6), p. 561-9.

HATEM, C., A. MINELLO, S. BRESSON-HADNI, V. JOOSTE, P. EVRARD, B. OBERT et coll. (2005). « Is the management of hepatitis C patients appropriate? A population-based study », *Alimentary Pharmacology Therapeutics*, vol. 21, p. 1007-1015.

HEIMER, R., H. CATANIA, R.G. NEWMAN, J. ZAMBRANO, A. BRUNET et A.M. ORTIZ (2006). « Methadone maintenance in prison: Evaluation of a pilot program in Puerto Rico », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 83, p. 122-129.

HELLARD, M.E., J.S. HOCKING et N. CROFTS (2004). « The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities », *Epidemiology & Infection*, vol. 132 (n° 3), p. 409-15.

HOGBEN, M., J. ST. LAWRENCE et G.D. ELDRIDGE (2001). « Sexual risk behavior, drug use, and STD rates among incarcerated women », *Women & Health*, vol. 34 (n° 1): p. 63-7.

KASSIRA, E.N., R.L. BAUSERMAN, N. TOMOYASU, E. CALDEIRA, A. SWETZ, et L. SOLOMON (2001). « HIV and AIDS surveillance among inmates in Maryland prisons », *Journal of Urban Health*, vol. 78 (n° 2), p. 256-263.

KHAN, A.J., E.P. SIMARD, W.A. BOWER, H.L. WURTZEL, M. KHRISTOVA, K.D. WAGNER et coll. (2005). « Ongoing transmission of hepatitis B virus infection among inmates at a state correctional facility », *American Journal of Public Health*, vol. 95 (n° 10), p. 1793-9.

KOULIERAKIS, G., C. GNARDELLIS, D. AGRAFIOTIS et K.G. POWER (2000). « HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons », *Addiction*, vol. 95 (n° 8), p. 1207-16.

LAST, J (éd.) (1995). *A dictionary of epidemiology*, 3e édition, New York : Oxford University Press.

LEE, E.S. et R.N. FORTHOFER (2006). *Analyzing complex survey data*, 2e édition, Thousand Oaks, California : Sage Publications.

LES ASSOCIÉS DE RECHERCHE EKOS (2006a). *Sondage de 2006 sur les attitudes des autochtones touchant le VIH/sida*. http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2007/index-fra.php (consulté la dernière fois le 20 février 2009)

LES ASSOCIÉS DE RECHERCHE EKOS (2006b). *Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida*. http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2006/index-fra.php (consulté la dernière fois le 20 février 2009).

LONG, J., S. ALLWRIGHT, J. BARRY, S.R. REYNOLDS, L. THORNTON, F. BRADLEY et coll. (2001). « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, vol. 323 (n° 7323), p. 1209-13.

MACALINO, G.E., D. VLAHOV, S. SANFORD-COLBY, S. PATEL, K. SABIN, C. SALAS et coll. (2004). « Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons », *American Journal of Public Health*, vol. 94 (n° 7), p. 1218-23.

MAGURA, S., A. ROSENBLUM, C. LEWIS et H. JOSEPH (1993). « The effectiveness of in-jail methadone maintenance », *Journal of Drug Issues*, vol. 23 (n° 1), p. 75-99.

MARTIN, R.E., F. GOLD, W. MURPHY, V. REMPLE, J. BERKOWITZ et D. MONEY (2005). « Drug use and risk of bloodborne infections: a survey of female prisoners in British Columbia », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96 (n° 2), p. 97-101.

NIVEAU, G. « Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review », *Public Health*, vol. 120, p. 33-41.

ONUSIDA (2006). *Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA.

POULIN, C., M. ALARY, G. LAMBERT, G. GODIN, S. LANDRY, H. GAGNON et coll. (2007). « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, vol. 177 (n° 3), p. 252-256.

PRICE WATERHOUSE (1996). *Sondage national de 1995 auprès des détenus : rapport final* (n° SR-02), Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada.

RÉSEAU D'ACTION ET DE SOUTIEN DES PRISONNIERS ET PRISONNIÈRES VIVANT AVEC LE SIDA (PASAN) (2003). *Ouvrir notre avenir : une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C.*, Toronto (Ontario), PASAN.

ROSS, M.W., A.J. HARZKE, D.P. SCOTT, K. MCCANN et M. KELLEY (2006). « Outcomes of project wall talk: an HIV/AIDS peer education program implemented within the Texas State prison system », *AIDS Education and Prevention*, vol. 18 (n° 6), p. 504-517.

ROTILY, M., C. WEILANDT, S.M. BIRD, K. KALL, H.J. VAN HAASTRECHT, E. IANDOLO et coll. (2001). « Surveillance of HIV infection and related risk-behaviour in European prisons. A multicentre pilot study », *European Journal of Public Health*, vol. 11 (n° 3), p. 243-250.

SABBATANI, S., R. GIULIANI et R. MANFREDI (2006). « Combined pegylated interferon and ribavirin for the management of chronic hepatitis C in a prison setting », *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, vol. 10, p. 274-278.

SAS INSTITUTE INC. (2004). SAS/STAT® *9.1 User's Guide*. Cary (North Carolina) : SAS Institute Inc.

SAS INSTITUTE INC. (2008). SAS/STAT® *9.2 User's Guide*. Cary (North Carolina) : SAS Institute Inc.

SCOTT, D., A. HARZKE, M. MIZWA, M. PUGH et M. ROSS (2004). « Evaluation of an HIV peer education program in Texas prisons », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 10, p. 151-173.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA (SCC) (1999). *Évaluation des mesures de réduction des préjudices causés par le VIH et le sida dans le Service correctionnel Canada*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel Canada.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA (SCC) (2004). *Directive du commissaire n° 821 : Gestion des maladies infectieuses*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel Canada.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA (CSC) (2008). *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2002-2004*, Ottawa (Canada), Service correctionnel Canada.

SMALL, W., S. KAIN, N. LALIBERTE, M.T. SCHECHTER, M. O'SHAUGHNESSY et P.M. SPITTAL (2005). « Incarceration, addiction and harm reduction: Inmates experience injecting drugs in prison », *Substance Use & Misuse*, vol. 40, p. 831-843.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA ET SANTÉ CANADA (2002). *Guide des termes d'usage dans l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida*, Ottawa (Ontario), Société canadienne du sida et Santé Canada.

STROCK, P., J. MOSSONG, K. HAWOTTE et V. ARENDT (2009). « Access to Treatment of Hepatitis C in Prison Inmates », *Digestive Diseases & Sciences*, vol. 54, p. 1325-1330.

THE AMERICAN HERITAGE® DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE, Fourth Edition. Consulté le 7 mai 2009, sur site Web de Dictionary.com, au : http://dictionary1.classic.reference.com/browse/transgender.

THORNTON, L., J. BARRY, J. LONG, S. ALLWRIGHT, F. BRADLEY et J.V. PARRY (2000). « Comparison between self-reported hepatitis B, hepatitis C, and HIV antibody status and oral fluid assay results in Irish prisoners », *Communicable Disease & Public Health*, vol. 3 (n° 4), p. 253-5.

VESCIO, M.F., B. LONGO, S. BABUDIERI, G. STARNINI, S. CARBONARA, G. REZZA et coll. (2008). « Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 62, p. 305-313.

WEILD, A.R., O.N. GILL, D. BENNETT, S.J. LIVINGSTONE, J.V. PARRY et L. CURRAN (2000). « Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey », *Communicable Disease & Public Health*, vol. 3 (n° 2), p. 121-6.

WU, Z.H., J. BAILLARGEON, J.J. GRADY, S.A. BLACK, et K. DUNN (2001). « HIV seroprevalence among newly incarcerated inmates in the Texas correctional system », *Annals of Epidemiology*, vol. 11 (n° 5), p. 342-346.

ZAKARIA, D., J. THOMPSON, et F. BORGATTA (sous presse). « Study materials for the 2007 National Inmate Infectious Diseases and Risk-Behaviours Survey », Rapport de recherche R-212. Ottawa, Service correctionnel du Canada.

ZOU, S., M. TEPPER et A. GIULIVI (2001). « L'hépatite virale et des nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 27S3.

ANNEXE 1 : ACRONYMES ET DÉFINITIONS

années-personnes	Une mesure alliant personnes et temps utilisé comme dénominateur dans les taux d'incidence. Elle est la somme du temps pendant lequel les membres d'une population ont été suivis (Last, 1995). Exemples : une personne suivie pendant une année équivaut à une année-personne; 100 personnes suivies pendant une année équivalent à 100 années-personnes; et 100 personnes suivies pendant 10 ans équivalent à 1 000 années-personnes. L'utilisation des années-personnes pour dériver les taux d'incidence permet des comparaisons plus valides entre les populations suivies durant des périodes différentes.
attirail	Matériel utilisé pour la préparation des drogues à injecter, c.-à-d. de l'eau, un filtre (coton) et un contenant ou une cuillère pour chauffer la drogue.
autoidentification des Autochtones	Une personne qui s'identifie elle-même comme Autochtone (Inuit, Métis, issu des Premières nations non soumises aux traités, issu des Premières nations soumises aux traités).
comportement des autres détenus	Ce problème d'accès aux articles visant à réduire les méfaits comprend les comportements suivants : « d'autres détenus en font des réserves » et « d'autres détenus m'en limitent l'accès ».
détournement / détourner de la méthadone	Vendre ou donner à quelqu'un d'autre de la méthadone obtenue dans le cadre du Programme de traitement d'entretien à la méthadone.
échange sexuel	Avoir des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues, de matériel d'injection ou de biens.
épisode de consommation excessive	S'injecter des drogues à maintes reprises sur une courte période.
ITS	Infection transmise sexuellement. Dans le cadre du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque, les ITS comprenaient la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital, les verrues génitales et d'autres ITS non spécifiques.
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang

n	Taille de l’échantillon
N	Taille de la population estimée
partenaire occasionnel	Une personne qu’on ne connaît pas très bien.
problèmes d’entretien	Pour les condoms, les lubrifiants et les digues dentaires : distributrices vides, brisées ou fournissant des produits endommagés. Pour l’eau de Javel : distributrices vides, brisées ou fournissant de l’eau de Javel diluée.
Programme « Choisir la santé dans les prisons »	Ce programme véhicule de l’information sur la vie saine, la nutrition, le stress et les maladies infectieuses. Il n’est pas offert dans tous les pénitenciers. Comme c’est le cas pour tous les programmes d’éducation en matière de santé, la participation est facultative.
Programme de sensibilisation à la réception	Le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) est offert aux détenus lors de leur admission dans un établissement de réception du SCC ainsi que dans tous les établissements pour femmes. Le PSR permet de fournir des renseignements sur les maladies infectieuses, les mesures de réduction des méfaits, les programmes de traitement de la toxicomanie, les tests de dépistage et le traitement des maladies infectieuses ainsi que sur les services de santé offerts dans tous les établissements du SCC. Comme c’est le cas pour tous les programmes d’éducation en matière de santé, la participation est facultative.
Programme national de counseling et d’éducation par les pairs sur le VIH/sida	Le Programme national de counseling et d’éducation par les pairs sur le VIH/sida (CEP) a pour objectif de former certains détenus afin qu’ils deviennent des éducateurs pour leurs pairs en soutenant d’autres détenus et en les renseignant sur les maladies infectieuses. Le CEP prévoit la communication de renseignements sur les maladies infectieuses, la vie saine, le stress, les dépendances et la réduction des méfaits. Le CEP contient un volet pour les femmes, qui fournit des renseignements sur les façons dont ces maladies affectent les femmes en particulier. Des programmes semblables existent pour les détenus autochtones. Le programme Chee Mamuk est offert dans la région du Pacifique et s’adresse aux membres des Premières nations du Pacifique. Les Cercles des gardiens du savoir (CEP autochtone) sont actifs dans toutes les régions du SCC. Comme c’est le cas pour tous les programmes d’éducation en matière de santé, la participation est facultative.
PTEM	Programme de traitement d’entretien à la méthadone

rangée de pénitencier	Endroit où les détenus résident dans les pénitenciers. Cet endroit comprend généralement des aires communes et des cellules individuelles.
SCC	Service correctionnel du Canada
seringue	Terme parfois remplacé par le mot aiguille.
sexe	Est défini comme étant le sexe oral, vaginal ou anal.
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
Sondage national	Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque
transgenre	Une personne qui a l'apparence d'un membre du sexe opposé, qui souhaite être considérée comme tel ou qui a subi une chirurgie pour devenir un membre du sexe opposé (The American Heritage Dictionary of the English Language, 2009). [TRAD]
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine