



ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENU
(SANTÉ MENTALE, TOXICOMANIE, VIH/SIDA - VHC)
DOSSIER THÉMATIQUE

PRÉPARÉ PAR
L'ASSOCIATION DES SERVICES DE RÉHABILITATION SOCIALE DU QUÉBEC
FÉVRIER 2015



TABLE DES MATIÈRES

LE DOSSIER EN BREF	3
SANTÉ MENTALE	4
<i>DEFINIR LA SANTE MENTALE</i>	4
<i>LES TROUBLES DE SANTE MENTALE EN DETENTION</i>	5
<i>LA RESPONSABILITE CRIMINELLE D'UN ACCUSE ATTEINT D'UN TROUBLE MENTAL</i>	6
TOXICOMANIE	8
<i>QUELQUES DEFINITIONS ENTOURANT LA TOXICOMANIE ET L'USAGE DE DROGUES (ToxQUEBEC, 2015)</i>	8
<i>LA TOXICOMANIE DANS LES PRISONS QUEBECOISES</i>	9
<i>LA TOXICOMANIE DANS LES PENITENCIERS CANADIENS</i>	9
<i>PARTAGE DE SERINGUES DANS LES ETABLISSEMENTS DE DETENTION</i>	10
<i>LE PROGRAMME DE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE DE LA COUR DU QUEBEC</i>	12
VIH/SIDA ET HÉPATITE C (VHC)	13
<i>LE VIH ET VHC DANS LES PRISONS QUEBECOISES</i>	13
<i>LE VIH ET VHC DANS LES PENITENCIERS CANADIENS</i>	13
<i>LES COMPORTEMENTS A RISQUE EN DETENTION</i>	13
MEMBRES DE L'ASRSQ INTERVENANT AUPRÈS DE CES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES	15
RÉFÉRENCES	16



LE DOSSIER EN BREF

- ✘ Selon une étude de Lafortune, Vacheret et Cantin (2008), parmi la population carcérale canadienne, ce serait **35% des détenus qui présentent des troubles anxieux, 65% des troubles de personnalité et 58% des troubles liés à l'abus de substances.**

- ✘ **La responsabilité criminelle réfère à l'état mental de l'accusé au moment où il a commis son délit.** Selon l'article 16 du Code criminel, la responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée si cette personne était atteinte de **troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte criminel**, ou de comprendre que l'acte était mauvais au moment où il a été commis (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013).

- ✘ Selon un large sondage mené en 2001 dans 11 établissements de détention québécois et auprès de plus de 1 700 individus, **39 % des répondants considéraient que la consommation de drogue ou d'alcool constituait un problème pour eux.** Dans 54% des cas, un délit avait été commis dans un tel contexte.

- ✘ **L'utilisation de drogues injectables demeure le principal facteur de risque** dans la propagation du VIH et du VHC (Poulin, Alary, Lambert et al., 2007).

- ✘ Au Québec, un sondage mené en 2007 auprès de 1 607 détenus issus de sept prisons a montré des taux d'infections de **2,4% au VIH chez les hommes détenus et de 8,8% chez les femmes détenues.** Les conclusions de cette étude permettent d'estimer qu'environ **800 individus séropositifs au VIH et 4 800 individus séropositifs au VHC circulent annuellement dans l'ensemble du réseau carcéral de la province** (Poulin et al., 2007).



SANTÉ MENTALE

Définir la santé mentale

La santé mentale, définie brièvement comme **l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné**, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle **résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres** : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces **facteurs sont en évolution constante** et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est **liée tant aux valeurs collectives dominantes** dans un milieu donné qu'aux **valeurs propres à chaque personne**. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. **Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale.** À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale **peut également être considérée comme une ressource collective**, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement (Association canadienne pour la santé mentale, 2013).

Qu'est-ce que la maladie mentale ?

Par maladie mentale, on désigne l'ensemble des problèmes affectant l'esprit.

En fait, il s'agit de manifestations d'un dysfonctionnement psychologique et souvent biologique. Ces perturbations provoquent différentes sensations de malaises, des bouleversements émotifs et/ou intellectuels, de même que des difficultés de comportement (Fondation des maladies mentales, 2014)



Les troubles de santé mentale en détention

Selon une étude de Lafortune, Vacheret et Cantin (2008), parmi la population carcérale canadienne, ce serait **35% des détenus qui présentent des troubles anxieux, 65% des troubles de personnalité et 58% des troubles liés à l'abus de substances.**

Selon Vacheret (2005), le portrait de la population carcérale provinciale révèle que **66 % des détenus sont considérés comme ayant un problème de santé mentale** et que **40 % ont un réel problème de consommation d'alcool ou de drogues.**

Depuis trois ans, l'Aperçu statistique du Ministère de la Sécurité publique du Canada exclut l'information publiée dans les éditions précédentes sur la santé mentale des délinquants sous responsabilité fédérale. Le SCC soutient qu'aucune donnée valide et fiable n'est accessible et qu'il se penche actuellement sur la question en vue de fournir des renseignements fiables et valides sur les enjeux touchant la santé mentale des délinquants sous responsabilité fédérale (ministère de la Sécurité publique du Canada, 2012).

La santé mentale en détention est une problématique mise en l'avant annuellement par le Protecteur du citoyen (Ombudsman correctionnel du Québec). En mai 2011, il a publié un rapport portant sur les problèmes soulevés par les interventions policières auprès de personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale, sur les défis que représente l'adaptation du système judiciaire à leur prise en charge sur les enjeux liés aux services de santé qui leur sont offerts en détention et sur les difficultés touchant leur réinsertion sociale au terme de l'incarcération. À l'issue de ce rapport, **le Protecteur du citoyen formulait 20 recommandations au ministère de la Justice, au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de la Sécurité publique (MSP). Il effectue un suivi annuel de ces diverses recommandations.** Dans son dernier rapport annuel (Protecteur du citoyen, 2014), il mentionne que l'année 2014-2015 sera l'occasion d'un suivi attentif quant au transfert de responsabilités relative à la prise en charge des soins de santé entre le MSP et le MSSS ainsi qu'aux outils de dépistage des personnes souffrant de troubles de santé mentale.



La responsabilité criminelle d'un accusé atteint d'un trouble mental

La responsabilité criminelle réfère à l'état mental de l'accusé au moment où il a commis son délit. Selon l'article 16 du Code criminel, la responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée si cette personne était atteinte de **troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte criminel**, ou de comprendre que l'acte était mauvais au moment où il a été commis.

Le fait de souffrir d'un trouble mental n'exempte pas automatiquement une personne de sa responsabilité criminelle. Un examen judiciaire et psychiatrique strict le déterminera. Son verdict sera alors : coupable, non-coupable ou non-criminellement responsable pour cause de troubles mentaux.

Si une personne obtient un verdict de non-responsabilité criminelle, elle ne sera pas acquittée ou libérée sur-le-champ. La Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) devra d'abord évaluer le risque que cette personne représente pour la sécurité du public. Les audiences se tiennent dans l'établissement où l'accusé est détenu ou soigné. Si la CETM estime que la personne pose un risque pour la société, elle sera maintenue en détention dans un hôpital désigné par la CETM. Sinon, la personne doit être libérée, avec ou sans condition (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013).

Au Québec, la **Division de la santé mentale du Tribunal administratif du Québec (TAQ)** a compétence dans deux types de dossiers en matière de santé mentale (TAQ, 2015) :

- ⇒ Les dossiers concernant la mise en liberté ou la détention de personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, ayant été accusées d'avoir commis une infraction criminelle, et qui ont reçu d'une cour criminelle un **verdict d'inaptitude à subir leur procès criminel ou un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mental**. Lorsque le Tribunal assume ce type de compétence, il est désigné comme étant la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) ;
- ⇒ Certains dossiers concernant la Loi sur la protection des personnes dont **l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui**. Cette loi traite des

Pour subir son procès, un individu doit être considéré comme apte.



personnes mises sous garde dans un établissement hospitalier parce qu'elles sont jugées dangereuses pour elles-mêmes ou pour le public.

Au Québec, entre **350 et 400 personnes** sont déclarées **non criminellement responsables** pour cause de troubles mentaux chaque année :

- ⇒ La majorité d'entre elles ont un **diagnostic du spectre de la schizophrénie**;
- ⇒ Près de **85 % sont des hommes**;
- ⇒ L'âge moyen est de **36 ans**;
- ⇒ Une personne sur trois vit à Montréal et la moitié dans la région de Montréal;
- ⇒ **La moitié** d'entre elles n'avaient **pas d'antécédents criminels**.

(Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013)



TOXICOMANIE

Quelques définitions entourant la toxicomanie et l'usage de drogues (ToxQuébec, 2015)

Abus

Il s'agit d'un terme vague répondant à plus d'une définition. Sa signification diffère d'une société à une autre. Cette notion est grandement influencée, entre autres, par des aspects culturels, religieux, éthiques, légaux et médicaux. Selon Jaffe (1980), « l'abus réfère à l'usage de toute drogue, habituellement par auto-administration, d'une manière telle qu'il se dévie des normes médicales ou sociales approuvées à l'intérieur d'une culture donnée ». Le terme exprime donc une notion de désapprobation sociale et n'est pas nécessairement descriptif d'un profil particulier relié à l'usage d'une drogue et à ses conséquences adverses potentielles.

Dépendance physique

Il s'agit d'un état résultant de l'usage répété et excessif d'un médicament ou drogue au cours duquel l'organisme s'est adapté physiologiquement à la présence de la drogue à une certaine concentration. Cette dépendance se manifeste par un syndrome de privation propre à une classe de drogues qui peut être produit par la cessation brutale, la réduction rapide de la dose, la réduction du taux de drogue dans le sang et/ou l'administration d'une substance antagoniste. Il se produit alors une perturbation du système nerveux qui se traduit par l'apparition d'un ensemble de symptômes appelés « syndrome de sevrage ».

Tolérance

État d'adaptation ou d'hyposensibilité de l'organisme qui se traduit par une atténuation de l'effet d'une drogue ou d'un médicament et par la capacité de supporter, sans manifester de symptômes d'intoxication des doses élevées qui seraient habituellement toxiques. Il s'agit alors d'une diminution notable de l'efficacité et de la toxicité d'une drogue ou d'un médicament.

Toxicomanie

Il s'agit d'un état d'intoxication engendrée par la prise répétée d'une ou plusieurs substances toxiques et créant un état de dépendance physique ou psychologique vis-à-vis des substances consommées.



La toxicomanie dans les prisons québécoises

Le rapport du Protecteur du citoyen de l'année 2006-2007 fait référence au portrait de la clientèle correctionnelle commandé par le ministère de la Sécurité publique en 2002. Il s'agit d'un large sondage mené en 2001 dans 11 établissements de détention québécois et auprès de plus de 1 700 individus. Un des résultats de ce sondage met en lumière que **39 % des répondants considéraient que la consommation de drogue ou d'alcool constituait un problème pour eux**. Dans 54% des cas, un délit avait été commis dans un tel contexte.

Selon une étude menée auprès de plus de 1 600 personnes incarcérées dans sept prisons québécoises, **l'utilisation de drogues injectables demeure le principal facteur de risque** dans le propagation du VIH et du VHC (Poulin, Alary, Lambert et al., 2007).

Puis, le profil de la population correctionnelle élaboré par le Ministère de la Sécurité publique pour l'année 2007-2008 (Giroux, 2011), souligne que c'est près de **60% des contrevenants qui ont des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool liés à leur délinquance**. De plus, les deux tiers ont déjà éprouvé des problèmes de drogues et plus de la moitié (55%) des problèmes d'alcool en lien avec leur comportement délinquant.

La toxicomanie dans les pénitenciers canadiens

Un éditorial paru dans le *Canadian Medical Association Journal* (2002) révèle que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies estime que **54% des détenus fédéraux et un nombre semblable de détenus provinciaux avaient abusé de l'alcool ou des drogues le jour où ils ont commis leur délit**. De plus, le Service correctionnel du Canada estime que presque **sept détenus fédéraux sur dix ont un problème de toxicomanie**.

Aussi, c'est 70% des détenues interrogées dans une prison de Colombie-Britannique qui s'injectaient des drogues avant leur sentence, mais seulement 21% qui le faisaient pendant leur incarcération. Si la vie carcérale présente des obstacles à la consommation de drogues, elle incite aussi aux pratiques dangereuses. Effectivement, **8% des détenues qui s'injectaient des drogues partageaient des aiguilles**.



Partage de seringues dans les établissements de détention

Les programmes d'échange de seringues sont une **importante mesure pour réduire le risque de contracter des infections** par le partage de seringues usagées. En 2001, au Canada, plus de 200 programmes d'échange de seringues fournissaient des services dans des communautés, et d'autres étaient en développement, avec l'appui et le soutien de tous les paliers de gouvernement. De nombreuses évaluations des programmes d'échange de seringues dans la communauté ont démontré qu'ils **réduisent le risque de VIH et de VHC**, présentent un **rapport coût/efficacité avantageux** et **favorisent l'accès aux soins, traitements et services de soutien** (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010).

Les programmes d'échange de seringues en prison offrent des bienfaits semblables. En 2009, on trouve ce type de programmes dans plus de 60 prisons, de diverses tailles et niveaux de sécurité, en Suisse, en Allemagne, en Espagne, en Moldavie, au Kirghizistan, en Biélorussie, en Arménie, au Luxembourg, en Roumanie, au Portugal et en Iran. Dans tous les cas, leur mise en œuvre était une réponse à des preuves du risque de transmission du VIH et du VHC en prison, due au partage de seringues pour l'injection de drogue. Bien que ces programmes se rencontrent dans des circonstances et environnements diversifiés, leurs résultats sont remarquablement constants (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010).

En 2006, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), à la demande du Service correctionnel du Canada, a préparé un rapport exhaustif afin de fournir un avis scientifique, médical et technique, relativement à

Les évaluations des programmes d'échange de seringues démontrent que ceux-ci :

- ⇒ réduisent l'utilisation de matériel d'injection;
- ⇒ ne conduisent pas à une augmentation de l'utilisation ou de l'injection de drogue;
- ⇒ réduisent le nombre de surdoses;
- ⇒ favorisent la référence des usagers à des programmes de traitement de la toxicomanie;
- ⇒ n'occasionnent pas de cas d'utilisation d'aiguilles comme armes contre d'autres détenus ou des employés;
- ⇒ sont efficaces dans une grande diversité d'établissements;
- ⇒ procèdent avec efficacité selon diverses méthodes de distribution des seringues, notamment la distribution aux pairs par des détenus, la distribution en mains propres par des employés du service de santé de l'établissement ou par des intervenants d'organismes externes, ou encore des distributeurs automatiques.

(Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010)



l'efficacité – et aux résultats néfastes, si l'on en repérait – de ces programmes, dans une perspective de santé publique, et de fournir une analyse scientifique complète des renseignements disponibles. Dans le cadre de cette recherche, plus de 200 documents ont été examinés, une équipe a voyagé en Allemagne et en Espagne pour visiter des programmes d'échange de seringues, et une consultation d'experts de deux journées a été tenue (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010).

Le rapport de l'ASPC a conclu que les données de nombreux ressorts démontraient que les programmes d'échange de seringues :

1. réduisent le partage de seringues entre détenus;
2. augmentent le nombre de références d'utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie;
3. réduisent le besoin d'interventions en soins de santé pour des abcès aux points d'injection;
4. réduisent le nombre d'interventions en soins de santé pour des cas de surdose, et de décès associés à de tels cas.

Au chapitre de la sécurité des établissements, **le rapport de l'ASPC a conclu que le corpus actuel de données démontre que les programmes d'échange de seringues n'entraînent pas :**

1. l'utilisation de seringues comme armes;
2. d'augmentation de la violence dans les établissements;
3. d'augmentation de l'incidence de blessures accidentelles sur des aiguilles;
4. d'augmentation de la saisie de drogues illégales ou de matériel pour les consommer;
5. d'augmentation de la consommation de drogue;
6. d'augmentation de l'amorce de l'usage de drogue par injection par les détenus.

De plus, le rapport de l'ASPC a conclu que les **employés carcéraux** dans des établissements dotés de programmes d'échanges de seringues **considèrent que ces programmes sont un ajout important et**

Selon l'Enquêteur correctionnel du Canada (2007), la propagation des maladies transmissibles par le sang à l'intérieur des pénitenciers est en partie attribuable à la consommation de drogues par voie intraveineuse. **La répression ne peut pas, à elle seule, venir à bout de l'augmentation du taux d'infection parmi la population carcérale.**



nécessaire, à l'ensemble des services de réduction des méfaits et aux interventions axées sur la santé et la sécurité (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010).

Le programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec

Le programme québécois de traitement de la toxicomanie sous surveillance judiciaire vise à permettre au système de justice de prévenir la criminalité associée à la toxicomanie, grâce à des mesures pénales favorisant le traitement des contrevenants toxicomanes tout en protégeant la société (ministère de la Justice du Québec, 2014).

Ainsi, tel que prévu par le Code criminel, **le programme autorise le report du prononcé de la sentence, afin que le contrevenant puisse suivre un traitement sous la supervision du tribunal pour mettre fin à sa dépendance.** Il prévoit aussi une collaboration entre le tribunal et les ressources communautaires en toxicomanie afin d'établir les modalités de traitement, dont les activités de thérapie, de réadaptation et de réinsertion sociale (ministère de la Justice du Québec, 2014).

Depuis décembre 2012, **l'évaluation de l'implantation du programme de traitement de la toxicomanie sous surveillance judiciaire de la Cour du Québec à Montréal se poursuit. Elle permettra de faciliter le déploiement de programmes semblables ailleurs au Québec.** Ce programme implique une interaction entre plusieurs acteurs des milieux de la justice, de la santé, des services sociaux et en matière de sécurité publique pour maximiser les chances de succès de la thérapie des contrevenants toxicomanes. **L'objectif étant de briser le cycle des emprisonnements successifs en aidant les contrevenants toxicomanes à mettre fin à leur dépendance et en facilitant leur réinsertion sociale** (ministère de la Justice du Québec, 2014).



VIH/SIDA ET HÉPATITE C (VHC)

Le VIH et VHC dans les prisons québécoises

Au Québec, un sondage mené en 2007 auprès de 1 607 détenus issus de sept prisons a montré des taux d'infections de **2,4% au VIH chez les hommes détenus** et de **8,8% chez les femmes détenues**. Les conclusions de cette étude permettent d'estimer qu'environ **800 individus séropositifs au VIH** et **4 800 individus séropositifs au VHC circulent annuellement dans l'ensemble du réseau carcéral de la province** (Poulin et al., 2007).

Ce serait 20% des individus atteints du VIH et 40% de ceux porteurs du VHC qui ignorent leur condition (Poulin et al., 2007).

Le VIH et VHC dans les pénitenciers canadiens

Avant leur incarcération, un nombre considérable de détenus ont des **habitudes de consommation de drogues injectables**, les exposant ainsi à un **risque important de contracter différents types d'infections**, comme le VIH/sida (Service correctionnel du Canada, 2004 ; Zakaria, Thompson, Jarvis et al., 2010). En 2005, on rapportait que la prévalence du **VIH dans les établissements fédéraux était de 1,66%** (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). Par ailleurs, un important sondage mené en 2007 par le SCC concluait que **les taux d'infections au VIH et au VHC étaient nettement supérieurs chez la population carcérale ayant subi un test de dépistage que dans la population canadienne générale**. À cet égard, Zakaria et al. (2010) rapportent que 4,6% des détenus dépistés sont atteints du VIH et 31% sont atteints du VHC, **soit 15 et 39 fois plus que les taux estimés dans l'ensemble de la population canadienne**.

Les comportements à risque en détention

Les comportements à risque, en prison, ne sont pas limités à un groupe démographique particulier et **sont catalysés par des activités qui sont interdites par le droit pénal** (comme la possession de drogues et substances désignées) **ou prohibées par des politiques carcérales** qui prévoient des mesures disciplinaires (par exemple pour la possession de seringue ou de matériel de tatouage, pour avoir eu des rapports sexuels



consensuels ou pour avoir pratiqué le tatouage). Le risque de châtement (en vertu du droit pénal ou des règles disciplinaires des prisons), combiné au fait que les détenus sont soumis à des vastes mesures de sécurité, fait en sorte que **ces activités se pratiquent dans la clandestinité, et rend ainsi la prévention plus difficile que dans la communauté, tant sur le plan politique que pratique** (Betteridge et Dias, 2007). Or, c'est précisément la concentration de personnes qui ont des comportements à risques qui fait que le milieu carcéral constitue une occasion de premier ordre de répondre à ces comportements par des mesures de santé publique éprouvées.



MEMBRES DE L'ASRSQ INTERVENANT AUPRÈS DE CES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

SANTÉ MENTALE	Association canadienne pour la santé mentale	Chicoutimi
	Centre d'hébergement l'Entre-Toit	Montréal
	Maison L'Intervalle	Montréal
	Programme d'encadrement clinique et hébergement (P.E.C.H.)	Québec
	Programme Intervention & Recherche Psycauses (Diogène)	Montréal
TOXICOMANIE	Centre L'autre-Rive	
	CRC Curé-Labelle	St-Jérôme
	CRC Le Pavillon	Québec
	CRC L'Étape	Sherbrooke
	Programme Intervention & Recherche Psycauses (Diogène)	Montréal
	Expansion-Femmes	Québec
	La Maison d'hébergement Le Séjour	Jonquière
	La Maison Radisson	Trois-Rivières
	Maisons de transition de Montréal	Montréal
	Réhabilitation de Beauce	Beauce
	Service d'aide en prévention de la criminalité (SAPC)	Sherbrooke
	Société Elizabeth-Fry	Montréal
	Société Emmanuel-Grégoire	Montréal
	Centre d'intervention Le Rond-Point	Sept-Iles
	Pavillon de l'Assuétude	Shawinigan et Drummondville
VIH SIDA VHC	Centre femmes aux 3A de Québec	Québec
	Maison Dominique	Laval
	L'ASRSQ fait partie du comité carcéral VIH/sida	Montréal



RÉFÉRENCES

- Association canadienne pour la santé mentale (2013). *Définir la santé mentale*.
http://www.acsm-ca.qc.ca/la-sante-mentale.html#sante_mentale_definition. Tel que consulté le 25 juin 2014.
- Betteridge G. et Dias G. (2007). *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN). http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/11/HardTime_F.pdf. Tel que consulté le 23 janvier 2015.
- CMAJ-La rédaction (2002). L'optique carcérale - Éditorial. *Canadian Medical Association Journal*. 167 (10), p.1095.
- Code criminel du Canada (L.R.C. (1985), ch. C-46). Art. 16.
- Enquêteur correctionnel du Canada (2007). *Rapport annuel du Bureau de l'Enquêteur correctionnel du Canada 2006-2007*. <http://www.ocibec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20062007-fra.aspx> Tel que consulté le 23 janvier 2015.
- Fondation des maladies mentales (2014). *Qu'est-ce que la maladie mentale ?*
<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/les-maladies-mentale.html>. Tel que consulté le 25 juin 2014.
- Giroux, L. (2011). *Profil correctionnel 2007-2008 : La population correctionnelle du Québec*, Québec, Services correctionnels, ministère de la Sécurité publique.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2013). *Commettre un délit quand on est atteint d'une maladie mentale*. <http://www.douglas.qc.ca/info/commettre-delit>. Tel que consulté le 25 juin 2014.
- Jaffe, J.H. (1980). Drug addiction and drug abuse. In *Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics*, eds. A.G. Gilman, L.S. Goodman, and B.A. Gilman. 6th ed. New York: Macmillan.
- Lafortune, D., Vacheret, M., et Cantin, J. (2008). *Les incarcérés provinciaux souffrant de problèmes de santé mentale : Vers une intégration adaptée dans la communauté*.



Rapport présenté au Protecteur du citoyen. Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal.

Ministère de la Justice du Québec (2014). Programme québécois de traitement de la toxicomanie sous surveillance judiciaire. *Programmes et services*.
http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/programmes/traitement_toxicomanie.htm
Tel que consulté le 25 janvier 2015.

Ministère de la Sécurité publique du Canada (2012). *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.
<http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2012-ccrs/2012-ccrs-fra.pdf>
Tel que consulté le 25 janvier 2015.

Protecteur du citoyen (2014). *Rapport annuel de l'Ombudsman correctionnel du Québec, dans Rapport annuel d'activités 2013-2014*, Assemblée nationale du Québec.
<http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2014/2014090901/#0> Tel que consulté le 25 janvier 2015.

Poulin, C., Alary, M., Lambert, G., Godin, G., Landry, S., Gagnon, H., Demers, E., Morarescu, E., Rochefort, J. et Claessens, C. (2007). Prevalence of HIV and Hepatitis C Virus Infections Among Inmates of Quebec Provincial Prisons. *Canadian Medical Association Journal*, 177 (3), 252-256.

Réseau juridique canadien VIH/sida (2008). *VIH et hépatite C en prison*. Série de 13 feuillets d'information.
<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=841>. Tel que consulté le 15 décembre 2014.

Réseau juridique canadien VIH/sida (2010). *Sous la peau – Témoignages individuels démontrant la nécessité de programmes d'échange de seringues en prison*.
<http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26275F.pdf> Tel que consulté le 25 janvier 2015.

Service correctionnel du Canada (2004). Évaluation des besoins des détenus fédéraux. *Revue canadienne de santé publique*, 95, supp 1.

ToxQuébec (2015). *Définitions utiles*. <http://www.toxquebec.com/definitions-utiles.html>
Tel que consulté le 25 janvier 2015.



Tribunal administratif du Québec (2015). *Santé mentale*.

<http://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale> Tel que consulté le 25 janvier 2015.

Vacheret, M. (2005). De la nécessité des prisons... Pourquoi des prisons si l'on prône la réinsertion ? *Porte Ouverte. Bulletin de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec. Volume XVI (3)*, p.7-8.

http://www.asrsq.ca/fr/pdf/po/por_0501.pdf

Zakaria, D., Thompson, J.M., Jarvis, A. et Borgatta, F. (2010). *Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*. Rapport de recherche. Service correctionnel du Canada.