



examen des preuves

Les interventions de prévention primaire du VIH en milieu carcéral et lors de la mise en liberté

Le but de cette communication est de passer en revue les interventions liées au VIH et au sida dans les prisons au sein du Canada et à l'échelle mondiale qui visent la réduction de la transmission. Quatre examens systématiques, six essais contrôlés randomisés et 13 études par observation évaluant les risques du VIH chez les détenus et les interventions auprès de ceux-ci entre 2002 et 2007 ont été examinés. Plus précisément, on passera en revue la consultation et le dépistage volontaires, l'échange de seringues, la distribution de condoms et de l'eau de Javel, les tatouages et les programmes de traitement d'entretien à la méthadone. De plus, on évaluera l'éducation sexuelle et les programmes de prévention du VIH axés sur les pairs qui comprennent des résultats précarcéraux et postcarcéraux.

Quelle est la prévalence du VIH dans les prisons?

En 2003, 34 643 détenus étaient incarcérés au Canada (1). La plupart des études canadiennes indique un taux de prévalence du VIH d'entre 1 % et 3 % dans les prisons ou un taux qui est de cinq à 20 fois plus élevé que celui de la population générale (2-4). En 2003 et 2004, en Ontario, la prévalence de l'infection à VIH était de 11 fois plus importante et le taux d'infection de l'hépatite C (VHC) était de 22 fois plus élevé (0,8 % et 1,8 % respectivement) chez les détenus de certaines installations de détention provisoire provinciales (les prisons, les centres de détention et les centres pour mineurs) que le taux d'autres populations comparables à l'extérieur des établissements correctionnels (3). Au cours de la période de l'étude et en fonction du taux de prévalence du VIH de 2 % et du VHC de 17,6 % (n=1844), on estime que plus de 1000 adultes séropositifs et 9200 adultes positifs pour le VHC avaient été admis à des installations de détention provisoire ontariennes. Poulin et collègues (5) ont déclaré que la prévalence de l'infection à VIH était de presque 19 fois plus élevée chez les détenus de certaines prisons provinciales du Québec que le taux de

Le présent examen des preuves s'inscrit dans une série sur la prévention et le contrôle du VIH et est organisé par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Il a pour objectif de renseigner les praticiens de la santé publique et les travailleurs communautaires tout en orientant leur pratique.

la population générale en 2003, tandis que la prévalence du VHC était de 23 fois plus élevée. En se basant sur un taux de prévalence du VIH de 3,5 % et du VHC de 18,5 % (n=1607), on a estimé que 800 personnes séropositives et 4800 personnes positives au VHC environ sont admises annuellement à ces installations de détention provisoire du Québec.

Les détenues canadiennes affichent un taux d'infection à VIH plus élevé (de 0,9 % à 4,7 %) que les détenus (6). Dans une étude menée au sein de 17 prisons québécoises, le taux de prévalence de l'infection à VIH se situait à 2,4 % chez les participants et à 8,8 % chez les participantes (5). Les statistiques canadiennes indiquent que 75 % des femmes qui purgent des peines dans des prisons fédérales le faisaient en raison d'offenses mineures telles que le vol à l'étalage et la fraude, et qu'un tiers d'entre elles avaient commis des crimes liés à la drogue (6).

La prévalence du VIH dans les prisons des pays développés varie entre 0,2 % en Australie, 2 % aux É.-U. à plus de 10 % dans certains pays européens (7,8). L'Europe et l'Asie centrale (19 %), l'Asie méridionale (3 %), l'Extrême-Orient et Pacifique (9 %), les Caraïbes (3 %), l'Amérique latine (11 %), l'Afrique du nord et le Moyen-Orient (10 %) et l'Afrique subsaharienne (20 %) indiquent également des taux de prévalence du VIH élevés chez les détenus (9).

Les comportements à risque pour le VIH dans les prisons

L'utilisation de seringues contaminées

De nombreux détenus canadiens se livrent à des comportements à risque élevé favorisant la transmission du VIH avant leur entrée en prison, lorsqu'en prison ou lors de leur réinsertion au sein de la population générale. L'utilisation de seringues contaminées (non stériles ou déjà utilisées) lors de l'injection de drogues constitue le

comportement à risque principal de la séroconversion du VIH (8,10-12). Les risques de contamination percutanée existent dans les conditions non hygiéniques (11). On estime qu'entre 20 % et 74 % des détenus des établissements fédéraux du Canada ont été utilisateurs de drogues ou le sont actuellement (13,14). Dans une étude menée dans les milieux carcéraux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, 25 % des détenus (47/188) et 22 % des détenues (22/104) ont indiqué respectivement qu'ils ou elles avaient utilisé des drogues illicites pendant leur séjour dans ces prisons provinciales (4,13). Les détenus qui sont sous une surveillance communautaire ont des taux élevés d'utilisation de drogues illicites (13,15). Dans une étude récente menée par Calzavara et collègues (13), 30 % des personnes adultes incarcérées des installations de détention provisoire provinciales (les prisons, les centres de détention et les centres pour mineurs), on indique des antécédents d'usage de drogues injectées et que la prévalence des infections à VIH et à VHC était beaucoup plus importante chez les hommes de cette population que chez les membres du groupe qui avait indiqué ne pas avoir utilisé de telles drogues.

L'utilisation de seringues contaminées (non stériles ou déjà utilisées) lors de l'injection de drogues constitue le comportement à risque principal de la séroconversion du VIH.

Dans une étude sur les femmes des prisons fédérales du Canada (n=157), 27 % participaient aux activités de tatouage, 19 % s'injectaient de drogues, 16 % avaient subi des perçages corporels et 9 % se livraient à l'autolacération ou à d'autres formes d'automutilisation (16). De façon similaire, un sondage national canadien a indiqué que 45 % des détenus avaient subi des tatouages et 17 % avaient subi des perçages corporels souvent à l'aide de seringues ou d'aiguilles contaminées (17). Poulin et collègues (5) confirment également que les pratiques de tatouage à risque posent problème : 37,9 % des détenus et 4,8 % des détenues ont indiqué avoir subi un tatouage à l'intérieur d'une prison canadienne et qu'une proportion appréciable avaient indiqué qu'on avait utilisé du matériel non stérilisé.

Les activités sexuelles

On considère que la transmission du VIH attribuable à des pratiques sexuelles à risque est un facteur de risque moindre que celui du partage des seringues en prison, mais qu'elle constitue, toutefois, un comportement à risque de l'infection à VIH (10,11). Dans une étude, 24 % des femmes des prisons canadiennes avaient indiqué avoir eu des relations sexuelles non protégées avec 81 % des femmes qui avaient déclaré avoir été actives sexuellement à l'intérieur de l'établissement soit lors de visites conjugales ou avec des partenaires de même sexe (16).

Une étude américaine a révélé que plus la période de temps des détenus (n=185) était longue, plus les attitudes et les comportements relativement

aux actes sexuels de même sexe changeaient. En premier, 1 % se qualifiaient d'homosexuels, 4 % de bisexuels et 95 % d'hétérosexuels (18). Lorsqu'on leur a posé des questions sur leur orientation sexuelle actuelle, 75 % des détenus se considéraient comme des hétérosexuels, 14 % des bisexuels et 9 % des homosexuels. De façon semblable, Hensley, Tewksbury et Wright (19) ont trouvé qu'avant la période d'incarcération, 79 % des détenus américains se disaient hétérosexuels, 15 % bisexuels et 6 % homosexuels. Lorsque questionnés sur leur orientation sexuelle pendant l'incarcération, 69 % des détenus se sont dits hétérosexuels, 23 % bisexuels et 7 % homosexuels.

Quels programmes existe-t-il au sein des prisons canadiennes?

Tous les systèmes carcéraux au Canada ont des programmes visant à réduire l'utilisation des substances illicites et les méfaits parmi les personnes détenues qui utilisent des drogues; cependant, les types de programme varient considérablement par autorité provinciale ou fédérale (20). Pour réduire le taux d'infection à VIH dans les milieux carcéraux, le Service correctionnel du Canada (SCC) (10), les prisons provinciales et les organismes communautaires fournissent la consultation et le dépistage volontaires, distribuent des condoms, des digues dentaires et des lubrifiants à base d'eau, fournissent un traitement d'entretien à la méthadone et offrent une sensibilisation à la prévention et du matériel connexe (16). Il est interdit de posséder des seringues dans les prisons canadiennes et les programmes d'échange de seringues ne sont pas offerts (16,21). Les tatouages sont communs même s'ils sont illégaux et posent un risque important à la transmission du VIH étant donné le partage et l'utilisation de seringues contaminées (16).

En 2002, le SCC a élargi son programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) pour inclure toutes les personnes détenues des pénitenciers fédéraux ayant une dépendance à l'héroïne et à la cocaïne qui avaient accepté de participer au programme (22). Avant cette date, le TEM n'était offert que dans certains cas spéciaux aux personnes détenues. Les systèmes correctionnels provinciaux dans les provinces telles que la Colombie-Britannique et le Québec offrent des programmes de méthadone et un service de counselling aux personnes détenues qui étaient inscrites au TEM avant leur incarcération (14,20). D'autres provinces et territoires tels que Terre-Neuve et Labrador, le Nunavut et l'Île-du-Prince-Édouard n'offrent aucun programme de TEM.

Quelles sont les preuves des interventions du VIH au sein des prisons?

Les interventions de prévention primaire efficaces du VIH et du sida dans les milieux carcéraux peuvent viser les activités à risque élevé et réduire le risque d'infection à VIH (11,23). Ces programmes comprennent la consultation et le dépistage volontaires, les programmes d'échange de seringues, la distribution de condoms et de l'eau de Javel, les techniques de tatouage sécuritaires, l'entretien à la méthadone et les interventions de sensibilisation à la prévention des risques sexuels et du VIH.

La consultation et le dépistage volontaires

Les programmes de consultation et de dépistage volontaires (CDV) sensibilisent davantage, fournissent une éducation, réfutent les mythes, réduisent le niveau de discrimination liée au VIH et permettent de dépister les personnes qui ont besoin de soins et de traitement (2,8,11). Les études de CDV ont révélé que sans l'offre de programmes de dépistage du VIH systématiques, la plupart des infections demeurent non diagnostiquées

(8,24). Le service de CDV est offert sur demande par les établissements canadiens et aux personnes qui affichent des symptômes d'infection, bien que le type de test varie d'une autorité à l'autre (2). Le counselling avant et après le test devrait être offert dans les milieux carcéraux, mais ce service n'est actuellement pas offert de façon uniforme en dépit du fait que l'offre de ce service soit qualifiée de « pratique courante » au sein des prisons fédérales canadiennes (16). Certaines personnes ont fait valoir que les tests obligatoires s'avèrent une politique efficace et appropriée dans le dépistage de l'infection à VIH; cependant, l'efficacité et l'acceptabilité générales de cette approche n'ont pas été soumises à l'étude et les questions sur les droits de la personne doivent être prises en considération (8).

Les programmes d'échange de seringues

De nombreuses autorités nationales (p. ex., la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, la Moldavie, le Kirghizistan, le Bélarus, l'Arménie et l'Écosse) ont mis en œuvre des programmes d'échange de seringues dans diverses prisons avec des résultats extrêmement positifs et un nombre d'autres autorités (p. ex., l'Iran et l'Ukraine) ont pris des mesures en vue de leur mise en œuvre (25,26). Dolan, Rutter et Wodak (27) ont entrepris un examen systématique de 19 programmes d'échange de seringues de prisons en Suisse, en Allemagne et en Espagne, et ont indiqué un niveau stable ou amoindri de l'utilisation de drogues, une réduction du partage de seringues et aucun changement ou une réduction de la transmission du VIH. Les seringues étaient utilisées et éliminées correctement. Les programmes d'échange de seringues réduisent les méfaits des personnes détenues en mettant hors d'usage les seringues utilisées et en réduisant les taux de transmission du VIH et du VHC (11,21).

La distribution de l'eau de Javel

L'eau de Javel est utilisée pour nettoyer les seringues partagées et aide à réduire la transmission du VIH. L'eau de Javel n'est pas fournie sur une base universelle et on n'y a pas accès dans les prisons provinciales canadiennes (20). Dans une étude, les femmes (n=53) de neuf établissements canadiens ont éprouvé des difficultés d'accès confidentiel à l'eau de Javel et en quantité suffisante (16). Des études ont soulevé des doutes sur l'efficacité de l'eau de Javel dans la décontamination du matériel d'injection et les conditions des milieux carcéraux réduisent davantage la probabilité que le matériel d'injection soit bien décontaminé (28). On ne peut considérer les programmes d'eau de Javel que de stratégie de seconde intention par rapport aux programmes d'échange de seringues.

Les programmes de tatouage sécuritaires

Récemment, les autorités gouvernementales ont mis fin au projet pilote de tatouage sécuritaire mis en place en août 2005 par la Direction de la vérification du SCC (17). Le Réseau juridique canadien VIH/sida soutient que le programme de tatouage pourrait épargner de l'argent même s'il réussit à éviter un minimum de cinq séroconversions (29). Le SCC a indiqué que le coût annuel du traitement d'une personne atteinte du VIH est de 29 000 \$ environ, tandis que le coût annuel du traitement d'une personne atteinte du VHC est d'un montant approximatif de 25 000 \$. (17). Cependant, la Canadian Taxpayers Federation et d'autres groupes croient que le projet de tatouage fut un gaspillage de l'argent des contribuables (29). Le Dr David Butler-Jones, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, soutient qu'on a pas accordé suffisamment de temps au projet de 600 000 \$ pour en arriver à une évaluation complète et que les mesures de réduction des méfaits telles que le tatouage sécuritaire constituent un

élément essentiel à toute stratégie compréhensive de prévention du VIH et du VHC. Bien qu'il semble que l'appui des programmes de tatouage sécuritaires dans les prisons ne soit pas généralisé, les avantages qui en découlent semblent être plus importants que le coût.

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM)

Dans des études menées en Australie, en Europe occidentale, au Canada, aux États-Unis et en Iran, on a fait valoir l'efficacité et l'acceptabilité du TEM en milieu carcéral (28). Kaldor et collègues (30) ont évalué quatre interventions contrôlées et randomisées du TEM en milieu carcéral aux États-Unis, en France et en Australie, et ils ont trouvé que l'utilisation de drogues injectables et le partage de seringues qui en découle furent réduits, que la réinsertion sociale fut facilitée, le risque de réincarcération fut réduit, l'usage de l'héroïne fut réduit appréciablement et qu'il y avait eu un effet positif sur le comportement en établissement. Corrélée par la durée et la stabilité de la participation au programme de TEM, la transmission du VIH a chuté. De plus, les données probantes laissent croire que le TEM pourrait aider à réduire le risque de surdose chez les personnes qui approchent leur mise en liberté (28).

On estime qu'entre 20 % et 74 % des détenus des établissements fédéraux du Canada ont été utilisateurs de drogues ou le sont actuellement.

La distribution de condoms

Les constatations qualitatives des études indiquent que les barrières des établissements et les conditions de liberté conditionnelle qui existent actuellement favorisent les relations sexuelles non protégées, l'augmentation du risque du VIH et de la transmission des MTS, et perpétuent les rapports instables et abusifs (31,32). Yap, Butler et Richters (33) ont mené des études sur les hommes du système carcéral de l'Australie et ont indiqué que les relations consensuelles et non consensuelles entre hommes et que les agressions faites aux hommes avaient diminué après la distribution de condoms dans les milieux carcéraux. Le postulat des auteurs est que la présence de condoms et de machines distributrices dans les prisons australiennes aurait peut-être sensibilisé davantage les détenus aux messages de prévention du VIH et du sida et qu'elle aurait contribué au renforcement de ces messages (34).

Myers et collègues (35) ont évalué un programme de prévention du VIH et de gestion de cas destiné aux hommes et aux femmes qui quittaient les prisons californiennes. Le programme de gestion de cas comprenait une évaluation des besoins du client, la planification des soins et du traitement, les présentations aux ressources communautaires, un travail de liaison avec les agents de libération conditionnelle et la sensibilisation à la réduction des risques du VIH et le counselling. Les participants au programme de gestion de cas ont indiqué une abstinence accrue ou l'utilisation d'un condom dans tous les rapports sexuels comparativement aux données de base sur le comportement.

L'éducation sexuelle et la prévention du VIH

Dans un milieu carcéral californien, Wolitski et l'équipe du Project START (36) ont mené un sondage auprès de 552 jeunes hommes dans le cadre d'une intervention enrichie en matière d'éducation sexuelle. Avant l'intervention, 76 % des participants avaient eu des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire principal et presque la moitié avait eu des relations sexuelles non protégées avec un partenaire autre que leur partenaire principal. Une fois l'étude terminée, le taux de rapports sexuels non protégés était considérablement moindre chez les détenus qui avaient fait l'objet d'interventions enrichies comparativement à ceux dont l'intervention ne consistait que d'une seule séance.

Puisque le risque de transmission est présent pendant l'incarcération et après la mise en liberté, les efforts de sensibilisation et de prévention pertinents et ciblés sont critiques. La période d'incarcération pourrait fournir une occasion toute indiquée pour le dépistage du VIH, la sensibilisation, la prévention, les soins et le traitement.

D'autres stratégies visant la réduction des rapports sexuels non protégés comprennent celles qui établissent un lien entre les programmes de visites et les services carcéraux destinés à la famille, et les interventions de réduction du risque du VIH (37). Les programmes de visites en prison sont fondés sur le principe selon lequel le maintien des rapports sociaux est avantageux tant sur le plan de la récompense relative au contrôle du comportement des personnes détenues qu'à titre de moyen de réussite à la réinsertion sociale. La recherche indique qu'environ 50 % des détenus se considèrent liés à une relation hétérosexuelle et prévoient retourner à leur partenaire une fois libérés (31).

Les programmes d'éducation par les pairs

Braithwaite, Stephens et Treadwell (23) ont fait appel aux services d'éducateurs pairs pour communiquer le message de la prévention du VIH dans les prisons et ils ont trouvé des changements importants dans la réduction de l'utilisation de toxicomanes, des risques sexuels et une meilleure santé et auto-efficacité de l'usage du condom. Le comportement du groupe dont l'éducation avait été assumée par les pairs a connu un

changement plus marqué que celui du groupe témoin. Dans le cadre d'un autre programme axé sur les pairs et appelé Project Wall Talk, on a vu une réduction dans les activités sexuelles à risque élevé, dans l'utilisation de drogues injectables et dans le partage de seringues une fois les personnes détenues libérées (38). De façon semblable, le programme américain axé sur les pairs et appelé Beyond Fear a donné des connaissances accrues sur le VIH et un comportement plus sain, une attitude positive envers le port du condom, de meilleures intentions de ne pas partager des seringues et une auto-efficacité accrue en matière d'éducation par les pairs (39). Les modèles d'éducation par les pairs dans les milieux carcéraux semblent avoir des effets efficaces sur le plan de l'éducation pour ce qui est de la prévention du VIH (23,38,39).

Les lacunes de la recherche

Bon nombre d'études ont fait mention de limites. Vu que le recrutement des personnes détenues posait problème, on a mené des sondages d'auto-déclaration qualitatifs. Peu d'études examinées pour les fins de la présente communication ont utilisé un modèle conçu pour les essais contrôlés randomisés (elles comprennent : 2,13,16,17,23,33). Les études qui ont obtenu des résultats significatifs ont abordé des méthodes de prévention du VIH importantes sur le plan théorique (p. ex., l'auto-efficacité, les attitudes, les intentions) (38). Au Canada, il faut un plus grand nombre de projets de recherche qui comprennent des évaluations avant et après l'intervention des groupes témoins de prisonniers. On a relevé des lacunes dans la documentation sur le fardeau des maladies, la consultation et le dépistage volontaires, la distribution de l'eau de Javel et de condoms, l'échange de seringues, les tatouages et le TEM en milieu carcéral. Les études qui portent sur le VIH chez les personnes détenues, devraient également préciser si le VIH a été contracté en prison ou au sein de la collectivité.

Quelles sont les conclusions qu'on peut tirer sur la prévention du VIH dans les milieux carcéraux?

L'infection à VIH constitue une question de santé importante pour les populations des prisons. Lorsque les personnes se présentent aux prisons en provenance des collectivités et retournent aux collectivités une fois libérées, il faut des soins de santé publique pour assurer que les personnes qui sont à risque pour le VIH puissent bénéficier de mesures de prévention, du traitement et des soins. La santé en milieu carcéral a un effet marqué sur la santé publique, et les politiques en matière de santé des installations correctionnelles et de la collectivité au sens large devraient être élaborées en fonction de preuves solides (26). Puisque le risque de transmission est présent pendant l'incarcération et après la mise en liberté, les efforts de sensibilisation et de prévention pertinents et ciblés sont critiques. La période d'incarcération pourrait fournir une occasion toute indiquée pour le dépistage du VIH, la sensibilisation, la prévention, les soins et le traitement. Les programmes d'échange de seringues et de techniques de tatouage sécuritaires pourraient réduire le nombre d'infections à VIH annuel qui ont lieu derrière les barreaux au Canada.



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Téléphone : (204) 943-0051

Télécopieur : (204) 946-0927

nccid@icid.com

www.ccnmi.ca

445, avenue Ellice, bureau 413

Winnipeg (Manitoba)

Canada R3B 3P5

La présente publication a été élaborée en consultation avec des experts et des intervenants indépendants.

La présente publication a été publiée grâce à l'aide financière accordée par l'Agence de santé publique du Canada et à son affiliation au Centre international pour les maladies infectieuses. Les opinions qui y sont incluses ne représentent pas forcément les points de vue de l'Agence de santé publique du Canada.

points saillants

- Les programmes de consultation et de dépistage volontaires sensibilisent davantage, fournissent une éducation, réfutent les mythes, réduisent le niveau de discrimination liée au VIH et dépistent les personnes qui ont besoin de soins et de traitement.
- Les données probantes démontrent que les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral stabilisent ou diminuent le niveau d'utilisation de drogues, réduisent le partage de seringues et stabilisent ou diminuent la transmission du VIH.
- Il n'existe aucune preuve voulant que les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral aient des retombées sérieuses néfastes et imprévues.
- Les programmes d'entretien à la méthadone aux États-Unis, en France et en Australie ont facilité la réinsertion sociale, ont réduit le risque de réincarcération et on a vu une réduction importante de l'utilisation de l'héroïne.
- Les programmes de distribution de condoms sensibilisent davantage le message de la prévention du VIH et le renforcent, et réduisent le taux de transmission du VIH.
- Il semble que les modèles d'éducation par les pairs dans les installations correctionnelles soient un moyen d'éducation efficace pour ce qui est de la prévention du VIH.

Liste de références

- (1) Motiuk L, Cousineau C, Gileno J. The safe return of offenders to the community. Statistical overview. Ottawa: Corrections Service Canada; 2006.
- (2) Burchell AN, Calzavara LM, Myers T. Voluntary HIV testing among inmates: sociodemographic, behavioural risk, and attitudinal correlates. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32(5):534-41.
- (3) Calzavara LM, Burchell AN, Scholssberg J, Myers T, Escobar M, Wallace E, et al. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003 Sep;98(9):1257-65.
- (4) Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: a survey of female prisoners in British Columbia. *Can J Public Health* 2005;96(2):97-101.
- (5) Poulin C, Alary M, Lambert G, Godin G, Landry S, Gagnon H, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *CMAJ* 177[3], 252-256. 7-31-2007.
- (6) Canadian Association of Elizabeth Fry Societies. Women in prison. CAEFS' factsheet. 2004.
- (7) Hellard ME, Aitken CK. HIV in prison: what are the risks and what can be done? *Sex Health* 2004;1(2):107-13.
- (8) Wohl DA, Rosen D, Kaplan AH. HIV and incarceration: dual epidemics. *AIDS Read* 2006;16(5):247-60.
- (9) Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2007;7(1):32-41.
- (10) Correction Service of Canada. Infectious Diseases Prevention and Control in Canadian Federal Penitentiaries 2000-01. 2003. Ottawa, Correction Service of Canada.
- (11) Niveau G. Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health* 2006;120(1):33-41.
- (12) WHO. Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Washington DC: WHO; 2005.
- (13) Calzavara LM, Ramuscak N, Burchell AN, Swantee C, Myers T, Ford P, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities. *CMAJ* 2007 Jul 31;177(3):257-61.
- (14) Kendall PR. A reality-based prescription for blood borne diseases within the corrections system. *Can J Public Health* 2005;96(2):93-6.
- (15) Belenko S, Langley S, Crimmins S, Chaple M. HIV risk behaviors, knowledge, and prevention education among offenders under community supervision: a hidden risk group. *AIDS Educ Prev* 2004 Aug;16(4):367-85.
- (16) Rehman L, Gahagan J, DiCenso AM, Dias G. Harm reduction and women in the Canadian national prison system: policy or practice. *Women Health* 2004;40(4):57-73.
- (17) Kondro W. Prison tattoo program wasn't given enough time. *CMAJ* 2007 Jan 30;176(3):307-8.
- (18) Garland JT, Morgan RD, Beer AM. Impact of time in prison and security level on inmates' sexual attitude, behavior, and identity. *Psychol Serv* 2005;2(2):151-62.
- (19) Hensley C, Tewksbury R, Wright J. Exploring the dynamics of masturbation and consensual same-sex activity within a male maximum security prison. *Journal of Men's Studies* 2001;10:59-71.
- (20) Lines R. Action on HIV/AIDS in prisons: too little, too late. A report card. Montreal Quebec: Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2002.
- (21) Small W, Kain S, Laliberte N, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Spittal PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Subst Use Misuse* 2005;40(6):831-43.
- (22) Correction Service of Canada. Corrections in Canada - an interactive timeline: taking action 2000 to present. Ottawa: Correction Service of Canada; 2006.
- (23) Braithwaite R, Stephens TT, Treadwell H, Braithwaite K, Conerly R. Short-term impact of an HIV risk reduction intervention for soon-to-be-released inmates in Georgia. *J Health Care Poor Underserved* 2005 Nov;16(4 Suppl B):130-9.
- (24) Templeton DJ. Sexually transmitted infection and blood-borne virus screening in juvenile correctional facilities: a review of the literature and recommendations for Australian centres. *J Clin Forensic Med* 2006 Jan;13(1):30-6.
- (25) Elliott R. Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and hepatitis C virus infections in prison. *CMAJ* 2007;177(3):262-4.
- (26) Hammett TM. HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. *Am J Public Health* 2006;96(6):974-8.
- (27) Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003;98(2):153-8.
- (28) Ball AL. Evidence for action: effectiveness of HIV/AIDS interventions in prisons. Toronto, Canada: XVI International AIDS Conference, 2006. 2006. Washington DC, WHO.
- (29) Canadian Broadcasting Corporation News. Prison tattoo parlours get the axe. CBC 2006 Dec 4.
- (30) Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005 Jun;100(6):820-8.
- (31) Comfort M, Grinstead O, McCartney K, Bourgeois P, Knight K. «You can't do nothing in this damn place»: sex and intimacy among couples with an incarcerated male partner. *J Sex Res* 2005;42(1):3-12.
- (32) Harman JJ, Smith VE, Egan LC. The impact of incarceration on intimate relationships. *Crim Justice Behav* 2007;34(6):794-815.
- (33) Yap L, Butler T, Richters J, Kirkwood K, Grant L, Saxby M, et al. Do condoms cause rape and mayhem? The long-term effects of condoms in New South Wales' prisons. *Sex Transm Infect* 2007 Jun;83(3):219-22.
- (34) Dolan K, Lowe D, Shearer J. Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia. *J Law Med Ethics* 2004;32(1):124-8.
- (35) Myers J, Zack B, Kramer K, Gardner M, Rucobo G, Costa-Taylor S. Get connected: an HIV prevention case management program for men and women leaving California prisons. *Am J Public Health* 2005 Oct;95(10):1682-4.
- (36) Wolitski R. Relative efficacy of a multisession sexual risk reduction intervention for young men released from prisons in 4 states. *Am J Public Health* 2006 Oct;96(10):1854-61.
- (37) Poehlman J, White T, Bjerke K. Integrating HIV risk reduction into family programs for women offenders: a family relationship perspective. *Fam Relat* 2004;53(1):26-37.
- (38) Ross MW, Harzke AJ, Scott DP, McCann K, Kelley M. Outcomes of Project Wall Talk: an HIV/AIDS peer education program implemented within the Texas state prison system. *AIDS Educ Prev* 2006 Dec;18(6):504-17.
- (39) Bryan A, Robbins RN, Ruiz MS, O'Neill D. Effectiveness of an HIV prevention intervention in prison among African Americans, Hispanics, and Caucasians. *Health Educ Behav* 2006 Apr;33(2):154-77.