

LES SERVICES

CORRECTIONNELS

et les établissements correctionnels en tant que milieu de santé publique au Canada

Aperçu

En ces temps de pandémie de coronavirus (COVID-19), une attention accrue a été portée aux établissements correctionnels et autres milieux d'hébergement collectif en tant que catalyseurs de la transmission de maladies infectieuses. Il est bien connu que les maladies infectieuses et d'autres maladies sont répandues dans les établissements correctionnels partout dans le monde (1), et le Canada ne fait pas exception (2, 3). Rachlis et coll. traitent de l'importance de tenir compte de l'environnement plus vaste et du rôle des facteurs sociaux, structurels et environnementaux dans la transmission des infections (4), et nous apprenons que dans le contexte de la COVID-19, nous avons besoin de données en temps réel et de services préventifs de santé, ainsi qu'une étude plus approfondie et complète de la transmission des maladies infectieuses dans les établissements correctionnels.

L'objectif de cet article est d'examiner l'incarcération, les déplacements des gens à l'intérieur et à l'extérieur des établissements et des collectivités, et l'importance de ces facteurs

dans la transmission des maladies infectieuses. Il vise aussi à mettre en évidence l'importance des établissements correctionnels en tant que milieu de soins primaires et, en particulier, en tant que partenaires et services de santé publique. Étant un milieu important de fourniture de services de prévention et de protection, les établissements correctionnels aident les gouvernements et les systèmes de santé à s'acquitter de leurs obligations de prendre soin de la santé des personnes incarcérées (5, 6), et de la santé des collectivités où retournent les personnes incarcérées après avoir purgé leur peine (7-11).

Ce document décrit les établissements correctionnels et les règlements visant à protéger la santé des personnes incarcérées. Nous y expliquons la valeur et l'importance des services de santé publique offerts en complément des soins primaires dans les établissements correctionnels du Canada.

Le mouvement des milieux favorables à la santé est né de la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS en 1980 et il a été décrit dans la Charte d'Ottawa - Promotion de la santé de 1986. Plus tard, la Déclaration de Sundsvall de 1992 et la Déclaration de Jarkata de 1997 ont contribué à l'établissement du cadre appelant à la création d'environnements favorables avec un accent sur les milieux favorables à la santé. Aujourd'hui, le concept est utilisé pour contribuer à améliorer la santé publique dans différents milieux partout dans le monde (12).



Les services correctionnels au Canada

L'incarcération implique le déplacement et le confinement de personnes à l'extérieur de leurs collectivités parce qu'elles ont commis des infractions à la loi et aux politiques de leur juridiction.

Au Canada, les personnes détenues sont condamnées, placées en détention provisoire ou détenues sous un autre statut. Il peut s'agir de personnes dans des établissements correctionnels provinciaux ou territoriaux (P/T) qui sont détenues en raison d'un manquement aux conditions de leur libération conditionnelle ou de la suspension de celle-ci, avant la comparution, aux fins de l'immigration, de même que de personnes détenues temporairement sans mandat de n'importe quel type (13). La détention après condamnation désigne la détention des délinquants reconnus coupables d'un crime, tandis que la détention provisoire désigne la détention d'une personne qui est en attente d'une nouvelle comparution en justice et relève des services correctionnels P/T (13).

Au Canada, les services correctionnels P/T s'occupent uniquement des délinquants condamnés à des peines de moins de deux ans alors que les services fédéraux s'occupent des délinquants adultes condamnés à des peines de deux ans ou plus (14). Les services correctionnels comprennent également les programmes communautaires tels que la probation, les peines conditionnelles et d'autres programmes communautaires ou admissions qui ne seront pas abordés dans ce document.

En 2017 et 2018, Service correctionnel Canada (SCC) a admis en détention 7 345 personnes dans un établissement fédéral, et 7 125 dans un établissement communautaire (15). Pendant la même période, les services correctionnels provinciaux et territoriaux (P/T) ont enregistré 241 578 admissions en détention et 150 114 admissions dans un établissement communautaire (16). Le compte réel total moyen des détenus dans les services correctionnels P/T pendant la même période a atteint 24 657,7 (39 % de détention après condamnation, 60 % de détention provisoire, et 1 % d'un autre statut), avec un taux d'incarcération moyen de 83,16 pour 100 000 personnes et de 94 904 en surveillance communautaire, avec un taux de probation de 309,69 pour 100 000 personnes¹ (17).

Les taux d'incarcération varient selon les provinces et territoires canadiens, et dépendent des lois et des politiques en vigueur dans chaque juridiction; ils sont calculés à partir des comptes réels totaux moyens et des estimations de la population (17). En 2017-2018, les taux d'incarcération étaient les plus élevés au Nunavut (621,28/100 000), dans les Territoires du Nord-Ouest (526,92/100 000), et au Manitoba (231,39/100 000), et le plus bas dans les Maritimes, en tant que région. Les taux les plus bas étaient en Nouvelle-Écosse (59,35/100 000), en Ontario (65,04/100 000), et en Colombie-Britannique (66,09/100 000) (17). Quarante-vingts pour cent des personnes détenues au Canada étaient des hommes (18), 54 % étaient âgés de 20 à 34 ans (19), et 30 % de toutes les admissions en détention étaient des autochtones² (20). Des 199 016 hommes détenus qui ont été libérés,

99 585 avaient purgé une peine d'un mois ou moins et 21 967, une peine d'un à trois mois, tandis que des 35 210 femmes détenues qui ont été libérées, 20 121 avaient purgé une peine d'un mois ou moins (21). Alors que le taux de récidive du SCC, qui correspond au taux de récidive au cours des deux ans suivant la mise en liberté, était de 23,4 % en 2011-2012 (22), les taux moyens de récidive dans les P/T ne sont pas disponibles à cause des différentes méthodes de mesure utilisées.

Pour donner l'exemple d'une province, au Manitoba, en 2017-2018, il y a eu 29 791 admissions en détention et 10 017 admissions dans un établissement communautaire (16). Le nombre total moyen de détenus a atteint 2 399,80, avec un taux d'incarcération et un taux de probation de 231,39 et de 645,35 pour 100 000 personnes, respectivement (17). La majorité des délinquants pendant cette période étaient âgés de 20 à 34 ans (60 % et environ 20 % par tranche d'âge de cinq ans) (19), 20,9 % des admissions en détention étaient des femmes (18) et 75 % des admissions en détention étaient des autochtones (20). Des 23 227 hommes détenus libérés, 17 455 ont purgé une peine d'un mois ou moins, tandis que sur les 6 577 femmes détenues libérées, 5 586 ont purgé une peine d'un mois ou moins (21). La durée médiane de la peine imposée en 2017-2018 au Manitoba était de 30 jours, de 31 jours pour les

¹ Les taux de probation ne sont pas disponibles pour tous les territoires et provinces.

² « Autochtone » est l'identificateur utilisé par Statistique Canada à la date de la collecte des données.

³ Le sexe fait référence aux caractéristiques biologiques tandis que le genre renvoie à l'identité sociale

⁴ Les données recueillies actuellement par Statistique Canada comprennent les personnes qui s'auto-identifient en tant qu'autochtones.

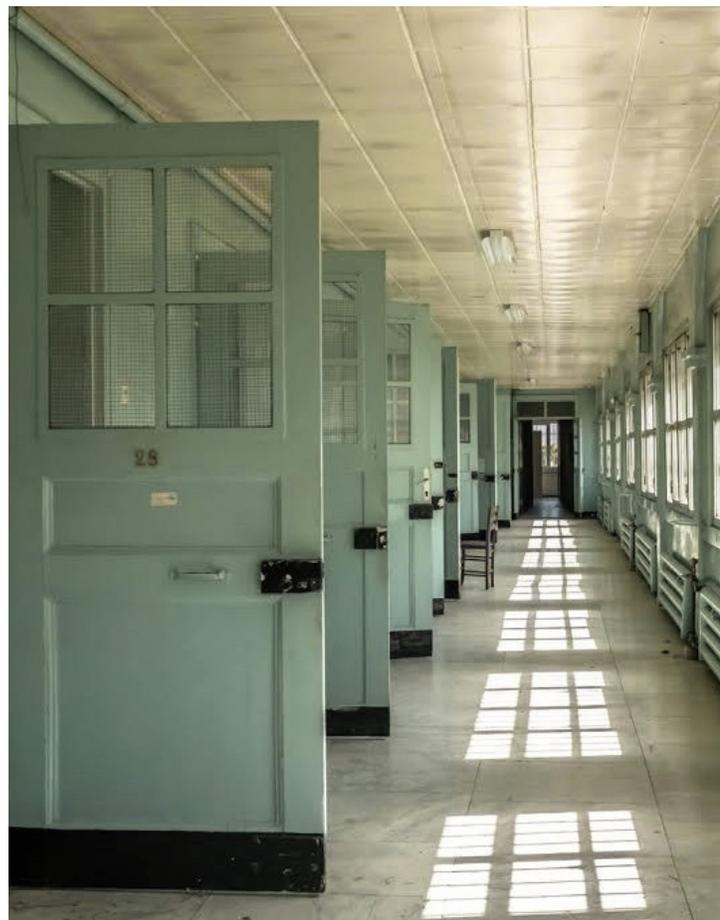
hommes, et de 7 jours pour les femmes (19), mettant en évidence d'importants déplacements entre les établissements correctionnels et les collectivités. Au Manitoba, la récidive s'entend d'une personne reconnue coupable d'une nouvelle infraction et qui est remise en détention provinciale dans les deux ans suivant sa libération de prison ou de toute autre surveillance correctionnelle (23).

Au Canada, on constate que le sexe et le genre³ influencent les données sur les maladies infectieuses et les incarcérations. Ainsi, les taux d'incarcération sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et la durée moyenne de la peine purgée est nettement plus courte chez les femmes que chez les hommes, en particulier pour les personnes incarcérées qui s'identifient comme Les services et établissements correctionnels en tant que milieu de santé publique au Canada 5 membres des Premières Nations, Inuits ou Métis⁴. En outre, bien qu'il y ait un manque de données canadiennes, on a constaté que le taux d'incarcération des personnes transgenres aux États-Unis est deux fois plus élevé que celui de la population générale (24) et ces données n'incluent pas les personnes non transgenres qui ne s'identifient pas aux genres binaires. Il sera nécessaire d'effectuer une analyse comparative entre les sexes pour explorer les défis sous-jacents à relever pour remédier à ces différences et mener des interventions équitables et efficaces auprès de toutes les personnes incarcérées.

Les taux de récidive au Manitoba étaient de 32 % en 2017, 29 % en 2018, et 26 % en 2019 (23).

On trouve les renseignements et les données du SCC dans son site Web.

Au Canada, les établissements correctionnels doivent respecter des exigences minimales en matière de mécanique générale, notamment pour l'eau et les déchets, la protection contre l'incendie, le chauffage, la ventilation et la climatisation, comme l'indique le document de 2015 de SCC, Critères techniques pour les établissements correctionnels. La surface habitable



nette d'une chambre à coucher pour les délinquants dans la population générale doit être d'au moins 6,5 m², et d'au moins 7,0 m² pour les zones de sécurité moyenne et maximale (sauf pour les cellules de soins de santé et les personnes ayant des besoins particuliers) (25). La double occupation des cellules, c'est-à-dire le logement de deux personnes détenues ou plus dans un environnement conçu pour une seule, ne doit être utilisée comme mesure temporaire qu'en période de pression démographique,

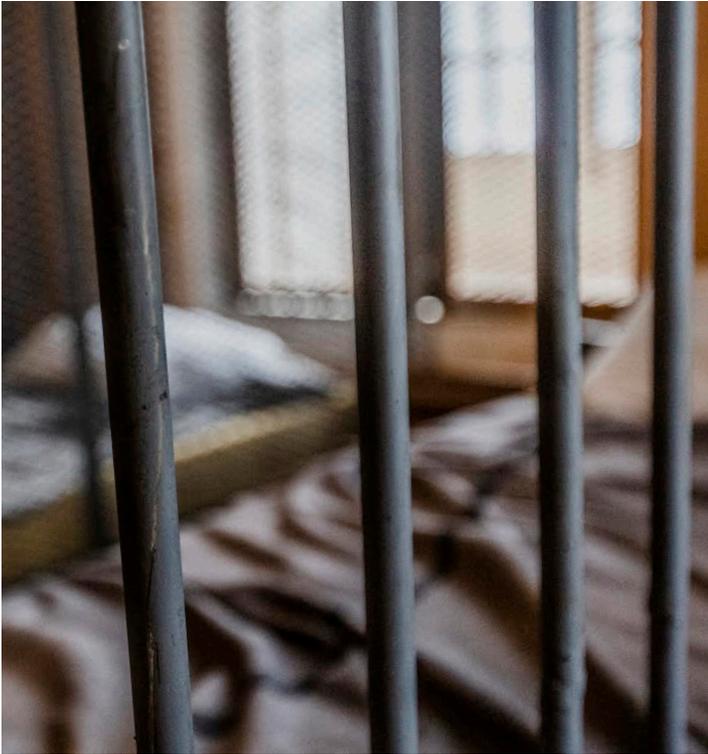
et l'espacement entre les deux lits doit être d'au moins 900 mm (25). Les paravents sont destinés à assurer une intimité limitée aux personnes détenues dans les lieux comme les toilettes, les douches, les cellules, et pour les fouilles à nu (25).

Dans l'environnement des établissements correctionnels, les détenus de la population carcérale générale ont accès aux zones de programmes de l'établissement, tandis que certains autres détenus sont isolés de la population générale pour des raisons précises, par exemple les détenus en isolement, ou qui reçoivent un traitement ou des soins, qui sont à l'unité de réception, en détention temporaire ou à l'unité spéciale de détention (25).

Environ 15 % des lits des établissements correctionnels du SCC sont à sécurité minimale et ont des espaces de vie partagés; ils ont une sécurité interne faible avec un poste de garde 24 heures sur 24 auquel tous les visiteurs se présentent

(25). Tous les bâtiments sont construits selon les normes commerciales et les délinquants sont libres de quitter les lieux avec une autorisation, tandis que des alarmes signalent toute sortie non autorisée après les heures normales (25). Les unités de logement ressemblent généralement à des appartements ou à des maisons contiguës ou isolées, chaque unité abritant un maximum de 10 détenus (plus généralement entre 5 et 8) (25). Les établissements de sécurité moyenne ont cinq types de logements qui varient en fonction de la planification et des déplacements, et les zones d'activité sont moyennement contrôlées (25). Ces unités permettent et encouragent les déplacements et l'interaction dans les zones communes, tandis que les unités de logement sont sécurisées pour permettre le confinement, des vues de sécurité optimales et la capacité de contrôler la circulation (25).

Il existe deux types d'établissements et de logements à sécurité maximale qui permettent au besoin une intervention armée dans les couloirs et qui comportent des zones d'activité (25). Les détenus partagent les zones communes pour les programmes, comme un gymnase ou une cour, mais en raison de l'incompatibilité de nombreux détenus, les activités et les déplacements sont programmés et très contrôlés. Environ 15 % des lits du SCC se trouvent dans des établissements ou des unités de sécurité maximale (25). Les petits établissements correctionnels et en particulier les établissements pour femmes abritent différents niveaux de sécurité dans le même établissement.



Les soins de santé dans les services correctionnels

En vertu de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté conditionnelle, les détenus ont droit à un environnement où les mesures relatives à la santé, la sécurité, l'hygiène et les incendies sont conformes à la réglementation, et font l'objet d'une inspection régulière (5). Les gouvernements sont tenus de veiller à ce que les personnes détenues soient correctement vêtues et nourries, qu'elles aient la literie, les articles de toilette et le nécessaire adéquats à leur santé et à leur propreté, ainsi que la possibilité de faire de l'exercice à l'extérieur, ou à l'intérieur si ce n'est pas possible à l'extérieur (5). Il existe à présent au Canada des normes d'agrément des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux

pour les services de santé, qui sont définies comme comprenant actuellement les évaluations et interventions infirmières, les services de diagnostic, les cliniques médicales, la promotion et la prévention de la santé, les soins d'urgence, les services dentaires, les services psychiatriques et psychologiques, les programmes spéciaux (p. ex., la méthadone) et la dialyse (6). Il convient de noter que dans la plupart des provinces du Canada, les services de santé dans les établissements correctionnels sont mis en oeuvre par les ministères responsables des services correctionnels plutôt que par les ministères de la santé (26). En vertu de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, si un professionnel de la santé agréé oriente

un détenu vers une unité de soins de santé, la décision d'admettre le détenu est prise par un fonctionnaire désigné des services de santé du SCC et conformément aux critères énoncés dans la directive du commissaire (5). Pour la première fois depuis 1955, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 1995 des règles révisées pour les détenus. Le document Ensemble des règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, aussi appelées les règles Nelson Mandela, a souligné l'importance que les locaux de détention répondent aux exigences en matière d'hygiène, notamment en ce qui concerne

la surface minimale au sol, l'éclairage, la température, la ventilation, la propreté des sanitaires à tout moment, ainsi que l'accès à des articles d'hygiène personnelle. Les règles interdisent la double occupation des cellules, sauf pour des raisons particulières comme le surpeuplement temporaire (27). Les règles 24 à 35 fournissent des orientations en matière de soins de santé, et précisent que les détenus doivent recevoir des soins de santé, y compris de santé publique, de la même qualité que dans la société, et que le personnel de santé doit avoir la capacité d'agir en toute indépendance clinique, et contribuer ainsi à la réhabilitation (27).

L'incarcération comme déterminant de la santé

On sait que les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux (les déterminants de la santé) qui sont associés aux conditions de vie en milieu défavorisé ont des effets négatifs sur la santé, et les détenus ont souvent peu d'éducation, pas d'emploi ni de logement stable, ou viennent de communautés racisées, défavorisées, ou victimes de discrimination (28-31). Dans une étude sur les déterminants sociaux de la santé physique des hommes incarcérés admis dans les établissements fédéraux canadiens qui ont accepté qu'on évalue leur santé au moment de leur admission entre le 1er avril et le 30 septembre 2012 (n = 2 273), 61 % ont déclaré avoir au moins un problème de santé physique chronique et 10 %, une infection hématogène (32). De nombreux hommes (avec des taux plus élevés parmi les hommes des Premières Nations), avaient également été victimes

de maltraitance lorsqu'ils étaient enfants (35 %), avaient été témoins de violence familiale (33 %), avaient connu une instabilité financière (61 %) ou eu recours à l'aide sociale (56 %), avaient eu un logement insalubre (32 %), avaient été sous-employés (69 %) et avaient un niveau d'études inférieur à la dixième année (56 %) (33)5. Un examen de l'état de santé réalisé en Ontario a démontré que les personnes incarcérées au Canada sont en moins bonne santé que la population générale, notamment en ce qui concerne la mortalité en détention, les diagnostics de santé mentale, la consommation de substances psychoactives, et les maladies transmissibles, y compris les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) (31). Il manque cependant des données sur la mortalité après la libération, les maladies chroniques, les blessures, la santé génésique, ainsi que l'accès aux soins de santé et leur qualité (31).

On a par conséquent évoqué la possibilité que la prison soit un déterminant de la santé. Les délinquants étant souvent issus de milieux et communautés défavorisés, on s'est demandé si l'environnement carcéral améliorerait la vie des personnes incarcérées ou s'il contribuait à la dégradation continue des résultats sociaux, économiques et sanitaires. Mazilli fait remarquer que la combinaison complexe de déterminants structurels et de facteurs comportementaux contribue à accroître les inégalités en matière de santé dans les

populations carcérales et à augmenter la probabilité de contracter des infections avant et pendant l'incarcération (34). Des taux élevés de maladies chroniques, de mortalité et de suicide sont également associés à l'incarcération après la libération, bien qu'on ignore comment l'incarcération contribue à la morbidité et à la mortalité (31, 35). Il a été avancé qu'en soutenant la santé des délinquants par des services proactifs et préventifs, on pourrait contrer le cycle de la récidive.

⁵ Les femmes ont été exclues de cette étude en raison de la petite taille de l'échantillon.

La transmission des maladies infectieuses dans les établissements correctionnels

Les personnes incarcérées présentent des taux élevés de maladies infectieuses par rapport à la population générale, y compris les ITSS (1-3, 28-30, 36, 37). Par exemple, dans une étude sur les taux d'ITSS déclarées depuis l'admission dans les établissements correctionnels fédéraux canadiens par rapport aux taux dans la population générale en 2004, les taux de chlamydia étaient de 400 contre 192/100 000, les taux de gonorrhée de 80 contre 28/100 000 et les taux de syphilis de 80 contre 5/100 000 respectivement (38). Les autres infections pour lesquelles les personnes incarcérées présentent un taux élevé sont l'infection au staphylocoque doré résistant à la méthicilline (29), l'infection avec des organismes transmis par l'air tels que la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* (29, 30, 36), les virus de la

grippe (29), et le virus varicelle-zona (29). Des éclosions de COVID-19 se sont aussi produites récemment dans des établissements correctionnels de trois provinces du Canada depuis le début de la pandémie en mars 2020. Dans un appel à l'action, Flanigan et coll. déclarent que [traduction] «la santé des détenus doit être considérée comme une responsabilité partagée entre le système judiciaire et les systèmes de santé communautaire et de santé publique », et soulignent que le bien-être et la santé des familles, des quartiers et des collectivités dépendent de l'état de santé des détenus dans les établissements correctionnels (36).

Beaucoup de facteurs contribuent à la transmission des maladies infectieuses après l'incarcération. Il y a une prévalence

déjà élevée de maladies infectieuses chez les personnes détenues dans des établissements correctionnels; ces lieux collectifs sont imposés et souvent surpeuplés, en plus d'autres facteurs qui contribuent à la transmission de maladies transmissibles. On a ainsi constaté dans certains établissements aux États-Unis (É.-U.) qu'il n'y avait pas ou peu de savon, de désinfectant pour les mains et de linge propre (29). Il manque des options et des choix de réduction des risques dans les établissements pour des activités telles que la santé sexuelle, le tatouage ou la consommation de substances psychoactives (28–30). Il peut y avoir des retards dans la fourniture des soins médicaux en raison des mesures de sécurité (29) ou l'absence de technologie de communication médicale, y compris l'interruption de la notification des contacts, ou de la prévention ou du traitement des maladies à déclaration obligatoire en raison d'un changement ou d'un déplacement (29). On sait aussi que certains établissements correctionnels ont des pratiques de contrôle des infections insuffisantes (29), et il a été avancé que la prévalence élevée de la maladie mentale dans les établissements correctionnels (29, 31) peut compliquer la prévention et la gestion des maladies infectieuses (29). D'autres facteurs, tels qu'une mauvaise alimentation ou un manque d'exercice, le stress et la solitude, pourraient contribuer à la transmission de maladies transmissibles.

Avec l'augmentation (25 % depuis 2000) des taux d'incarcération au Canada (17), le surpeuplement et la double occupation des cellules sont devenus monnaie courante (39–43), augmentant le risque

de maladies infectieuses. En janvier 2013, le Syndicat des agents correctionnels du Canada (SACC) a soumis au Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) un document concernant les préoccupations relatives à la pratique de la double occupation des cellules, soulignant les taux plus élevés d'incidents de sécurité, d'agressions, de violence, de retrait et de blessures infligées par les autres ainsi que des comportements d'automutilation connexes(44.) En mars 2013, le BEC a répondu dans un rapport que les taux nationaux de double occupation des cellules étaient de 20,98 % et que la double occupation des cellules était particulièrement répandue dans les Prairies, où l'on a également constaté une forte augmentation des agressions (60 % en 5 ans) et des incidents de recours à la force (48 % en 5 ans) (44). Le SCC a déclaré avoir réduit la double occupation des cellules dans les établissements correctionnels fédéraux à 5,5 % en 2017-2018, les données étant disponibles jusqu'en 2018 (45). Depuis, les médias se sont inquiétés de la pratique continue de la double occupation des cellules dans le contexte de la diminution de la pratique de l'isolement et de l'augmentation du nombre de personnes dans les unités de population générale au sein des établissements correctionnels (46, 47), de même que de la double occupation continue des cellules dans les établissements correctionnels provinciaux depuis 2015 (40–43, 48). En 2019, le SACC (qui représente une majorité d'agents correctionnels fédéraux) a publié un rapport de son examen critique de la pratique de la double occupation des cellules (49). Le Syndicat national des employées et des employés généraux du secteur public

(qui représente une partie des employés des services correctionnels fédéraux et provinciaux) a également publié un rapport soulignant l'augmentation du nombre de personnes en détention provisoire depuis 2010, et a documenté le surpeuplement des établissements correctionnels dans toutes les provinces (50). Les données du document du Syndicat national s'échelonnaient de 2010 à 2015 (50), avec un manque de données provinciales mises à la disposition du public depuis cette période.

Le manque de soins de santé complets peut également contribuer à la transmission de maladies infectieuses dans les établissements correctionnels. Dans les établissements communautaires, les personnes incarcérées reçoivent souvent des soins médicaux insuffisants ou sont considérées comme difficiles à atteindre par les programmes et le personnel de santé (26), ce qui est notable dans le contexte de données

probantes indiquant que les délinquants utilisent plus de services de santé que la population générale (31,51,52). Dans une étude réalisée en 2010 en Ontario, les taux d'utilisation de tous les types de soins de santé étaient beaucoup plus élevés en prison et à la sortie de prison pour les personnes libérées (n = 48 861) que dans la population générale (n = 195 444) (51). En outre, une enquête menée auprès de 65 personnes incarcérées dans des établissements correctionnels provinciaux en 2010 a montré que de nombreux délinquants estimaient ne pas avoir accès aux soins de santé pendant leur incarcération lorsqu'ils en avaient besoin et que 44 % étaient insatisfaits de leurs soins (52). Les femmes délinquantes ont en particulier indiqué avoir un état de santé moins bon que les hommes, et bien que les femmes et les hommes aient indiqué avoir eu souvent recours aux services de santé dans les établissements correctionnels, les femmes (72 %) ont été plus nombreuses que les hommes à utiliser les services (63 %) (52).

L'incarcération comme déterminant de la santé

Il est important d'étudier l'incarcération et la migration qu'elle cause, car la plupart des détenus au Canada retournent dans leur famille et leur collectivité dans un court laps de temps (21). En outre, l'accès aux services correctionnels peut dépendre du lieu géographique et forcer la migration vers des collectivités disposant de services correctionnels (53), y compris la probation et d'autres services correctionnels communautaires

après l'incarcération. Dans une thèse de sociologie américaine examinant des données longitudinales représentatives à l'échelle nationale, Warner a étudié la manière dont l'incarcération influence le comportement individuel de mobilité résidentielle après la libération et a conclu que l'incarcération contribue aux modèles d'instabilité résidentielle à long terme. Il a constaté que l'incarcération était associée à des déplacements dans les quartiers au statut socio-économique moins élevé (54).

La migration désigne le déplacement de personnes d'un lieu à un autre. Les personnes se déplacent pour diverses raisons sociales, politiques et économiques. Ce déplacement peut être temporaire ou à plus long terme, et peut contribuer à la propagation de maladies infectieuses vers de nouveaux lieux géographiques.

L'incarcération n'affecte pas seulement les personnes emprisonnées, mais aussi les collectivités et les familles auxquelles elles sont liées. Une étude américaine de 2001 sur les modèles et politiques d'incarcération et l'état de santé de collectivités a révélé que l'incarcération avait des effets directs et indirects sur la santé de la collectivité, et détournait des ressources d'autres besoins sociaux (55). Pour donner un exemple plus concret, ce concept a été exploré en particulier pour les ITSS. Se fondant sur une enquête transversale des besoins de santé et de l'utilisation des services de 290 femmes réparties dans trois prisons urbaines de la région de Kansas City, cette étude a constaté que les collectivités ayant des taux d'incarcération élevés étaient associées à des taux élevés d'infections transmissibles sexuellement chez les femmes avant leur incarcération, notant que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir échangé des relations sexuelles contre des ressources, et que les désavantages individuels et de voisinage contribuaient probablement aux mauvais résultats de santé (56). Dans une étude portant sur 100 comtés de la Caroline du Nord en 1999, des corrélations relativement élevées ont

été constatées entre des taux élevés de gonorrhée, de chlamydia et de grossesses d'adolescentes dans des collectivités ayant des taux d'incarcération élevés (8, 57).

En 2007, la même méthodologie a été utilisée dans une ville de Caroline du Nord et a permis de constater que les taux d'incarcération du secteur de recensement étaient systématiquement liés aux taux de gonorrhée l'année suivante, et qu'une augmentation de 2,0 % à 2,5 % du pourcentage de temps-personne passé en prison dans le secteur de recensement correspondait à une augmentation du taux de gonorrhée de 7,1 cas pour 100 000 personnes-années (11). À Chicago, des taux plus élevés de gonorrhée et de chlamydia ont été associés à des taux élevés d'homicides par opposition à d'autres quartiers adjacents (7).

En outre, une analyse écologique réalisée à San Francisco en 2010 a révélé une association positive entre les taux d'incarcération et l'incidence de la chlamydia chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans (9). De plus, en utilisant les données nationales et des comtés aux États-Unis, de 2011 à 2016, les taux d'incarcération ont été associés à une augmentation de 10,13 pour 100 000 et de 8,22 pour 100 000 de l'incidence de la chlamydia et une augmentation de 2,47 pour 100 000 et de 4,40 pour 100 000 de l'incidence de la gonorrhée, respectivement (10). Les taux élevés d'incarcération et de rotation des détenus perpétuent probablement la transmission des maladies infectieuses dans les collectivités également.

RÉSUMÉ

En conclusion, les établissements correctionnels présentent une forte prévalence de maladies infectieuses en raison de facteurs sociaux, structurels et environnementaux qui perpétuent la transmission des infections. Potter soutient que le temps et le flux d'entrée et de sortie dans les établissements correctionnels ont une incidence sur les interventions de santé publique et sur les personnes qui peuvent être touchées par ces interventions (58). Au Canada, les délinquants purgent surtout de courtes peines. Ces personnes gardent contact avec leur famille, leurs amis, leurs partenaires sexuels et leur collectivité, et les retrouvent après leur libération, ce qui augmente les risques de transmission infectieuse dans la société. Il a été démontré que l'incarcération perpétue une trajectoire descendante en matière de stabilité et de logement, car elle se termine souvent par un déplacement vers des quartiers socio-économiques défavorisés où le risque de transmission des infections est déjà structurellement plus élevé. L'incarcération peut non seulement servir de migration forcée qui perpétue la transmission au sein de collectivités qui sont déjà plus à risque, mais elle peut aussi perpétuer ou introduire la transmission dans de nouveaux établissements ou collectivités. En outre, les personnes incarcérées ont plus souvent recours aux soins de santé, mais il est frappant de constater qu'elles sont souvent considérées comme difficiles à atteindre, ce qui indique soit un manque

de satisfaction à l'égard des soins, soit que les soins ne répondent pas à leurs besoins, ou les deux. Les interventions visant à prévenir et à gérer les maladies infectieuses dans l'environnement correctionnel canadien pourraient améliorer les résultats pour la santé des personnes et contribuer à la santé des collectivités.

Il est largement prouvé que des soins de santé de haute qualité dans les établissements correctionnels permettent de fournir des services à des groupes de personnes qui sont mal desservis dans la société, tout en bénéficiant à la société dans son ensemble. Cela pourrait également permettre de réaliser d'importantes économies à long terme et réduire le risque de récidive grâce à l'amélioration de la situation sociale, économique et sanitaire des personnes incarcérées. Le soutien de l'état de santé pourrait également contribuer à la réconciliation dans le contexte de systèmes qui ont entraîné des taux d'incarcération élevés chez les peuples autochtones du Canada, et contribuer à la réparation et au rétablissement des relations entre les systèmes et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada. La santé publique dans la population générale dépend de l'état de santé des groupes à risque, et c'est pourquoi les établissements correctionnels constituent un cadre privilégié pour les interventions et les programmes de santé publique au Canada.

References

1. Wirtz A.L., Yeh P.T., Flath N.L., et coll., « HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations », *Epidemiol Rev.*, janv. 2018, 40(1), p. 12 à 26.
2. Kouyoumdjian F.G., Leto D., John S., et coll., « A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons », *Int J STD AIDS*, avril 2012, 23(4), p. 248 à 254.
3. Courtemanche Y., Poulin C., Serhir B., et coll., « HIV and hepatitis C virus infections in Quebec's provincial detention centres: comparing prevalence and related risky behaviours between 2003 and 2014-2015 », *Can J Public Health*, juin 2018, 109(3), p. 353 à 361.
4. Rachlis B., Hogg R., Wood E., et coll. « Factors associated with geographic migration among a cohort of injection drug users », *Heal Place*, mars 2008, 14(3), p. 536 à 43.
5. Gouvernement du Canada. Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, 2019.
6. Agrément Canada. Agrément Canada – Correctionnel, [en ligne]. [<https://store.accreditation.ca/collections/corrections>] (consulté le 20 mai 2020).
7. Thomas J.C., Torrone E.A., Browning C.R., « Neighborhood factors affecting rates of sexually transmitted diseases in Chicago », *J Urban Health*, janvier 2017, 87(1), pp. 102 à 112.
8. Thomas J.C., Torrone E., « Incarceration as forced migration: Effects on selected community health outcomes ». *Am J Public Health*, 2006, 96(10), p. 1762 à 1765.
9. Stoltey J.E., Li Y., Bernstein K.T., et coll., « Ecological analysis examining the association between census tract-level incarceration and reported chlamydia incidence among female adolescents and young adults in San Francisco », *Sex Transm Infect*, août 2015, 91(5), p. 370 à 374.
10. Nowotny K.M., Omori M., McKenna M., et coll., « Incarceration Rates and Incidence of Sexually Transmitted Infections in US Counties, 2011–2016 », *Am J Public Health*, 2 janvier 2020, 110:S, p. 130 à 136.
11. Thomas J.C., Levandowski B.A., Isler M.R., et coll., « Incarceration and sexually transmitted infections: A neighborhood perspective », *J Urban Heal*, 2008, 85(1), p. 90 à 99.
12. Organisation mondiale de la Santé, Introduction to Healthy Settings, [en ligne]. [https://www.who.int/healthy_settings/about/en/] (consulté le 20 juillet 2020)
13. Statistique Canada, Tableau 35-10-0014-01 Admission des adultes aux programmes des services correctionnels.
14. Service correctionnel Canada, Foire aux questions, [en ligne]. [<https://www.csc-scc.gc.ca/media-room/009-0002-fra.shtml>] (13 mai 2020).
15. Statistique Canada, Tableau 35-10-0022-01 Admission des adultes aux programmes des services correctionnels fédéraux.
16. Statistique Canada, Tableau 35-10-0014-01 Admission des adultes aux programmes des services correctionnels [selon l'identité autochtone?].
17. Statistique Canada, Tableau 35-10-0154-01 Comptes moyens des adultes dans les programmes correctionnels provinciaux et territoriaux.
18. Statistique Canada, Tableau 35-10-0015-01 Admissions des adultes en détention aux programmes des services correctionnels selon le sexe.
19. Statistique Canada, Tableau 35-10-0018-01 Admissions des adultes en détention aux programmes des services correctionnels selon le sexe et la durée totale de la peine imposée.
20. Statistique Canada, Tableau 35-10-0016-01 Admissions des adultes en détention aux programmes des services correctionnels selon l'identité autochtone.
21. Statistique Canada, Tableau 35-10-0024-01 Libérations d'établissements des adultes en détention aux programmes des services correctionnels, selon le sexe et la durée de la peine purgée.
22. Service correctionnel Canada, Étude exhaustive sur les taux de récidive des délinquants sous responsabilité fédérale au Canada, [en ligne]. [<https://www.csc-scc.gc.ca/research/err-19-02-fr.shtml>] (consulté le 8 juillet 2020).
23. Gouvernement du Manitoba, Recidivism Indicators, [en ligne]. [<https://www.gov.mb.ca/justice/commsafe/commsafediv/recidivism.html>] (le 8 juillet 2020).
24. TransEquality, « LGBTQ People Behind Bars: A guide to understanding the issues facing transgender prisoners and their legal rights », *Natl Cent Transgender Equal*, 2018.

25. Gouvernement du Canada, Critères techniques pour les établissements correctionnels, 2015.
26. McLeod K.E., Martin R.E., « Health in correctional facilities is health in our communities », *C Can Med Assoc J*, 2018, 190(10), p. E274–275.
27. Nations Unies. Ensemble des règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), vol. 23, Assemblée générale des NU, 2015.
28. Flanigan T.P., Zaller N., Taylor L., et coll., « HIV and infectious disease care in jails and prisons: breaking down the walls with the help of academic medicine », *Trans Am Clin Climatol Assoc.*, 2009, 120, p. 73 à 83.
29. Bick J.A., « Infection Control in Jails and Prisons », *Clin Infect Dis.*, 2007, 45(8), p. 1047 à 1055.
30. Niveau G., « Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review », *Public Health*, 2006, 120(1), p. 33 à 41.
31. Kouyoumdjian F., Schuler A., Matheson F.I., et coll., « Health status of prisoners in Canada », *Can Fam Physician*, 2016, 62, p. 215 à 222.
32. Stewart, L., Nolan A., Thompson J. et coll., « Social determinants of health among Canadian inmates », *Int J Prison Health*, 2018, 14(1), p. 4 à 15.
33. Stewart, L., Nolan A., Thompson J. et coll., Social determinants of physical health conditions among incoming Canadian federal inmates, 2015.
34. Mazzilli S., Prison as a Social Determinant of Health, IS Global Barcelona Institute for Global Health, 2019, [en ligne]. [<https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/prison-as-a-social-determinant-of-health/5083982/10102>] (consulté le 3 juin 2020).
35. Fazel S., Baillargeon J., « The health of prisoners », *Lancet*, 2011, 377(9769), p. 956 à 965, [en ligne]. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61053-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61053-7/fulltext)].
36. Flanigan T.P., Beckwith C.G., « The intertwined epidemics of HIV infection, incarceration, and substance abuse: a call to action », vol. 203, *The Journal of infectious diseases*, États-Unis, 2011, p. 1201 à 1203.
37. Hammett T.M., « Sexually transmitted diseases and incarceration », *Curr Opin Infect Dis.*, 2009, 2(1), p. 77 à 81.
38. Zakaria, D., Thompson, J. M., Borgatta F., Taux d'infections transmissibles sexuellement déclarées depuis l'admission dans un établissement fédéral au Canada, et caractéristiques d'incarcération et comportements sexuels à risque qui y sont associés, 2010, [en ligne]. [<https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/r196-fra.shtml>].
39. Fraser D., « Sask. jails double bunking, hiring more staff to deal with overcrowding as auditor calls for long-term plan », *Regina Leader-Post*, 9 déc. 2016, [en ligne]. [<https://leaderpost.com/news/local-news/sask-provincial-auditor-says-more-needs-to-be-done-to-address-inmate-capacity-in-jails/>].
40. Smith C., « Weekend prisoners doubled up in 310 cases in Saint John and Dalhousie », *CBC*, 2017, [en ligne]. [<https://www.cbc.ca/news/canada/newbrunswick/new-brunswick-jails-double-bunking-1.4369626>] (consulté le 23 mai 2020). 41. Tutton M., « Assaults nearly double at Nova Scotia jail, records show », *The Globe and Mail*, 2015, [en ligne]. [<https://www.theglobeandmail.com/news/national/assaults-nearly-double-at-nova-scotia-jailrecords-show/article22740740/>] (consulté le 23 mai 2020).
42. MacPherson A., « Inmates raising concerns about conditions inside the Saskatoon jail », *Saskatoon StarPhoenix*, 2019, [en ligne]. [<https://thestarphoenix.com/news/local-news/saskatoon-correctional-conditions-follow>] (consulté le 23 mai 2020).
43. Fletcher T., « “Double-bunking” still a problem for B.C. provincial jails Staff shortages have caused unit closures at some prisons », *Surrey Now-Leader*, 2019, [en ligne]. [<https://www.surreynowleader.com/news/double-bunking-still-a-problem-for-b-provincial-jails/>] (consulté le 23 mai 2020).
44. Bureau de l'enquêteur correctionnel, sans titre [Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2012-2013], 2012, [en ligne]. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20122013-eng.aspx?texthighlight=Office+of+the+Correctional+Investigator+Annual+Report+2012>
[<https://oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20122013-fra.aspx?texthighlight=rappport+annuel+2012>] (consulté le 23 mai 2020).
45. Service correctionnel du Canada, La double occupation des cellules dans le système correctionnelle fédéral canadien, 2018, [en ligne]. [<https://www.csc-scc.gc.ca/research/rib-18-12-fr.shtml>] (consulté le 24 juin 2020).
46. Kraus, K., Mazur A., « End of prisoner segregation sparks anxiety over double-bunking », *Global News*, 2019, [en ligne]. [<https://globalnews.ca/news/5272324/prisoner-segregation-double-bunking/>] (consulté le 28 mai 2020).

47. MacAlpine I., « “Double-bunking” tantamount to inciting violence », The Kingston WHIG Standard, 2019, [en ligne]. [https://www.thewhig.com/news/localnews/double-bunking-tantamount-to-inciting-violence] (consulté le 23 mai 2020).
48. Fraser D., « Sask. jails double bunking, hiring more staff to deal with overcrowding as auditor calls for long-term plan », Regina Leader-Post, 2016, [en ligne]. [https://leaderpost.com/news/saskatchewan/provincial-auditor-faults-how-sask-bought-guns-for-highway-patrol/wcm/60506435-0502-48e0-8ec8-143a6a8dcc75/] (consulté le 23 mai 2020).
49. Syndicat des agents correctionnels du Canada, Examen critique de la pratique de la double occupation des cellules dans les services correctionnels, 2019.
50. Syndicat national, The Crisis in Provincial Correctional Services: Overcrowding, Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public.
51. Kouyoumdjian F., Cheng S., Fung K., et coll., «The health care utilization of people in prison and after prison release : A population-based cohort study in Ontario , Canada» PLoS One, 2018, 3, p. 1 à 14.
52. Bernier J., Maclellan K., «Health Status and Health Services Use of Female and Male Prisoners in Provincial Jail » 2011.
53. May K., Justice by Geography. Winnipeg Free Press, [en ligne]. [https://www.winnipegfreepress.com/local/justice-by-geography-509025612.html] (consulté le 24 avril 2019)
54. Warner C., Home again, home again. Incarceration, residential mobility, and neighborhood destinations, Pennsylvania State University, 2013.
55. Freudenberg N., « Jails, prisons, and the health of urban populations: A review of the impact of the correctional system on community health », J Urban Heal Bull New York Acad Med., 2001, 78(2), p. 214 à 235.
56. Ramaswamy M., Kelly P., « Sexual Health Risk and the Movement of Women Between Disadvantaged Communities and Local Jails. » Behav Med. 2015, juillet, 41(3) p. 115 à 22.
57. Thomas J.C., Sampson L.A., « High rates of incarceration as a social force associated with community rates of sexually transmitted infection », J Infect Dis., 2005, 191(s1), p. S55 à 60.
58. Potter R.H., Lin H., Maze A., Jails and public health service delivery and empirical knowledge: The impact of jail population “flow”, American Journal of Criminal Justice, 2012, p. 200 à 208.

Renseignez-vous sur les services correctionnels en tant que milieu de santé publique au Canada.

ccnmi.ca



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

Room L332A, Basic Medical Sciences Building, 745 Bannatyne Ave., Rady Faculty of Health Sciences,
University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba R3E 0W2
Tel: (204) 318-2591 Email: nccid@umanitoba.ca



Numéro de projet : #466

Ce document a été
préparé par Jami Neufeld

Merci à Jasmine Frost et
Nicholas Duschenko pour
leurs recherches.



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada par l'entremise du financement pour les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP). Les points de vue exprimés dans ce document ne représentent pas nécessairement ceux de l'Agence. Les renseignements contenus dans ce document peuvent être cités à la condition d'en mentionner la source.