



PLEINS FEUX SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS DE L'USAGE DE DROGUES INJECTABLES DANS LES PRISONS CANADIENNES : SUPPLÉMENT AU DOCUMENT DE TRAVAIL DE L'AIIC SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

L'ÉCHANGE DE SERINGUES ET L'USAGE DE SUBSTANCES DANS LES PRISONS

Introduction

Les populations carcérales au Canada et dans le monde affichent des taux élevés de déclaration de consommation de drogues et une prévalence beaucoup plus considérable de maladies transmissibles, comme le VIH et le VHC (hépatite C) que la population générale. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour réduire les méfaits de l'usage de drogues injectables constituent une approche de la santé publique efficace et pragmatique pour prendre en charge les détenus qui consomment des drogues. Les infirmières et infirmiers ont la responsabilité éthique de fournir des soins aux personnes à risque ou subissant les méfaits de la consommation de substances, peu importe le milieu¹, sans porter de jugements et tout en respectant les droits de la personne et l'importance de soigner tous et chacun avec respect et dignité.

La santé dans les prisons — un portrait international

À l'échelle internationale, la santé dans les prisons est devenue un problème de santé publique d'envergure en raison de la propagation croissante et rapide de l'infection par le VIH et le sida, de la tuberculose et du VHC, ainsi qu'en raison de « la reconnaissance croissante que les prisons sont des lieux inadéquats pour les personnes aux prises avec une dépendance aux substances ou un trouble de santé mentale » [traduction] (OMS, 2009, p. viii). Les stratégies nationales visant à limiter la propagation des maladies nécessitent des politiques pénitentiaires efficaces, tout comme de bonnes pratiques de santé visent à prévenir la propagation des maladies ainsi qu'à promouvoir la santé et le bien-être (OMS, 2009). Cela dit, les services de santé dans les prisons varient

¹ En vertu du Code de déontologie (2008) de l'AIIC, qui régit la pratique des infirmières et infirmiers autorisés.

grandement d'un pays à l'autre. Lors des discussions sur la prévalence de l'échange des aiguilles dans les prisons dans le monde, l'OMS (2009) a déclaré ce qui suit :

- ▶ Les taux d'échange de drogues injectables et d'aiguilles varient de façon considérable;
- ▶ Souvent, les personnes utilisant des drogues avant leur incarcération cesseront ou réduiront leur consommation en détention; toutefois, beaucoup d'entre elles reprendront la consommation une fois libérées;
- ▶ De nombreux détenus commencent à s'injecter des drogues en prison;
- ▶ Les détenus qui consomment des drogues injectables sont beaucoup plus susceptibles de partager le matériel d'injection.

Les taux élevés d'usage de drogues injectables et le manque d'accès à des soins de santé préventifs pourraient entraîner une augmentation du taux du VIH et une propagation de celui-ci. L'OMS (2009) a rapporté un certain nombre d'éclosions du VIH dans les prisons de plusieurs pays, dont l'Australie, la Lituanie, la Russie, l'Écosse et le Royaume-Uni. La première éclosion a eu lieu dans un pénitencier d'Écosse en 1993, où « 43 % des détenus ont dit s'injecter des drogues en détention, et tous, sauf un, ont partagé le matériel d'injection dans la prison (Taylor et Goldberg, 1996). Selon les chiffres de 2009 de l'OMS émanant d'un certain nombre d'études, de 7 à 24 % des personnes incarcérées ont commencé à s'injecter des drogues en prison.

L'OMS, dans son rapport de 2009, a formulé des recommandations fondées sur des données probantes liées aux pratiques exemplaires, sur un examen approfondi de la littérature grise et scientifique et sur des conseils d'experts clés pour obtenir de meilleurs résultats pour la santé dans les prisons. Ces recommandations portent entre autres sur la création de programmes de VIH exhaustifs pour prévenir de nouvelles infections au moyen de :

- ▶ la réduction du nombre de maladies transmissibles sexuellement grâce à une amélioration des connaissances pratiques et à l'accès aux préservatifs;
- ▶ la mise en œuvre de programmes de distribution des aiguilles et des seringues dans le but de réduire la transmission du VIH causée par le partage de matériel d'injection;
- ▶ d'activités de sensibilisation par des pairs;
- ▶ de l'atténuation des maladies liées au VIH en prodiguant des soins, des traitements et un soutien appropriés;
- ▶ la prise de mesures nécessaires pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH;
- ▶ la surveillance du VIH et du sida;
- ▶ l'accès à des services optionnels de counseling et de tests pour le VIH.

La santé dans les prisons du Canada

Au Canada, les prisons relèvent de la compétence combinée des secteurs fédéral et provinciaux ou territoriaux. Chaque année, plus de 250 000 adultes sont incarcérés, et environ 40 000 personnes sont en prison au cours d'une journée donnée (Kouyoumdjian, Schuler, Matheson et Hwang, 2016). En tant que groupe, cette

population est aux prises avec des inégalités dans les soins et l'accès aux soins qui sont en outre compromis par l'incarcération.

Les populations qui subissent des inégalités en santé en raison d'inégalités sociales et structurelles sont surreprésentées dans les prisons canadiennes. Les populations incarcérées dans les prisons fédérales représentent « de façon disproportionnée les personnes à faible revenu dont le niveau d'études est inférieur à celui de la population générale. Souvent, elles ont aussi des besoins complexes en matière de soins de santé mentale. La plupart des femmes incarcérées dans les prisons fédérales ont également été victimes d'abus physique ou sexuel. En outre, elles affichent des taux plus élevés de dépression et de consommation de drogues que les hommes » (van der Meulen et coll., 2016, p. 5). La proportion des Autochtones dans le système pénitencier canadien est particulièrement disproportionnée. Par exemple, les données de 2013-2014 montrent que même s'ils représentent seulement 3 % de la population adulte canadienne, les adultes autochtones constituent 20 % des incarcérations dans des prisons fédérales et 24 % dans des prisons provinciales ou territoriales (Statistique Canada, 2015a). Cette disproportion est encore plus prononcée chez les jeunes autochtones, qui constituaient 7 % de la population de jeunes² et 41 % des admissions en prison (Statistique Canada, 2015b). Les jeunes filles autochtones affichaient toujours une plus grande disparité que les jeunes hommes autochtones. En effet, elles représentaient 53 % des jeunes femmes admises dans un centre de services correctionnels, contre 38% des jeunes hommes autochtones (Statistique Canada, 2015b)³. À l'échelle internationale, les Nations Unies (1990) ont stipulé que « Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique » (Annexe, principe 9). Pourtant, ces obligations n'ont pas été honorées uniformément au Canada (Kouyoumdjian et coll., 2016; Miller, 2013; Flegel et Bouchard, 2013).

Selon les données sur « les déterminants sociaux de la santé, les décès en prison, la santé mentale, la consommation de substances et les maladies transmissibles par le sang (Kouyoumdjian et coll., 2016), l'état de santé des personnes incarcérées est précaire par rapport au reste de la population du Canada. On note, entre autres, les maladies chroniques et infectieuses, les maladies transmissibles par le sang ainsi que les troubles de la santé mentale et la consommation de substances. La prévalence du VIH est évaluée à dix fois supérieure chez les détenus, alors que pour le VCH, elle est de 30 à 39 fois supérieure (van der Meulen, Claivaz-Loranger, Clarke, Ollner, & Watson, 2016). Selon le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada (2015), en 2014-2015, plus de la moitié des détenus dans des prisons fédérales présentaient des signes de

² Pour les secteurs de compétences qui déclarent des données

³ Les services correctionnels visant les jeunes Canadiens sont régis par les dispositions législatives fédérales (*Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*), et administrés par les provinces et territoires. Quant aux normes relatives aux soins de santé, elles sont définies dans des lois fédérales (par exemple, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* ou la *Loi canadienne sur la santé* (qui demeure applicable à la prestation de services de santé dans les établissements provinciaux).

toxicomanie (drogue ou alcool) et 16,5% avaient le VHC. De nombreux détenus consommaient également de la drogue avant leur incarcération. Toujours selon le Bureau de l'enquêteur correctionnel (2014), 80 % des personnes incarcérées dans une prison fédérale étaient aux prises avec un problème grave d'usage de substances à leur admission. Plus de la moitié de ces détenus avaient indiqué que la drogue ou l'alcool était un facteur dans leur infraction. De plus, selon DeBeck et coll. (2009), 30 % des femmes et 14 % des hommes dans les prisons fédérales étaient incarcérés pour possession ou production de drogues.

Au Canada, la prestation de services de santé dans les prisons varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Par exemple, en Nouvelle-Écosse et en Alberta, les soins de santé sont dispensés par la régie provinciale de la santé, tandis qu'en Ontario, ils sont dispensés par l'organisme gouvernemental responsable des services correctionnels, et en Colombie-Britannique, ils sont délégués à une société privée (Kouyoumdjian et coll., 2016). Cette incohérence dans tout le pays agit comme obstacle supplémentaire aux soins des populations qui font déjà face à des inégalités considérables en santé.

Il est essentiel d'aborder les inégalités en santé sous l'angle de la justice sociale qui attire notre attention sur les changements importants à apporter aux politiques. Comme en témoigne la *Loi sur la sécurité des rues et des communautés* (2012), le gouvernement fédéral juge l'usage de drogues comme étant un acte criminel et non un problème de santé et d'injustice sociale (AICC, 2011; Association canadienne de santé publique, 2014). Un grand nombre de données de recherche indiquent que l'approche actuelle de la criminalisation de l'usage de substances accélère de façon disproportionnée les méfaits connexes (Human Rights Watch, American Civil Liberties Union, 2016). Pourtant, en dépit de l'adoption de stratégies de tolérance zéro et du nombre croissant de tests de dépistage des drogues dans les prisons fédérales, il n'en demeure pas moins que l'usage de drogue reste élevé (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2015). Par conséquent, l'enquêteur correctionnel du Canada a recommandé d'affecter davantage de ressources au traitement, à la prévention et aux stratégies de réduction des méfaits (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2015). Des tendances de ce genre indiquent clairement les limites d'une approche qui criminalise l'usage de drogues illicites.

Programmes d'échange d'aiguilles et de réduction des méfaits dans les prisons

Le système carcéral fédéral canadien offre actuellement certains programmes visant à réduire les méfaits de l'usage de drogues, notamment « le traitement de substitution aux opiacés (p. ex., la méthadone), l'eau de javel, les préservatifs et la documentation de sensibilisation à l'intention des personnes incarcérées dans le but de réduire le risque d'infection par le VIH ou le VHC » (van der Meulen et coll. 2016, p. 6). Bien que ces initiatives représentent un pas dans la bonne direction, les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles sont rares. Pourtant, ils sont essentiels pour réduire les

méfais en prison. À l'échelle internationale, l'OMS, de concert avec l'ONUSIDA et d'autres agences nationales et internationales, recommande depuis 1993 l'approvisionnement des détenus en matériel d'injection propre, que ce soit en prison ou à la sortie de celle-ci. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et l'ONUSIDA (2006) ont également émis des directives explicites selon lesquelles les autorités de la prison devraient fournir du matériel d'injection propre pour la prévention et la lutte contre la transmission du VIH chez les personnes incarcérées. Selon les directives de l'OMS (2009), lorsque les autorités de la prison sont au courant d'une consommation de drogues injectables en prison, « ils doivent mettre en place des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, quelle que soit la prévalence de l'infection par le VIH » [traduction]. En examinant les évaluations de ces programmes dans les prisons⁴, l'OMS (2009) a déclaré que ces derniers :

- ▶ ne mettent pas la vie du personnel pénitentiaire en danger ni ne menacent la sécurité des détenus;
- ▶ fournissent un environnement sûr et sanitaire pour les personnes incarcérées comme pour le personnel pénitentiaire;
- ▶ n'augmentent pas les taux d'injection ou de consommation de drogues;
- ▶ réduisent la transmission du VIH et du VHC;
- ▶ réduisent les comportements à risque liés aux maladies transmissibles par le sang;
- ▶ réduisent considérablement les surdoses et augmentent les taux d'orientation à des programmes de traitement de toxicomanie;
- ▶ améliorent les résultats pour la santé des personnes incarcérées.

L'OMS (2009) a analysé les données probantes de deux études pilotes menées en Espagne, tout en tenant compte de la faisabilité et de la souplesse de ces programmes dans les prisons. Elle en a déduit des résultats positifs au chapitre des programmes d'échange de seringues, soit :

- ▶ une réduction des comportements et des pratiques d'injection à risque chez les personnes incarcérées;
- ▶ une augmentation du nombre de personnes bénéficiant des programmes de traitement de la toxicomanie;
- ▶ aucune hausse dans l'usage de drogues (p. ex., héroïne et cocaïne).

En raison de ces résultats, les autorités ont émis une directive pour lancer officiellement le programme. Depuis 2005, ce dernier est mis en œuvre dans 33 prisons de l'Espagne (OMS, 2009).

Bien que de plus en plus de données indiquent que les prisons peuvent déployer des stratégies de réduction des méfaits et en tirer des résultats positifs⁵, il existe toujours cette préoccupation que ces mesures envoient le mauvais message et rendent les drogues illégales acceptables socialement (OMS, 2009, p. 104). Certes, la

⁴ Voir Lines et coll. (2006), Stöver et Nelles (2003), et OMS (2004).

⁵ Par exemple, Bélarus, Allemagne, Kirghizistan, Luxembourg, République de Moldavie, Écosse, Espagne et Suisse.

reconnaissance de la réalité de l'usage de drogues dans les prisons semble équivaloir à un constat d'échec, mais elle permet de soulever un problème sérieux : le déni de l'accès à du matériel d'injection sécuritaire pour les personnes incarcérées menace la santé publique.

Au Canada, le manque d'accès à du matériel d'injection sécuritaire expose les personnes incarcérées au risque de contracter une infection par le VIH ou le VHC. De plus, en raison du manque de programmes d'échange de seringues, la plupart des personnes incarcérées dans des prisons fédérales retournent dans leur collectivité avec une maladie qu'elles ont contractée en prison.

Au sein de l'ensemble de la collectivité, les programmes d'échanges de seringues et d'aiguilles se sont avérés le moyen le plus efficace pour réduire la transmission du VIH attribuable à l'échange de matériel d'injection. En raison des menaces sérieuses que posent le VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang, de tels programmes de réduction des méfaits sont importants pour protéger la santé publique.

Il existe un nombre appréciable de preuves empiriques des avantages que présentent les stratégies de réduction des méfaits sur la santé publique et la sécurité. Les programmes de distribution et de récupération des aiguilles sont sécuritaires, efficaces et moins coûteux. En outre, ils réduisent les comportements à risque concernant le VIH et améliorent l'accès aux services de santé et sociaux pour les personnes utilisant des drogues injectables. En ce qui concerne les détenus en prison, les programmes d'échange de seringues permettent l'accès aux mêmes services de santé. Ils permettent également aux employés des pénitenciers de travailler dans un environnement plus sécuritaire, car ils sont moins susceptibles d'avoir un accident causé par le partage de matériel d'injection non stérilisé (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2016).

Les infirmières et infirmiers sont souvent le premier point de contact quant aux soins de santé, particulièrement pour les populations provenant d'une diversité de contextes, y compris du milieu carcéral, qui sont susceptibles de consommer des substances. D'ailleurs, au Canada comme à l'échelle internationale, ces populations affichent des taux élevés déclarés d'usage de drogues et de maladies transmissibles, comme le VIH et le VHC, qu'il est essentiel de résoudre. La réduction des méfaits de l'usage de drogues, grâce aux programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, est une approche de la santé publique efficace et pragmatique pour prendre en charge les personnes qui consomment des drogues, y compris les détenus. Malgré la controverse et les opinions divergentes, les recherches poussées sur la réduction des méfaits de l'usage de drogues citent de nombreux avantages pour les populations incarcérées, le personnel pénitenciaire et l'ensemble des collectivités.

Les infirmières et infirmiers ainsi que les autres professionnels de la santé ont la responsabilité éthique de fournir des soins aux consommateurs de drogues illicites, peu

importe le milieu⁶, sans porter de jugements. Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec les valeurs principales du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers de l'AICC*, qui oriente la pratique infirmière éthique et met l'accent sur les droits de la personne et sur l'importance de traiter la personne avec respect et dignité.

RÉFÉRENCES

Assemblée générale des Nations Unies. (1990). Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus (No. 45/111). Extrait de <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

Association canadienne de santé publique. (2014). *Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada*. Extrait de http://www.cpha.ca/uploads/policy/ips_2014-05-15_e.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Extrait de <https://www.cna-aicc.ca/fr/les-enjeux/meilleure-pratique/ethique-infirmiere>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers*. Extrait de https://cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/harm_reduction_2011_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/sida. (2012). *La réduction des méfaits* [Énoncé de position commun]. Extrait de https://cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/jps_harm_reduction_2012_f.pdf?la=fr

Bureau de l'enquêteur correctionnel. (2014). *Rapport annuel, 2013-2014*. Extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20132014-fra.pdf>

Bureau de l'enquêteur correctionnel. (2015). *Rapport annuel, 2014-2015*. Extrait de <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20142015-fra.pdf>

DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Milloy, M. J., Montaner, J. et Wood, E. (2009). Incarcération and drug use patterns among a cohort of injection drug users. *Addiction*, 104(1), 153-158.

Flegel, K., et Bouchard, F. (2013). Let us get prison health care out of jail [Editorial]. *CMAJ*, 185(4), 281.

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, ONUSIDA. (2006). *International guidelines on HIV/AIDS and human rights* (version consolidée). Extrait de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1252-InternGuidelines_en.pdf

Human Rights Watch, American Civil Liberties Union. (2016). *Every 25 seconds. The human toll of criminalizing drug use in the United States*. Extrait de https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/usdrug1016_web.pdf

⁶ En vertu du Code de déontologie (2008) de l'AICC, qui régit la pratique d'infirmière et infirmier autorisés.

Kinner, S. A., Milloy, M.-J., Wood, E., Qi, J., Zhang, R. et Kerr, T. (2012). Incidence and risk factors for non-fatal overdose among a cohort of recently incarcerated illicit drug users. *Addictive Behaviors*, 37, 691-696.

Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. et Hwang, S. W. (2016). L'état de santé des détenus au Canada. *Médecin de famille canadien*, 62, 215-222.

Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D. et Nelles, J. (2006). *L'échange de seringues en prison : Leçons d'un examen complet des données et expériences internationales* (deuxième édition). Extrait du site web du Réseau juridique canadien VIH/sida : <http://www.aidslaw.ca/site/prison-needle-exchange-lessons-from-a-comprehensive-review-of-international-evidence-and-experience-second-edition-2006/?lang=fr>

Loi sur la sécurité des rues et des communautés, L.C. 2012, ch. 1

Organisation mondiale de la Santé. (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Extrait de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *La santé en prison. Un guide de l'OMS sur l'essentiel de la santé en milieu carcéral*. Extrait de <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>

Réseau juridique canadien VIH/sida. (2016). Urgence santé en prison. Extrait de <http://www.urgencesantepison.ca/>

Miller, A. (2013). Prison health care inequality. *CMAJ*, 185(6), E249-250

Statistique Canada. (2015a). Statistiques sur les services correctionnels pour les jeunes au Canada, 2013-2014. Extrait de <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14164-fra.htm>

Statistique Canada. (2015b). Statistiques sur les services correctionnels pour les jeunes au Canada, 2013-2014. Extrait de <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14164-fra.htm>

Stöver, H. et Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14, 437-444.

Taylor, A. et Goldberg, D. (1996). Outbreak of HIV in a Scottish prison: Why did it happen? *Bulletin canadien - VIH/SIDA et droit*, 2(3), 13-14.

van der Meulen, E., Claivaz-Loranger, S., Clarke, S., Ollner, A. et Watson, T. M. (2016). *On point: Recommendations for prison-based needle and syringe programs in Canada*. Extrait de <http://www.ryerson.ca/content/dam/criminology/tank/faculty/PNSP%20Report%20Jan%202016.pdf>