La place des programmes d'échanges de seringues parmi les stratégies de réduction de méfaits dans les pénitenciers canadiens

Mylène M. Orsi, M.Sc.,¹ Serge Brochu, Ph.D.²

RÉSUMÉ

Les taux de prévalence de consommation de drogues illicites dans les milieux carcéraux s'avèrent beaucoup plus élevés que ceux de la population canadienne en général. Parmi les substances consommées en détention, les drogues injectables sont celles qui préoccupent davantage les autorités pénitentiaires et de santé publique, vu que la haute prévalence des maladies transmissibles par le sang dans ces milieux peut être imputable au partage de matériel destiné à l'injection de drogues. Aux prises avec cette situation, le Service correctionnel du Canada met actuellement en pratique quelques stratégies de réduction de méfaits ciblant les détenus usagers de drogues injectables, tels les programmes d'entretien à la méthadone et l'accès à de l'eau de javel. Toutefois, malgré son utilisation dans la communauté, les programmes d'échange de seringues ne sont pas encore acceptés dans les pénitenciers. Cet article analyse les limites des stratégies de réduction des méfaits actuellement approuvées par les autorités carcérales et discute les sources de résistance qui continuent à empêcher la réalisation d'un projet pilote pour évaluer la faisabilité des programmes d'échange de seringues en détention au Canada.

Mots clés : pénitencier; échange de seringues; drogues injectables

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2009;100(1):29-31.

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada, réalisée en 2003-2004, indique que 14,4 % des Canadiens de 15 ans et plus avouent avoir consommé une drogue illicite quelconque au cours des douze mois précédant l'étude¹. Toutefois, la situation de la population incarcérée s'avère fort différente.

Le Service Correctionnel du Canada (SCC)² estime que 67 % des détenus incarcérés dans les pénitenciers éprouveraient des problèmes de toxicomanie, dont 20 % nécessiteraient un traitement intensif. Certains détenus poursuivent même leur consommation de drogues durant leur période de détention. Parmi les drogues illicites consommées en détention, les produits injectables sont les plus préoccupants, puisqu'on considère que la haute prévalence des maladies transmissibles par le sang, notamment le VIH/SIDA et les hépatites, dans ces milieux soit imputable au partage de matériel destiné à l'injection de drogues². Rappelons qu'au Canada, il est interdit pour les détenus de posséder des seringues, impliquant que celles retrouvées dans les pénitenciers proviennent de la contrebande.

Un sondage national réalisé auprès des hommes détenus dans les pénitenciers canadiens indique que 11 % des personnes interrogées ont déclaré s'être injectées une drogue en détention. Un pourcentage élevé de ces personnes (41 %) a indiqué que leur matériel d'injection était souillé ou qu'ils ignoraient s'il était stérile au moment de son utilisation³. Également, une étude qualitative effectuée auprès des usagers de drogues injectables (UDI) détenus dans les prisons de la Colombie-Britannique montre que les seringues usagées circulent parmi les détenus pendant de longues périodes, et sont utilisées par plusieurs d'entre eux⁴. Le partage de seringues semble être la norme plutôt que l'exception parmi les détenus UDI. Soulignons que les individus UDI incarcérés sont exposés à 2,7 fois plus de risques d'acquérir le VIH⁵ que ceux en liberté.

Pour contrôler ce problème, diverses stratégies de réduction des méfaits (RDM) sont appliquées, tels les programmes d'entretien à la

méthadone (PEM), l'accès à de l'eau de javel et les programmes d'échange de seringues (PES). Le SCC met actuellement en place les deux premières stratégies, tandis que certaines résistances font en sorte d'empêcher le développement d'un PES, en dépit du fait que ces programmes soient mis en place officiellement dans le contexte communautaire au Canada depuis 1989⁶. Cet article a pour but d'analyser brièvement les limites des stratégies de RDM offertes par le SCC et de discuter des résistances qui empêchent la mise en place de PES.

Les programmes d'entretien à la méthadone

La méthadone est souvent considérée l'étalon or des traitements pour la dépendance aux opiacés⁷. Pourtant, les PEM présentent quelques limitations importantes dans les milieux carcéraux. D'abord, rappelons que pour accéder au PEM un individu sous la responsabilité du SCC doit répondre aux critères suivants : avoir un diagnostic de dépendance aux opiacés tel que défini dans le DSM-IV (ou des antécédents bien documentés de toxicomanie aux opiacés); avoir échoué dans d'autres formes de traitement et respecter les conditions du traitement. En plus, compte tenu du nombre limité d'individus acceptés aux PEM par établissement, des critères d'admission prioritaire ont été établis (les détenus séropositifs; les personnes contaminées par le virus de l'hépatite C; celles qui

Affiliations des auteurs

1. Doctorante à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec (RISQ), Montréal (Québec)
2. Professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, Codirecteur du groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec (RISQ), Centre international de criminologie comparée, Montréal (Québec)

Correspondance : Mylène M. Orsi, École de Criminologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Local 4137, Montréal, QC H3C 3J7, Tél. : 514-343-4111, poste 3676, Téléc. : 514-343-5650, Courriel : mylene.magrinelli@umontreal.ca

Remerciements : Cet article a été élaboré grâce au soutien financier accordé par le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec), lui-même soutenu par le Fonds québécois de recherche sociale du Québec (FQRSC).

présentent des antécédents menaçants pour leur vie – p. ex. surdose ou comportement suicidaire – et les détenues enceintes)⁸. Étant donné toutes ces exigences, il est probable que certaines personnes UDI ne puissent pas accéder à ce traitement.

L'eau de javel

La méthode suggérée pour la désinfection des seringues est connue sous l'appellation « 2X2X2 », soit : vider la seringue deux fois avec de l'eau; deux fois avec le désinfectant; et deux fois encore avec l'eau. Une fois cette routine dûment accomplie, la désinfection par l'eau de javel s'avère efficace pour l'élimination du VIH dans le matériel d'injection⁹. Toutefois, son efficacité contre la transmission du virus de l'hépatite C est encore mitigée¹⁰. En plus, des données empiriques démontrent que la désinfection par l'eau de javel n'est pas correctement mise en pratique par plusieurs détenus, soit parce qu'ils ne connaissent ou n'appliquent pas la bonne méthode, soit parce que la procédure est trop longue et accroît ainsi les risques d'être appréhendés¹¹.

Les programmes d'échanges de seringues

Les études portant sur l'évaluation de l'efficacité des PES, soit en communauté^{12,13}, soit en détention indiquent leurs effets positifs et l'absence d'effets négatifs. En milieu carcéral, les résultats les plus fréquemment observés sont : 1) une réduction significative du partage de seringues¹⁴⁻¹⁶; 2) la diminution importante des surdoses¹⁷; 3) l'ouverture accrue des détenus à discuter le sujet de la toxicomanie¹¹. Aucune étude ne rapporte une augmentation des problèmes opérationnels ou relié à la sécurité¹⁴⁻¹⁶. Les PES n'encouragent pas non plus la consommation de drogues¹⁴⁻¹⁶.

Toutefois, malgré les limites des PEM, l'efficacité controversée de l'utilisation de l'eau de javel et les recommandations faites, depuis 1992, par plusieurs instances gouvernementales et non gouvernementales canadiennes, présentement aucun projet pilote visant à évaluer la faisabilité des PES dans les pénitenciers n'est prévu au Canada.

En analysant les écrits sur les possibles causes de la résistance des autorités canadiennes à mettre en place les PES en détention, il ressort que les facteurs les plus fréquemment cités proviennent de deux sources : de la science et de la politique.

La première forme de résistance à trait à l'absence d'études relatives aux taux de séroconversions dans les pénitenciers canadiens. Si nous sommes parfaitement en accord pour que ce genre d'étude soit mené rapidement, nous croyons aussi que les données disponibles sur la prévalence de la consommation de drogues injectables et le partage de seringues parmi les détenus constituent des indices suffisamment solides pour appuyer la mise en place de toutes stratégies démontrées efficaces à réduire l'usage de drogues par voies intraveineuses. Aux statistiques déjà citées, ajoutons que le taux total d'infection par le VIH chez les détenus dans les pénitenciers (1,7 %) est plus de dix fois supérieur à celui de la population générale au Canada (0,13 %)⁷. En outre, les cas de VIH/SIDA rapportés au Service correctionnel du Canada ont augmenté de 14 en 1989 à 233 en 2001⁷. Rappelons que la Charte canadienne des droits et libertés et les lois qui régissent les systèmes de détention obligent les autorités carcérales à offrir aux détenus les soins de santé essentiels disponibles pour le reste de la communauté¹⁸.

Par ailleurs, la résistance scientifique semble également reliée au petit nombre d'études évaluant l'efficacité des PES en pénitencier. En

fait, une étude européenne a identifié 19 PES dans les prisons en Suisse, en Allemagne et en Espagne; toutefois, seulement 6 programmes ont été évalués scientifiquement. Néanmoins, les études évaluées indiquent la faisabilité et les bénéfices des PES en détention¹⁶.

Sur le plan politique, rappelons d'abord les pressions faites par le Syndicat des employés-es du Solliciteur général (SESG), qui représente les agents correctionnels et qui, depuis 1993, exprime son opposition aux PES. Le 30 octobre 2007, on lisait sur leur site internet que *'Le SESG continue à s'opposer au programme d'échange de seringues'*. Leur argument principal tourne autour des questions de 'santé et sécurité' du personnel¹⁹. Cependant, aucune analyse plus élaborée sur ce thème n'a été retrouvée sur ce site, nous laissant croire qu'une campagne d'information et de sensibilisation auprès des employés pourrait amener à des discussions beaucoup plus approfondies sur cette problématique. En outre, les études sur les PES dans les prisons mentionnent la résistance initiale du personnel, pourtant suite à l'adoption de telles mesures, ils en viennent à les percevoir positivement et demandent même leur généralisation et l'élargissement de leur portée^{20,21}.

Pendant les 20 dernières années, la Stratégie canadienne antidrogue fut fondée sur quatre piliers : la prévention, le traitement, l'application de la loi et la RDM²². L'année 2007 a été marquée par l'annonce du premier ministre Stephen Harper de sa nouvelle politique des drogues, appelée désormais 'Stratégie nationale antidrogue' ciblant trois plans : la prévention, le traitement et l'application de la loi²³. La philosophie de la RDM perd beaucoup d'importance dans cette politique qui s'apparente encore davantage à la conception américaine de 'tolérance zéro'. En effet, la criminalisation des toxicomanes, en vertu des mesures législatives canadiennes actuelles, est diamétralement opposée aux objectifs des programmes de santé publique et aux efforts relatifs à la prévention de la transmission des maladies infectieuses ou des risques de surdose²⁴.

La répression radicale de l'usage de drogues en prison a prouvé son inefficacité puisque, interdites ou non, les seringues continuent à circuler. En étant clandestines, elles sont cachées et le personnel risque ainsi de se blesser lors des fouilles dans les cellules. Par ailleurs, la détention est l'une des rares situations où les personnes UDI sont facilement accessibles par le système de santé publique. Assurément, elle constitue un moment privilégié pour aborder ces individus à travers les stratégies de RDM et chercher à les motiver à adhérer aux interventions en toxicomanie offertes. Malheureusement, si la communauté scientifique ne manifeste aucune résistance face aux politiques conservatrices de l'actuel gouvernement, on craint sérieusement pour l'avenir des approches de RDM au Canada, car tout comme l'affirme Sherman²⁵ : *'The most critical conditions facing needle exchange programs (...) are the ignorance of politics and the politics of science'*.

RÉFÉRENCES

1. Adlaf EM, Begin P, Swaka E (Éd.). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. Ottawa, ON : Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
2. Service Correctionnel Canada. Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001. Rapport du système de surveillance des maladies infectieuses du Service Correctionnel du Canada. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 2003.
3. Robinson D, Mirabelli L. Résumé des constatations du Sondage auprès des détenus réalisé en 1995. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 1996.
4. Small W, Kain S, Laliberte N, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Spittal PM. Incarceration, addiction and harm reduction: Inmates experience injecting drugs in prison. *Substance Use Misuse* 2005;40:831-43.

5. Tyndall MW, Currie S, Spittal P, Li K, Wood E, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Intensive injection cocaine use as primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS* 2003;17(6):887-93.
6. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. L'échange de seringues : une façon de prévenir l'infection par le VIH liée aux drogues. Document de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Rédigé par le groupe national de travail sur la politique du CCLAT, 1994. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-005278-1994.pdf> (consulté le 21 mai 2008).
7. Thomas G. Harm reduction policies and programs for persons involved in the criminal justice system. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2005.
8. Service Correctionnel Canada. Service correctionnel du Canada : lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone. Ottawa: Service Correctionnel du Canada, 2003.
9. Abdala N, Gleghorn AA, Carney JM, Heimer R. Can HIV-1 contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28(5):487-94.
10. Hagan H, Thiede H. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiol* 2003;14(5):628-29.
11. Hughes RA. Drug injectors and the cleaning of needles and syringes. *Eur Addict Res* 2000;6(1):20-30.
12. Monteroso ER, Hamburger ME, Vlahov D, Des Jarlais DC, Ouellet LJ, Altice FL, et al. Prevention of HIV infection in street-recruited injection drug users. The collaborative injection drug user study (CIDUS). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:63-70.
13. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of international evidence. *Substance Use Misuse* 2006;41:777-813.
14. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug Alcohol Rev* 1999;18:133-38.
15. Jacob J, Stover H. Échange de seringues dans les prisons de la Basse-Saxe : examen préliminaire. *Bulletin canadien VIH, SIDA et droit* 1997;3(2/3):30-31.
16. Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction* 2003;98(2):153-58.
17. Stöver H. Evaluation of needle exchange pilot project shows positive results. *Can HIV/AIDS Policy Law News* 2000;5(2/3):60-64.
18. Betteridge G, Dias G. Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada. Toronto, ON : Réseau juridique canadien VIH/SIDA et Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/SIDA (PASAN), 2007.
19. Syndicat des employés du Solliciteur général. 'Non' à l'échange de seringues, alors, 'Non' à l'échange de seringues maintenant! Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.usge-sesg.com/fr/nouvellesmai2005.html#NeedleF> (consulté le 30 octobre 2007).
20. Lines R. Les agents correctionnels d'Irlande demandent un meilleur accès à la méthadone pour les détenus. *Revue canadienne VIH/SIDA et droit* 2001;6(1/2):81-84.
21. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. Provision of syringes: The cutting edge of harm reduction in prison? *BJM* 1998;317:270-73.
22. Santé Canada. Consommation de substances : prévenir et aborder la consommation problématique. Ottawa : Santé Canada, 2003. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/index_f.html (consulté le 20 mars 2007).
23. Gouvernement du Canada. Stratégie nationale antidrogue: pour des collectivités plus sûres et plus saines. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2007. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca> (consulté le 15 décembre 2007).
24. Fischer B. Réduction de méfaits, Dans : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Toxicomanie au Canada : enjeux et options actuels*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
25. Sherman SG. Critical condition facing needle exchange programs: The politics of science. *Substance Use Misuse* 2006;41:827-29.

Reçu : 10 janvier 2008

Accepté : 8 août 2008

ABSTRACT

The prevalence rates of illicit drug consumption within the prison system are much higher than those in the Canadian population in general. Of the substances used in detention, those of most concern to prison and public health authorities are injection drugs, as the sharing of injection drug equipment may be responsible for the high prevalence of blood-borne diseases in prison facilities. Faced with this situation, the Correctional Service of Canada put in practice a number of harm reduction strategies targeting injection drug users, such as methadone maintenance programs and access to bleach. However, despite their use in the community, needle-exchange programs are not yet allowed in penitentiaries. This article analyzes the limits of harm reduction strategies approved by the prison authorities and discusses the sources of resistance that continue to impede the realization of a pilot project to assess the feasibility of needle-exchange programs in detention in Canada.

Key words: Prisons; needle-exchange programs; substance abuse intravenous

Index des évaluateurs des soumissions en français - 2008

Dans le numéro novembre-décembre 2008, nous avons publié la liste des évaluateurs de la RCSP pour la période de novembre 2007 à octobre 2008. Malheureusement, nous avons omis d'y inclure les réviseurs pour les soumissions en français. Nous regrettons sincèrement cet oubli et désirons témoigner notre reconnaissance aux réviseurs suivants pour leurs généreuses contributions à la Revue.

April N
Blanchet C
Boisvert D
Boivin MD
Brisson G
Brochu M
Camus M
Côté F
De Guire L
Delamaire C
Deshaies P
Fournier P

Gagnon F
Girard SA
Gosselin P
Guay M
Guerrier M
Joubert N
Lebel E
Lebel G
Légaré G
Lehoux P
Levy A
Lévy-Bruhl D

Mongeau L
Morin R
Morisset J
Noël L
Nolin B
Paradis F
Patenaude J
Quirion B
Rochette L
Steben M
Yana SD