



# Le point sur les maladies infectieuses

Bulletin d'information du Service correctionnel du Canada sur les maladies infectieuses

## Le fardeau continu de l'hépatite virale dans les établissements correctionnels

Dans le présent numéro de *Le point sur les maladies infectieuses*, nous explorons le problème continu de la prise en charge des cas d'hépatite virale dans le milieu correctionnel. En particulier, nous souhaitons mettre l'accent sur les types d'hépatites virales les plus répandus, à savoir l'hépatite A, l'hépatite B et l'hépatite C chez les détenus en examinant l'épidémiologie de ces maladies, les risques d'infection et la prise en charge des personnes infectées.

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a mis en œuvre plusieurs initiatives pour mieux comprendre l'épidémiologie de ces maladies chez les détenus, dont l'amélioration de la surveillance des facteurs de risque, l'évaluation du traitement de l'hépatite C au SCC, l'élaboration de guides thérapeutiques et le lancement d'un projet pilote de « tatouage sans risques » afin de réduire les méfaits découlant des pratiques de tatouage risquées au SCC. En outre, la deuxième Conférence nationale sur l'hépatite au Canada, financée conjointement par le SCC et Santé Canada, a eu lieu à Vancouver. Au cours de cette conférence, D<sup>re</sup> Bouchard, directrice générale des Services de santé au SCC, a insisté sur l'importance du rôle joué par le SCC en matière de santé publique de concert avec nos collègues fédéraux, provinciaux et territoriaux au Canada.

## L'hépatite virale dans les pénitenciers fédéraux canadiens

par Jonathan Smith

Épidémiologiste, Services de santé, Administration centrale, SCC, Programme national des maladies infectieuses

L'hépatite est une inflammation du foie et représente le principal syndrome clinique associé à l'infection virale. Jusqu'ici, les chercheurs ont identifié sept virus de l'hépatite, soit les hépatites A, B, C, D, E, F, G. Parmi ces virus, les plus courants, et ceux qui nous intéressent ici, sont les virus de l'hépatite A (VHA), l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC).

### Hépatite A

L'hépatite A est causée par un petit virus à ARN appartenant à la famille des picornavirus qui est extrêmement contagieux. Le VHA affiche une stabilité génomique considérable et est considéré comme ayant un seul génotype. On dénombre chaque année environ 1,4 million de cas de VHA, ce qui représenterait 25 % de tous les cas d'hépatite dans le monde entier<sup>1</sup>. L'infection ou la vaccination confère une immunité qui dure toute la vie. Étant donné que la voie fécale-orale constitue la principale voie de transmission de l'infection, le risque d'infection est étroitement lié aux conditions d'hygiène et de salubrité. La transmission du VHA parmi les UDI serait attribuable, croit-on, à la contamination fécale du matériel d'injection. En outre, bien que la transmission sexuelle du VHA soit rare, elle a néanmoins été associée à la pénétration anale, et plusieurs éclosions ont été documentées, en particulier chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes<sup>2</sup>.

Vol. 3, N° 1  
Hiver 2005

Le fardeau continu de l'hépatite virale dans les établissements correctionnels. . . . . 1

L'hépatite virale dans les pénitenciers fédéraux canadiens. 1

Compte rendu de conférence : Deuxième conférence nationale sur l'hépatite C au Canada. . . . . 4

Les besoins en soins de santé des détenus . . . . . 5

La surveillance des maladies infectieuses au SCC – Projet pilote des nouveaux formulaires. . . . 5

La prévention et le contrôle de la tuberculose dans les pénitenciers fédéraux – Suivi de la formation . . . . . 6

La Journée mondiale du sida, 2004 . . . . . 8

Surveillance. . . . . 9

Coin de la recherche . . . 10

Table des matières



La période d'incubation du VHA dure généralement entre 14 et 45 jours. Pendant cette période, on assiste à une réplication active du virus et la personne peut transmettre l'infection. Les symptômes de l'hépatite A englobent l'anorexie, la fatigue, les douleurs abdominales, les vomissements, la fièvre, la diarrhée, des urines foncées et des selles pâles. Entre une semaine et 10 jours après l'apparition de ces symptômes, on peut observer un ictère chez 70 % des adultes. La virémie disparaît généralement au cours de cette phase, mais elle peut aussi persister pendant plusieurs autres semaines. Les patients se rétablissent généralement en moins d'un mois. Si la mortalité est faible, on assiste néanmoins à certains cas d'hépatite fulminante sévère et fatale, en particulier chez les personnes ayant d'autres atteintes hépatiques, dont une co-infection par les virus de l'hépatite B ou C.

L'infection par le VHA provoque généralement une élévation des taux sanguins d'alanine aminotransférase (ALT) et une augmentation rapide des anticorps IgM anti-VHA. Les titres d'anticorps de type IgM dirigés contre le VHA diminuent entre 4 et 6 mois après l'exposition et constituent un marqueur sérologique de l'infection aiguë par le VHA. La baisse des anticorps de type IgM anti-VHA s'accompagne d'une augmentation des anticorps de type IgG anti-VHA, ou des anticorps anti-VHA totaux, et constitue un marqueur sérologique de l'immunité au VHA. La présence d'anticorps de type IgG anti-VHA ou le dosage des anticorps de type anti-VHA totaux ne permet pas de distinguer entre l'immunité attribuable à la vaccination et celle qui résulte d'une infection naturelle en l'absence d'antécédents de vaccination. Puisqu'il n'existe aucun traitement spécifique contre l'hépatite A, la démarche thérapeutique consiste à prodiguer des soins de soutien et à assurer une nutrition adéquate et le confort du patient.

À l'heure actuelle, les données sur le VHA ne sont pas saisies dans le Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI) du SCC. Toutefois, les données tirées du projet pilote des nouveaux formulaires (voir l'article ci-dessous) laissent entendre que le taux d'infection active par le VHA au SCC pourrait être égal ou supérieur à 10 cas par 1 000 détenus; quant à la prévalence de l'immunité au VHA, qu'elle soit acquise par la vaccination ou l'infection naturelle, elle se chiffrerait aux alentours de 20 à 35 %.

## Hépatite B

L'hépatite B est causée par un virus à ADN double brin enveloppé appartenant à la famille des hepadnaviridae. On estime qu'entre 1 et 2 millions de personnes meurent de cette maladie chaque année et que le tiers de la population mondiale serait probablement infectée. Les régions les plus touchées sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie de l'Est et les régions endémiques où les porteurs du VHB (c.-à-d. les personnes qui n'éliminent jamais le virus mais sont généralement asymptomatiques) dépassent les 15 %<sup>1</sup>. Le

VHB est transmis par contact avec du sang ou des liquides organiques contaminés d'une personne infectée. Le VHB est 10 fois plus infectieux que le VHC et 100 fois plus que le VIH<sup>1,3</sup>. Les principales voies de transmission du VHB englobent la voie parentérale (p. ex., utilisation de seringues infectées, transfusions sanguines), le contact sexuel, le tatouage et le perçage corporel, et la voie périnatale (transmission de la mère à l'enfant).

La période d'incubation du VHB peut durer de 45 à 180 jours. La phase aiguë de l'hépatite B est généralement insidieuse et se manifeste par l'apparition de symptômes analogues à ceux de la grippe, dont l'anorexie, les vomissements, la fatigue, les nausées et un malaise général. L'ictère survient après l'apparition des symptômes. L'hépatite fulminante, qui se caractérise par des élévations persistantes de l'ALT et de l'aspartate aminotransférase (AST), est observée chez moins de 1 % des patients et est associée à l'apparition d'une phase de séroconversion marquée par un rash, une urticaire, des douleurs osseuses et/ou une fièvre.

Le premier marqueur sérologique détectable dans l'infection par le VHB est l'AgHBs (antigène de surface du VHB), suivi peu de temps après de l'AgHBe (un indicateur de la réplication virale active) et de l'IgM anti-HBc (immunoglobuline IgM dirigée contre la nucléocapside du VHB – signalons que contrairement au VHA, le VHB est doté d'une nucléocapside). Ces marqueurs sérologiques indiquent la présence d'une infection aiguë par le VHB et une réplication virale active. Ils disparaissent généralement après 3 à 4 mois, tandis que les IgM anti-HBc persistent jusqu'à 6 mois après l'infection. L'apparition des anticorps correspondants (anti-HBs et anti-HBe) signale la résolution d'une infection récente, et les titres de ces marqueurs sérologiques diminueront avec le temps. Les anticorps anti-HBc totaux apparaissent entre 3 à 4 mois après l'infection et persistent dans le sérum où ils révèlent une infection passée. La persistance de l'AgHBs et des anticorps anti-HBc totaux indiquent qu'une personne est porteuse du VHB; entre 25 et 50 % de ces porteurs sont également positifs pour l'AgHBe. Ces personnes sont souvent asymptomatiques et peuvent être infectieuses toute leur vie. À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement spécifique contre l'hépatite B aiguë hormis les soins de confort et une nutrition adéquate; quant aux traitements antiviraux contre l'hépatite B chronique, ils ont connu un succès mitigé<sup>1,2</sup>.

En tout, 43 cas actifs de VHB ont été signalés au SSMI du SCC en 2000, 13 en 2001 et 24 en 2002<sup>4</sup>. Les données tirées du projet pilote de nouvelles formules (voir l'article ci-dessous) indiquent que le taux de VHB actif chez les détenus pourrait dépasser 15 pour 1 000; la prévalence de l'immunité au VHB, qu'elle soit acquise par la vaccination ou l'infection naturelle, varierait entre 30 et 50 %.

## Hépatite C

L'hépatite C est causée par un virus à ARN sphérique enveloppé appartenant à la famille des flaviviridae.

L'absence d'intégrité génomique est associée à l'imprécision de l'ARN polymérase, et l'on dénombre actuellement 6 sous-types de VHC, ce qui nuit à l'élaboration d'un vaccin et à l'efficacité du traitement. On estime que 170 millions de personnes sont infectées par le VHC dans le monde entier<sup>1</sup>, et au Canada, le nombre d'infections connues s'élève à 240 000<sup>5</sup>. La transmission du VHC se produit par contact avec le sang ou les liquides organiques contaminés d'une personne infectée. Ces facteurs de risque englobent l'utilisation de drogues par injection, les contacts sexuels et les transfusions sanguines. En outre, un contact avec du matériel contaminé durant le tatouage ou le perçage corporel peut être à l'origine d'une infection.

La période d'incubation du VHC serait d'environ 49 jours. Seulement 25 % des patients sont symptomatiques durant la phase aiguë de l'infection par le VHC, ce qui fait ressortir l'importance du dépistage continu. On estime qu'entre 80 et 85 % des infections par le VHC évolueront vers la chronicité, persisteront pendant des décennies et, ultimement, aboutiront à une cirrhose (20 %) et un carcinome hépatocellulaire (4 %).

En moyenne, la séroconversion survient entre 8 et 9 semaines après l'infection et à l'intérieur d'une période

de 6 mois dans 97 % des cas. Cette phase se caractérise par une élévation des taux sériques d'ALT et des titres d'anticorps sériques dirigés contre le VHC. Le test de dépistage par excellence du VHC est le dosage immunoenzymatique (EIA), qui a connu trois évolutions et englobe dorénavant des régions antigéniques plus spécifiques de la phylogénie du VHC<sup>1</sup>. L'épreuve de référence utilisée pour la détection du virus est l'épreuve de recombinaison polyclonale (VHC-PCR), qui détermine de façon absolue la présence de l'ADN viral.

Les cas d'hépatite C sont déclarés par l'entremise du SSMI du SCC. À la fin de 2002, on avait dénombré 3 173 cas d'infection par le VHC dans les établissements du SCC<sup>4</sup>. Ce nombre représente un taux de prévalence de 25,2 % chez les hommes et de 33,7 % chez les femmes.

## Références

1. *Hepatitis –Central.com* at <http://hepatitis-central.com>
2. *MSM Information Centre, Division of Viral Hepatitis, CDC* at <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/msm/>
3. *MMWR January 24 2003 52(RR01);1-33: CDC, USA.*
4. *SSMI SCC Données préliminaires 2004*
5. *Hépatite C –Agence de santé publique du Canada* [http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite\\_c/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/index.html)

## Compte rendu de conférence : Deuxième conférence nationale sur l'hépatite C au Canada

par Sylvie-Anne Lavigne

Agente principale de projet, p.i., Services de santé, Administration centrale, SCC, Programme national des maladies infectieuses

La Deuxième conférence canadienne sur l'hépatite C a eu lieu à Vancouver du 27 au 30 mars 2004. Le thème de la conférence « Nouvelles connaissances, nouveaux espoirs », véhiculait l'idée que l'évolution des connaissances pourrait être une source d'espoir en matière de traitement et de soins des personnes infectées. Le Service correctionnel du Canada était l'un des organisateurs de la Deuxième conférence canadienne sur l'hépatite C et l'Administration centrale a financé la participation à la conférence d'un professionnel de la santé par région.

La conférence portait sur trois grands sujets : le traitement médical et la recherche; la prévention et la santé publique et la défense des intérêts; le développement communautaire et le soutien. Les exposés traitaient des faits nouveaux en ce qui concerne les médicaments, les épreuves diagnostiques, les résultats d'essais cliniques, les stratégies de prévention actuelles axées sur les populations les plus à risque d'infection, comme la co-infection par le VIH/VHC, et le soutien communautaire disponible pour améliorer la qualité de vie des personnes infectées par l'hépatite C ou touchées par cette maladie. La question des thérapies complémentaires et non conventionnelles a également été abordée.

Les participants ont eu l'occasion d'en apprendre davantage sur les écueils et les réussites canadiennes et australiennes dans la mise en œuvre des stratégies de réduction des méfaits, comme les sites d'injections sous supervision médicale. Les perspectives canadiennes et australiennes en matière de programmes de lutte contre le VHC chez les Autochtones ont aussi été présentées.

Entre les exposés, les participants ont pu examiner les affiches et visiter les kiosques d'information d'organisations communautaires qui étaient avides de partager des renseignements avec les participants sur leurs activités et services de même que sur les projets qui se sont révélés concluants dans leurs communautés.

D<sup>re</sup> Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, a présenté un exposé intitulé : « L'hépatite C dans les pénitenciers fédéraux : la prévention, les soins et le traitement » et le D<sup>r</sup> John Farley, spécialiste des maladies infectieuses de la Colombie-Britannique, a présenté un exposé intitulé : « Le traitement de l'hépatite C chronique chez les détenus dans les prisons canadiennes ».

Les participants se sont vus offrir une occasion spéciale de visiter le seul site d'injection sous supervision médicale au Canada, qui est situé à Vancouver. Plusieurs professionnels de la santé du SCC se sont joints au groupe qui a effectué cette visite.

### *L'hépatite C dans les pénitenciers fédéraux : prévention, soins et traitement.*

*D<sup>re</sup> Françoise Bouchard, SCC*

Les objectifs de cet exposé consistaient à décrire l'épidémiologie de l'hépatite C dans les pénitenciers fédéraux à partir des données du SSMI du SCC, et l'intervention du SCC, y compris la prévention, le traitement et les soins, les résultats obtenus et les orientations futures au sein du SCC.

D<sup>re</sup> Bouchard a présenté un bref aperçu de la situation dans les pénitenciers fédéraux canadiens de même que des données sur la prévalence du VHC pour la période de 2000 à 2002 tirées des statistiques mensuelles et des observations contenues dans le rapport intitulé : « *The Treatment of Hepatitis C in Federal Inmates* » rédigé par le D<sup>r</sup> Brent Moloughney (octobre 2003). Parmi les autres sujets abordés durant cet exposé figurent les diverses mesures de réduction des méfaits déjà en place (méthadone, fourniture de condoms et d'eau de javel), une mesure proposée de réduction des méfaits (pratiques de tatouage plus sûres) et d'autres mesures qui sont également à l'étude (programme d'échange de seringues).

D<sup>re</sup> Bouchard a décrit le rôle que joue le SCC de concert avec ses divers partenaires communautaires comme les services correctionnels provinciaux, les unités de santé publique, Santé Canada et les organisations communautaires, qui renforcent les mesures positives entreprises par le SCC pour faire face au problème de l'hépatite C et à ses répercussions particulières au sein de notre environnement correctionnel.

## Les besoins en soins de santé des détenus

par **Mary-Beth Pongrac**  
Chargée de projet, VIH/sida

En 2001-2002, un consultant a été mandaté par le SCC pour évaluer les besoins des détenus en matière de soins de santé. La recherche a abouti à la publication d'un rapport intitulé : « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale » dans la Revue canadienne de santé publique (volume 95, supplément 1, mars-avril, 2004).

Les principales conclusions de l'étude indiquent que l'état de santé des détenus est bien inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne : toutes proportions gardées, les détenus sont :

- deux fois plus nombreux à fumer;
- 30 fois plus nombreux à utiliser des drogues par injection;
- 2 à 10 fois plus nombreux à avoir un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie;
- plus de 2 fois plus nombreux à être infectés par le virus de l'hépatite B;
- plus de 20 fois plus nombreux à être infectés par le virus de l'hépatite C;
- plus de 10 fois plus nombreux à être infectés par le VIH;
- plus de 2 fois plus nombreux à être atteints d'un trouble mental quelconque (les hommes sont 3 fois plus nombreux à être atteints de schizophrénie alors que le rapport atteint 20 fois chez les femmes);
- 8 fois plus nombreux à mourir par suite d'un homicide;
- 4 fois plus nombreux à se suicider;
- à risque accru de décès (de 45 %);
- plus nombreux à recevoir des traitements pour des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'asthme.

Le rapport recommande que le SCC :

- établisse un système d'information sur la santé afin que les données sur la santé des détenus soient facilement accessibles;
- effectue des enquêtes sur la santé des détenus, éventuellement en collaboration avec Santé Canada et Statistique Canada pour déterminer la prévalence des comportements à risque, entre autres;
- adopte une approche axée sur la santé publique qui tient compte à la fois des besoins individuels et collectifs des détenus en matière de santé et qui met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention et la surveillance des maladies;
- effectue une évaluation systématique standardisée des besoins de santé mentale des détenus et élabore une stratégie de diagnostic et de prise en charge des troubles mentaux;
- revoie le processus de décision en ce qui concerne les services de santé destinés aux détenus;
- mette en œuvre une initiative continue de recherche sur la santé qui permette d'évaluer la santé des détenus, de même que les interventions, etc.;
- envisage de mettre à l'essai un programme d'échange de seringues.

Il est possible de se procurer une copie papier du rapport auprès de l'Association canadienne de santé publique. Une copie électronique est disponible à l'adresse : [http://www.cpha.ca/shared/cjph/archives/CJPH\\_95\\_Suppl\\_1\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/shared/cjph/archives/CJPH_95_Suppl_1_f.pdf)

### *La surveillance des maladies infectieuses au SCC – Projet pilote des nouveaux formulaires*

En mars 2004, un projet pilote a été lancé afin d'évaluer trois nouveaux formulaires pour la surveillance des maladies infectieuses dans les établissements du SCC. Ces nouveaux formulaires portent sur le VIH/sida, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles.

L'un des objectifs des formulaires de surveillance consiste à fournir de l'information pour l'élaboration des politiques et des programmes et la planification de la réduction des méfaits. Les formulaires sont également importants en tant qu'outil clinique pour la collecte des antécédents sur les risques à des fins de counselling et pour la planification du dépistage supplémentaire, au besoin.

Les deux premiers formulaires, où sont recueillis les détails sur les comportements à risque et les analyses requises de même que les résultats des analyses, devraient être inclus dans les documents de réception des nouvelles admissions. Conformément aux DC 803 et 821, toutes les nouvelles admissions doivent se voir offrir des services de dépistage de maladies infectieuses. Le counselling avant et après les tests doit continuer d'être offert aux détenus devant subir un test de dépistage du VIH, selon les normes en vigueur dans la communauté. Les détenus doivent également se voir offrir des services de dépistage de façon continue pendant toute la durée de leur peine.

Six établissements participent au projet pilote, Springhill, RRC Québec, Millhaven, Drumheller, Matsqui et Fraser Valley Institute for Women. Nous souhaitons remercier sincèrement les infirmières de leur participation à cette initiative.

## La prévention et le contrôle de la tuberculose dans les pénitenciers fédéraux – Suivi de la formation

par **Jonathan Smith**  
Épidémiologiste

Entre janvier et mars 2004, une série de séances de formation régionales sur la tuberculose ont eu lieu d'un bout à l'autre du pays. Les séances faisaient suite à l'élaboration des lignes directrices révisées par Santé Canada, en collaboration avec le SCC, pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au sein des pénitenciers fédéraux.

En tout, 239 personnes ont assisté aux séances. Ce nombre englobait 185 infirmières du SCC et 13 infirmières du Programme de santé et sécurité au travail. Parmi les autres participants figuraient des médecins des établissements, du personnel de l'administration centrale et des bureaux régionaux, du personnel de Santé Canada et des infirmières en santé publique.

Les séances ont été préparées par Linette McElroy, I.A., une infirmière en santé publique qui travaille auprès du Vancouver Island Health Authority et est une experte en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose. Le niveau de compréhension des participants en ce qui concerne la tuberculose de même que les principes de la prévention et du contrôle de la tuberculose variaient selon les régions; dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation ont révélé une amélioration considérable des connaissances. Les participants ont proposé, entre autres, la création de modules de formation « sur mesure » de même qu'une formation pratique portant sur le test cutané à la tuberculine (TCT).

Les séances de formation insistaient sur l'importance d'obtenir un dépistage de base en deux étapes pour chaque détenu ou membre du

personnel. Cette façon de procéder est indispensable pour déterminer s'il y a eu ou non « conversion » ou infection par *Mycobacterium tuberculosis*. En outre, il est important d'évaluer correctement le taux d'infection tuberculeuse latente (ITL) et de déterminer la conversion au sein du SCC. Il faudrait éliminer les obstacles qui s'opposent à l'acceptation des tests tuberculiques à la fois par les détenus et les membres du personnel.

La tuberculose continue d'être une maladie importante pour le SCC. Si les taux de tuberculose active au Canada ont été réduits à 5 pour 100 000, la maladie est toujours répandue parmi les populations autochtones, les immigrants, les sans-abri, les personnes infectées par le VIH et celles qui présentent d'autres facteurs de risque comme la malnutrition, le diabète et la dépendance à l'égard des drogues illicites. Le SCC reconnaît que la composition démographique de la population carcérale peut faire en sorte qu'ils sont à haut risque d'infection tuberculeuse et d'évolution subséquente vers une tuberculose active.

Les données du SSMI et du Système de dépistage de la tuberculose (SDT) du SCC laissent entendre qu'il continue d'y avoir des cas sporadiques et isolés de tuberculose active qui sont diagnostiqués dans l'ensemble des régions. Une prise en charge rapide de ces cas est indispensable si l'on veut prévenir et limiter la propagation de la tuberculose.

## Le traitement de l'hépatite C : rapport sommaire

par Jonathan Smith

Épidémiologiste

En octobre 2003, un rapport décrivant en détail le traitement de l'hépatite C au SCC a été rédigé par le D<sup>r</sup> Brent Moloughney, M.D., M.Sc., FRCPC. Ce rapport fait partie de l'analyse, l'évaluation et l'amélioration continues des lignes directrices en matière de traitement des hépatites virales au SCC.

Cette étude, qui repose sur un examen des dossiers des détenus actuels ou libérés, a comparé 327 détenus infectés par le VHC qui ont été traités et un échantillon aléatoire de 427 détenus également infectés mais non traités.

Les deux groupes étaient composés de > 98 % d'hommes âgés de 38 ans en moyenne et Autochtones dans 18 % et 15 % des cas, respectivement. L'utilisation de drogues par injection a été signalée le plus souvent dans les deux groupes, à 91 % et 77 % respectivement, bien que la recherche des facteurs de risque ait probablement été effectuée de façon plus rigoureuse dans le groupe traité. Une forte proportion des deux groupes (62 % et 52 %) a également signalé avoir un tatouage.

Le rapport indiquait que 11 % des hommes du groupe traité avaient des comorbidités qui les rendaient inadmissibles au traitement; celles-ci englobaient les troubles psychiatriques, les maladies hépatiques et un usage actuel de drogues illicites. En outre, plus de la moitié des détenus traités appartenaient au génotype 1, qui est associé à la plus faible probabilité de succès thérapeutique.

Un tiers des détenus ont cessé le traitement avant la fin. Les principales causes de cette interruption étaient l'absence de réponse au traitement, le refus ou les « effets secondaires », bien qu'on ignore si l'arrêt avait été demandé par le médecin ou s'il s'agissait de la décision du détenu.

Le succès thérapeutique, défini par une charge virale indétectable au contrôle 6 mois après l'arrêt du traitement, variait de 15 % dans le cas du génotype 1 à ~ 67 % pour les autres génotypes. Tel qu'attendu, la plupart des détenus chez qui l'on a cessé le traitement étaient infectés par le génotype 1. Quelques (n = 7) détenus avaient toujours une charge virale indétectable malgré qu'ils aient cessé le traitement.

Une proportion considérable des détenus (16 %) a été libérée en cours de traitement. La moitié de ces détenus avaient des demandes de consultation d'un médecin dans la communauté ou avaient noté (?) des conseils pour obtenir une consultation médicale. Il est difficile d'obtenir des renseignements sur l'issue du traitement lorsque des détenus sont libérés en cours de traitement.

Le D<sup>r</sup> Moloughney a proposé 7 améliorations, dont :

- l'immunisation contre le VHA/VHB des détenus infectés par le VHC;
- le dépistage d'une co-infection par le VIH;
- l'application uniforme des critères d'admissibilité au traitement;
- la connaissance des troubles psychiatriques concomitants.

Le SCC travaille actuellement avec l'Agence de santé publique du Canada et les partenaires de la communauté à l'élaboration de lignes directrices propres au SCC en vue du traitement des détenus infectés par le VHC. Ces lignes directrices devraient être disponibles au cours de l'été 2005.

## La Journée mondiale du sida, 2004

par Mary-Beth Pongrac

Agente de projet – VIH/sida

La Journée mondiale du sida est commémorée dans le monde entier le 1<sup>er</sup> décembre chaque année. Cette journée est une célébration des progrès réalisés dans la lutte contre le VIH et le sida et focalise l'attention sur les difficultés qui doivent encore être surmontées.

**Les femmes, les filles, le VIH et le sida** constituaient l'orientation de la Journée mondiale du sida 2004 et de la Campagne mondiale de lutte contre le sida de 2004. L'objectif consiste à prévenir les nouvelles infections parmi les femmes et les filles, à promouvoir un accès égal au traitement des femmes et des filles et à atténuer les répercussions du VIH et du sida sur les femmes et les jeunes filles.

En reconnaissance de la Journée mondiale du VIH/sida, les détenus et le personnel de plusieurs établissements du SCC ont organisé des activités. Par exemple, les détenus de l'Établissement Springhill ont organisé une soirée d'information et de sensibilisation, les détenus de l'Établissement La Macaza ont tenu une soirée 'Bingo' où à divers intervalles durant le jeu, les détenus se son fait poser des questions relatives à la prévention du VIH/sida. Enfin les détenues de l'Établissement pour femmes d'Edmonton ont tenu un concours de création d'affiches sur le VIH/sida, ainsi qu'un concours sur la connaissance du VIH/sida.

### Faits saillants – Les femmes, les jeunes filles, le VIH et le sida

- La moitié environ de toutes les personnes infectées par le VIH dans le monde sont des femmes. (1)
- Les femmes risquent deux fois plus que les hommes de contracter le VIH lors d'une seule relation sexuelle non protégée. (2)
- En 2002, les femmes représentaient 25,4 % de tous les résultats positifs au test de dépistage du VIH chez les adultes au Canada. Ce pourcentage est en hausse constante. (3)
- Les relations hétérosexuelles non protégées et l'utilisation de drogues par injection représentent les deux principales activités associées au risque de VIH chez les femmes au Canada. (3)
- En 2003, les femmes autochtones représentaient près de la moitié (45,1 %) de tous les résultats positifs au test de dépistage du VIH dans les populations autochtones au Canada. (3)
- Jusqu'à ce qu'un agent microbicide efficace soit mis au point, que le condom féminin soit plus accessible et que plus de femmes l'utilisent, les femmes continuent de dépendre de la coopération des hommes pour se protéger contre l'infection. (2)
- Dans le monde entier, les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH en raison :
  - du manque de connaissances au sujet du sida;
  - d'un accès insuffisant aux services de prévention du VIH :
  - de l'incapacité de négocier des pratiques sexuelles plus sûres;
  - de l'absence de méthodes de prévention du VIH sous le contrôle des femmes, comme des agents microbicides. (2)

(1) ONUSIDA. *ONUSIDA 2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida.*

(2) ONUSIDA. *Campagne mondiale contre le SIDA pour 2004 : femmes, filles, VIH et SIDA, Aperçu stratégique et notes explicatives.*

(3) Santé Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 2004, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.*

### Programme d'initiatives spéciales 2004-2005

Vu le succès remporté par le Programme d'initiatives spéciales au cours des années antérieures, l'Administration centrale a décidé de réserver des fonds pour la tenue du programme en 2004-2005. L'objet du Programme d'initiatives spéciales consiste à encourager les détenus à organiser des activités et des projets éducatifs se rapportant à la prévention du VIH.

#### **LE VIH EST 100 % ÉVITABLE, OR CETTE INFECTION EST ÉPIDÉMIQUE AU CANADA**

Les affiches du Programme 2004-2005 devraient être installées dans tous les établissements du SCC et les formulaires de demande de financement devraient être disponibles dans les Services de santé de chaque établissement.

Nous vous invitons à encourager les détenus à faire une demande. La date limite pour l'achèvement des projets a été fixée au 31 mars 2005.

### XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida

La XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida a eu lieu à Bangkok, en Thaïlande, du 11 au 16 juillet 2004.

Plusieurs résumés de la Conférence sur le VIH dans les établissements carcéraux sont disponibles sur le site Web suivant : <http://www.aids2004.org/> et dans la fenêtre « Search » (eJIAS Abstract Finder), en tapant le mot « prison » et en choisissant « abstract body ». Il est possible de trouver plusieurs résumés de conférenciers canadiens.

La XVI<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida aura lieu à Toronto en 2006.

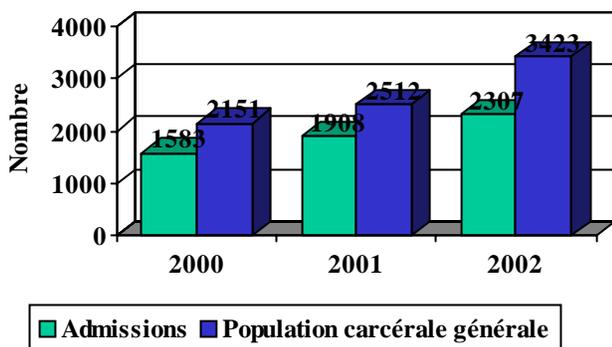
## Surveillance de l'hépatite C

par Jonathan Smith, Épidémiologiste du SCC

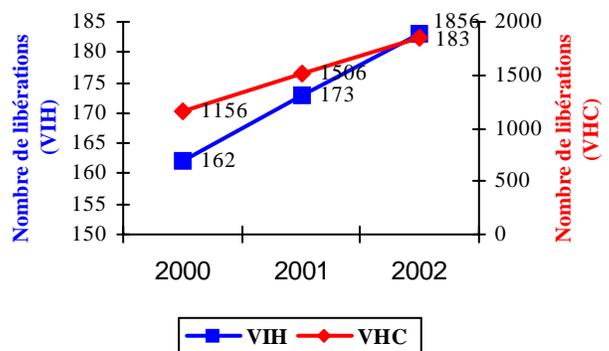
Le nombre de nouvelles admissions et de détenus faisant partie de la population carcérale générale qui ont subi un test de dépistage du VHC au SCC est en hausse constante depuis 2000 (figure 1). Bien qu'il s'agisse d'une donnée encourageante, il importe de demeurer vigilant en ce qui concerne le dépistage du VHC. La prévalence du VHC dans les pénitenciers du SCC est beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne et, comme on peut le voir à la figure 2, elle est plus élevée chez les femmes (33,7 %) que chez les hommes (25,2 %). Dans l'ensemble, 25,8 % des détenus sous responsabilité fédérale étaient infectés par le VHC à la fin de 2002.

Le SCC a un rôle important à jouer dans la protection de la santé des détenus. Comme le montre la figure 3, en 2002, 1 856 détenus infectés par le VHC ont été libérés du SCC. On peut donc voir le rôle important que joue le SCC dans le domaine de la santé publique au Canada et dans la prévention et le contrôle du VHC au Canada.

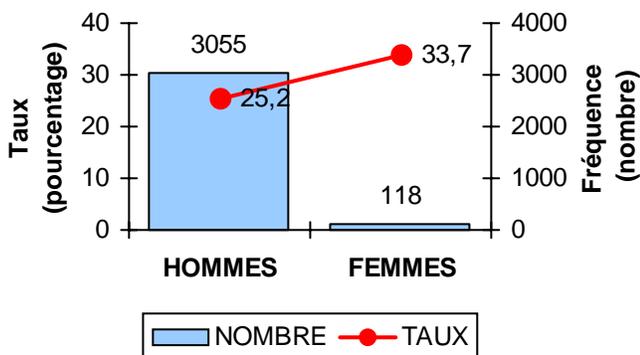
**Figure 1 : Dépistage du VHC au SCC  
2000 - 2002**



**Figure 3 : Détenus infectés par le VHC et le VIH libérés dans la communauté, 2000 - 2002**



**Figure 2 : Prévalence du VHC selon le sexe, SCC 2002**



### Un bon spectacle.....

Odette Le Blanc-Pellerin, CRMI Région de l'Atlantique

En mai 2004, *Crossroads*, une pièce de théâtre d'une heure, a été présentée par les détenus de l'établissement *Westmorland*. La production était l'un des projets réalisés par les responsables du programme d'éducation et d'entraide par les pairs qui ont participé au programme intitulé *Hepatitis Outreach Peer Education (H.O.P.E.)*. Plus de 30 détenus ont participé directement à la production, de la rédaction de la pièce par Bernie Rawles à la construction des décors, au marketing, à la vente des billets et à l'interprétation. Ce spectacle, qui s'adressait au public et à la population carcérale, a été présenté à trois reprises. L'admission était gratuite et des dons de denrées non périssables ont été acceptés pour la *Dorchester Food Bank*.

Le thème principal de la pièce était la prévention de la transmission et le traitement de l'hépatite C, le principal message étant que les choix que l'on fait en prison peuvent avoir des répercussions sur le reste de notre vie. Outre l'excellente couverture médiatique, l'une des retombées importantes de la pièce a été l'augmentation des demandes de tests de dépistage de maladies infectieuses immédiatement après la présentation de la pièce.

Le point sur les maladies infectieuses est publié par la Direction des services de santé, Administration centrale, Service correctionnel du Canada, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0P9.

### Service correctionnel du Canada Services de santé

D<sup>re</sup> Françoise Bouchard  
Directrice générale

### Programme national des maladies infectieuses

Alan Sierolawski  
Coordonnateur du Programme national des maladies infectieuses

Sylvie-Anne Lavigne  
Chargée de projet principale, p.i.

Samar Sarkesh  
Chargé de projet

Mary Beth Pongrac  
Chargée de projet, VIH/sida

Gil Carrière  
Coordonnateur de la santé des Autochtones

Jonathan Smith  
Épidémiologiste

Jocelyne Landriault  
Saisie des données

Julie Paquette  
Saisie des données

Nicole Chamberland  
Assistante administrative

Les opinions exprimées dans le présent bulletin ne sont pas nécessairement celles du SCC. Le SCC n'endosse pas nécessairement les événements, programmes ou travaux de recherche exposés dans la présente publication, qui proviennent de l'extérieur du SCC.

## La prévalence et les comportements à risque associés à la transmission du virus de l'hépatite C dans les établissements correctionnels australiens

M. E. HELLARD, J. S. HOCKING et N. CROFTS

Cette étude a mesuré la prévalence et les facteurs de risque associés à la séropositivité pour le VHC chez les détenus. En tout, 630 détenus ont répondu à un questionnaire au sujet des comportements à risque qui sont liés à la transmission du VHC et ont subi une analyse sanguine pour la détection des anticorps dirigés contre le VHC. De ce nombre, 362 (57,5 %) des détenus étaient séropositifs pour le VHC. Au total, 436 (68,8 %) détenus ont indiqué avoir déjà utilisé des drogues par injection et 332 ont dit l'avoir fait en prison. Les détenus séropositifs étaient proportionnellement plus nombreux à avoir utilisé des drogues par injection (RC 29,9) et à l'avoir fait en prison durant leur présente incarcération (RC 3,0). Le tatouage représentait un facteur de risque indépendant de la séropositivité pour le VHC (RC 2,7). Il s'agit de la première étude menée auprès de détenus qui a montré que se faire tatouer en prison était un facteur de risque du VHC. L'injection de drogues en prison durant la présente incarcération était également un facteur de risque du VHC. Nos résultats montrent que les détenus qui utilisaient des drogues par injection à l'extérieur de la prison continuent de le faire pendant leur incarcération mais de façon beaucoup moins sûre. (Accepté le 20 novembre 2003)

*Epidemiology and Infection* 132; 03 June 2004 pp 409-415

## Dépistage du VIH et du virus de l'hépatite C et taux de séropositivité dans les pénitenciers fédéraux canadiens : une occasion critique en matière de soins et de prévention

P. DE, N. CONNOR, F. BOUCHARD, D. SUTHERLAND

**CONTEXTE :** Les personnes incarcérées ont des taux élevés d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC), mais on possède peu d'information concernant la prévalence de ces virus transmissibles par le sang chez les détenus des pénitenciers fédéraux au Canada. **OBJECTIFS :** La présente étude examine les taux de dépistage et de séropositivité pour le VIH et le VHC chez les détenus des 53 pénitenciers fédéraux canadiens. **MÉTHODES :** Un plan transversal utilisant les données de surveillance sur le dépistage volontaire des anticorps anti-VIH et anti-VHC en 2002 a été utilisé pour estimer le taux de dépistage et le taux de nouveaux tests positifs parmi les détenus nouvellement admis dans les pénitenciers fédéraux et chez les détenus faisant déjà partie de la population carcérale. Les taux de dépistage et d'infection ont ensuite été examinés selon le sexe et la région. La séroprévalence du VIH et du VHC a été estimée à partir du nombre de tests positifs cumulatifs jusqu'à la fin de l'année. **RÉSULTATS :** Sur les 7 670 nouvelles admissions en 2002, 30 % ont subi un test de dépistage du VIH et du VHC. Les taux de séropositivité aux tests dans ce groupe s'établissaient à 0,7 % pour le VIH et à 10 % pour le VHC. Sur les 12 426 détenus incarcérés, 28 % ont subi des tests de dépistage du VIH et 27 % du VHC. Les taux de séropositivité dans ce groupe se chiffraient à 0,3 % pour le VIH et à 7 % pour le VHC. Les taux de séroprévalence à la fin de 2002 étaient de 2,0 % pour le VIH et de 26 % pour le VHC, et étaient considérablement plus élevés chez les femmes (VIH : 3,7 % des femmes, 1,9 % des hommes; VHC : 34 % des femmes, 26 % des hommes). Des variations du nombre de tests de dépistage réalisés et des taux de séropositivité aux tests ont été observées d'une région à l'autre. **CONCLUSIONS :** La présente étude fait ressortir l'importance de la surveillance et de l'évaluation continue des tendances en ce qui concerne les infections par le VIH et le VHC qui sont toujours répandues dans les pénitenciers fédéraux. Il y aurait lieu d'intensifier le dépistage dans le cas des détenus à risque afin d'améliorer la détection précoce de l'infection

et de fournir aux détenus infectés des soins et des traitements en temps opportun. Dans le cas des détenus qui ne sont toujours pas infectés, le dépistage peut présenter l'avantage additionnel de leur donner accès au counselling en matière de santé et de renforcer les messages de prévention. La période d'incarcération représente aussi une occasion unique de mettre les détenus en contact avec des ressources extérieures en prévision de leur libération dans la communauté.

*Can J Inf Dis Med Microbiol* Vol 15 No 4 July/Aug 2004 pp221-5

### Événements à venir...

Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires  
9<sup>ème</sup> Conférence de L'Union de la Région Amérique du Nord  
23 au 26 février 2005  
Vancouver, (Colombie Britannique)  
[http://www.iauatl.org/full\\_text/tr/frameset/frameset.phtml](http://www.iauatl.org/full_text/tr/frameset/frameset.phtml)

### Séances régionales de formation sur les ITS

Atlantique	Octobre 2004
Québec	Octobre, 2004
Ontario	Septembre 2004
Prairies	Janvier 2005
Pacifique	Septembre 2004

