



Le point sur les maladies infectieuses

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

Service correctionnel du Canada et Santé Canada : la question des maladies infectieuses

L'année 2003 a été riche en changements et en défis de toutes sortes. L'émergence d'une maladie jusqu'alors non reconnue, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), a placé les maladies transmissibles au premier plan des initiatives de contrôle tant en milieu correctionnel que dans la communauté. Cet événement donne au Service correctionnel du Canada (SCC) une occasion unique de réviser et de mettre à jour ses mesures de contrôle des infections et de renforcer sa capacité d'intervention en matière de santé publique.

Le SCC et le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada ont conclu récemment un protocole d'entente au sujet du contrôle et de la prise en charge des maladies infectieuses au sein des pénitenciers fédéraux. L'expérience récente à l'égard du SRAS témoigne de la valeur de cette collaboration, le SCC ayant pu compter sur les renseignements et les conseils opportuns de Santé Canada pour faire face au problème. Le protocole d'entente porte sur plusieurs aspects de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses dans les établissements du SCC, à savoir :

- Une expertise technique fournie par Santé Canada pour l'élaboration et la mise à jour de stratégies et de documents éducatifs;
- Une expertise médicale fournie par Santé Canada, avec l'aide du SCC, pour la mise sur pied de séances d'information sur la tuberculose et les infections transmises sexuellement à l'intention du personnel régional du SCC et des infirmières régionales de Santé Canada (séances d'orientation sur les directives techniques pour la prise en charge des maladies);
- L'expertise et le soutien en vue de l'élaboration, de la mise en œuvre, de la révision et de la tenue d'un système de surveillance des maladies infectieuses, y compris la production régulière de rapports de surveillance.

L'énigme entourant les maladies émergentes et la santé publique

Dans ce numéro de la revue *Le point sur les maladies infectieuses*, nous examinons le problème croissant que posent les maladies émergentes au niveau des soins de santé, en particulier dans les établissements correctionnels. Au cours des dernières années, la menace de taille que présentent ces maladies est apparue plus clairement. Une maladie émergente se définit comme une maladie nouvellement identifiée, dont l'incidence chez les sujets humains est en croissance et dont les effets à long terme ne sont pas encore pleinement connus. Les menaces sont multiples et vont de l'épidémie de grippe à la récente flambée mondiale du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Vol. 2, numéro 2
Hiver 2004

Service correctionnel
du Canada et Santé
Canada : la question
des maladies
infectieuses.....1

L'énigme entourant
les maladies
émergentes et la santé
publique.1

Syndrome respiratoire
aigu sévère (SRAS) ..2

Infection par le virus
du Nil occidental
(VNO).4

Prévention et contrôle
des maladies
infectieuses
émergentes.....6

Coin de la recherche 7

Évènements à
venir.....7

Contenu

Pourquoi ces maladies sont-elles une menace pour les humains? D'abord, parce que le fardeau qu'elles imposent sur le plan de la santé publique vient grever encore davantage les ressources déjà chancelantes du système de santé. Ensuite, parce que de nombreuses infections, dont le SRAS, le virus du Nil occidental (VNO) et la maladie de Creutzfeld-Jakob (MCJ), peuvent entraîner la mort à plus ou moins long terme. Aussi, il n'existe ni vaccin ni traitement pour la plupart des infections émergentes. La lutte contre les infections repose donc essentiellement, à l'heure actuelle, sur la prévention et les traitements de soutien visant à soulager les symptômes.

Pour contrôler les maladies émergentes, il faut repérer rapidement les personnes infectées, les isoler, surveiller leurs déplacements au besoin et rechercher leurs contacts. Il faut en outre identifier l'agent pathogène et sa source afin de mettre en application des mesures de prévention adéquates.

La mondialisation du commerce et des déplacements a entraîné la prolifération des maladies à l'échelle du globe. Alors que des maladies jusqu'alors peu répandues trouvent de nouvelles niches écologiques, d'autres microorganismes autrefois maîtrisables ont développé des mécanismes dérivés pour échapper au contrôle. De nombreux facteurs accélèrent l'évolution

des maladies comme l'accroissement de la population, l'urbanisation, l'activité humaine qui modifie les habitats des animaux ou augmente le risque d'infections chez les humains ainsi que l'utilisation d'agents favorisant la résistance des pathogènes. L'ampleur des maladies émergentes s'explique par le fait que leur transmission peut s'effectuer autrement que par l'air ou le sang. De fait, il n'est pas rare que les infections s'approprient d'autres modes de transmission comme la nourriture et l'eau, ce qui nécessite l'intégration de plusieurs types de mesures de contrôle.

L'expérience à l'égard des éclosions de maladies nouvelles a suscité beaucoup de questions quant aux interventions d'urgence. Est-ce que l'infrastructure de santé publique est en mesure de répondre à la menace que constituent les maladies émergentes? Existe-t-il des plans d'urgence pour faire face aux difficultés, et sinon, quel est le délai requis pour les mettre en place? Quels risques courent les détenus en établissement? Toutes ces questions ont alimenté les discussions nationales et internes relatives aux infections émergentes. Le Service correctionnel du Canada (SCC) se tient au courant des faits nouveaux et continue de surveiller la situation dans les établissements fédéraux. Les articles suivants traitent des activités entreprises par le SCC durant la récente épidémie de SRAS et l'éclosion de VNO en cours.

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

par Prithwish De

Épidémiologiste, Services de santé de l'AC du SCC, Programmes nationaux de maladies infectieuses

En février 2003, une nouvelle forme de pneumonie sévère portant le nom de SRAS a été signalée dans un hôpital de Hanoi, au Vietnam. Depuis, plus de 8 000 personnes ont contracté la maladie, imposant un fardeau de plus en plus lourd aux systèmes de soins de santé du monde entier. Toronto ayant été identifiée comme l'un des épicycles de l'éclosion, les autorités sanitaires fédérales et provinciales du Canada ont coordonné leurs efforts pour maîtriser la transmission de la maladie.

Une équipe internationale de scientifiques a confirmé récemment que le virus principalement responsable du SRAS était le coronavirus (CoV)¹, un microorganisme lié au virus causal du rhume ordinaire. Mais le CoV-SRAS

Tableau 1. Symptômes courants du SRAS, maladie transmise par des gouttelettes de salive projetées par la toux d'une personne infectée. Les signes de la maladie apparaissent généralement dans un délai de 2 à 16 jours.

| Infection bénigne : | Infection sévère : |
|---------------------|-------------------------------------|
| • Fièvre | • Forte fièvre |
| • Myalgie | • Raideur de la nuque |
| • Toux | • Vomissements |
| • Nausée | • Confusion ou désorientation |
| • Vomissements | • Faiblesse ou paralysie musculaire |
| • Frissons | • Tremblements |
| | • Perte de conscience |

se caractérise par une résilience et un taux de mortalité supérieurs à ceux du rhume ordinaire. Les personnes infectées qui courent le plus grand risque de décès sont celles qui ont plus de 60 ans. Des cultures du virus à partir de sécrétions nasopharyngées et de selles ont montré qu'il avait survécu à l'extérieur du corps pendant plusieurs heures. Les symptômes courants de l'infection figurent au tableau 1. Il n'existe ni traitement ni vaccin spécifique pour le SRAS à l'heure actuelle².

La plupart des infections signalées au Canada ont été contractées à la suite d'un contact étroit avec une personne symptomatique. Ce sont les infections nosocomiales (celles qui surviennent dans les établissements) qui ont été la principale source de transmission dans l'écllosion canadienne.

Vu l'absence d'un test diagnostique rapide, le personnel soignant doit poser un diagnostic à partir des symptômes et des antécédents d'exposition. Santé Canada a recommandé que les patients présentant des symptômes reçoivent des masques, qu'ils soient mis en quarantaine et que leurs contacts personnels récents soient rejoints. Le personnel qui prenait soin des patients infectés devait aussi prendre des précautions.

Intervention du SCC à l'égard du SRAS

Le personnel et les visiteurs des établissements correctionnels risquent d'introduire le SRAS dans les prisons. De plus, le côtoiement étroit d'un grand nombre de personnes dans les établissements correctionnels peut être particulièrement favorable à la transmission du virus du SRAS.

Les faits en bref

Classification des cas :

- **Suspects** : tableau clinique des symptômes évocateurs de la maladie
- **Probables** : tableau clinique et anticorps contre le pathogène suspect dans un échantillon de sang
- **Confirmés** : test initial positif de détection des anticorps contre la maladie soutenu par un test de confirmation et par des preuves épidémiologiques de la présence la maladie dans une région où des cas humains ont été signalés

Même si l'écllosion canadienne s'est limitée à des hôpitaux, à des ménages et à certains cadres communautaires bien particuliers, le SCC a pris un grand nombre de précautions pour assurer la sécurité du personnel et des détenus. Des définitions de cas permettant de reconnaître les cas suspects, probables et confirmés de la maladie et des lignes directrices sur la prise en charge des cas ont été distribuées à l'ensemble du personnel des soins de santé des établissements. Des exposés ont été présentés aux syndicats et des « Questions et réponses » ont été communiquées à

toutes les régions au sujet de la définition et de l'état courant de l'écllosion. Ces communications ont été mises à jour régulièrement afin de tenir le personnel et les détenus du SCC au courant de la situation.

Les administrations régionales et l'administration centrale du SCC ont instauré des politiques adaptées à la situation des régions. Ainsi, la région de l'Ontario a pris des précautions dans le cas de certains groupes à risque élevé. Les établissements du SCC ont mené une surveillance quotidienne du SRAS même si aucun cas n'avait été déclaré dans les établissements provinciaux ou fédéraux. Tout au long de ce processus, le SCC a communiqué avec Santé Canada, les autorités sanitaires provinciales et ses homologues provinciaux afin d'instaurer des pratiques exemplaires dans les établissements fédéraux.

À partir du début d'avril, on a soumis tous les détenus, les membres du personnel et les visiteurs entrant dans des établissements du SCC (sauf les centres correctionnels communautaires) à une évaluation visant à déterminer s'ils risquaient d'avoir été exposés au SRAS. Les questions portaient notamment sur les déplacements effectués dans des endroits touchés par le SRAS (p. ex. hôpitaux, cadres communautaires ou pays où des cas de SRAS avaient été dépistés). Les visiteurs et les membres du personnel auxquels on a refusé l'entrée ont été incités à consulter leur médecin. On a conseillé aux membres du personnel qui revenaient de pays touchés de demeurer en quarantaine volontaire pendant dix jours. Santé Canada n'a pas recommandé le port de matériel de protection, par exemple des gants ou des masques, dans les établissements non touchés, mais le SCC a adopté des dispositions en cas d'écllosion dans ses établissements. Les mesures de précaution de base qui doivent être prises en cas d'écllosion figurent au tableau 2.

Le 5 juillet, l'Organisation mondiale de la santé a annoncé le confinement du SRAS. Le SCC a alors levé l'obligation d'interroger les personnes qui entraient dans ses établissements tout en recommandant au personnel de demeurer à l'affût des principaux signes du SRAS. Bien que l'écllosion semble terminée, certains scientifiques estiment qu'elle pourrait marquer le début d'un phénomène récurrent semblable à la grippe saisonnière³.

Tableau 2. Les mesures de précaution à l'égard du SRAS devraient englober les aspects suivants :

- possibilité d'obtenir des masques pour toutes les personnes susceptibles d'être exposées, en particulier le personnel qui prendra soin des patients infectés
- capacité de mettre les personnes infectées en quarantaine : on peut appliquer la *Loi sur la quarantaine* et son règlement pour isoler ces personnes et ainsi protéger la santé publique
- limiter les déplacements des détenus lorsqu'un cas suspect est identifié
- veiller à ce que l'on dispose du personnel soignant et des services médicaux nécessaires pour s'occuper des personnes infectées
- veiller à ce que les services non médicaux soient toujours fournis en cas de restriction des déplacements des détenus et de mise en quarantaine
- appliquer largement les recommandations de base au sujet du lavage régulier et méticuleux des mains

Le SCC est en train d'élaborer un modèle d'intervention d'urgence en cas d'éclosion qui intégrera les enseignements tirés de l'expérience du SRAS. Ce plan vise à coordonner la prise en charge des patients, la présentation rapide de rapports de laboratoire, la communication et l'intervention relative aux éclosions ultérieures en milieu carcéral.

Références

1. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med.* 2003;348(20):1953-66.
2. Mann B, Bick J. A correctional perspective on SRAS. Hepp Report. June 2003. Available at: <http://www.hivcorrections.org/mainarticle/SRAS.html> Accessed August 3, 2003.
3. Riley S, Fraser C, Donnelly CA, et al. Transmission dynamics of the etiological agent of SRAS in Hong Kong: Impact of Public Health Interventions. *Science* 300(5624):1961-66.

Infection par le virus du Nil occidental (VNO)

par Prithwish De

Épidémiologiste, Services de santé de l'AC du SCC, Programmes nationaux de maladies infectieuses

Le VNO est porté et transmis par les moustiques. Il peut causer l'encéphalite, une inflammation souvent mortelle du cerveau, et la méningite. Ce sont les personnes de plus de 50 ans qui risquent le plus de

subir des effets graves¹. La plupart des infections chez les humains sont subcliniques ou n'entraînent que des symptômes pseudo-grippaux légers. Un faible pourcentage des personnes infectées (< 1 %) développent une affection neurologique aiguë¹.

Le VNO touche non seulement les humains, mais aussi plusieurs espèces d'oiseaux, en particulier la famille des corvidés. D'autres oiseaux, notamment le moineau, sont considérés comme le principal réservoir du virus. La transmission du virus aux humains est assurée par des piqûres de moustiques ayant d'abord piqué des oiseaux infectés.

Le VNO a été isolé pour la première fois en Ouganda (Afrique) dans la province du Nil occidental, en 1937, et il s'est répandu rapidement dans les régions méditerranéennes et tempérées de l'Europe. La première déclaration de l'activité du VNO dans l'hémisphère occidental a été faite en 1999, au cours d'une éclosion de VNO à New York au cours de laquelle six cas d'encéphalite associée au VNO ont été identifiés. Au Canada, c'est dans le sud de l'Ontario, en août 2001, que l'activité du VNO a été décelée pour la première fois. Le premier cas confirmé a été déclaré en 2002. Aujourd'hui, le VNO a été identifié dans diverses régions des États-Unis et du Canada. On ne connaît pas le mécanisme de l'introduction du VNO en Amérique du Nord, mais on croit qu'il pourrait être lié au transport du virus par des oiseaux ou des moustiques provenant de régions où le virus est endémique. Aucune preuve ne montre que le VNO peut se transmettre d'une personne à une autre ou en manipulant des oiseaux infectés. Environ 85 % des infections humaines surviennent en août et en septembre, mais des déclarations ont été faites entre les mois de mai et de décembre^{1,2}.

En 2002, plus de 4 000 personnes ont contracté la maladie après avoir été infectées par le VNO, ce qui représente la plus grande éclosion de la maladie au cours de l'histoire. Au Canada, 416 cas probables ou confirmés de virus du Nil occidental ont été signalés en 2002, et 20 décès ont été attribués à la maladie. Le fardeau de la maladie a été beaucoup plus lourd aux États-Unis : 284 décès ont été enregistrés en 2002. En 2003, le nombre de régions géographiques touchées au Canada a connu une forte hausse; les provinces des Prairies en font maintenant partie, en plus de l'Ontario et du Québec (figure 1). Le premier cas probable canadien de VNO en 2003 a été signalé en Ontario à la fin de juillet.

Surveillance



Figure 1. Régions canadiennes signalant une activité du virus du Nil occidental (ombrées) en juin 2003

Source : Santé Canada, Surveillance du virus du Nil occidental, 2003

Contrôle de la transmission du VNO

Comme il n'existe pas de traitement spécifique pour l'infection à VNO à l'heure actuelle, la surveillance et la prévention demeurent les moyens de défense de première intervention. Les autorités fédérales et provinciales ont tenté de maîtriser la situation notamment en surveillant l'infection chez les oiseaux sauvages et les moustiques de la mi-mai à la fin de septembre, soit la période d'activité maximale des moustiques. À l'échelon local, certaines communautés ont opté pour la pulvérisation de pesticides pour contrôler les populations de moustiques.

La surveillance de l'infection chez les humains joue un rôle important dans l'éventail des mesures de contrôle prises. On a demandé au personnel soignant de l'ensemble des provinces et des territoires de déclarer tous les cas probables et confirmés d'encéphalite virale aux autorités locales ou provinciales de la santé publique en vue de la tenue d'une enquête. Les symptômes courants de l'infection vont des symptômes pseudo-grippaux légers à la fièvre grave et à la paralysie (tableau 3). Les personnes dont le système immunitaire est affaibli, par exemple celles qui reçoivent des traitements pour certaines affections (VIH, VHC), courent plus de risques de présenter des symptômes plus graves. Selon la recherche récente, certaines personnes infectées se rétablissent complètement, tandis que d'autres qui avaient été atteintes moyennement, au départ, par la maladie

continuent de souffrir de maux de tête, de pertes de mémoire et de fatigue chronique une fois l'infection

Tableau 3. Symptômes courants de l'infection à VNO. Les signes de la maladie apparaissent généralement dans un délai de 2 à 15 jours après la piqûre par un moustique infecté. Les personnes infectées sont asymptomatiques dans de nombreux cas.

| Infection légère : | Infection sévère : |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Fièvre• Maux de tête• Douleurs corporelles• Éruption cutanée (dans de rares cas)• Hypertrophie ganglionnaire (dans de rares cas) | <ul style="list-style-type: none">• Forte fièvre• Raideur de la nuque• Vomissements• Confusion ou désorientation• Faiblesse musculaire ou paralysie• Tremblements• Perte de conscience |

surmontée³.

Les personnes qui reçoivent une transfusion de sang risquent aussi de contracter l'infection à VNO, mais la Société canadienne du sang a instauré des mesures de contrôle en vue d'assurer la sûreté des réserves de sang. La Food and Drug Administration des États-Unis a approuvé récemment un test sanguin rapide de détection du VNO qui devrait être disponible au Canada au cours de l'année.

Intervention du SCC à l'égard du VNO

Tableau 4. Les mesures de précaution à l'égard du VNO devraient consister notamment à :

- veiller à ce que les bassins d'eau stagnante soient éliminés de l'environnement afin de prévenir le développement des larves de moustiques
- veiller à ce que les moustiquaires soient exemptes de trous et bien ajustées
- éviter de se trouver à l'extérieur lorsque les moustiques sont le plus actifs (à l'aube, au crépuscule, en début de soirée)
- porter des vêtements de couleur claire et à manches longues et des pantalons longs pour les activités extérieures
- utiliser un insectifuge contenant jusqu'à 30 % de DEET pour les activités extérieures



Dans les établissements correctionnels, ce sont les détenus et les membres du personnel qui travaillent ou qui ont des activités à l'extérieur qui courent le plus de risques d'infection. Là comme ailleurs, plusieurs précautions simples peuvent être prises pour éviter les piqûres de moustiques et contrer le risque d'infection par le VNO (tableau 4).

Le SCC a travaillé proactivement, de concert avec ses partenaires de la santé publique, à réduire le risque d'exposition au VNO à la fois par l'éducation, la surveillance, la prévention et l'intervention.

En mai, l'administration centrale du SCC a demandé aux régions de suivre les recommandations de leurs autorités sanitaires locales à l'égard de la pulvérisation des gîtes larvaires et de veiller à faire partie des programmes de pulvérisation locaux. Tous les membres du personnel et les détenus travaillant à l'extérieur ont également reçu des insectifuges contenant du DEET. La cantine des établissements vendait aussi des insectifuges. Le SCC a donné de l'information sur la prévention de l'infection à VNO et a publié régulièrement des communiqués pour tenir les détenus et le personnel au courant de la situation.

Au moment de la rédaction de cet article, la saison maximale du VNO bat son plein et un décès attribuable au VNO a été déclaré au Canada pour 2003. Aucun cas d'infection à VNO n'a été déclaré chez les détenus sous responsabilité fédérale depuis le début de l'épidémie. À mesure que s'élargit le rayon d'activité du VNO, il deviendra de plus en plus important d'en surveiller les signes dans des régions autrefois épargnées.

Références

1. Campbell G, Marfin A, Lanciotti R, Gubler D. West Nile virus. *Lancet Infect Dis* 2002;2:519-529.
2. Centres for Disease Control and prevention. Provisional surveillance summary of the West Nile virus epidemic -- United States, January-November 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.
3. Sejvar JJ, Haddad MB, Tierney BC, et al. Neurologic manifestations and outcome of West Nile virus infection. *JAMA* 2003; 290:511-515.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses émergentes

La coopération internationale dans la lutte contre l'épidémie du SRAS sert de modèle dans la collaboration entre les établissements du SCC et les régions de même qu'entre les établissements et les services locaux de santé publique. La mise en œuvre de mesures de contrôle bien coordonnées ne saurait se faire sans une information pertinente et à jour. L'émergence du SRAS et du VNO rappelle l'importance de poursuivre la surveillance afin d'assurer la reconnaissance rapide et le confinement des éclosions. Même si aucun cas de SRAS ou d'infection par le VNO n'a été déclaré chez les détenus et les membres du personnel du SCC, les dispensateurs de soins de santé en milieu correctionnel ne doivent pas se réjouir trop vite. La dispersion géographique des établissements du SCC et le mouvement constant des délinquants à l'intérieur du système et dans la communauté peuvent compliquer le dépistage et la prise en charge des délinquants touchés. Le SCC s'est mobilisé contre le risque d'une éclosion de la maladie en établissement en mettant l'accent sur la surveillance, la communication, les soins et le suivi des cas.

Les gouvernements ont également conçu des plans pour améliorer la prévention des éclosions et l'intervention. Ces plans visent notamment à renforcer l'infrastructure de la santé publique et la capacité de lutter contre les maladies transmissibles, à soutenir et à promouvoir la recherche sur la lutte contre les maladies et à améliorer l'échange d'information avec les partenaires internationaux.

Coin de la recherche

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

Service correctionnel du Canada Services de santé

D^{re} Françoise Bouchard
Directrice générale

Programme national des maladies infectieuses

Lucie Poliquin
Conseillère principale en soins
infirmiers

Sylvie-Anne Lavigne
Chargée de projet principale
intérimaire

Samar Sarkesh
Chargée de projet, Maladies
infectieuses

Mary Beth Pongrac
Chargée de projet, VIH/Sida

Jonathan Smith
Épidémiologiste

Joanne Barton
Gestionnaire principale de projet

Jocelyne Landriault
Chargée de projet

Michel Marcelin
Spécialiste de l'entrée de données
sur les maladies

Nathalie Tessier
Adjointe administrative

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

Événements à venir...

Formation nationale sur les lignes directrices de la tuberculose

PACIFIC: 14, 15 Janvier 2004
PRAIRIE : 21 janvier 2004
ONTARIO : 3-4 février 2004
Atlantique : 10-11 février 2004
Québec : 8-9 mars 2004

Journée internationale de la Tuberculose

24 mars 2004
Journée de sensibilisation régionale et nationale et sessions d'informations sont planifiées, incluant la campagne « Halte à la Tuberculose »

2e Conférence sur l'Hépatite C

27-30 Mars 2004
Vancouver, Colombie-Britannique
« New Knowledge, New Hope »
<http://www.cvhcn.ca/hepc2004/>

Le dépistage volontaire du VIH chez les détenus : corrélats sociodémographiques, comportementaux et attitudinaux

Burchell AN, Calzavara LM, Myers T, Schlossberg J, Millson M, Escobar M, Wallace E, Major C. (HIV Social, Behavioral, and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto)

RÉSUMÉ : Nous avons tenté de déterminer la prévalence et les corrélats du dépistage autodéclaré du VIH chez les détenus des centres correctionnels de l'Ontario (Canada). Nous avons mené une étude transversale auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 597 détenus adultes de sexe masculin et féminin. Le taux de participation a été de 89 %. Nous avons analysé le dépistage du VIH au moyen de statistiques descriptives et de la régression logistique multiple. Dans l'ensemble, 58 % des détenus avaient déjà subi un test et 21 % avaient subi volontairement un test l'année précédente en milieu carcéral. Les détenus plus à risque pour le VIH en raison de l'injection de drogue ou du comportement sexuel étaient plus nombreux à avoir déjà subi un test. Le fait d'avoir subi un test l'année précédente en milieu carcéral a été associé de façon indépendante au fait d'être célibataire (RC = 2,6), de s'injecter des drogues fréquemment (RC = 4,0), de ne pas avoir eu de partenaires sexuels occasionnels avant l'incarcération (RC = 0,53), d'avoir des antécédents d'hépatite (RC = 2,4), d'avoir déjà subi un dépistage du VIH (RC = 3,7), d'avoir été en relation étroite avec une personne séropositive de l'extérieur (RC = 1,7), de connaître une personne séropositive en milieu carcéral (RC = 2,7), de percevoir un risque d'infection pendant l'incarcération (RC = 2,2) et d'être favorable au dépistage obligatoire (RC = 2,0). Les motivations principales du dépistage en milieu carcéral étaient l'injection de drogue ou la crainte de contracter l'infection en prison à l'occasion d'un contact avec du sang, de querelles ou même de contacts simples. Il faudrait inciter les détenus à subir volontairement des tests de dépistage du VIH en prison et leur donner le counselling et l'information dont ils ont besoin pour évaluer les risques de façon réaliste.

J Acquir Immune Defic Syndr. 2003 Apr 15;32(5):534-41

Observance du traitement antirétroviral sous observation directe chez les détenus infectés par le virus de l'immunodéficience humaine

Wohl DA, Stephenson BL, Golin CE, Kiziah CN, Rosen D, Ngo B, Liu H, Kaplan AH. (Division of Infectious Diseases, University of North Carolina at Chapel Hill, USA)

RÉSUMÉ : Le traitement sous observation directe (TOD) est utilisé couramment dans le cas de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu correctionnel; son efficacité n'a toutefois pas été déterminée. Nous avons fait une évaluation prospective de l'observance du traitement antirétroviral chez 31 détenus infectés par le VIH qui recevaient ≥ 1 antirétroviraux via TOD. Nous avons mesuré l'observance du traitement par divers moyens : autodéclaration, décompte des médicaments, méthode des couvercles de surveillance électronique et, dans le cas du TOD seulement, dossiers d'administration des médicaments. Dans l'ensemble, l'observance médiane mesurée par le dénombrement des médicaments était de 90 %; selon la méthode des couvercles de surveillance électronique, elle était de 86 %; et selon l'autodéclaration, elle était de 100 %. Selon la méthode des couvercles de surveillance électronique, l'observance du traitement était de > 90 % chez 32 % des sujets. Dans 91 % des cas, l'observance du traitement, mesurée selon les dossiers d'administration des médicaments, était supérieure à celle qui avait été enregistrée par la méthode des couvercles de surveillance électronique pour les mêmes médicaments administrés par TOD. Les méthodes objectives de mesure ont révélé que l'observance du traitement antirétroviral administré en tout ou en partie par TOD se situait à ≤ 90 % chez plus de la moitié des patients. Les niveaux d'observance du traitement variaient énormément selon les méthodes employées pour les mesurer. Ces conclusions indiquent que le TOD n'assure pas l'observance du traitement antirétroviral.

Clin Infect Dis. 2003 Jun 15;36(12):1572-6.

