



Le point sur les maladies infectieuses

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

Le point sur la santé publique

En septembre, l'Association Canadienne de santé publique a tenu sa 96e conférence annuelle à Ottawa. Dans son exposé intitulé « Emerging Infections in Prisons: People, Places, and Public Health », la directrice générale des Services de santé du SCC, Dre Françoise Bouchard, a fait ressortir les éléments qui lient la collectivité, les prisons provinciales et les établissements fédéraux. Les détenus sous responsabilité fédérale sont issus de la collectivité et y retournent. La protection de la santé de tous les Canadiens passe notamment par la prévention et le contrôle des maladies infectieuses par le SCC. Pour ce faire, il faut toutefois qu'il y ait intégration, communication et coordination entre les collectivités, d'une part, et les autorités correctionnelles provinciales et fédérales, d'autre part, à tous les échelons.

Le présent numéro du point sur les maladies infectieuses constitue une introduction à la santé publique – les concepts, les méthodes et les outils. On y trouve aussi une description des programmes et des politiques du SCC. SM

Vol. 4 No.2
Hiver 2006

Contents

- 1 Le point sur la santé publique
 - Santé de la population: Faire passer le QUOI après le QUI, le QUAND et le OÙ
- 4 2002-2004 Rapport MI : Mise à jour
 - Bref aperçu du projet de Module de la gestion de l'information sur la santé
- 6 Réduction des méfaits
- 7 Pratiques de tatouage sécuritaire
 - Planification des mises en liberté
- 8 Points saillants sur le traitement d'entretien à la méthadone pour 2005-2006
 - Éducation préventive sur les maladies infectieuses dans les pénitenciers du SCC
- 9 Simplification de l'évaluation initiale et du dépistage des maladies infectieuses
- 10 Nouvelles des régions
- 11 La prévention de la transmission de maladies infectieuses dans les milieux correctionnels : une recension
 - Application de principes régissant la santé publique à l'épidémie d'infections par le VIH

Santé de la population: Faire passer le QUOI après le QUI, le QUAND et le OÙ

Par Jonathan Smith, épidémiologiste

Services de santé de l'administration centrale, Programme national des maladies infectieuses

De nombreux programmes en cours au Service correctionnel du Canada pourraient être qualifiés de programmes de « santé publique ». Il s'agit notamment des programmes de dépistage, d'éducation sur la santé, la surveillance des maladies infectieuses et la réduction des méfaits, tel que, la distribution d'eau de Javel. En même temps, le SCC s'est engagé à offrir des soins de santé aux détenus. Cet article passe en revue des termes et des définitions relativement à la santé publique et traite de certains aspects des programmes du SCC dans l'optique de la santé publique.

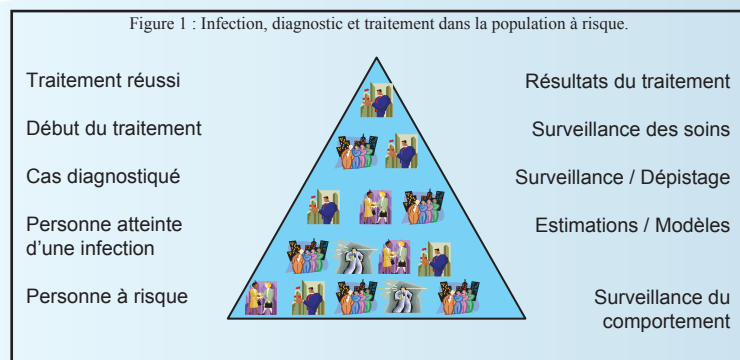
Le prééminent épidémiologiste Canadien, Dr John Last, définit la santé publique comme suit :

*« C'est une combinaison de sciences, de compétences et de convictions que l'on oriente vers le maintien et l'amélioration de la santé de tous les citoyens au moyen d'actions collectives ou sociales. ... [qui] mettent l'accent sur la prévention des maladies et les besoins de santé de la population dans son ensemble. Les activités de la santé publique évoluent avec la technologie et les valeurs sociales, mais ses buts restent les mêmes: réduire dans la population les maladies, les décès prématurés, ainsi que l'inconfort et l'incapacité dus à la maladie ».*¹

Dans le domaine de la santé publique, on ne vise pas la personne en soi, mais plutôt la population. Voilà qui diffère du milieu clinique, qui est entièrement axé sur le patient. Le clinicien voudra savoir si le patient risque d'être infecté ou s'il y a un risque durant la période de séroconversion. L'évaluation clinique permet aussi à l'infirmière spécialisée dans les maladies infectieuses au SCC de discuter des risques avec le patient.

Santé publique

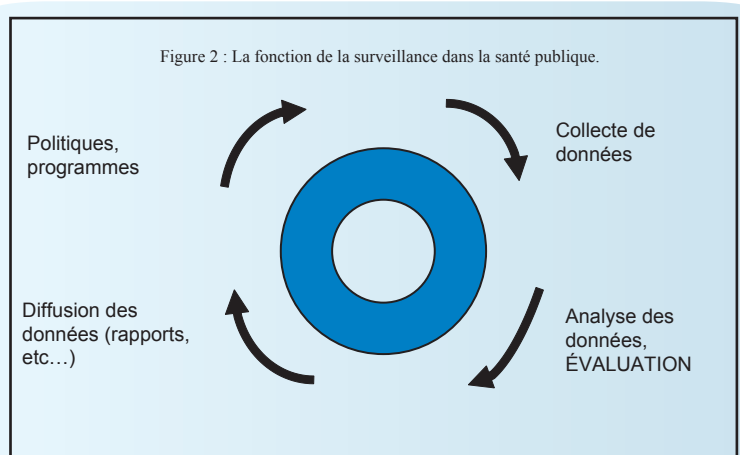
Pour ce qui est de la santé publique, les questions diffèrent quelque peu. On veut savoir QUI est infecté (données démographiques), QUAND et OÙ. Plus précisément, le SCC veut savoir quelle est la prévalence de l'infection dans une population. Est-ce que la prévalence est à la hausse ou à la baisse dans le temps (parle-t-on d'une tendance?) Y a-t-il des différences régionales quant à la prévalence au fil du temps? La prévalence diffère-t-elle pour les hommes et pour les femmes?



Examinons la figure 1, qui représente une population à risque. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une population d'utilisateurs de drogues injectables. Dans la population à risque, certaines personnes seront atteintes d'une infection sans nécessairement le savoir. Un programme de surveillance active ou de dépistage, comme celui qui est en place au SCC, qui encourage les personnes à risque à passer des tests permettra de diagnostiquer la maladie chez certaines des personnes qui ignoraient en souffrir. Soulignons que comme tous les délinquants ne font pas l'objet d'un test de dépistage, l'infection demeure non diagnostiquée chez certains.

Pour mieux comprendre la répartition des facteurs de risque pour les infections transmises sexuellement et à diffusion hémotogène, le SCC, de concert avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), prévoit de faire un sondage sur la santé auprès des détenus. Prévu pour mars et avril 2006, le sondage vise notamment à obtenir de l'information sur la prévalence des facteurs de risque pour les infections transmises sexuellement et à diffusion hémotogène, y compris le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) et les infections transmises sexuellement (ITS). Aussi, le sondage vise à recueillir des renseignements sur le recours aux services de santé du SCC et peut-être surtout sur ce qui empêche les détenus d'avoir accès aux services. Les résultats préliminaires du sondage devraient être diffusés au plus tard à l'automne 2006. Ce sondage devrait aider le SCC à faire des estimations sur la proportion des détenus à risque d'être infectés et la proportion des détenus qui peuvent être infectés.

La surveillance est caractérisée par la collecte continue et systématique de renseignements sur la santé, qui sont analysés et diffusés au moyen de rapports ou d'autres supports à tous les intervenants (voir la figure 2). Les données sur la surveillance servent à éclairer les politiques et les programmes (c.-à-d. pour proposer des messages sur la santé). Les données sur la surveillance peuvent alors servir à ÉVALUER le programme ou les mesures d'intervention.



Depuis 1999, la surveillance des maladies infectieuses au SCC se fait au moyen d'un système agrégé de classeurs Excel, le Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI) du SCC. Chaque établissement suit le nombre de tests effectués et le nombre de résultats positifs. Ces données sont regroupées à l'échelle régionale et nationale afin de produire des estimations de la prévalence des maladies. Ainsi, le SCC en sait un peu plus sur les maladies infectieuses en ce qui a trait à QUI (le sexe peut être déterminé par l'établissement qui fait rapport), QUAND (le mois et l'année du diagnostic) et OÙ (l'établissement).

Il faut toutefois interpréter avec prudence les données sur la surveillance. Compte tenu de la nature asymptomatique d'un certain nombre de maladies infectieuses, y compris le VIH, le virus de l'hépatite C et les ITS, de nombreuses personnes ne

découvriront qu'elles sont malades qu'en présence de symptômes graves. C'est surtout vrai pour les ITS, en particulier pour le chlamydia et la gonorrhée chez les hommes (réf.2)

.De même, sauf dans le cas d'une séroconversion apparentée à une grippe, les personnes infectées par le VIH et le VHC peuvent mettre jusqu'à dix ans avant d'être vraiment malades (réf.3). Par exemple, on estime que jusqu'à 30 % des Canadiens infectés par le VIH ignorent l'être³. Par conséquent, les chiffres sur la surveillance représentent les personnes qui ont reçu un diagnostic, et peuvent surestimer la véritable prévalence des personnes qui ont une infection.

Santé publique

Pour ce qui est du traitement (voir la figure 1), le SSMI renferme de l'information sur le nombre de détenus traités pour le VIH et le VHC. Bien que cela donne une estimation brute du nombre de détenus recevant un traitement pour le VIH et le VHC, on n'a pas d'information sur d'importants aspects du traitement, comme l'admissibilité, d'importants facteurs cliniques (par exemple, le génotype VHC) et les résultats du traitement (comme l'interruption). Depuis le début de l'année civile 2005, on recueille aussi des données sur le nombre de détenus qui terminent avec succès le traitement pour le VHC, que l'on définit par une charge virale indétectable au contrôle recombiné d'anticorps polyclonaux six mois après l'arrêt du traitement.

La figure 3 présente le « continuum » de la santé publique, de la première évaluation clinique, qui a souvent lieu en raison des symptômes du patient ou après un test de dépistage, ou dans le cadre d'une recherche de contacts, au traitement, y compris les programmes de santé publique. Les objectifs et les préoccupations des cliniciens et des épidémiologistes sont les mêmes – ils veulent tous que les gens soient en santé. Et pour y parvenir, il faut faire de la prévention.

Clinique			Population	
Dépistage	Counseling	Évaluation	Traitement	Promotion de santé et d'éducation
-Données démographiques? -Risque d'infection? -Risque de séroconversion? - Immunisation	-Changement de comportement -Renforcement positif -Éducation du patient	Tests administrés -Vaccins reçus -Tests recommandés -Counseling avant ou après les tests	- Admissibilité -Lignes directrices - traitement -Expertise clinique -Services de renvoi -Soutien des patients -Méthadone	-Programmes de sensibilisation -Distribution de condoms -Distribution d'eau de Javel -Initiative sur les pratiques du tatouage sécuritaires -Counseling par les pairs
Primaire		Secondaire	Tertiaire	Réduction des méfaits
Prévention				

Figure 3 : Clinique vs épidémiologie : Patients sur le continuum de la santé publique

En s'appuyant encore une fois sur les travaux du Dr Last, nous pouvons distinguer trois niveaux de prévention en matière de santé publique. La prévention primaire vise à réduire l'incidence de la maladie (p. ex., le vaccin combiné anti-VHA et anti-VHB). La prévention secondaire vise à réduire la prévalence d'une maladie en raccourcissant la durée (p. ex., le traitement du VHC). Enfin, la prévention tertiaire vise à réduire ou à éliminer les déficiences et les incapacités à long terme (p. ex., la prévention de la cirrhose chronique du foie ou carcinome hépatocellulaire). Manifestement, de nombreuses activités publiques peuvent, dans une certaine mesure, avoir des retombées positives à certains stades de prévention. Les programmes de santé du SCC pour les maladies infectieuses comprennent la sensibilisation en matière de santé (p. ex., le Programme de sensibilisation à la réception) et la réduction des méfaits (p. ex., l'Initiative sur les pratiques du tatouage sécuritaires est conçue pour prévenir la transmission du VHC et du VIH par des aiguilles et de l'encre contaminées).

Récemment, le SCC a mis en application des formulaires de surveillance révisés pour le VIH, le VHC, les ITS et la tuberculose. Ces formulaires sont fondés sur des lignes directrices cliniques sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, et permettent de mieux définir QUI, QUAND, OÙ et COMMENT. Mais surtout, ces données permettront au SCC de mieux concevoir, mettre en œuvre et évaluer les programmes de services de santé (QUOI).

1. LAST, J.M. A Dictionary of Epidemiology 2e éd., Oxford University Press, Toronto. 1988
2. Kropp R & Sevigny C; STI Surveillance and Management in Correctional Facilities in Canada. CIDPC, Feb 2005
3. Agence de santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 2005, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2005

Surveillance

2002-2004 Rapport MI : Mise à jour

Par Jonathan Smith, épidémiologiste

Services de santé de l'administration centrale, Programme national des maladies infectieuses

On estime que la prévalence du VIH à la fin de l'exercice pour 2004 est de 1,43 % (voir la figure 1). Il s'agit d'une baisse par rapport à 2002, où le taux était de 2,04 %. On explique mal cette diminution. On estime que la fréquence annuelle pour le VHC pour 2004 a augmenté de 3,303 par rapport à 2003. L'estimation du taux de prévalence annuel a connu toutefois une légère baisse, s'établissant à 25,2 %.

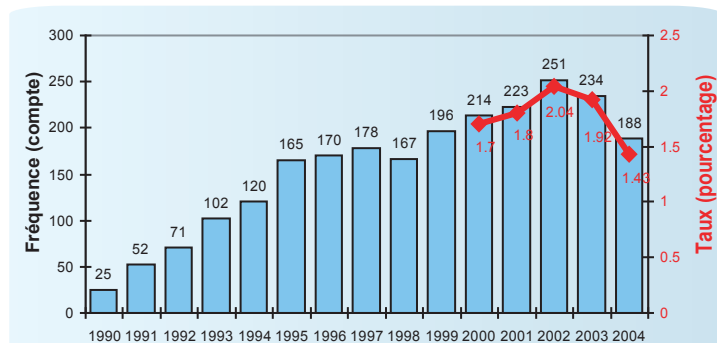


Figure 1 : Estimations de la fréquence et du taux de prévalence du VIH en fin d'exercice, SCC 1990 - 2004

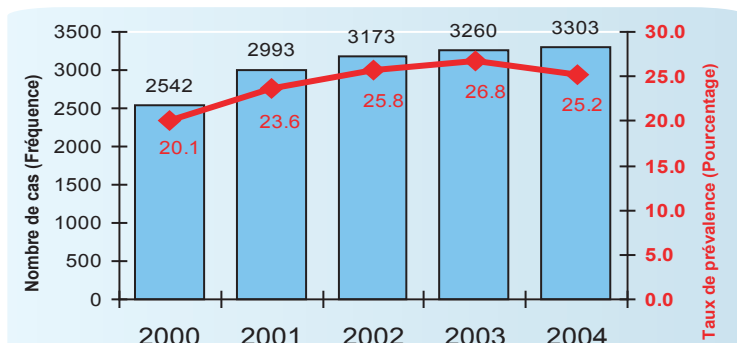


Figure 2 : Estimations de la fréquence et du taux de prévalence du VHC en fin d'exercice, SCC 2000 - 2004

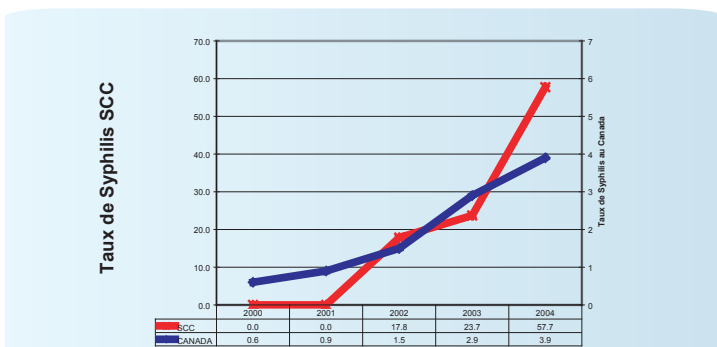


Figure 3: Taux de Syphilis par 100,000 au SCC vs la Population Canadienne, 2000 - 2004

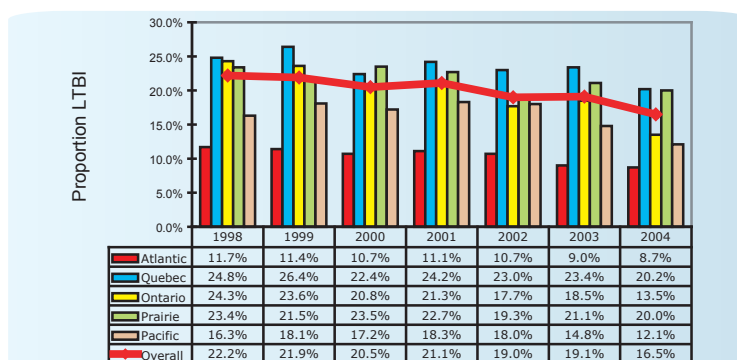


Figure 4 : Infection de Tuberculose Latent (LTBI) parmi les détenues par Région, 1998 - 2004

Bref aperçu du projet de Module de la gestion de l'information sur la santé

Par Nancy Connor Gestionnaire p. int.,

Équipe opérationnelle, Module de la gestion de l'information sur la santé, AC

Le but du projet de Module de la gestion de l'information sur la santé (MGIS) est d'automatiser le dossier de santé des délinquants en détention dans les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC). On obtiendra ainsi un dossier de santé électronique de tous les délinquants dans les établissements du SCC. Compte tenu de l'environnement souvent imprévisible du SCC, il est fondamental que l'information sur la santé des délinquants soit facilement accessible aux fournisseurs de services de santé 24 heures sur 24. En améliorant notre capacité d'échanger de

l'information sur la santé des délinquants entre les établissements du SCC et les régions en temps opportun, nous finirons par améliorer la prestation des services de santé aux délinquants sous responsabilité fédérale. La mise en œuvre du MGIS constitue une activité prioritaire pour le SCC et est prévue pour mars 2008.

Le suivi, la surveillance et la consignation des besoins en matière de santé du Service correctionnel du Canada se complexifient et s'alourdissent avec un système sur support papier, car il s'agit d'une méthode répétitive et ennuyeuse d'échanger de l'information entre fournisseurs de soins de santé et d'un établissement correctionnel à l'autre.

Surveillance



Il est fondamental qu'un MGIS automatisé soit mis en œuvre de sorte que le SCC puisse avoir un mécanisme lui permettant d'améliorer la prestation de services de santé aux délinquants et suivre de près les tendances en matière de santé, les résultats pour la santé, les dépenses et la planification ou la prévision des futurs besoins en politiques et en programmes.

En février 2004, les membres du Conseil du Trésor ont approuvé le financement d'un MGIS pour le SCC. En mars

2005, le projet préliminaire a été approuvé et, en avril 2005, le projet du MGIS a été officiellement lancé. Cette approbation était assortie de trois conditions. D'abord, il faut que le module de la gestion de l'information soit acheté plutôt que conçu à l'interne par le SCC. On pourra ainsi diminuer les coûts et accélérer le délai de mise en œuvre. Ensuite, il faut que le produit commercial puisse être exécuté sur les réseaux du SCC et être compatible avec la technologie du SCC. Enfin, il faut que l'expertise déployée pour le projet de Renouvellement du Système de gestion des délinquants soit mise à la disposition du projet du MGIS.

Le lancement du MGIS changera considérablement la gestion de l'information sur la santé des délinquants. Le passage d'un système sur support papier à un MGIS nécessite l'adoption d'un nouveau modèle à l'égard des services de santé du SCC. Le succès du projet en dépend grandement, lequel est conditionnel à des consultations sur une base continue, à la participation des régions et à des communications ouvertes.

Pour être couronnées de succès, l'adoption et la mise en œuvre du MGIS nécessiteront donc la participation immédiate des utilisateurs et des bénéficiaires du système. Il ressort souvent d'autres projets de remaniement des activités que les intervenants doivent participer à la détermination des questions et des solutions pour que la mise en œuvre d'une nouvelle façon faire ait du succès. En plus d'obtenir l'aval d'un certain nombre d'intéressés pour une solution éventuelle, il faut tenir compte des différences régionales quant aux lois et règlements provinciaux sur la santé, ainsi qu'aux exigences professionnelles en matière de santé réglementées.

Par conséquent, l'équipe du MGIS devra absolument procéder à des consultations régionales. Divers types de consultations régionales auront lieu tout au long du cycle de vie du projet. Il s'agira pour les utilisateurs éventuels du MGIS d'une occasion d'exprimer leur point de vue sur le projet et de définir les priorités et les besoins fondamentaux. Cependant, pour que les consultations ne coûtent pas trop cher, il n'y aura de consultations face-à-face, même si elles sont extrêmement utiles, qu'à certains moments stratégiques du projet.

Au cours des prochains mois, vous pouvez vous attendre à entendre parler davantage du projet de Module de la gestion de l'information sur la santé. Pour plus de précisions, vous pouvez visiter notre site InfoNet à http://infonyet-omsr/health_f.asp pour connaître les membres de l'équipe et vous tenir au courant des faits nouveaux au sujet du projet. De plus, vous pourrez consulter notre prochain bulletin sur le site qui sera diffusé au début de 2006. TM

Le point sur la pandémie de grippe due au virus H5N1

Le Nigeria est le plus récent pays à faire état de cas de grippe due au virus A/H5N1, ou « grippe aviaire ». Bien qu'aucun cas n'ait été déclaré chez l'humain, une éclosion d'infections causées par le virus a été signalée dans une ferme de la partie nord du pays. Depuis la première vague d'activité grippale survenue en décembre 2003, le virus H5N1 a continué de frapper la volaille au Cambodge, en Chine, en Indonésie, en Thaïlande, au Vietnam, en Russie, au Kazakhstan et en Mongolie. Plus récemment, on a confirmé la présence du virus en Turquie, en Roumanie, en Croatie, en Ukraine, en Iraq et au Nigeria.

Jusqu'ici, 165 cas d'infection humaine par le virus H5N1, confirmés en laboratoire, ont été signalés dans sept pays : 88 d'entre eux, ou 53 %, se sont soldés par un décès. En 2006, on a dénombré 21 cas (Chine : 2; Indonésie : 6; Iraq : 1; Turquie : 12) et 12 décès. Pour en savoir davantage sur la situation mondiale, il suffit de consulter le site Web de l'ASPC, à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/index.html#pandemicflu> ou celui de l'Organisation mondiale de la santé, à http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/fr/. Le Service Correctionnel du Canada poursuit sa planification d'urgence en vue d'une pandémie.

Une déclaration provisoire publiée par l'Agence de santé publique en janvier 2006 recommande aux dispensateurs de soins de santé de ne pas prescrire l'amantadine pour traiter et/ou prévenir la grippe. Des analyses de sensibilité ont en effet montré que 91 % de tous les cas de grippe de type A/H3N2 sont résistants à l'amantadine. Si le recours à un antiviral est justifié, les dispensateurs de soins de santé devraient prescrire de l'osetamavir (Tamiflu) ou du zanamivir (Relenza). Il faut aussi souligner que le vaccin antigrippal administré au cours de la présente saison contenait une souche analogue à A/H3N2, ce qui confère aux personnes vaccinées une certaine immunité contre la souche A/H3N2.

Réduction des méfaits

Par Mary Beth Pongrac Agente de projet,

VIH/sida, Services de santé de l'administration centrale du SCC, Programme national des maladies infectieuses

Qu'est-ce que la réduction des méfaits?

- La réduction des méfaits consiste en une politique ou un programme visant à réduire les conséquences négatives sur la santé et sur le plan socioéconomique qu'entraîne un comportement nuisible comme l'usage de drogues injectables et les pratiques sexuelles non protégées tout en reconnaissant qu'il n'est ni réaliste, ni souhaitable, surtout à court terme, que les gens pratiquent l'abstinence.

Quelle est la politique du SCC sur la réduction des méfaits?

- La politique du SCC sur la réduction des méfaits est énoncée dans la Directive du commissaire (DC) 821 – Gestion des maladies infectieuses. Les mesures de réduction des méfaits consistent notamment à fournir aux détenus des condoms non lubrifiés et sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires et de l'eau de Javel. Dans six établissements du SCC, un programme pilote de pratiques de tatouage sécuritaires est en place. Dans tous les établissements du SCC, on offre un programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) qui permet aux détenus de commencer ou de poursuivre un traitement.

Saviez-vous?

- On doit veiller à ce que des condoms, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires et de l'eau de Javel soient discrètement mis à la portée des détenus à au moins trois endroits et dans toutes les unités de visites familiales privées. Aucun détenu ne devrait en faire la demande à un membre du personnel du SCC.
- Tous les détenus doivent recevoir, lors de leur réception, de l'information sur l'usage de l'eau de Javel pour réduire les méfaits (p. ex., pour nettoyer les seringues et les aiguilles servant au tatouage et au perçage).
- Tout nouveau détenu doit recevoir une trousse de désinfection à l'eau de Javel lors de sa réception dans un établissement fédéral et il doit par la suite s'en faire offrir une quand il est transféré à un autre établissement.
- Les instructions sur l'usage de l'eau de Javel pour nettoyer les seringues et les aiguilles servant au tatouage et au perçage doivent être mises à la disposition des détenus dans les endroits où les détenus peuvent obtenir de l'eau de Javel, au centre de santé, à la bibliothèque, dans l'aire des visites et de la correspondance et dans toutes les unités de visites familiales privées.

Qu'est-ce qu'une trousse de désinfection à l'eau de Javel?

- Chaque trousse doit comprendre :
- Une bouteille en plastique opaque d'une once munie d'une capsule contenant de l'eau de Javel et portant la mention «



Eau de Javel, ne pas boire ni injecter »;

- Une bouteille vide en plastique opaque d'une once munie d'une capsule, pour y mettre de l'eau;
- Des instructions sur la façon de nettoyer les seringues et les aiguilles.

Qui a des responsabilités selon la DC 821?

- Il incombe au directeur de l'établissement :
- De s'assurer de la disponibilité des articles visant à réduire les méfaits, comme le prévoit la DC 821;
- De désigner un membre du personnel ayant reçu de la formation sur le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) comme coordonnateur de la distribution de l'eau de Javel dans l'établissement et d'encourager la participation de détenus et leur aide pour le maintien du programme.
- L'employé désigné par le directeur de l'établissement comme coordonnateur de la distribution de l'eau de Javel doit :
- S'assurer que les détenus, à la réception, obtiennent des trousse de désinfection;
- Informer les détenus des endroits où l'eau de Javel est distribuée;
- S'assurer que les détenus reçoivent des instructions sur la façon d'utiliser la trousse pour réduire les méfaits;
- S'assurer que les détenus reçoivent des instructions sur les premiers soins;
- S'assurer que le mécanisme pour distribuer (distributeur) l'eau de Javel est mis en place et entretenu en permanence.

Pour plus de renseignements

- Vous pouvez consulter la DC 821 à : http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/toc_f.shtml
- Si vous avez des questions à poser sur la DC 821, des préoccupations à soulever sur la mise en œuvre de la DC 821 dans votre établissement ou des questions sur la réduction des méfaits dans les pénitenciers fédéraux en général, veuillez communiquer par téléphone ou courriel avec Alan Sierolawski, coordonnateur du Programme national des maladies infectieuses, au (613) 947-4887 ou à sierolawskiar@csc-scc.gc.ca

Pratiques de tatouage sécuritaires

Par Debra Gaskell Gestionnaire principale de projet,
Services de santé de l'administration centrale du SCC,
Maladies infectieuses/Réduction des méfaits

En mars 2004, le SCC a lancé un projet pilote sur les pratiques de tatouage sécuritaires afin de renforcer ses activités de gestion et de contrôle des maladies infectieuses dans les prisons.

L'Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires comprend les deux volets suivants :

1. la sensibilisation des détenus aux pratiques de tatouage sécuritaires et la prestation de services de tatouage sécuritaires dans un environnement sécurisé;
2. la formation des détenus tatoueurs en matière de pratiques de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et des infections.



Le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) a été adapté de manière à sensibiliser les détenus aux pratiques de tatouage sécuritaires. Tous les détenus admis aux centres de réception reçoivent la formation. Une brochure sur le tatouage sécuritaire a été distribuée, et tous les détenus peuvent se la procurer. En plus de fournir de l'information sur les ateliers de

tatouage dans le projet pilote, la brochure renseigne les détenus sur les pratiques de tatouage sécuritaires même s'ils ne recourent pas aux services des ateliers pilotes de tatouage.

L'ouverture des ateliers de tatouage était prévue pour le 1er août 2005. Quatre des six ateliers de tatouage ont ouvert leurs portes en août (l'Établissement de Cowansville, l'Établissement de Bath, l'Établissement de Matsqui et l'Établissement de l'Atlantique), suivis par l'Établissement de Rockwood en septembre. L'atelier de tatouage à l'Établissement de la vallée du Fraser n'a ouvert qu'en novembre en raison de travaux dans l'établissement.

À ce jour, il y a eu 300 séances de tatouage.

Un plan d'évaluation a été élaboré; le Secteur de l'évaluation du rendement en est responsable. Il est prévu que l'évaluation aura lieu au printemps 2006. TM

Planification des mises en liberté

Par Dave Champagne Agent de projet,
Services de santé de l'administration centrale du SCC,
Programme national des maladies infectieuses

La planification des mises en liberté est un processus psychosocial complexe qui tient compte des divers besoins des délinquants et de leurs familles et des réseaux. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire, qui gagne à être coordonné par un seul gestionnaire de cas entouré d'une équipe multidisciplinaire. La planification commence avant l'admission ou au moment de l'admission d'un délinquant dans un hôpital ou un établissement et se poursuit tout au long de son séjour dans le but principalement d'élaborer un plan réaliste et viable de suivi et de soutien après la mise en liberté. La promotion et la défense des droits est l'élément clé de ce processus. On veut promouvoir le fonctionnement optimal des délinquants, des familles et des réseaux de soutien selon le principe de la continuité des soins et on respecte le droit à l'autodétermination des personnes visées par le processus. Les plans sont personnalisés selon une approche holistique et se fondent sur une évaluation complète des besoins, des forces et des facteurs environnementaux propres aux délinquants (p. ex., le réseau de soutien, la disponibilité des ressources et les obstacles systémiques). TM

Points saillants sur le traitement d'entretien à la méthadone pour 2005-2006

Par Jan Holland, infirmière autorisée,

gestionnaire principal de projet p. int. du Programme de réduction des méfaits et du traitement d'entretien à la méthadone, coordonnatrice régionale du programme de TEM de l'administration centrale du SCC (région de l'Ontario); et

Lucie Poliquin, infirmière autorisée,

conseillère principale pour les services infirmiers, Services de santé de l'administration centrale du SCC, Services infirmiers et cliniques

Au cours de la dernière année, le SCC a participé à l'élaboration de lignes directrices et de modules de formation pour les médecins partout au Canada afin qu'ils soient déclarés aptes à prescrire de la buprénorphine plutôt que de la méthadone pour le traitement de la toxicomanie opiacée. Ces modules ont été présentés pour la première fois à la conférence de la Société médicale canadienne sur l'addiction, qui s'est tenue à Vancouver à la fin d'octobre.

Les coordonnateurs régionaux du programme de TEM, une infirmière du Service dans chaque région et les médecins en établissement ont assisté à la conférence. Tous sont revenus enchantés par les diverses façons dont on traite les toxicomanies dans le monde et les modes de traitement qui sont offerts. On a pu, manifestement, échanger sur des problèmes communs dans les services correctionnels dans le but d'offrir à nos délinquants le même traitement sécuritaire. L'un des faits marquants de la conférence a été la visite d'une clinique d'injection sécuritaire dans la basse ville de Hastings. Cela a ouvert les yeux de nombreux participants.

Le programme de traitement d'entretien à la méthadone au SCC continue de prendre de l'ampleur. À l'heure actuelle, 592 détenus reçoivent le traitement. Au cours de la dernière année civile, 914 détenus ont été suivis dans le cadre du programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC.

Commencée en juillet 2004, la collecte des données en collaboration avec le Centre de recherche en toxicomanie (CRT) se poursuit. Elle devrait permettre au SCC d'obtenir des renseignements dont il pourra se servir à des fins administratives, opérationnelles et de recherche. Le processus de collecte des données statistiques est simplifié. On est même en train d'élaborer un outil plus convivial avec l'aide de la TI.

Cette année, les lignes directrices nationales sur le traitement d'entretien à la méthadone feront l'objet d'un examen. La mise à jour inclura des renseignements sur la buprénorphine.

Au début de décembre 2005, Joanne Barton, gestionnaire principal de projet, Réduction des méfaits/Traitement d'entretien à la méthadone, a commencé une formation linguistique en français. Elle est remplacée par Jan Holland. En plus de gérer le portefeuille national à mi-temps, Jan continue de gérer le programme de Traitement d'entretien à la Méthadone dans la région de l'Ontario. TM

Éducation préventive sur les maladies infectieuses dans les pénitenciers du SCC

Par Mary Beth Pongrac Agente de projet,

VIH/sida, Services de santé de l'administration centrale du SCC, Programme national des maladies infectieuses

Bien que les programmes des maladies infectieuses comme le Programme de counseling et d'éducation par les pairs (PCE), le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) et le Programme Choisir la santé dans les prisons (CSP) ne soient pas obligatoires, c'est-à-dire qu'ils ne font pas partie du plan correctionnel des détenus, ils sont néanmoins essentiels tant pour la santé des gens que pour la santé publique. Le but de

ces programmes est de fournir aux détenus les connaissances et les habiletés requises pour vivre sainement et pour prévenir l'acquisition et la transmission des maladies infectieuses dans les pénitenciers du SCC et dans la collectivité quand les détenus y retournent.

Le Programme national de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida (communément appelé CEP) et les Cercles des gardiens du savoir (CEP autochtone)

renferment des renseignements sur le VIH/sida et d'autres maladies infectieuses. Ces programmes, offerts à divers moments tout au long de l'année, forment les détenus à devenir des « éducateurs de pairs » en soutenant d'autres détenus et en les renseignant sur les maladies infectieuses. Le « volet pour les femmes » du CEP fournit des renseignements supplémentaires sur les façons dont le VIH/sida et d'autres maladies infectieuses affectent les femmes en particulier.

Selon la Directive du commissaire (DC) 821 – « Gestion des maladies infectieuses », le Programme de CEP « (...) doit être mis en place dans tous les pénitenciers à l'exception des unités de santé mentale et des unités de réception. »

Tous les mois, le personnel responsable des soins de santé fait rapport à l'administration centrale sur les questions suivantes :

- le nombre de séances de CEP présentées;
- le nombre de détenus qui ont assisté aux séances;
- le nombre de détenus qui ont terminé les séances;
- le nombre de coordonnateurs de CEP actifs;
- le nombre de bénévoles CEP actifs.

Un examen des données reçues indique que, à la fin de septembre 2005, la plupart des établissements offraient un programme CEP. Le nombre de coordonnateurs et de bénévoles actifs varie notamment en raison des détenus mis en liberté. Il devrait toutefois y avoir au moins un coordonnateur et un bénévole dans chaque établissement en tout temps.

Le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) est offert à tous les détenus à l'admission dans un établissement de réception du SCC. Ce programme fournit des renseignements généraux sur les maladies infectieuses et les services de santé offerts par le SCC. La DC 821 indique que le PSR « (...) doit comprendre les éléments standard visant à informer les détenus nouvellement admis des services qui leur sont offerts pour traiter les questions touchant la toxicomanie et les maladies infectieuses. »

Un examen des données reçues des établissements indique que le PSR est offert dans tous les établissements de réception.

Le Programme Choisir la santé dans les prisons (CSP) fournit de l'information sur diverses questions liées à la santé comme l'alimentation, l'exercice, la gestion du stress et les maladies infectieuses. Ce programme est habituellement offert au début de la peine d'un délinquant. À l'heure actuelle, un nombre minimal d'établissements offre le Programme. Comme le Programme est un peu désuet (il fait l'objet d'une mise à jour), plusieurs établissements l'ont remplacé par des séances de promotion de la santé.

Le personnel des organismes voués au VIH/sida et des

organismes de santé publique partout au pays se rend dans les pénitenciers du SCC pour participer à la présentation de séances de sensibilisation des détenus à la prévention des maladies infectieuses et offre du counseling individualisé et du soutien aux détenus. ^{IM}

Simplification de l'évaluation initiale et du dépistage des maladies infectieuses

Jonathan Smith, épidémiologiste

Programme national des maladies infectieuses

Julie Lemay, agente de projet

Services infirmiers et cliniques nationaux

En février 2005, une trentaine de membres du personnel infirmier affectés à la réception et spécialisés en maladies infectieuses ont participé à un atelier sur la simplification du processus d'admission, lequel a eu lieu à Ottawa. Les participants ont discuté des formulaires d'évaluation initiale, ainsi que le formulaire d'évaluation des risques et de demande de tests pour identifier le chevauchement et pour simplifier le processus.

On a éliminé les répétitions repérées dans les formulaires et décidé que le dépistage des maladies infectieuses ferait partie de l'évaluation initiale. De plus, des obstacles relatifs à la prestation du PSR ont été relevés et comprennent l'espace, la disponibilité des détenus et la participation obligatoire. Le contenu du PSR a également fait l'objet d'une discussion, puisque plusieurs établissements y apportent des modifications afin de répondre aux besoins des participants. On mettra la liste de vérification pour le consentement au dépistage à jour afin que celle-ci comprenne toutes les maladies.

En plus d'ajouter le dépistage des maladies infectieuses au formulaire d'évaluation initiale, on a recommandé de réviser celui-ci afin de s'assurer qu'il tient compte des hommes et des femmes, et d'y joindre des annexes pour les détenu(e)s de plus de 50 ans et/ou ayant des besoins spéciaux.

Plusieurs autres questions relatives à la consignation, aux transfèrements, aux détentions temporaires et à la documentation sommaire, entre autres, ont été soulevées et devront être discutées davantage.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Jonathan Smith au (613) 938-475, ou Julie Lemay au (613) 947-0097. ^{IM}

À travers les régions

Nouvelles des régions

Par Kim Andreassen, CRMI,
région du Pacifique

Du 5 au 7 octobre, la région du Pacifique a été l'hôte d'un programme pilote de formation sur l'immunisation offert au personnel responsable des soins de santé. Le programme a été présenté par le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique. Il s'agissait du premier programme de la sorte spécialement conçu pour répondre aux besoins des infirmières et de la population qu'elles desservent. Y ont participé des représentants de l'équipe des Services de santé de l'administration centrale et les coordonnateurs régionaux pour les maladies infectieuses de l'Atlantique, de l'Ontario et des Prairies. La formation a beaucoup plu aux participants. Par ailleurs, on semble être intéressé à poursuivre la formation dans les régions. ■■■

Détenues de Westmorland amassent 1000\$ pour la charité

Le 10 Septembre 2005 les détenues de l'Institution Westmorland ont participé à une marche pour le SIDA, ainsi qu'à la journée Terry Fox. Organisée conjointement par les volontaires du PCE et le comité des détenues, ces événements ont amassés plus de 1000\$. Les détenues ont fait un don de 500\$ à SIDA Moncton, ainsi que 500\$ à la recherche sur le cancer.



Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des responsables des services correctionnels sur la santé

Troisième rangée: Alan Sierolawski, Sue Stanley, Heather Scriver, Joyce Grosse, Sue Strader, Nancy Ogden, Lucie Poliquin, Tom Wong, Jonathon Smith, Deuxième rangée: Pat Laithead, Dr. Diane Rothon, Joanne Shaw, Katherine Dinner. Première rangée: Marilyn Sloane, Dr. Françoise Bouchard.

Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial (FPT) des responsables des services correctionnels sur la santé est un sous-comité relevant des responsables FPT des services correctionnels. Le Groupe travaille en collaboration dans le but de promouvoir l'élaboration de politiques et de programmes correctionnels liés à la santé et fournit des avis aux responsables FPT des services correctionnels sur les tendances et les pratiques exemplaires se rapportant à la santé dans un milieu correctionnel. Le Groupe de travail se réunit deux fois l'an et tient des téléconférences au besoin. Il est composé d'un représentant de chaque province et territoire, ainsi que de représentants des Services de santé du SCC, de la Division de l'hépatite C de l'Agence de santé publique du Canada et d'un membre de groupe des responsables FPT des services correctionnels (comme membre d'office).

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

Direction des services de santé

D^{re} Françoise Bouchard
Directrice générale

Programme national des maladies infectieuses

Alan Sierolawski
Coordonnateur du Programme national des
maladies infectieuses

Debra Gaskell
Chargée de projet principal

Samar Sarkesh
Chargée de projet

Mary Beth Pongrac
Chargée de projet, VIH/SIDA

Dave Champagne
Chargée de projet

Gil Carriere
Coordonnateur de la santé des Autochtones

Jonathan Smith
Épidémiologiste

Julie Paquette
Assistante en recherche

Tara Dunphy
Saisie de données

Fara Tafazzoli
Saisie de données

Kayla Biggins
Saisie de données

Mark Fernandes
Saisie de données

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.

La prévention de la transmission de maladies infectieuses dans les milieux correctionnels : une recension

By G. Niveau

Objectifs sommaires : Passer en revue les études qui définissent les facteurs de risque de la transmission de maladies infectieuses dans les milieux correctionnels; déterminer les objectifs à atteindre et regrouper les recommandations relatives à la promotion de la santé dans les établissements carcéraux.

Méthodes : Les recherches ont été faites dans des bases de données électroniques, à l'aide d'une stratégie de recherche précise, de 1993 à 2003.

Résultats : Les principaux facteurs de risque observés dans les établissements correctionnels sont la promiscuité, les comportements sexuels à haut risque et l'injection de drogues. À la lumière des modes de transmission de maladies et des épidémies signalés dans la littérature, il a été déterminé que les mesures de prévention devraient viser quatre affections : la tuberculose, l'infection par le VIH, l'hépatite et les maladies transmissibles sexuellement. Une connaissance des facteurs de risque aide à définir les mesures de prévention qui s'imposent ainsi que cinq grands axes d'intervention : information et éducation, dépistage, réduction des méfaits liés aux comportements à risque par la distribution de condoms et l'échange de seringues, traitement et vaccination.

Conclusions : Il y a lieu d'évaluer l'efficacité et la faisabilité de chacune de ces interventions dans le contexte particulier du milieu correctionnel.

Journal of the Royal Institute of Public Health (2006) 120, p. 33-41 ¹⁰⁴

Application de principes régissant la santé publique à l'épidémie d'infections par le VIH : Conclusions

Thomas R. Frieden M.D., M.P.H., Moupali Das-Douglas, M.D., Scott E. Kellerman, M.D., M.P.H., and Kelly J. Henning, M.D.

(L'information ci-dessous est basée sur les conclusions de l'article)

Des interventions éprouvées, comme l'emploi de condoms et de seringues propres, l'expansion du dépistage volontaire et l'accès aux soins, permettraient de prévenir la plupart des infections par le VIH²⁷. Afin de réduire davantage la transmission, il faudrait améliorer les efforts déployés à l'échelle communautaire et le counselling individuel auprès des patients; faciliter la reprise du traitement chez les patients et améliorer l'accès à des traitements efficaces. Or, même si l'épidémie sévit depuis 25 ans, nous n'appliquons toujours pas systématiquement ces stratégies qui ont fait leurs preuves.

À cet égard, parmi les programmes rentables figurent les campagnes d'éducation dans les médias, la distribution de condoms à grande échelle et les interventions destinées à modifier les comportements à risque élevé au sein de groupes qui affichent une forte prévalence d'infections par le VIH¹⁹. Le dépistage systématique et volontaire du VIH est une mesure qui s'impose parce qu'elle est efficace et rentable d'un point de vue clinique,¹⁰ et que son coût est modéré en comparaison de celui de nombreuses autres interventions en santé. Après le counselling et le dépistage, la notification aux partenaires d'une personne infectée est une mesure qui permet de prévenir les infections et sans doute de réaliser des économies de coûts²⁸.

Si l'on retient les estimations actuelles des CDC, soit 40 000 nouvelles infections par le VIH par an, et si l'on considère qu'il est possible de prévenir entre la moitié et les deux tiers de ces infections et que les coûts moyens des soins dispensés à un patient infecté par le VIH s'élèvent actuellement à 200 000 \$,²⁹ une lutte plus efficace contre l'épidémie permettrait d'économiser de 4 à 5,4 milliards \$ par an. Il est peu probable que la distribution à grande échelle de condoms, les programmes d'échange de seringues, la notification aux partenaires des personnes infectées par les services de santé publique et l'amélioration des systèmes de prise en charge des cas et de surveillance entraînent des dépenses supplémentaires de plus de 1 à 2 milliards \$ par an, à l'échelle nationale, soit deux à trois fois les sommes actuellement affectées par les CDC à la prévention du VIH.

Coin de recherche

Il incombe essentiellement au gouvernement de lutter contre les épidémies, de concert avec les médecins, les patients et les collectivités. L'équilibre entre la protection de la population et du droit de la personne à sa vie privée est fragile. Aussi longtemps que nous n'aurons pas mis en œuvre à plus grande échelle des programmes de prévention qui ont fait leurs preuves, intégré le dépistage volontaire et l'accès aux soins au système de soins médicaux et le dépistage aux services communautaires, et que nous n'aurons pas amélioré le traitement, la réduction des risques, la surveillance et la notification aux partenaires, nous continuerons de rater des occasions de freiner la propagation de l'infection par le VIH.

NEJM. vol. 353, no 22 p. 2400-2401 (1er décembre 2005) ¹⁰⁴

XVIe Congrès international sur le SIDA – « Toronto 2006 »

Toronto (Ontario) 13-18 août 2006

Plus de 15 000 personnes de partout dans le monde sont attendues au XVIe Congrès international sur le SIDA à Toronto en août 2006. Des scientifiques, des fournisseurs de soins de santé, des leaders dans les domaines de la politique, de la communauté et des affaires, des journalistes, des représentants d'organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et intergouvernementaux échangeront connaissances, stratégies, études et idées sur des moyens de mettre fin à l'épidémie de SIDA.

Comme pays hôte, le Canada a l'occasion de présenter les travaux de ses gouvernements, organismes communautaires, chercheurs et particuliers pour lutter contre l'épidémie au pays et à l'étranger.

La date limite de dépôt d'une demande d'accueil de séance satellite est la fin mars 2006. La date limite de remise des abrégés était en février, mais la date limite de remise des abrégés de dernière minute est le 12 juin.

Pour plus de renseignements sur le « Toronto 2006 », veuillez consulter le site Web à : <http://www.aids2006.org/start.aspx>