



# Le point sur les maladies infectieuses

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

## Dépistage et gestion des éclosons de maladies infectieuses dans les établissements correctionnels

Une épidémie constitue une augmentation du nombre de cas d'une maladie, supérieure à ce qui est prévu. Les éclosons sont des épidémies localisées ou des concentrations de cas de maladie. Elles ne sont pas toujours attribuables à des agents infectieux; de nombreux autres facteurs de risque, comme des affections chimiques ou physiques, peuvent entraîner un nombre anormalement élevé de cas de maladie dans une population donnée. Les maladies transmissibles peuvent se propager de différentes façons, soit par l'air, l'eau, les aliments, le sang ou des vecteurs.

Dans les établissements correctionnels, on peut reconnaître les éclosons en consultant les rapports publiés par des unités de soins de santé en établissement ou par le biais de cliniques de santé communautaire lorsque des membres du personnel et des visiteurs de prison sont touchés. Dans d'autres cas, on peut dépister les éclosons par l'analyse régulière des données relatives aux activités de surveillance de la santé. (Pour en savoir plus sur la surveillance, veuillez consulter *Le point sur les maladies infectieuses*, vol. 1, numéro 1.) La sensibilité du système de surveillance, qui est déterminée par l'exactitude et l'intégralité des données présentées, est donc importante pour assurer la détection adéquate des cas.

Les enquêtes sur les éclosons sont conçues pour :

- Déterminer les risques d'infection
- Déterminer l'agent étiologique et le mode de transmission
- Déterminer si l'exposition à la source d'infection persiste
- Élaborer des mesures préventives qui auront pour effet de limiter et de contrôler la propagation de la maladie
- Recommander des politiques ou des procédures pour prévenir l'apparition future d'éclosons semblables

La plupart du temps, les enquêtes sur les éclosons sont menées par des autorités locales ou provinciales en matière de santé publique. Les laboratoires et les établissements touchés par l'écllosion sont d'importants collaborateurs dans ce processus. On peut consulter Santé Canada dans les cas d'éclosons de maladies qui nécessitent des ressources ou des compétences particulières.

Même si aucun cas d'écllosion de maladie infectieuse important n'a encore été signalé au SCC, la préparation est la clé de la gestion adéquate d'une écllosion. La page suivante décrit les étapes d'un protocole de gestion d'écllosion avec lequel tout le personnel soignant devrait se familiariser. De nombreuses régions du SCC ont peut-être déjà établi un plan officiel de la sorte.

Vol.1, numéro 2  
Automne 2002

Dépistage et gestion des éclosons de maladies infectieuses dans les établissements correctionnels . . . . . 1

Modèle pour la gestion des éclosons et les enquêtes connexes dans les pénitenciers du SCC . . . . . 2

Surveillance des maladies infectieuses 3

Dépistage ouvert à l'établissement Fenbrook . . . . . 3

VIH, virus de l'hépatite C (VHC) chez les délinquantes – Pourquoi les taux sont si élevés ? . . . . . 5

Traitement d'entretien à la méthadone - Compte rendu des séances de formation. . . . . 5

Coin de la recherche . 6

Événements à venir . . 6

Contenu

Ligne d'information des Services de santé de l'AC du SCC sur la surveillance des maladies infectieuses :

(613) 905-2008

## Modèle pour la gestion des écloisions et les enquêtes connexes

dans les pénitenciers du SCC

**\*CE MODÈLE SERT SIMPLEMENT DE GUIDE POUR LA GESTION DES ÉCLOISIONS DE MALADIES DANS LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS. LES ÉTAPES DOIVENT ÊTRE MODIFIÉES POUR TENIR COMPTE DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES DE L'ÉCLOSION.**

**BUT :** Contrôler et prévenir la propagation de maladies. **PRINCIPAUX POINTS :**

- recueillir des données afin de déterminer l'exposition, le risque et le délai de l'écllosion
- assurer la coordination entre l'équipe de gestion de l'écllosion et l'établissement touché par l'écllosion pour effectuer l'enquête
- appliquer des mesures de contrôle

### Y A-T-IL UN RISQUE D'ÉCLOSION ?

- Le nombre de cas de la maladie est-il supérieur au nombre de cas normal pour cet endroit et pour cette période de l'année ?
  - Les cas signalés ont-ils été confirmés ou simplement mal diagnostiqués (confirmés par des tests de laboratoire) ?
  - Est-ce que tous les cas ou la majorité d'entre eux ont la même infection ou une infection semblable, comme l'indiquent les signes ou les symptômes ?
- NE PAS OUBLIER : Même un seul cas d'une maladie rare peut justifier une enquête.

NON

OUI

**IL FAUT CONTINUER À RECUEILLIR DES ÉCHANTILLONS**  
pour que l'infection soit confirmée par le laboratoire

Faut-il mener une enquête plus poussée ?

NON

OUI  
(écllosion possible)

### PERSONNES-RESSOURCES

- L'administrateur régional des Services de santé
- Le médecin hygiéniste de votre municipalité
- Les Services de santé de l'AC du SCC : le coordonnateur national des maladies infectieuses

Le médecin hygiéniste doit aviser l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST) des écloisions qui touchent le personnel

**DÉCIDER DE LA DÉFINITION DU CAS**  
pour inclure les personnes qui présentent les symptômes de la maladie et exclure les autres

### CRÉER UNE ÉQUIPE DE GESTION DE L'ÉCLOSION

- L'équipe pourrait être composée des membres suivants :
- Chef – Services de santé de l'établissement touché par l'écllosion
  - Médecin hygiéniste
  - Cadre supérieur de l'établissement (p. ex., le directeur)
  - Épidémiologiste du SCC
  - Administrateur régional des Services de santé
  - Médecin de l'établissement
  - Infirmière de l'établissement spécialisée dans les maladies infectieuses
  - Infirmière de la santé publique
  - Représentant de laboratoire
  - Représentant de l'établissement en matière de communication
  - Représentant syndical (pour les écloisions qui touchent le personnel)
  - Représentant du comité des détenus

### FONCTIONS IMMÉDIATES DE L'ÉQUIPE DE GESTION DE L'ÉCLOSION

- Choisir le chef d'équipe responsable de la coordination de la logistique et de la gestion des ressources affectées à l'enquête (le chef d'équipe doit être au courant des questions liées aux services correctionnels et à la santé publique et connaître les préoccupations des parties intéressées)
- Élaborer un plan de communication (interne et externe)
- Assurer la coordination des activités de gestion de l'écllosion, y compris l'offre de traitements, s'il y a lieu, et l'application des mesures de contrôle

### ÉVALUER L'ÉTIOLOGIE et L'ÉTENDUE DE L'ÉCLOSION

- Épidémiologiste du SCC ou service de santé publique
- Examiner les données sur la morbidité
  - Examiner les données de laboratoire antérieures et les antécédents des patients pour déterminer les risques et le moment où le premier cas a été signalé
  - Repérer les personnes avec qui les patients sont en contact ou d'autres personnes qui sont peut-être exposées aux mêmes risques et faire rapport à l'établissement
  - Utiliser et modifier la définition de cas du groupe exposé à la maladie ou des personnes à risque
  - Confirmer l'écllosion au moyen d'une étude appropriée (cohorte, contrôle des cas, sondage)

### DÉTERMINER SI D'AUTRES POPULATIONS SONT À RISQUE ET PRENDRE LES MESURES APPROPRIÉES

- L'écllosion est-elle limitée à un seul endroit ?
- L'infirmière de la santé publique a-t-elle fait un suivi auprès des membres de la collectivité qui ont eu des contacts avec les personnes infectées ?
- Y a-t-il eu des contacts avec d'autres endroits (détenus infectés transférés, mis en liberté dans la collectivité; échange de personnel) ?

### PERSONNEL DES SERVICES DE COMMUNICATION DU SCC ou MÉDECIN HYGIÉNISTE

- répondre aux demandes de renseignements des médias
- diffuser l'information sur l'écllosion aux

### RECHERCHE DES CONTACTS et TRAITEMENT

- Recommander un traitement préventif ou un vaccin s'il y a lieu
- Informer les détenus et le personnel des risques et des méthodes de prévention (et faire un suivi régulier)
- Effectuer un examen diagnostique des personnes à risque

### APPLIQUER DES MESURES DE CONTRÔLE

### MALADIE POUVANT ÊTRE TRANSMISE DANS LE CADRE D'ÉVÉNEMENTS OU D'ACTIVITÉS

- Empêcher les personnes de participer à des activités présentant un risque élevé
- Fermer les lieux touchés par l'écllosion afin de réduire les risques de contracter la maladie

### D'ORIGINE ALIMENTAIRE/D'ORIGINE HYDRIQUE

- Rappeler ou détruire les aliments contaminés (y compris tout aliment que l'on croit contaminé)
- Vérifier les méthodes de manipulation et d'entreposage des aliments et les corriger si elles sont inadéquates ou inappropriées

### AÉROGÈNE

- Le cas échéant, isoler les détenus infectés pour empêcher la propagation de l'infection

### VÉRIFIER L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

- Y a-t-il eu une diminution du nombre de nouveaux cas depuis l'application des mesures de contrôle ?
  - Y a-t-il lieu de renforcer les mesures de contrôle ?
- NE PAS OUBLIER : De nouveaux cas peuvent survenir même après l'application des mesures de contrôle

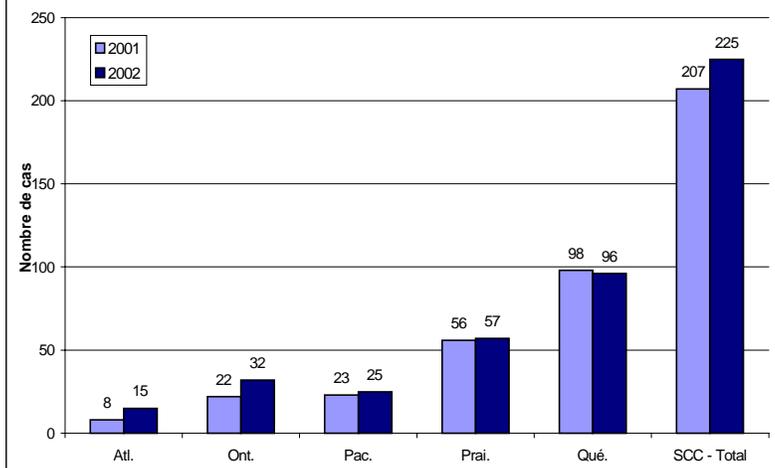
**ENVISAGER DE MODIFIER LES PROCÉDURES OU LES POLITIQUES OU DE METTRE EN ŒUVRE DES LIGNES DIRECTRICES**  
afin de prévenir de futures écloisions

**L'ÉQUIPE DE GESTION DE L'ÉCLOSION DOIT COMMUNIQUER SES CONSTATATIONS ET SES RECOMMANDATIONS**

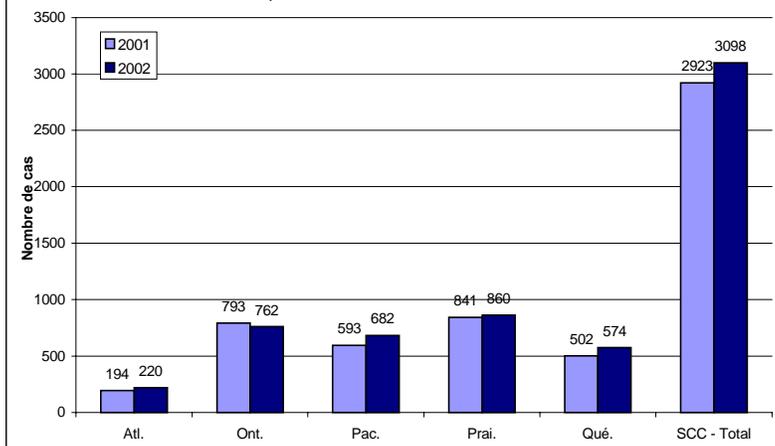


# Surveillance

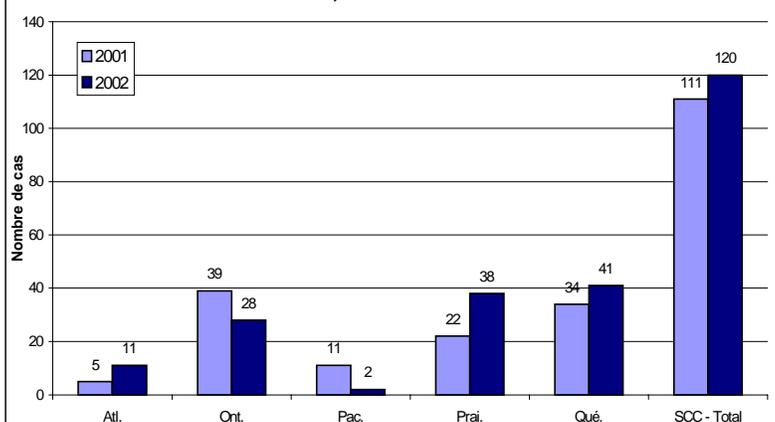
**Cas signalés de détenus infectés par le VIH dans les établissements du SCC, au 31 mars 2002 et au 31 mars 2001**



**Cas signalés de détenus atteints de l'hépatite C dans les établissements du SCC, au 31 mars 2002 et au 31 mars 2001**



**Cas signalés de tuberculose-infection\* chez les détenus des établissements du SCC, au 31 mars 2002 et au 31 mars 2001**



\* Un test positif est probablement dû à la tuberculose-infection. La tuberculose-infection ne sous-entend pas une tuberculose-maladie active. Aucun cas de tuberculose a été rapporté durant cette période.

## DÉPISTAGE OUVERT À L'ÉTABLISSEMENT FENBROOK

par Cathy Ball

Infirmière spécialisée dans les maladies infectieuses, établissement Fenbrook

Le 11 juillet 2002, les Services de santé de l'établissement Fenbrook, de concert avec l'équipe responsable du service de promotion de la santé par les pairs, a tenu une séance de dépistage ouvert pour les détenus, afin de détecter les cas d'infection à VIH et les cas d'hépatite C. Les Services de santé et des délinquants bénévoles ont organisé l'événement. Un courriel a été envoyé à tout le personnel pour expliquer le but de cette séance et permettre aux délinquants de prendre congé de l'école ou du travail pour y participer.

Nous avons annoncé l'événement dans le bulletin du service de promotion de la santé par les pairs et avons affiché des dépliants dans tous les endroits fréquentés par les détenus. Nous avons indiqué dans l'annonce que la fenêtre sérologique pour le VIH est de six mois. Nous avons aussi rappelé aux détenus que la dernière séance de dépistage ouvert avait eu lieu il y a six mois environ et que le temps était venu de procéder à un nouveau dépistage. Nous avons organisé la séance pour qu'elle coïncide avec la période de la journée où les délinquants vont à la cantine. La séance a eu lieu dans une salle à côté de la cantine, à l'extérieur des Services de santé. L'atmosphère était détendue et il y avait de la musique. On a servi du café et une barre de chocolat à chaque personne testée.

Il y avait trois infirmières pour effectuer les prises de sang et un commis pour s'occuper des écritures administratives. L'événement s'est révélé un succès. D'une population de 399 détenus, 94 ont subi le test de VIH et 78 ont passé celui de l'hépatite C. Nous avons placé un tableau de papier à côté de la fenêtre de la cantine pour faire le compte du nombre de participants et motiver les détenus à dépasser le nombre de personnes testées lors de la dernière séance de dépistage ouvert qui s'est tenue en décembre.

Nous avons reçu de nombreux commentaires positifs et encourageants de la part des participants. Notre objectif est de continuer à organiser cette séance spéciale tous les six mois dans l'espoir qu'elle sensibilise les détenus à l'importance du dépistage et qu'elle contribue à les rassurer.



# Surveillance

## En bref

Maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, 2002 (les dates correspondent aux premiers cas signalés au Canada)

Amibiase	1927 -	Listériose (tous les types)	1990 -
Botulisme	1933, 1940 -	Malaria	1929 à 1978, 1983 -
Brucellose	1928 -	Méningite à pneumocoques	1979 -
Campylobactériose	1986 -	Méningite virale	1952 -
Chancre mou	1979 -	Méningite, Autres méningites bactériennes	1979 -
Chlamydia génitale	1990 -	Oreillons	1924 à 1959, 1986 -
Choléra	1974 -	Peste	
Conjonctivite gonococcique du nouveau-né	1979 -	Poliomyélite	1924 -
Coqueluche	1924 -	Rage	1927 -
Diphthérie	1924 -	Rougeole	1924 -
Dysenterie bacillaire	1924 -	Rubéole	1924 -
E. coli vérotoxigène		Rubéole congénitale	
	1990 -		1979 -
Fièvre jaune		Salmonellose	1958 -
Fièvre paratyphoïde		Sida	1986 -
	1924 à 1952, 1969 -		
Gonococcies	1924 -	Syphilis congénitale	
			1992 -
Hemophilus influenzae de type B	1979 -	Syphilis latente précoce	1992 -
Hépatite A	1927 à 1958, 1969 -	Syphilis, Symptômes précoces	1979 -
Hépatite B	1969 -	Syphilis, Autres types de cas	
			1924 -
Hépatite C	1991 -	Tétanos	1957 -
Hépatite non A, non B	1983 -	Trichinose	1929 -
Infections à méningocoques	1924 -	Tuberculose	1924 -
Lambliase	1983 -	Typhoïde	1924 à 1952, 1969 -
Légionnellose	1986 -	Varicelle	1924 à 1959, 1986 -
Lèpre	1925 -		

Remarque : Les exigences de déclaration provinciales et territoriales peuvent varier.

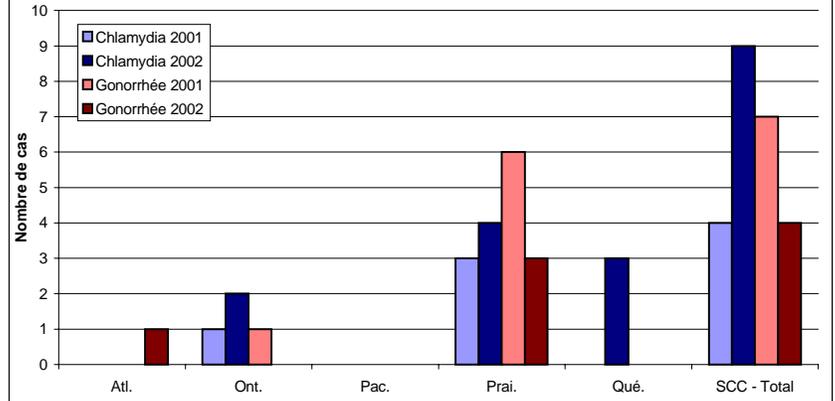
Source : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

\*\*\*\*\*

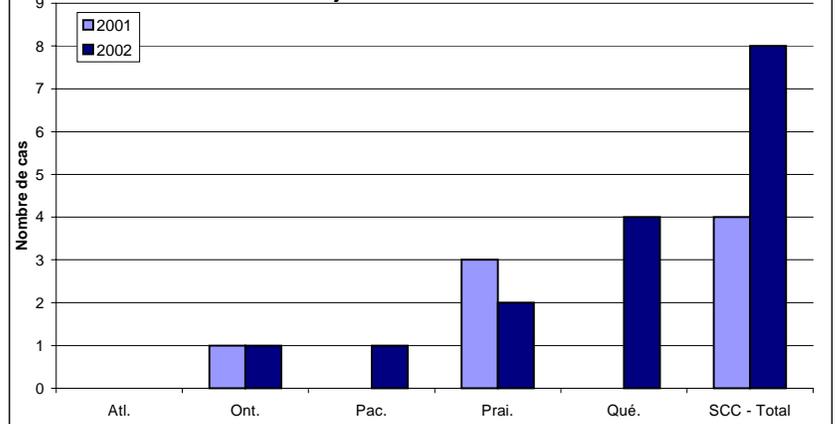
Les données présentées dans ce bulletin sont tirées des rapports de surveillance mensuels expédiés aux Services de santé, à l'administration centrale du Service correctionnel du Canada (SCC), par 50 des 53 établissements visés par le Système de surveillance des maladies infectieuses. Les taux d'infection à la maladie ne tiennent compte que des détenus qui acceptent les tests de dépistage; les chiffres réels pourraient être plus élevés.

\*\*\*\*\*

Cas cumulatifs de chlamydia et de gonorrhée parmi les détenus des établissements du SCC, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2002 et du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2001



Cas cumulatifs d'hépatite B parmi les détenus des établissements du SCC du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2002 et du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2001



## Éclotions de maladies infectieuses signalées dans des établissements correctionnels

Lieu de l'établissement correctionnel	Année de signalement dans la documentation	Agent pathogène
États-Unis	2002	Syphilis
États-Unis	2002	Tuberculose
Australie	2001	Grippe
États-Unis	2001	Syphilis
États-Unis	2000	Hépatite B
Portugal	1999	Tuberculose
Singapour	1997	Salmonella
États-Unis	1995	Tuberculose
États-Unis	1994	Maladie pneumococcique
Royaume-Uni	1993	Hépatite B
Royaume-Uni	1993	VIH
États-Unis	1992	Salmonella/staphylocoque
États-Unis	1991	Tuberculose
États-Unis	1989	Varicelle
Inde	1971	Méningite méningococcique



## VIH, virus de l'hépatite C (VHC) chez les délinquantes – Pourquoi les taux sont si élevés ?

par **Mary Beth Pongrac**

Agente de projet, VIH/sida, Services de santé de l'AC du SCC, Programmes nationaux en matière de maladies infectieuses

L'usage de drogues injectables, ainsi que l'échange de seringues et les autres pratiques du genre, représentent le principal facteur de risque pour l'infection à VIH et à VHC chez les femmes incarcérées.<sup>1, 2</sup> Des recherches ont démontré que les délinquantes sont plus susceptibles d'avoir fait l'usage de drogues injectables que les hommes incarcérés.<sup>3</sup> Une étude récente a aussi révélé que les utilisatrices de drogues injectables courent un plus grand risque d'être infectées du VIH que les utilisateurs de sexe masculin en raison de leurs différences de comportement à l'égard des injections.<sup>4</sup> Les chercheurs ont constaté que les utilisatrices de drogues injectables ont plus tendance à avoir besoin d'aide pour s'injecter, et ils ont maintenant identifié ce facteur comme prédicteur de la séroconversion VIH.

Les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels sont des éléments importants qui permettent de comprendre pourquoi les taux d'infection à VIH et à VHC sont plus élevés chez les délinquantes que chez les hommes incarcérés.

Du point de vue biologique, les jeunes femmes sont plus sujettes que les jeunes hommes aux maladies transmissibles sexuellement (MTS), et la présence de ces maladies augmente souvent le risque de contracter une infection à VIH.<sup>5</sup> Comme la plupart des MTS sont plus souvent sans symptôme chez les femmes que chez les hommes, il peut arriver fréquemment que les MTS ne soient pas diagnostiquées, ce qui fait que l'on tarde à demander un traitement et des services préventifs.<sup>6,7</sup>

Sur le plan psychosocial, bon nombre de délinquantes ont été victimes d'abus sexuel ou de violence physique, n'ont pas une bonne santé mentale, ont vécu dans la pauvreté et ont un niveau de scolarité peu élevé.<sup>8,9</sup> Ces facteurs peuvent entraîner différents problèmes dont une dépendance à l'égard des hommes, des difficultés à négocier des pratiques sexuelles sans risque, une faible estime de soi, la honte, l'isolement et la peur de l'abandon. Différents comportements peuvent en résulter, soit la pratique d'un travail sexuel présentant un risque élevé, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, y compris l'usage de drogues injectables. Une faible estime de soi et un manque de respect de soi peuvent entraîner des comportements préjudiciables à son bien-être ainsi que l'indifférence quant aux conséquences des pratiques présentant un risque élevé.

Sur le plan socioculturel, le déséquilibre de forces inhérent dans le sexisme, le racisme et le classisme joue un rôle important dans la prédisposition à la maladie. La Société canadienne du sida affirme que « le double problème de l'utilisation de drogues injectables et de l'infection à VIH touche les personnes les plus démunies de notre société sur les plans économique et social : les pauvres des villes, les Autochtones et les femmes ».<sup>10</sup> Si on est une femme qui vit dans la pauvreté dans une ville, on a là deux facteurs qui jouent contre nous. Si, en plus, on est Autochtone, on compte alors trois de ces facteurs.

Un examen approfondi des cas d'infection à VIH et à VHC chez les délinquantes sous responsabilité fédérale et la stratégie du Service correctionnel du Canada (SCC) pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien seront examinés dans un rapport du SCC qui devrait être publié à l'hiver 2002.

### Références

1. Réseau juridique canadien VIH/SIDA (2001-2002), VIH/sida en prisons, *Comportements à risque élevé derrière les barreaux*, Feuillelet d'information 2.

2. Hankins C, Gendron S, Handley MA, Richard C, Lai Tung MT et O'Shaughnessy M (1994), *HIV Infection Among Women in Prison: An Assessment of Risk Factors Using a Nonnominal Methodology*, American Journal of Public Health 84 (10): 1637-1640.
3. Remis R.S. (2001), *Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada* (Mars). Extrait le 18 janvier 2002 de [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite\\_c/pdf/hivhcvraport.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/pdf/hivhcvraport.pdf)
4. Spittal PM, Craib KJP, Wood E, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, et Schechter MT (2002), *Risk Factors for Elevated HIV Incidence Rates Among Female Injection Drug Users in Vancouver*, Journal de l'Association médicale canadienne 166 (7): 894-899.
5. Wasserheit JN (1992), *Epidemiological synergy - Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases*. Sexually Transmitted Diseases 19 (2): 61-77.
6. Société canadienne du sida (1998), *Les femmes et le VIH-sida*, Fiche d'information dans le Guide pratique de la Campagne nationale de sensibilisation au sida de la Société canadienne du sida 1998-1999 : *Les visages du VIH/sida*.
7. Santé Canada (1998), *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Division de la prévention et du contrôle des MTS.
8. Réseau juridique canadien VIH/sida (2001-2002), VIH/sida en prisons, *Les détenues et le VIH/sida*, Feuillelet d'information 11.
9. DeGroot AS (2001), *HIV Among Incarcerated Women: An epidemic behind the walls*, Corrections Today (February).
10. Société canadienne du sida (1998), *Les visages du VIH/sida*, Fiche d'information dans le Guide pratique de la Campagne nationale de sensibilisation au sida de la Société canadienne du sida 1998-1999 : *Les visages du VIH/sida*.

## Traitement d'entretien à la méthadone Compte rendu des séances de formation

par **Sylvie-Anne Lavigne**

Chargée de projet, Services de santé, AC du SCC, Programmes nationaux des maladies infectieuses

En juin 2002, l'équipe chargée de la formation sur le traitement à la méthadone du SCC a visité les cinq régions et y a donné une séance de formation d'un jour ou deux. Les séances visaient à décrire les rôles et les responsabilités de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone dans les établissements du SCC. Environ 500 employés de divers secteurs du SCC étaient présents à la séance de formation incluant, les responsables de la sécurité, les agents d'exécution de programme, les agents de libération conditionnelle, les spécialistes de la santé et les gestionnaires. D'autres organismes qui travaillent à la périphérie du SCC étaient également présents.

Lors des séances de formation, les participants ont indiqué sur leur formule d'évaluation qu'ils avaient une meilleure compréhension des révisions au traitement d'entretien à la méthadone ainsi que des développements additionnels des lignes directrices concernant le traitement à la méthadone au SCC.

C'est à espérer que le développement du TEM du SCC augmentera l'accès pour les détenus fédéraux et servira de guide à l'usage du TEM au SCC.



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

**Programmes nationaux des maladies infectieuses**

Nancy Sutton  
Coordonnatrice int. des Programmes nationaux des maladies infectieuses

Josephine Muxlow  
Chargée de projet

Mary Beth Pongrac  
Chargée de projet, VIH/sida

Sylvie-Anne Lavigne  
Chargée de projet

Prithwish De  
Épidémiologiste

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

**Événements à venir...**

Mois de prévention de la grippe  
Octobre 2002

Semaine nationale de sensibilisation au sida  
24 – 30 novembre 2002

Journée mondiale du SIDA  
1<sup>er</sup> décembre 2002

**Conférences**

18<sup>e</sup> Congrès sur les infections transmises sexuellement  
12 – 14 septembre 2002 Vienne, Autriche

1<sup>re</sup> Conférence internationale sur la santé dans les villes  
3 – 6 octobre 2002 Toronto (Ontario)

**Coin de la recherche**

**Le rôle des prisons dans l'épidémie d'infection à VIH chez les utilisatrices de drogues injectables.**  
Estebanez P, Zunzunegui MV, Aguilar MD, Russell N, Cifuentes I, Hankins C.

Cette étude avait pour but de décrire les facteurs associés à l'emprisonnement d'utilisatrices de drogues injectables et de déterminer si ces utilisatrices qui sont incarcérées ont des comportements à risque pour le VIH qui sont différents des utilisatrices de drogues injectables qui n'ont jamais été emprisonnées. Une enquête séro-épidémiologique a été effectuée auprès de 304 utilisatrices de drogues injectables participant à des programmes de dépistage et de traitement à Madrid, en Espagne. On a recueilli des données sur les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de risque récents et permanents, les comportements sexuels et génésiques antérieurs, et les antécédents d'emprisonnement. On a eu recours à une analyse bidimensionnelle ainsi qu'à un modèle de régression logistique pour déterminer les facteurs associés à l'emprisonnement. Les facteurs de risque pour l'emprisonnement étaient les suivants : avoir des sources de revenu illégales, ne pas avoir une adresse permanente, abandonner ses études avant d'avoir terminé son primaire et commencer à s'injecter des drogues au début de l'adolescence. Les comportements à risque pour le VIH étaient très répandus parmi cette population d'utilisatrices de drogues injectables, et l'injection de drogues dans les prisons a été déclarée par plus du tiers de celles qui avaient déjà été incarcérées. De plus, les indicateurs récents de comportements à risque pour le VIH n'étaient pas associés à l'emprisonnement, ce qui laisse supposer que l'incarcération n'a pas entraîné une diminution des risques après la mise en liberté. Les utilisatrices de drogues injectables qui ont été incarcérées ont d'importants problèmes de santé génésique qui nécessitent des soins gynécologiques. Ces résultats indiquent le besoin urgent de programmes de prévention concernant les infections à VIH et les autres infections transmissibles par le sang, qui utilisent des approches sexospécifiques pour les utilisatrices de drogues injectables dans les prisons espagnoles.

AIDS Care 2002 Feb;14(1):95-10

**Les caractéristiques qui différencient les patients des pénitenciers infectés du VIH des patients de la collectivité infectés de ce virus.**

Perez-Molina JA, Fernandez-Gonzalez F, Hernangomez S, Gonzalez C, Miralles P, Lopez-Bernaldo De Quiros JC, Bouza E.

**OBJECTIF :** Déterminer les caractéristiques particulières des patients séropositifs des établissements correctionnels par rapport à une population séropositive de la collectivité pour être mieux en mesure de détecter les variables en matière d'intervention. **MÉTHODE :** Dans notre hôpital, les patients séropositifs sont admis au service des maladies infectieuses lorsqu'ils sont de la collectivité ou à une unité pénitentiaire lorsqu'ils sont transférés d'un établissement correctionnel. Nous avons examiné rétrospectivement les admissions de ces patients dans les deux secteurs au cours de l'année 1999. **RÉSULTATS :** Les admissions de patients séropositifs au service des maladies infectieuses et à l'unité pénitentiaire génèrent 2,3 % et 53,4 % des séjours à l'hôpital et à l'unité pénitentiaire, respectivement. Les deux populations étaient équivalentes pour ce qui est de l'âge moyen, de la numérotation des lymphocytes T-CD4, de la charge virale, de la prophylaxie des infections opportunistes, de la durée moyenne du séjour et du décès pendant le séjour. Les rapports sexuels entre hommes (91 % vs 74 %), l'usage antérieur ou actuel de drogues injectables (88 % vs 77 %), et la séropositivité (97 % vs 82,6 %) pour le virus de l'hépatite C (VHC) étaient plus fréquents à l'unité pénitentiaire qu'au service des maladies infectieuses. Une analyse multivariée a permis de déterminer trois facteurs qui sont indépendamment reliés à l'admission d'une personne incarcérée : la personne sait qu'elle est infectée du VIH depuis une longue période (3,3 ans en moyenne; 95 % IC 1,9-4,6), elle n'a pas subi de traitement antirétroviral antérieurement (rapport de cotes [OU] 2,95; 95 % IC 1,46-6,0), et elle a été admise pour la tuberculose (OU 2,5; 95 % IC 1,03-6,0). **CONCLUSION :** L'infection à VIH demeure un problème médical préoccupant dans les établissements correctionnels. Même si l'incarcération peut donner accès à des programmes de santé, les patients des prisons infectés du VIH sont plus fréquemment atteints de la tuberculose et reçoivent moins de traitements antirétroviraux.

HIV Clin Trials 2002 Mar-Apr;3(2):139-47

Pour obtenir une copie papier de ce bulletin ou pour tout commentaire, suggestion ou autre, veuillez communiquer par courriel à [gen-nhq-health@csc-scc.gc.ca](mailto:gen-nhq-health@csc-scc.gc.ca), ou par téléphone au (613) 995-3098

Cette publication peut également être consultée sur InfoNet à [http://infonet/infonet/regions/healthservices/home\\_f.htm](http://infonet/infonet/regions/healthservices/home_f.htm)

