

DÉTENUS ET DÉLINQUANTS (SYSTÈME CORRECTIONNEL)

Author: **Janice Mann**, MD, Head, Knowledge Development and Research, Sexual Health and STI Section, Community Acquired Infections Division, Public Health Agency of Canada

La responsabilité du système correctionnel au Canada relève des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux¹. En 2001, le nombre moyen de délinquants adultes incarcérés dans des établissements fédéraux, provinciaux et territoriaux s'élevait à 32 073 individus (soit 133 pour 100 000). À ce nombre s'ajoutaient 122 870 délinquants adultes sous surveillance dans la collectivité sous différents régimes (liberté surveillée, emprisonnement avec sursis, libération conditionnelle)². Les statistiques sur les services correctionnels pour adolescents ne sont pas systématiquement recueillies à l'échelle nationale¹, mais en 1994/95, 1 095 jeunes délinquantes ont été condamnées à la garde en milieu fermé et 1 795, à la garde en milieu ouvert, tandis que 6 952 étaient placées en probation³; en 1996/97, 10 396 jeunes délinquants ont été condamnés à la garde en milieu fermé, 11 541, à la garde en milieu ouvert, tandis que 28 395 étaient placés en probation⁴.

Bien qu'ils ne représentent qu'environ 3 % de la population générale, les autochtones constituent 15 % de la population carcérale fédérale¹. Les femmes représentaient environ 3 % de la population carcérale totale dans les établissements de Service correctionnel Canada (SCC) en 2000–2001⁵. Le taux d'emprisonnements au Canada est plus élevé que celui de la plupart des pays européens occidentaux, mais largement inférieur à celui des États-Unis¹.

Épidémiologie

Dans tous les établissements correctionnels du monde, on observe une prévalence disproportionnée de maladies infectieuses chez les détenus par rapport à la population générale. En conséquence, les taux d'infections transmises sexuellement (ITS), d'hépatite B (VHB), d'hépatite C (VHC) et de VIH/sida sont beaucoup plus importants parmi la population carcérale. Les détenus font souvent partie de populations vulnérables où les comportements à risque d'ITS sont présents, comme l'utilisation de drogues injectables (UDI) et les relations sexuelles non protégées⁵. Malgré le nombre important de détenus dans les établissements correctionnels qui sont déjà contaminés au moment de leur admission, tout détenu pratiquant des comportements à risques en prison s'expose à un risque d'infection ou de réinfection par une ITS⁵. En 2002, SCC estimait que 70 % des détenus admis en prison présentaient des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme auto-déclarés⁶. Bien que les rapports sexuels avec pénétration existent en milieu correctionnel⁷, il est probable que ce problème soit sous-déclaré en raison de son caractère interdit et honteux⁶. Les activités sexuelles non consenties peuvent aussi être problématiques⁸. D'autres pratiques observées en milieu carcéral, tels l'UDI, le tatouage ou le perçage corporel peuvent également contribuer à la transmission de maladies infectieuses⁶.

En janvier 2000, SCC, en collaboration avec Santé Canada (aujourd'hui l'Agence de santé publique du Canada), a lancé un système de surveillance complet visant à fournir des informations plus détaillées et plus précises sur les maladies infectieuses en milieu correctionnel fédéral — le Système de surveillance des maladies infectieuses de SCC (SSMI-SCC)⁵. Le SSMI-SCC, qui collecte des données sur les essais et les résultats

d'essais portant sur les pathogènes à diffusion hématogène et sexuelle, permet à SCC de suivre les tendances de la prévalence parmi les nouveaux détenus et l'ensemble de la population carcérale. Selon SCC, un système révisé comprenant des données présentées ligne par ligne sur les comportements à risques et les résultats des essais est actuellement mis en œuvre afin de mieux cibler les programmes de réduction des préjudices.

En 2002, les taux d'infections déclarées dans les pénitenciers canadiens étaient les suivants^{5,9} (comprend aussi des données non publiées de SCC, 2004) :

- **VIH*** : La prévalence du VIH parmi les délinquants détenus dans des établissements fédéraux a régulièrement augmenté entre 2000 et 2002 (de 1,7 % à 2 %). En 2002, le taux de VIH était plus élevé chez les femmes (3,7 %) que chez les hommes (1,9 %).
- **VHC*** : La prévalence du VHC parmi les délinquants détenus dans des établissements fédéraux a augmenté pour passer de 2 542 cas (19,7 %) en 2000 à 3 173 cas (25,4 %) en 2002. En 2002, la proportion était plus élevée chez les femmes (33,7 %) que chez les hommes (25,2 %), mais entre 2000 et 2002, les taux ont baissé pour les femmes et augmenté pour les hommes.
- **VHB[†]** : La prévalence du VHB chez les détenus fédéraux en 2002 était de 0,2 %. On a observé une forte augmentation entre 2000 (0,1 %) et 2001 (0,3 %), mais les taux sont retombés en 2002. La majorité des cas signalés étaient des hommes.
- **Chlamydia[†]** : 53 cas ont été observés en 2002 (prévalence : 0,32 %). Ce taux est en hausse par rapport à 2000–2001. Plus de 90 % des cas ont été diagnostiqués chez des hommes.
- **Gonorrhée[†]** : 20 cas ont été observés en 2002 (prévalence : 0,12 %). Ce taux est en hausse par rapport à 2000–2001. Plus de 85 % des cas ont été diagnostiqués chez des hommes.
- **Syphilis[†]** : On a signalé trois cas en 2002. Le taux est en hausse par rapport à 2000–2001.

Notes :

*L'étude du pourcentage de personnes ayant passé des tests de dépistage de l'infection à VIH et à VHC révèle que jusqu'à 70 % des détenus ne passent peut-être jamais ces tests. Il se peut donc que les taux d'infections déclarées sous-estiment grandement le fardeau de ces maladies dans les établissements correctionnels fédéraux.

[†]Il est probable que la sous-déclaration et le sous-diagnostic des infections à VHB et des ITS (y compris l'absence de dépistage systématique des ITS) se traduisent par une sous-estimation des taux réels de ces infections chez les détenus.

Prévention

Les établissements correctionnels au Canada sont l'une des principales cibles des mesures de santé publique visant à contrôler les ITS, le VHB, le VHC, le VIH/sida et les autres maladies infectieuses. Par sa nature même, le milieu carcéral offre une occasion unique d'approcher des individus à risque élevé pour leur offrir des services de prévention, des traitements et des mesures nécessaires pour les aider à rester en bonne santé⁵. Les interventions sont limitées par la durée de l'incarcération, mais même une simple séance de *counselling* peut avoir un impact significatif sur les comportements à risque. Comme la majorité des détenus finissent par retourner à la vie dans la collectivité, les efforts de réduction des préjudices au sein du système correctionnel peuvent avoir des conséquences favorables, pas seulement pour la population carcérale, mais aussi pour la

collectivité entière. Pour cette raison, il est important de coordonner les activités de prévention avec les fonctionnaires de la santé publique et divers groupes d'entraide dans la collectivité. La planification des sorties constitue également une étape importante en vue d'optimiser la poursuite des soins pour les délinquants en dehors du milieu correctionnel^{5,10}.

Les programmes de prévention des ITS mis en œuvre dans les établissements correctionnels reposent sur les mêmes éléments que les programmes pratiqués dans la collectivité¹¹ : éducation; dépistage volontaire et *counselling*; distribution d'aiguilles propres ou d'agent de blanchiment; distribution de condoms; et cure de sevrage (y compris les traitements de substitution). Toutes ces initiatives ont démontré leur efficacité dans la réduction du risque de VIH/ITS dans les prisons, sans conséquences négatives indésirables¹¹. En fournissant aux détenus infectés des soins, des traitements et une entraide appropriés, il est possible de prévenir la transmission des infections transmises sexuellement. Cela comprend notamment la notification aux partenaires, ainsi que les tests et le traitement des contacts sexuels récents.

Il est important d'inclure les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues dans ces initiatives d'éducation afin de tenir compte de leur rôle non négligeable dans l'augmentation du risque d'ITS et d'autres infections¹². Les programmes de réduction des préjudices, qui visent à réduire au maximum les conséquences négatives des comportements à risque et à offrir des solutions de rechange, ont un impact favorable sur la transmission des ITS et d'autres infections⁵. SCC offre actuellement plusieurs programmes d'éducation en santé et de *counselling* par les pairs afin de diffuser l'information et d'encourager la modification des comportements.

Dans le cadre de la stratégie canadienne sur le VIH/sida et en partenariat avec l'Agence de santé publique du Canada, SCC a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à prévenir et à maîtriser la transmission de maladies infectieuses (y compris les ITS, le VIH, le VHB et le VHC) dans les établissements correctionnels fédéraux¹³. Les principales mesures sont le dépistage confidentiel et volontaire pour les détenus, à leur arrivée en prison et tout au long de leur incarcération, ainsi que le *counselling* avant et après l'obtention des résultats des tests de dépistage¹³. Les tests sérologiques et l'immunisation contre l'hépatite A (VHA) et le VHB sont offerts. Des programmes et du matériel éducatifs sont mis à la disposition des délinquants et du personnel¹³. Depuis 1992, condoms, digues dentaires et lubrifiants à l'eau sont à la disposition des détenus dans les pénitenciers fédéraux⁵. SCC a également mis en œuvre une stratégie nationale antidrogue visant à réduire l'approvisionnement de drogues dans les établissements fédéraux. L'objectif de cette stratégie est de réduire la demande de drogues parmi les délinquants des établissements fédéraux en leur offrant des programmes préventifs et thérapeutiques⁶, comme le programme d'entretien à la méthadone ou les programmes de prévention de la consommation de drogues¹³. SCC fournit actuellement aux détenus des trousseaux de désinfection à l'eau de Javel pour leur permettre de nettoyer leurs aiguilles, et a récemment mis en place un projet de salon de tatouage dans six prisons fédérales. Actuellement, SCC n'offre pas de programme d'échange d'aiguilles aux détenus, en vertu de sa politique de « tolérance zéro » vis-à-vis de la consommation et du trafic de

drogues en prison, mais aussi dans le souci de préserver la santé des détenus et la sécurité des établissements. Des négociations sont engagées entre SCC et l'Agence de santé publique du Canada pour la mise en place de projets coopératifs éventuels dans les établissements correctionnels fédéraux.

Évaluation

Les professionnels de la santé hésitent parfois à demander – et les délinquants à divulguer – des informations concernant leur santé, en particulier pour les questions relatives à leur activité sexuelle, leur consommation de drogues et d'éventuelles activités illégales. Il est important de mettre l'accent sur le caractère confidentiel de la relation entre les médecins et les détenus pour obtenir une réelle compréhension des risques d'ITS et d'autres maladies infectieuses auxquels sont exposés les sujets.

Antécédents

Il faut obtenir les antécédents sexuels complets (consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*).

Il est important de garder à l'esprit que l'identité sexuelle auto-déclarée n'est pas un facteur prédictif exact du comportement sexuel d'un individu⁸. Certains détenus qui se disent hétérosexuels peuvent avoir eu des rapports sexuels avec des personnes du même sexe (avant ou pendant l'incarcération). Le questionnaire sur les antécédents sexuels doit inclure des questions sur l'activité sexuelle avec des personnes du même sexe et des personnes du sexe opposé. Des questions ouvertes comme celle-ci peuvent être posées : « Avez vous des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ? » Pour obtenir une analyse détaillée à ce sujet, consulter le chapitre intitulé *Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes*, et *Femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes*.

Il est important d'identifier les patients qui pratiquent des activités (sexuelles et non sexuelles) associées à un risque accru d'ITS. Il s'agit notamment des pratiques suivantes :

- les rapports anaux-génitaux reçus et donnés,
- les rapports bucco-anaux (anilingus/baiser anal),
- les activités sexuelles non protégées (orales, anales ou génitales),
- le partage de jouets sexuels,
- les rapports anaux-manuels réceptifs (insertion d'un doigt ou du poignet dans l'anus d'un partenaire),
- l'usage de substances psychoactives pendant les relations sexuelles,
- le tatouage,
- l'UDI et l'utilisation d'autres substances psychoactives.

En raison de la forte prévalence de la consommation de substances psychoactives en milieu correctionnel, il est important de noter les antécédents des détenus dans ce domaine (consulter le chapitre intitulé *Consommation de substances psychoactives*).

Test de dépistage

Le dépistage volontaire offert aux nouveaux arrivants dans le système correctionnel représente peut-être l'une des meilleures occasions de dépistage et d'identification des infections prévalentes parmi les délinquants⁵. Depuis la mise en œuvre de tests de dépistage non effractifs, comme les tests d'amplification de l'acide nucléique (TAAN) [réaction de ligase en chaîne (LCR), réaction de polymérase en chaîne (PCR)] de l'urine, le dépistage des ITS dans les établissements correctionnels est plus facilement réalisable et acceptable⁵, mais des rapports isolés montrent que cela ne s'est pas traduit par des pourcentages accrus de personnes testées⁵. Cela peut s'expliquer par le peu d'empressement des détenus à soumettre des échantillons d'urine, l'urine étant généralement associée aux contrôles de dépistage antidrogue. Une description détaillée de la procédure de dépistage permettrait peut-être de surmonter cet obstacle.

Qu'il s'agisse de nouveaux détenus ou non, la généralisation des tests de dépistage systématique aux détenus à risques est nécessaire⁵, surtout étant donné que les ITS sont souvent asymptomatiques. Il est donc important de connaître les antécédents sexuels pour identifier les individus à risques (consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*). Il a été démontré que les initiatives conjointes entre le système correctionnel, les fonctionnaires de la santé publique et les évaluateurs favorisaient un meilleur dépistage des ITS chez les détenus¹⁴.

Il est tout aussi important d'offrir aux détenus un *counselling* avant et après l'obtention des résultats des tests de dépistage, et ce, que les résultats des tests soient positifs ou négatifs, afin de bien répondre aux objectifs du *counselling* et du dépistage, à savoir : aider les individus non infectés à adopter ou à modifier leurs comportements de manière à réduire les risques d'infection et à aider les individus infectés à solliciter des soins médicaux et à éviter d'infecter d'autres personnes⁸.

D'après les résultats de l'évaluation des antécédents et des risques, les tests de dépistage suivants doivent être envisagés pour les détenus et les délinquants :

- Dépistage systématique des ITS sur tous les sièges possibles d'infections (*Chlamydia*, gonorrhée, syphilis, VIH et VHB) à moins que le sujet ait déjà été immunisé ou qu'il soit certainement immunisé.
- Dépistage du virus *herpes simplex* si des symptômes sont présents (consulter le chapitre intitulé *VHS*).
- Sérologie du VCH : l'UDI, le tatouage et les pratiques sexuelles à risque élevé sont des comportements à risques associés à la transmission du VHC parmi les détenus/la population carcérale⁶.
- Chez les sujets présentant un risque certain, procéder à des tests d'immunité avant la vaccination.

Pour plus de détails sur le dépistage chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes, consulter le chapitre intitulé *Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes*, et *Femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes*.

L'examen du col de l'utérus pour le dépistage de la dysplasie ou de l'infection à papillomavirus humain (VPH) chez les détenues doit être envisagé en l'absence d'un test de dépistage avec résultat normal au cours de l'année précédente (consulter le chapitre intitulé *VPH*).

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

En milieu correctionnel, la rotation et le transfert fréquents des délinquants entre différents établissements, en particulier lors de l'admission et chez certains détenus provisoires (ceux qui reviennent de libération conditionnelle), risquent de limiter le temps disponible pour diagnostiquer et traiter une ITS. Pour cette raison, il peut être particulièrement utile de procéder au dépistage sur place.

Les échantillons d'urines sont généralement plus acceptables que les prélèvements urétraux et cervicaux, qui sont de nature effractive, mais leur corrélation avec les contrôles antidrogues peut dissuader les détenus de fournir un échantillon. Une explication de l'objectif exact du prélèvement des échantillons d'urine pourrait faciliter leur acceptation par les détenus.

Prise en charge et traitement

En milieu correctionnel, la rotation et le transfert fréquents des délinquants entre différents établissements, en particulier lors de l'admission et chez certains détenus provisoires (ceux qui reviennent de libération conditionnelle), peuvent limiter le recours aux traitements de longue durée. Dans ces cas, les traitements monodoses des ITS sont probablement plus indiqués.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

D'après une directive sur la lutte contre les infections de SCC, les médecins de SCC ou le Directeur général – Services de santé, au nom d'un médecin, doivent s'assurer que toutes les maladies transmissibles à déclaration obligatoire à l'échelle provinciale diagnostiquées doivent être signalées à l'unité de santé publique locale ou au bureau de santé publique compétent.

La notification aux partenaires est un élément fondamental du suivi des ITS. Cependant, les détenus obtenant un résultat positif pour une ITS hésitent parfois à divulguer des informations concernant leurs rapports ou leurs comportements sexuels, lorsque ceux-ci sont jugés indécents, illégaux ou honteux. Il est essentiel de s'assurer que le processus de notification aux partenaires est volontaire et facultatif, afin de préserver la confidentialité et la confiance, et de respecter la dignité et les droits de la personne des individus⁸.

Suivi

Les détenus qui continuent de pratiquer des comportements à risques doivent être encouragés à subir des tests de dépistage réguliers des ITS. Il est important de continuer à mettre l'accent sur l'éducation et le *counselling* en matière de pratiques sexuelles sans risque et de réduction des préjudices.

Si une immunisation contre le VHA et le VHB a été entreprise, le calendrier de vaccination recommandé doit être respecté.

Comme c'est le cas pour toutes les femmes, les détenues doivent se soumettre régulièrement à un examen du col de l'utérus pour le dépistage de la dysplasie ou de l'infection à VPH.

Il est important que les services correctionnels collaborent étroitement avec les fonctionnaires de la santé publique afin d'effectuer le suivi, lorsque cela est nécessaire, des détenus libérés qui retournent à la vie normale dans la collectivité (orientation/déclaration à la santé publique des cas non contrôlés et des contacts libérés ou résidant dans la collectivité).

Références

1. Service correctionnel du Canada. Faits et chiffres sur le Service correctionnel fédéral. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 2001.
2. Statistique Canada. Services correctionnels pour adultes, comptes moyens des délinquants dans les programmes provinciaux, territoriaux et fédéraux. CANSIM, tableaux 251-0004 et 251-0007. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada, 2002.
3. Service correctionnel du Canada. Les jeunes délinquantes au Canada : Dernières tendances. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 1997. Disponible à l'adresse : www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b18/b18e_f.shtml. Consulté le 28 mars 2005.
4. Service correctionnel du Canada. Les jeunes délinquants au Canada : Dernières tendances. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 1998. Disponible à l'adresse : www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b22/b22e_f.shtml. Consulté le 28 mars 2005.
5. Service correctionnel du Canada. Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 2003. Disponible à l'adresse : www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/fr.pdf. Consulté le 28 mars 2005.
6. Skoretz S, Zaniewski G, Goedhuis NJ. Hepatitis C virus transmission in the prison/inmate population. *Can Commun Dis Rep* 2004;30:141–148.
7. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 1993.
8. Organisation mondiale de la Santé. HIV in prisons. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2001.
9. De P, Connor N, Bouchard F, Sutherland D. HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: a critical opportunity for care and prevention. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2004;15:221–225.
10. Grinstead O, Seal DW, Wolitski R *et al.* HIV and STD testing in prisons: perspectives of in-prison service providers. *AIDS Educ Prev* 2003;15:547–560.
11. OMS, ONUSIDA, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons. Genève, Suisse. Organisation mondiale de la Santé : 2004.
12. MacGowan RJ, Margolis A, Gaiter J *et al.* Predictors of risky sex of young men after release from prison. *Int J STD AIDS* 2003;14:519–523.

13. Service correctionnel du Canada. Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone. Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 2003. Disponible à l'adresse : www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/francais/meth_guidelines_f.pdf. Consulté le 28 mars 2005.
14. Jacob-Arriola KR, Braithwaite RL, Kennedy S *et al.* A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails. *Public Health Rep* 2001;116:520–529