

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée  
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia •  
Herpès génital • Condylomes • Gonorrhée  
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV  
Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès  
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

**Populations spécifiques**  
**Détenus et délinquants**

**Lignes directrices  
canadiennes sur les  
infections transmissibles  
sexuellement**

ÉDITION  
**2006**

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can  
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les  
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes  
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can  
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les  
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada

# DÉTENUS ET DÉLINQUANTS

## Contexte

La responsabilité du système correctionnel au Canada est partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux<sup>1</sup>. En 2001, le nombre moyen de délinquants adultes incarcérés dans des établissements fédéraux, provinciaux et territoriaux s'élevait à 32 073 (soit 133 par 100 000 personnes). À ce nombre s'ajoutaient 122 870 délinquants adultes sous surveillance dans la collectivité (y compris la probation, la peine conditionnelle et la mise en liberté conditionnelle)<sup>2</sup>. Les statistiques sur les services correctionnels pour juvéniles ne sont pas systématiquement recueillies à l'échelle nationale<sup>1</sup>, mais en 1994-95, 1 095 jeunes délinquantes ont été condamnées à la garde en milieu fermé et 1 795 ont été placées à la garde en milieu ouvert, tandis que 6 952 étaient placées en probation<sup>3</sup>; en 1996-97, 10 396 jeunes délinquants ont été condamnés à la garde en milieu fermé, 11 541 ont été placés à la garde en milieu ouvert, tandis que 28 395 étaient placés en probation<sup>4</sup>.

Bien qu'ils ne constituent qu'environ 3 % de la population générale, les Autochtones représentent 15 % de la population carcérale fédérale<sup>1</sup>. Les femmes représentaient environ 3 % de la population carcérale totale dans les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) en 2000-2001<sup>5</sup>. Le taux d'incarcérations au Canada est plus élevé que celui de la plupart des pays européens, mais largement inférieur à celui des États-Unis<sup>1</sup>.

## 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 transmissibles sexuellement (ITS), d'infections au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) et au 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 et les relations sexuelles non protégées<sup>5</sup>. En outre, étant donné le nombre élevé d'individus déjà infectés au moment de leur admission en établissement correctionnel, tout détenu ayant des comportements non sécuritaires s'expose à un risque d'infection ou de réinfection par une ITS<sup>5</sup>. Un nombre important de détenus admis dans les établissements correctionnels sont déjà infectés, mais les détenus non infectés continuent de pratiquer des comportements à risque en prison<sup>5</sup>. Jusqu'en 2002, le SCC estimait que 70 % des détenus admis en prison présentaient des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme auto-déclarés<sup>6</sup>. Bien que les relations sexuelles avec pénétration existent en milieu correctionnel<sup>7</sup>, ce phénomène est probablement sous-déclaré en raison de son interdiction fréquente et la stigmatisation associée à cette pratique<sup>6</sup>. L'activité sexuelle non consensuelle pourrait aussi être un problème<sup>8</sup>. D'autres

pratiques observées en milieu carcéral, tels l'utilisation de drogues injectables, le tatouage et (ou) le perçage corporel, peuvent également contribuer à la transmission de maladies infectieuses<sup>6</sup>.

En janvier 2000, le SCC, en collaboration avec Santé Canada (aujourd'hui l'Agence de santé publique du Canada), a lancé un système de surveillance compréhensif 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)<sup>5</sup>. Le SSMI-SCC est basé sur les données agrégées de dépistage et des résultats des tests qui permet au SCC de suivre les tendances de la prévalence des infections transmises sexuellement et des pathogènes à diffusion hématogène parmi les détenus nouvellement admis et les détenus de la population générale. Selon le SCC, un système révisé comprenant des données présentées par ligne sur les comportements à risque et les résultats des tests est actuellement mis en œuvre afin de mieux cibler les programmes de réduction des méfaits.

Jusqu'en 2002, les taux d'infections déclarés dans les pénitenciers canadiens étaient les suivants<sup>5,9,10</sup> :

- ∞ VIH\* : La prévalence du VIH parmi les délinquants dans des établissements fédéraux a augmenté de façon constante 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 dans des établissements fédéraux s'est accrue 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 hausse entre 2000 (0,1 %) et 2001 (0,3 %), mais les taux sont rebaissés en 2002. La majorité des cas signalés étaient chez des hommes.
- ∞ Chlamydia† : 53 cas ont été signalés en 2002 (prévalence : 0,32 %). Ce taux est en hausse comparativement 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 :**

- \* Les données sur le pourcentage de détenus qui ont passé les tests de dépistage pour le VIH et le VHC révèle que jusqu'à 70 % des détenus ne subissent peut-être jamais ces tests. Il est donc fort probable que le fardeau de ces maladies dans les établissements correctionnels fédéraux soit grandement sous-estimé.
- † Il est fort possible que la sous-déclaration et le sous-diagnostic des infections au 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, l'incarcération offre une occasion unique d'accéder à des individus à risque élevé et de leur procurer les services de prévention, le traitement et les compétences nécessaires pour les aider à rester en bonne santé<sup>5</sup>. Les interventions sont limitées par la durée de l'incarcération, mais même des séances brèves de counselling peuvent avoir un impact significatif sur les comportements à risque. La majorité des détenus finissent par retourner à la vie dans la collectivité, les efforts de réduction des méfaits au sein du système correctionnel peuvent avoir des conséquences favorables, pas seulement pour la population carcérale, mais aussi pour la collectivité toute entière. Pour cette raison, il est important de coordonner les activités de prévention avec les représentants de la santé publique et divers groupes d'entraide dans la collectivité. La planification du congé constitue également une étape importante en vue d'optimiser la continuité des soins pour les délinquants en dehors du milieu correctionnel<sup>5,11</sup>.

Les programmes de prévention des ITS mis en œuvre dans les établissements correctionnels reposent sur les éléments similaires que les programmes pratiqués dans la collectivité<sup>12</sup> : éducation; le dépistage et le counselling volontaire et; distribution d'aiguilles propres ou de l'eau de Javel; distribution de condoms; et le traitement de la dépendance aux drogues (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 indésirables<sup>12</sup>. En fournissant aux détenus infectés par les ITS des soins, des traitements et le soutien appropriés, il est possible de prévenir la transmission de ces infections. Cela comprend notamment la notification aux partenaires, ainsi que le dépistage 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, pour reconnaître leur rôle non négligeable dans l'augmentation du risque d'ITS et d'autres infections<sup>13</sup>. Les programmes de réduction des méfaits, qui visent à réduire au minimum les conséquences négatives des comportements à risque et à offrir des solutions de rechange, peuvent avoir un impact favorable sur la transmission des ITS et d'autres infections<sup>5</sup>. Le SCC offre actuellement plusieurs programmes d'éducation en santé et de counselling par les pairs afin de disséminer 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, le SCC a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à prévenir et à contrôler la transmission de maladies infectieuses (y compris les ITS, le VIH, le VHB et le VHC) dans les établissements correctionnels fédéraux<sup>14</sup>. 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 pré-test et post-test<sup>14</sup>. Les analyses sérologiques et l'immunisation contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le VHB sont offerts. Des programmes et du matériel éducatifs sont mis à la disposition des délinquants et du personnel<sup>14</sup>. Depuis 1992, condoms, digues dentaires et lubrifiants à base d'eau sont à la disposition des détenus dans les pénitenciers fédéraux<sup>5</sup>. Le SCC a également mis en œuvre une stratégie nationale antidrogue visant à réduire la consommation et le trafic de drogues dans les établissements fédéraux. L'objectif de cette stratégie est de réduire la demande de drogues parmi les délinquants fédéraux en leur offrant des programmes de prévention et de traitement<sup>6</sup>, comme le programme d'entretien à la méthadone ou les programmes de prévention de l'utilisation des substances psychoactives<sup>14</sup>. Le SCC fournit actuellement aux détenus des trousse 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, le 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 ont été engagées entre le SCC et l'Agence de santé publique du Canada concernant la mise en place d'un éventuel projet pilote collaboratif 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 l'activité sexuelle, la consommation de drogues et d'éventuelles activités illégales. Il est important de mettre l'accent sur le caractère confidentiel de la relation entre les professionnels de la santé et les détenus pour permettre une réelle compréhension des risques d'ITS et d'autres maladies infectieuses par les patients.

## Antécédents

Il faut obtenir les antécédents sexuels complets (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).

Il est important de toujours se rappeler que l'identité sexuelle auto-déclarée n'est pas un facteur prédictif exact du comportement sexuel d'un individu<sup>8</sup>. Certains détenus qui se disent hétérosexuels peuvent avoir eu des relations sexuelles avec des personnes du même sexe (avant ou pendant l'incarcération). Le questionnaire sur les antécédents sexuels doit comprendre des questions sur l'activité sexuelle avec des personnes du même sexe et des personnes du sexe opposé. Des questions ouvertes peuvent être posées, comme celle-ci : « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux? » Pour davantage d'information sur ce sujet, voir le chapitre « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles 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 relations ano-génitales réceptives ou insertives;
- ∞ les relations oro-anales (anilingus);
- ∞ les activités sexuelles non protégées (oro-génitales, anales ou génitales);
- ∞ le partage de jouets sexuels;
- ∞ les relations anales-manuelles réceptives (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'utilisation de drogues injectables et la consommation 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 à cet égard (voir le chapitre « Consommation de substances psychoactives »).

## Dépistage

Le dépistage volontaire offert aux détenus nouvellement admis dans le système correctionnel représente peut-être l'une des meilleures occasions de dépistage et d'identification des infections prévalentes parmi les délinquants<sup>5</sup>. Depuis la mise en œuvre de tests non invasifs, comme les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) [p. ex., 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 disponible et acceptable<sup>5</sup>, mais des rapports isolés montrent que cela ne s'est pas traduit par des pourcentages accrus de détenus testés<sup>5</sup>. Cela peut s'expliquer par le peu d'empressement des détenus à

soumettre des échantillons d'urine. L'urine est généralement associée à la détection des drogues, ce que les détenus peuvent souhaiter cacher. Une description détaillée de la procédure de dépistage permettrait peut-être de surmonter cet obstacle.

Qu'il s'agisse de nouveaux détenus ou non, l'utilisation systématique des tests de dépistage aux détenus à risque est nécessaire<sup>5</sup>, surtout lorsque l'on sait que les ITS sont souvent asymptomatiques. Il est donc important de connaître les antécédents sexuels pour identifier les individus à risque (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »). Il a été démontré que les initiatives conjointes entre le système correctionnel, les représentants de la santé publique et les évaluateurs favorisaient une augmentation du dépistage des ITS chez les détenus<sup>15</sup>.

Il est essentiel d'offrir aux détenus le counselling pré-test et post-test, et ce, que les résultats des tests soient positifs ou négatifs, afin de bien répondre aux objectifs du counselling et du dépistage de santé publique : aider les individus non infectés à adopter et à maintenir des comportements susceptibles de réduire les risques d'infection, et aider les individus infectés à solliciter des soins médicaux et à éviter d'infecter d'autres personnes<sup>8</sup>.

D'après les résultats des antécédents et de l'évaluation des risques, le dépistage suivant devrait être envisagé pour les détenus et les délinquants :

- ∞ dépistage systématique des ITS sur tous les sites possibles d'infection : chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH et VHB (si le détenu n'a jamais été immunisé ou si on ne sait pas s'il est immuné);
- ∞ test de détection pour le virus Herpes simplex si des symptômes sont présents (voir le chapitre « Infections génitales au virus Herpes simplex »);
- ∞ sérologie pour le VHC : l'utilisation de drogues injectables, le tatouage et les pratiques sexuelles à risque élevé sont des comportements à risque associés à la transmission du VHC parmi la population carcérale<sup>6</sup>;
- ∞ avant la vaccination, vérifier l'immunité contre le VHA chez les patients présentant un risque avéré.

Pour plus d'information sur le dépistage chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes, voir le chapitre « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ».

L'examen du col utérin pour le dépistage de la dysplasie et (ou) l'infection par le virus du papillome humain (VPH) chez les détenues femmes devrait être envisagé en l'absence de dépistage avec résultat normal au cours de l'année précédente (voir le chapitre « Infections génitales au virus du papillome humain »).

## Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

En milieu correctionnel, le roulement et le transfert fréquents des délinquants entre différents établissements, en particulier lors de l'admission et dans le cas de certains détenus provisoires (ceux qui reviennent de libération conditionnelle), peuvent réduire le temps disponible pour diagnostiquer et traiter une ITS. Pour cette raison, il peut être pertinent de procéder au dépistage au moyen d'un test rapide au point de service.

Les échantillons d'urine sont généralement mieux acceptés que les prélèvements urétraux et cervicaux, qui sont de nature effractive, mais leur corrélation avec les contrôles antitroglue 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, le roulement et le transfert fréquents des délinquants entre différents établissements, en particulier lors de l'admission et dans le cas de certains détenus provisoires (ceux qui reviennent de libération conditionnelle), peuvent limiter le recours aux schémas de traitement de longue durée. Dans ces cas, la monothérapie pour le traitement des ITS est probablement plus appropriée.

## Déclaration des cas et notification aux partenaires

D'après une directive du SCC sur les mesures de la prévention de la transmission des infections, 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 diagnostiquées à l'échelle provinciale sont signalées à la direction régionale de santé publique.

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 contacts ou leurs comportements, lorsque ceux-ci pourront être jugés inappropriés, interdits ou stigmatisés. 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 individuels<sup>9</sup>.



## Suivi

Les détenus qui continuent de pratiquer des comportements à risque devraient être encouragés à subir des tests de dépistage des ITS de façon régulière. Il est important de continuer à mettre l'accent sur l'éducation et le counselling en matière de pratiques sexuelles à risques réduits et de réduction des méfaits.

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 devraient se soumettre au dépistage du col utérin de façon régulière pour la dysplasie et (ou) l'infection au VPH.

Il est important que les services correctionnels collaborent étroitement avec les autorités de la santé publique afin d'effectuer le suivi, lorsque c'est nécessaire, des détenus libérés dans la collectivité (orientation/déclaration à la santé publique des cas non traités 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, [en ligne]. [[www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b18/b18e\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b18/b18e_f.shtml)] (28 mars 2005).
4. Service correctionnel du Canada. « Les jeunes délinquants au Canada : Dernières tendances », Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 1998, [en ligne]. [[www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b22/b22e\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b22/b22e_f.shtml)] (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, [en ligne]. [[www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/fr.pdf](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/fr.pdf)] (28 mars 2005).
6. Skoretz, S., G. Zaniewski, N.J. Goedhuis. « Hepatitis C virus transmission in the prison/inmate population », *Canada Communicable Disease Report*, vol. 30, 2004, p. 141-148.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1993.

8. Organisation mondiale de la Santé. *HIV in prisons*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2001.
9. De P.N. Connor, F. Bouchard, D. Sutherland. « HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: a critical opportunity for care and prevention », *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 15, 2004, p. 221-225.
10. Service correctionnel du Canada, données non publiées, 2004.
11. Grinstead, O., D.W. Seal, R. Wolitski et coll. « HIV and STD testing in prisons: perspectives of in-prison service providers », *AIDS Education and Prevention*, vol. 15, 2003, p. 547-560.
12. OMS, ONUSIDA, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. « Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004.
13. MacGowan, R.J., A. Margolis, J. Gaiter et coll. « Predictors of risky sex of young men after release from prison », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 14, 2003, p. 519-523.
14. Service correctionnel du Canada. « Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone », Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada; 2003, [en ligne]. [[www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/francais/meth\\_guidelines\\_f.pdf](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/francais/meth_guidelines_f.pdf)] (28 mars 2005).
15. Jacob-Arriola, K.R., R.L. Braithwaite, S. Kennedy et coll. « A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails. » *Public Health Reports*, vol. 116, 2001, p. 520-529.