



Le point sur les maladies infectieuses

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

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les prisons : relever le défi

Dans le présent numéro de *Le point sur les maladies infectieuses*, nous abordons la question du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu carcéral au Canada. La XVI^e Conférence internationale sur le sida, qui s'est tenue à Toronto en août 2006, nous incite à faire le point sur notre situation actuelle et sur les objectifs que nous devons atteindre dans le cadre des programmes de prévention et de lutte des Services de santé du SCC. Le VIH est devenu l'un des problèmes de santé publique les plus complexes des 50 dernières années; le profil de risque socio-démographique particulier des détenus et la nature même de l'incarcération présentent des obstacles précis sur les plans de la prévention et du contrôle du VIH. Toutefois, le milieu carcéral offre également une possibilité unique d'intervention en santé publique auprès d'une population vulnérable qui, autrement, serait mal desservie et difficile à atteindre. Le succès à cet égard peut peut-être se mesurer par la manière dont le SCC a relevé le défi en exploitant les possibilités d'intervention.

Notre premier article met en relief les réalisations du Programme d'initiatives spéciales, soulignées par Mary Beth Pongrac lors d'une séance de présentation d'affiche à la conférence sur le sida. Cet article est suivi des comptes rendus de nombreux employés du SCC qui ont participé à la conférence et qui offrent leur point de vue sur l'événement et la manière dont il a influencé leurs perceptions du VIH et du rôle du SCC dans la lutte contre l'épidémie. Enfin, une enquête préliminaire sur le dépistage du VIH fondée sur des données pilotes est présentée et examinée dans le contexte des dernières estimations des taux de prévalence et d'incidence du VIH au Canada et des récentes demandes de modification des pratiques de dépistage aux États-Unis.

Programme d'initiatives spéciales : prévention du VIH par les détenus pour les détenus

Par Mary Beth Pongrac

Agente de projet sur le VIH, Programme national des maladies infectieuses

Le Programme d'initiatives spéciales permet aux détenus de présenter des propositions d'activités et de projets liés à la prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmises sexuellement (ITS), à l'intention des autres détenus. Le concept du Programme a été élaboré en 2002 par Nancy Connor, alors coordonnatrice du Programme national des maladies infectieuses, et aujourd'hui gestionnaire du projet du Module de la gestion de l'information sur la santé (MGIS) du SCC.

Vol. 5, n° 1
Hiver 2007

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les prisons : relever le défi.....1

Programme d'initiatives spéciales : prévention du VIH par les détenus pour les détenus1

Comptes rendus des intervenants de première ligne : expériences des employés du SCC à la Conférence internationale sur le sida de 2006, à Toronto3

Dépistage du VIH parmi les nouvelles admissions au SCC : résultats du projet pilote9

Estimations canadiennes révisées relatives au VIH et recommandations des CDC à l'égard du dépistage du VIH : conséquences pour le SCC10

Le point sur le Programme d'éducation et d'entraide par les pairs autochtones13

Les infections transmises sexuellement (ITS) au sein du SCC sont-elles sous-déclarées?13

Le VIH parmi les nouvelles admissions au SCC?14

Coin de la Recherche....15

Table des Matières



les digues dentaires, les lubrifiants, les produits de blanchiment pour le nettoyage de matériel de tatouage, de perçage corporel et d'injection et des traitements d'entretien à la méthadone.

Des tests volontaires de détection du VIH et de maladies infectieuses sont offerts à tous les détenus au moment de leur admission au sein d'un établissement; de plus, ces derniers ont accès à des tests tout au long de leur sentence. Les personnes qui obtiennent un résultat positif à un test de détection d'une maladie infectieuse ont accès à des traitements appropriés, y compris l'aiguillage vers des spécialistes de la collectivité.

En ce qui me concerne, la Conférence internationale sur le sida constituait une première, c'est-à-dire ma première participation à un événement qui réunissait des milliers de personnes du monde entier, quels que soient leur orientation sexuelle, la couleur de leur peau, leur pays d'origine, leur race, leur sexe, leur âge, leurs croyances religieuses, leur état sur le plan de l'infection ou leur langue, et ce, pour lutter contre une épidémie qui touche chacun d'entre nous. La contribution du SCC à cette lutte a enrichi d'autant plus mon expérience.

Comptes rendus des intervenants de première ligne : expériences des employés du SCC à la Conférence internationale sur le sida de 2006, à Toronto

Région de l'Atlantique

David Lewis, coordonnateur régional des maladies infectieuses

C'était la première fois que je participais à une conférence qui n'avait pas été organisée par le SCC. C'était aussi la première fois que j'avais l'occasion de participer à une conférence sur le sida. J'ai travaillé dans des établissements pendant 12 ans, mais même si j'avais acquis certaines connaissances sur les questions touchant le VIH en dehors des milieux correctionnels et que j'étais sensibilisé au problème, la conférence m'a réellement « ouvert les yeux ». J'ai été étonné par la diversité des sujets abordés et par les différents volets de la conférence. Il y en avait littéralement « pour tous les goûts ». Le VIH constituait le dénominateur commun. J'ai essayé de participer au plus grand nombre de séances possible et de toucher ainsi le plus grand nombre de sujets possible. Je suis diplômé en sciences; j'étais donc intéressé par les exposés scientifiques. Ceux-ci étaient beaucoup plus détaillés que ceux auxquels j'étais habitué, mais ils nous ramenaient souvent au tableau clinique. On ne saurait imaginer les ravages causés dans des pays comme le Lesotho, où 40 % de la population est infectée par le VIH. Même si la conférence portait sur le VIH, les autres volets du Programme national des maladies infectieuses du SCC, notamment le VHC, la tuberculose, les ITS, l'immunisation et la réduction des méfaits, ont été abordés. Les séances plénières étaient fantastiques.

J'ai été étonné, notamment, par l'absence de l'unité à laquelle je m'attendais. De nombreux groupes étaient représentés et semblaient « manœuvrer » pour se placer avantagusement. Leurs « manœuvres » se reflétaient

parmi les médias qui couvraient l'événement : selon ces derniers, par exemple, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) jugeaient qu'ils n'étaient pas suffisamment représentés à la conférence puisque, après tout, le VIH a touché tout d'abord les « gais ». Le dernier soir, j'ai participé à un forum sur les soins infirmiers; quelques-unes des personnes présentes ont déploré le fait qu'il s'agissait de la dernière séance prévue au programme et que l'on ne mettait pas suffisamment l'accent sur la contribution des infirmières à la lutte contre le VIH. Je crois que la clé de la solution à l'épidémie d'infection à VIH réside dans notre collaboration afin de changer les choses et de veiller à ce qu'aucun groupe ne soit laissé de côté.

J'ai vivement apprécié ma participation à la conférence. Cependant, si je devais choisir un point marquant, il s'agirait de la distribution de t-shirts et de la présentation de l'affiche représentant les initiatives spéciales. Les échanges avec toutes ces personnes et la possibilité de faire connaître la qualité du travail accompli par le SCC m'ont permis d'être fier de mon rôle au sein des Services de santé du SCC.

Ma participation à cette conférence m'a motivé à redoubler d'efforts dans l'exercice de mes fonctions à l'échelle de ma région, du SCC et de ma collectivité.

Région du Québec

Exposition de la courtepointe commémorative du sida

Hélène Racicot, coordonnatrice régionale des maladies infectieuses

Une fin d'après-midi, pendant une promenade sans but précis, je me suis retrouvée à l'entrée de la salle où était exposée, sous les auspices de Radio-Canada/CBC et du programme d'activités culturelles de la conférence, la courtepointe commémorative du sida. Comme je ne connaissais pas du tout ce projet, j'ai été captivée par l'exposition.

La courtepointe commémorative du sida est composée de panneaux fabriqués en hommage aux victimes du sida. Les panneaux sont assemblés par les proches, les parents et les amis des personnes décédées. Les panneaux contiennent des messages d'amour et de reconnaissance à la mémoire des victimes.

En parcourant les panneaux, j'ai ressenti l'amour, la souffrance, la fierté et les vies entières résumées sur un bout de tissu d'un mètre sur deux. Depuis le lancement du projet à

San Francisco, en 1987, la courtepointe a été exposée dans plus de 30 pays, dont le Canada en 1989.

Toutes ces créations sont originales. Les panneaux se distinguent des points de vue des couleurs et des matériaux; chacun est unique, à l'image de la personne dont il célèbre le souvenir. Évidemment, les panneaux ne révèlent pas nécessairement tous un talent artistique, mais ils m'ont tous touchée! Trop de noms et de visages sont aujourd'hui associés au sida.

Cette maladie nous prive non seulement de vies humaines, mais aussi d'amis et d'êtres chers.

Unissons nos efforts pour que la vie triomphe!
(Pour de plus amples renseignements, consultez les sites www.quilt.ca et www.quilt.org.)

Toronto : Le VIH et l'amitié

Diane Perreault, infirmière, Établissement de Joliette

En août, j'ai eu le privilège de participer à la Conférence internationale sur le sida, à Toronto. L'événement m'offrait une excellente occasion d'approfondir mes connaissances. J'ai assisté à de multiples ateliers, entendu de nombreux conférenciers et recueilli bon nombre de documents d'information que je conserve pour m'en servir plus tard. Par ailleurs, j'ai eu la chance incroyable de rencontrer des gens, de discuter avec eux et de partager des idées qui m'ont profondément émue et touchée. Je n'ai qu'à penser à l'accueil qui m'a été réservé à la Casey House, à la vigile au Yonge-Dundas Square et à la rencontre des grands-mères. Évidemment, cela m'a permis de rencontrer des collègues du Service correctionnel, avec qui j'ai pu « parler boutique » et discuter de nos expériences concernant les maladies infectieuses et le VIH.

Cependant, je garde un souvenir particulier de ma rencontre avec une merveilleuse infirmière du Burkina Faso et de son sourire chaleureux. Nous avons bavardé pendant une vingtaine de minutes, et j'ai alors eu l'envie soudaine de lui demander comment je pourrais aider les femmes de son pays.

Nous avons échangé nos adresses de courriel respectives et nous sommes quittées sur cette note. Quelques semaines plus tard, nous avons communiqué grâce à la magie d'Internet, et j'ai appris qu'elle présidait une association de femmes séropositives pour le VIH et qu'elle était elle-même séropositive. Je peux vous affirmer qu'elle affiche une détermination et un courage inébranlables qui m'ont énormément touchée. Une amitié sincère s'est établie entre nous depuis, et elle est devenue ma belle amie de ce magnifique pays du bout du monde. Nous nous écrivons régulièrement, et nous envisageons toujours la possibilité de créer un projet avec les détenus auprès desquels je travaille et ces femmes tellement démunies.

Cela résume bien les conséquences de cette expérience merveilleuse, qui laissera un souvenir indélébile dans nos cœurs et dans nos esprits.

Je tiens à remercier mon employeur de m'avoir permis de participer à cet événement unique. Je suis très fière d'y avoir assisté.

Région de l'Ontario

Conférence internationale sur le sida de 2006

Sue Groody, chef des Services de santé des établissements Fenbrook et Beaver Creek

Cathy Ball, infirmière spécialisée dans les maladies infectieuses, établissement à sécurité moyenne Fenbrook

Pat Jones, infirmière spécialisée dans les maladies infectieuses, établissement Beaver Creek

Il est difficile d'exprimer à quel point il est impressionnant de participer à une conférence de cette ampleur. Les expositions et les ateliers sont tellement nombreux que l'on a de la difficulté à planifier sa journée de manière à ne rien rater. À la fin d'une journée bien remplie, on reprend son programme et l'on prévoit ses activités du lendemain.

Le thème global de la conférence, « **Passons aux actes** », met en relief la nécessité de l'action et de l'imputabilité et souligne le fait que le gouvernement et les individus doivent tenir leurs promesses envers la population mondiale.

L'épidémie mondiale de VIH/sida perdure depuis 25 ans et, encore aujourd'hui, plus de quatre millions de personnes contractent le virus chaque année.

Plus de dix ans se sont écoulés depuis qu'un traitement permettant de sauver des vies a été mis sur le marché, et 95 % des personnes qui en ont besoin n'y ont pas accès ou y ont un accès limité.

L'Agence de santé publique du Canada estime que plus de 50 000 Canadiens sont infectés par le VIH, y compris les cas non déclarés. L'Ontario compte plus de 40 % des cas connus d'infection.

La conférence était axée sur les cinq défis-clés : accélérer la recherche pour enrayer l'épidémie; développer et soutenir les ressources humaines; intensifier l'engagement des individus et des communautés affectés; construire de nouveaux leaderships pour intensifier la lutte; et croissance : leçons du terrain. Chaque jour, la conférence mettait l'accent sur l'un de ces cinq défis, et toutes les activités touchaient le défi du jour, y compris les conférenciers, les présentations d'affiches et le village international.

Tout au long de la conférence, nous nous sommes concentrés sur le défi « croissance : leçons du terrain », car nous jugions que ce thème nous fournirait des renseignements que nous pourrions ramener au sein de notre établissement afin d'exercer nos fonctions plus efficacement.

PRÉVENTION

Programmes d'échange de seringues

Les résultats témoignent du bien-fondé des programmes d'échange de seringues. Partout dans le monde, on sait que la drogue entre dans les prisons et que c'est là que nombreux détenus commencent à s'injecter des drogues. Les personnes avec qui les détenus s'injectent des drogues

changent fréquemment, compte tenu des libérations et des nouvelles admissions. Les évaluations des prisons dotées d'un programme d'échange de seringues révèlent qu'il n'y a pas eu d'effets ni de répercussions néfastes sur la sécurité ou la sûreté au sein des établissements. Les seringues n'ont jamais été utilisées en guise d'armes; en outre, l'échange de seringues constitue la méthode la plus efficace de prévention de la transmission par le biais du partage de seringues souillées.

Programmes d'entretien à la méthadone

Les programmes d'entretien à la méthadone ont permis de réduire les taux de transmission du VIH et de l'hépatite virale. Les évaluations de ces programmes dans les prisons ont révélé des résultats positifs. Cependant, certains pays n'appuient toujours pas les programmes d'entretien à la méthadone.

Buprénorphine

La buprénorphine constitue une autre option en ce qui concerne le traitement de la toxicomanie. Cette option entraîne moins de stigmatisation; de plus, elle permet au patient d'avoir les idées plus claires, elle comporte moins de risques de surdose, et le sevrage est plus facile. Il a été prouvé que la buprénorphine était aussi efficace que la méthadone, à des doses de 20 à 60 mg, pour atténuer les symptômes de sevrage et réduire l'usage illicite d'opioïdes. Cependant, il faut poursuivre les recherches pour déterminer l'efficacité de la buprénorphine par rapport à celle de la méthadone à des doses supérieures à 60 mg. La buprénorphine coûte plus cher que la méthadone et est administrée sous la langue. Le traitement ne peut débuter qu'après le sevrage (au moins six heures après la dernière consommation d'opioïdes).

Préservatifs

Les préservatifs constituent un moyen sûr et efficace de prévenir la transmission des maladies infectieuses.

Il faut mener d'autres recherches pour évaluer dans quelle mesure les préservatifs pour femmes réduisent la transmission. Il y a lieu de souligner le nombre de pays où les préservatifs ne sont pas facilement accessibles. Bien des représentants de ces pays qui participaient à la conférence tentaient d'obtenir le plus de préservatifs possible pour les ramener chez eux.

Trousses de consommation à risques réduits de crack

Le programme de consommation à risques réduits de crack est un programme complet et viable de réduction des méfaits qui vise à réduire la transmission du VIH et du VHC. Il faut

mettre l'accent sur l'utilisation du matériel de consommation de crack par de nombreuses personnes. Très peu d'autorités sanitaires du Canada ont mis en œuvre une stratégie en vue d'appuyer les fumeurs de crack.

Coinfection par le bacille tuberculeux et le VIH

Quatorze milliards de personnes sont coinfectées par le VIH et le bacille tuberculeux dans le monde. Une personne atteinte de tuberculose peut transmettre l'infection à 20 autres personnes. Lorsqu'on ajoute le VIH à l'équation, le risque d'être atteint de tuberculose active est beaucoup plus élevé. Dans certains pays d'Afrique, une personne séropositive pour le VIH sur deux est également atteinte de tuberculose.

Des personnes meurent des suites de la tuberculose, bien qu'elles reçoivent un traitement antirétroviral hautement actif (HAART).

Il est essentiel de collaborer en milieu clinique et de mener des recherches afin de réduire la transmission de la tuberculose et la réactivation chez les personnes séropositives pour le VIH.

Défi pour les participants

Nous devons diagnostiquer les cas en faisant subir des tests de détection de la tuberculose à toutes les personnes infectées par le VIH à chaque visite du médecin. Nous devons être vigilants en ce qui concerne le diagnostic, la réduction de la réactivation par des médicaments et l'élimination du diagnostic de tuberculose active. Nous devons également régler le problème du faible taux de tests de détection dans les pays les plus durement touchés, étant donné que les régions à faible revenu affichent un taux élevé de prévalence de la tuberculose.

Défis liés au traitement de l'infection à VIH et de la tuberculose

L'un des problèmes est la mise en œuvre de la thérapie HAART chez une personne atteinte de tuberculose : tous les médicaments antituberculeux de première ligne doivent être métabolisés par le p-450 dans le foie, lequel est supprimé par la thérapie HAART. Le taux de mortalité par tuberculose augmente chez les personnes séropositives pour le VIH à cause de la réduction du nombre de lymphocytes T CD4⁺.

DÉTECTION DU VIH

Défi pour les participants

Nous devons aller plus loin et encourager les tests de détection. De nombreuses personnes sont séropositives et l'ignorent. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination liées à un résultat positif peut dissuader les gens de subir un test.

Défi pour les participants

Nous avons besoin de tests abordables et rapides qui ne nécessitent pas de prélèvement sanguin. De plus, nous devons réévaluer le modèle complet de counselling préalable

et postérieur aux tests. Le counselling exige souvent trop de temps et dissuade les personnes de se soumettre à des tests. Il faut discuter davantage des tests universels et des tests obligatoires.

PROGRAMMES DE MODIFICATION DES COMPORTEMENTS

Défi pour les participants

Des programmes encouragent le report des relations sexuelles parmi les jeunes et incitent ces derniers à éviter les relations simultanées multiples. Il faut accroître l'éducation en ce qui concerne la sélection fondée sur la séropositivité (choix des partenaires sexuels en fonction de leur statut à l'égard du VIH) au sein des communautés gaies.

RECHERCHE SUR LA PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH

Circoncision des hommes

Des études révèlent que les taux d'infection à VIH sont moins élevés parmi les hommes circoncis. Les pays qui affichent des taux élevés de circoncision présentent des taux plus faibles d'infection par le VIH.

Des études menées en Afrique du Sud démontrent que les hommes circoncis sont moins susceptibles dans une proportion de 60 % de contracter le VIH par l'intermédiaire de leurs partenaires féminines. On croit que cette méthode de protection est efficace en raison de l'enlèvement des cellules du prépuce que cible le VIH. Cette forme de protection pose des problèmes liés aux préoccupations touchant la sécurité et le caractère éthique de la circoncision, de même qu'à des questions d'ordre culturel et religieux.

Barrières cervicales

Les barrières cervicales protègent les femmes contre l'infection à VIH et d'autres infections transmises sexuellement. On croit que les voies génitales supérieures seraient plus vulnérables au VIH. Un essai d'efficacité mené en Afrique du Sud et au Zimbabwe sera bientôt terminé. Les obstacles à la recherche sont l'absence de marqueurs de protection, l'observance, la grossesse, le taux de rétention, les coûts, les questions éthiques et les obligations en matière de soins.

PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION

Un essai d'efficacité en cours au Botswana, au Pérou et en Thaïlande prendra fin en 2008. De nombreuses questions demeurent sans réponse en ce qui concerne cette forme de prévention. Entraînera-t-elle une résistance du virus? Quel est le degré d'observance requis? Serait-il acceptable que des personnes, autrement en santé, prennent des médicaments de façon constante à des fins de protection? Existerait-il un risque d'abus de la prophylaxie pré-exposition parmi les personnes qui refusent d'utiliser des préservatifs?

ÉLIMINATION DE L'HERPÈS

L'herpès touche jusqu'à 70 % de la population de certaines régions de l'Afrique subsaharienne. L'herpès triple le risque de contracter et de transmettre le VIH. Des essais sur l'acyclovir sont en cours en Afrique, en Amérique latine et aux États-Unis; les résultats seront connus en 2007-2008.

MICROBICIDES

Les microbicides ont été l'un des moyens de prévention dont on a le plus parlé lors de la conférence. Un microbicide est un produit topique sous forme de gel ou de crème que l'on applique dans le vagin ou le rectum afin de se protéger contre le VIH. Cinq microbicides vaginaux de première génération en sont aux étapes finales d'essais cliniques, et les résultats sont attendus en 2008.

Les défis liés aux microbicides ont trait au fait qu'ils constituent une méthode proposée par la femme et que de nombreuses femmes sont soumises à l'homme et craignent de subir la violence de leur partenaire si ce dernier n'accepte pas d'utiliser des microbicides. De plus, il existe de nombreux inconvénients structurels et culturels pour les femmes.

Microbicides rectaux

La recherche démarre à l'heure actuelle en ce qui concerne les microbicides rectaux. Les milieux gais exercent des pressions pour faire avancer les recherches dans ce secteur.

RECHERCHE SUR LES VACCINS ANTI-VIH

La phase initiale de la recherche sur les vaccins anti-VIH remonte à 1987. Quatre-vingt-cinq vaccins potentiels ont fait l'objet d'essais sur des humains, et aucun ne s'est révélé efficace à ce jour. La recherche d'un vaccin se poursuit grâce au don de 300 millions de dollars versé par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Il reste encore beaucoup à faire avant que l'on ne découvre un vaccin contre le VIH.

ÉPIDÉMIE D'HÉPATITE C

Deux cent millions de personnes sont atteintes d'une infection chronique à VHC dans le monde.

Région des Prairies

Michelle Beyko, coordonnatrice régionale des maladies infectieuses

La XVI^e Conférence internationale sur le sida constituait un vaste forum multiculturel axé sur l'éducation, la défense d'intérêts, le réseautage et la recherche. J'ai participé à des conférences internationales dans le passé, mais jamais à des manifestations d'une telle ampleur. La semaine a été remplie de faits des plus mémorables, notamment les allocutions de Bill Clinton, de Bill et Melinda Gates et de Stephen Lewis. La conférence nous a non seulement permis d'approfondir nos connaissances sur le processus morbide et les traitements, mais elle nous a également

Chaque année, de trois à quatre millions de nouveaux cas s'ajoutent au nombre de personnes infectées. On prévoit que le taux de mortalité triplera au cours des deux prochaines décennies.

Coinfection par le VIH et le virus de l'hépatite C

Le VIH accélère l'évolution de l'hépatite C et accroît les pathologies du foie. Les personnes coinfectées sont plus susceptibles de développer une maladie terminale du foie. Globalement, le taux de réponse virale soutenue (RVS) après le traitement des personnes coinfectées n'est que de 27 à 40 %, mais le traitement ralentit au moins l'évolution de la maladie en cancer du foie. On recommande de traiter les personnes coinfectées.

Défis liés au traitement des personnes coinfectées

Il s'agit souvent de personnes marginalisées qui ont de la difficulté à obtenir un traitement en raison du coût global du traitement de la coinfection. Aux coûts s'ajoutent les effets secondaires du traitement antirétroviral combiné au traitement contre l'hépatite C.

Comme vous pouvez le constater, de nombreux sujets ont été abordés, et c'était un immense privilège de pouvoir participer à ce grand événement éducatif. Nos comptes rendus ne font qu'effleurer une partie de nos expériences à la conférence. Voici, en conclusion, quelques faits intéressants dégagés de la rencontre :

- Les femmes représentent environ la moitié des personnes qui vivent avec le VIH dans le monde.
- Souvent, les femmes n'ont pas le pouvoir social ou financier qui leur permettrait de refuser les relations sexuelles ou de négocier l'utilisation d'un préservatif.
- En Inde, certains hommes croient que le fait d'avoir des relations sexuelles avec une vierge protège contre la transmission du VIH, ce qui se solde par une incidence élevée du viol parmi les jeunes filles.
- Les travailleuses du sexe nigérianes utilisent couramment du jus de limette très concentré administré par voie vaginale pour prévenir l'infection à VIH, les ITS ou la grossesse. Des études ont révélé que cette méthode était inefficace.

permis de mieux comprendre les obstacles mondiaux à la lutte contre ce fléau. J'ai quitté la conférence en reconnaissant davantage la valeur du système de santé canadien et de l'accessibilité des soins et des traitements.

J'ai participé au plus grand nombre possible de séances qui traitaient du VIH/sida dans les prisons. J'ai été particulièrement heureuse d'apprendre que l'OMS reconnaît que le VIH/sida constitue un problème mondial en milieu carcéral et qu'elle a élaboré un document intitulé *HIV/AIDS*

Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings, qui fournit un cadre afin de régler ce problème planétaire. Non seulement le taux d'infection par le VIH est-il plus élevé dans les prisons canadiennes que dans la population générale, mais ce problème est devenu un phénomène commun dans le monde entier. Comme chacun sait, l'infection est souvent accompagnée d'un taux élevé d'autres maladies infectieuses, notamment l'hépatite et la tuberculose, et est exacerbée par ces maladies. À l'échelle internationale, les taux élevés d'infection par le VIH dans les prisons sont illustrés par deux scénarios principaux.

Le premier scénario concerne les pays qui affichent un taux élevé d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogues par injection, dont bon nombre passent du temps en prison et dont certains continuent de s'injecter des drogues pendant leur incarcération. Dans ces pays, y compris au Canada, les taux élevés d'infection par le VIH et le VHC sont principalement liés au partage de matériel d'injection à l'extérieur et à l'intérieur des prisons. Cependant, la situation est très différente dans les pays d'Afrique, par exemple, qui affichent des taux élevés d'infection par le VIH dans l'ensemble de la population, et où les taux d'infection découlent principalement de pratiques hétérosexuelles à risque. Là-bas, les taux élevés d'infection à VIH chez les détenus sont liés à des taux élevés d'infection dans la population en général. La transmission continue du VIH dans les prisons de ces pays est liée, en particulier, aux rapports sexuels (principalement entre hommes), de même qu'aux pratiques médicales à risque, plutôt qu'à l'injection de drogues.

J'ai toujours été fascinée par les progrès de la recherche, et le secteur de la prévention de l'infection à VIH/sida ne fait pas exception. La mise au point d'un vaccin anti-VIH constitue le but ultime de la recherche sur le VIH/sida. Le principal problème à cet égard est lié au fait que le VIH mute rapidement dans l'organisme et que le vaccin doit stimuler divers anticorps dirigés contre la protéine de surface du virus, de manière que celui-ci ne puisse pas

Région du Pacifique

Diane Thiessen, coordonnatrice régionale intérimaire des maladies infectieuses

J'avais tendance à aborder l'information et les questions traitées durant la conférence sur le sida de 2006 d'un point de vue féministe, compte tenu de mes fonctions de chef des Services de santé d'un établissement pour femmes. J'ai constaté que de nombreuses stratégies actuelles, de même que celles qui se profilent à l'horizon, notamment les microbicides, dépendaient d'une utilisation constante et appropriée de la part des femmes. Mon expérience auprès des femmes à risque m'a appris que ces dernières sont souvent désavantagées lorsqu'il s'agit de négocier des pratiques sexuelles plus sûres. Elles sont souvent très démunies financièrement, et cela influe sur ce qu'elles feront ou ne feront pas. Mais surtout, de nombreuses femmes n'ont pas acquis l'estime de soi et les compétences nécessaires pour adopter une position ferme

muter. Bien que la mise au point d'un vaccin soit une tâche difficile, certains s'y attaquent.

Parmi les autres initiatives plus fructueuses visant à réduire les risques liés à l'exposition au VIH/sida, notons la mise au point actuelle d'une prophylaxie pré-exposition. Ce traitement a déjà fait ses preuves dans le cadre d'études sur les animaux et a permis d'atteindre une concentration élevée de médicaments dans les voies génitales mâles et femelles, sans effets indésirables. Des essais sont en cours sur des sujets humains. Le principal inconvénient tient au fait que les personnes devront suivre le traitement quotidiennement jusqu'à ce qu'elles abandonnent les comportements qui les exposent à un risque de contracter le VIH. On s'attend à ce que le traitement prophylactique pré-exposition ne soit pas totalement efficace et ne soit utilisé que comme complément à l'usage de préservatifs.

De plus, on craint que les personnes considèrent les médicaments comme étant plus efficaces qu'ils ne le sont vraiment et qu'elles n'utilisent pas de préservatifs.

Un autre progrès a trait à la mise au point de microbicides vaginaux. Il s'agit de gels insérés dans le vagin une heure avant les relations sexuelles. On considère ces produits comme une percée importante dans les pays d'Afrique, où, souvent, les femmes ne sont pas en mesure de négocier des pratiques sexuelles sans risque et n'ont aucun autre moyen de se protéger. Enfin, à mon étonnement, j'ai appris que la circoncision des hommes avait une incidence considérable sur la réduction du risque de transmission du VIH/sida.

Dans l'ensemble, la conférence m'a permis d'acquérir des connaissances très utiles, et je remercie le SCC de m'avoir offert la possibilité de participer à cet événement exceptionnel.

sur cette question. Au SCC, nous communiquons aux femmes des renseignements théoriques sur le VIH/sida, et elles acquièrent ainsi les connaissances requises pour prévenir la propagation de la maladie. Malheureusement, l'application de ces connaissances exige des habiletés qu'elles ne possèdent pas. Il s'agit essentiellement d'un déséquilibre du pouvoir qui persiste depuis de nombreuses générations. L'autre question qui m'a beaucoup frappée est le lien très étroit entre la tuberculose et le VIH/sida. Nous sommes portés à dissocier ces deux problèmes, de sorte qu'on perd de vue la tuberculose en raison du « battage médiatique » dont le VIH/sida fait l'objet. Compte tenu de la relation étroite entre les deux et des risques majeurs, j'ai commencé à considérer la tuberculose comme une menace tout aussi importante pour notre population que le VIH/sida.

Je ne peux m'empêcher de me demander si nous ne pourrions pas consacrer une partie de nos ressources affectées au VIH/sida à une stratégie plus énergique à l'égard de la tuberculose.

C'était très impressionnant de participer à une manifestation internationale de cette envergure. Il est fort possible que jamais plus au cours de ma carrière un événement d'une telle ampleur n'ait lieu au Canada. Je remercie le SCC de m'avoir permis d'y prendre part.

Dépistage du VIH parmi les nouvelles admissions au SCC : résultats du projet pilote

Par Jonathan Smith

Épidémiologiste, Programme national des maladies infectieuses

En 2004, les Services de santé ont mené un projet pilote afin de mettre à l'essai trois nouveaux formulaires pour la surveillance et le dépistage des infections à diffusion hémotogène et des infections transmises sexuellement. Ces formulaires visaient un objectif triple : premièrement, fournir un mécanisme en vue d'une mise en œuvre plus régulière des obligations décrites dans la DC 821 et dans les lignes directrices sur le dépistage des infections transmises sexuellement; deuxièmement, fournir des données sur la surveillance afin d'éclairer et d'orienter les politiques, les programmes et les initiatives de réduction des méfaits des Services de santé; et, troisièmement, fournir un mécanisme d'évaluation des interventions en santé publique.

Par le biais des questionnaires de dépistage révisés, les détenus devaient répondre à un certain nombre de questions concernant leur mode de vie et d'autres facteurs de risque. Ces questions devaient permettre aux infirmières spécialisées dans les maladies infectieuses de recommander les tests appropriés et, surtout, d'offrir du counselling et de l'information aux détenus sur la manière de se protéger eux-mêmes et de protéger les autres contre l'infection.

Un total de 888 hommes nouvellement admis ont participé au projet pilote entre février et décembre 2004 dans les cinq régions du SCC, ce qui représentait les deux tiers des personnes admissibles au projet. En fait, les participants provenaient en majeure partie de deux établissements, c'est-à-dire l'Unité d'évaluation de l'établissement Millhaven (Ontario) et le Centre régional de réception (Québec).

Près des deux tiers des 888 nouveaux détenus ont déclaré porter un tatouage. Trente-huit pour cent (38 %) d'entre eux ont affirmé qu'ils avaient été tatoués pendant leur incarcération. Environ le quart, soit 26,2 %, avaient un perçage corporel (y compris aux oreilles), et 9 % d'entre eux avaient subi la procédure pendant qu'ils étaient incarcérés. En ce qui concerne la consommation de drogues, 44,8 % ont déclaré avoir déjà pris des drogues par voie nasale (dont 7 % pendant l'incarcération), et 21,5 % s'étaient déjà injectés des drogues (dont 3 % pendant l'incarcération).

La plupart des détenus étaient sexuellement actifs. Par exemple, 89 % ont déclaré avoir des relations sexuelles avec une femme (nombre médian de partenaires : 4); 61 % avaient eu des relations sexuelles occasionnelles sans protection, et 12 % ont affirmé qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec une personne qui s'injectait des drogues. Seize pour cent (16 %) ont affirmé qu'ils avaient eu des relations avec un travailleur de l'industrie du sexe, et 2 % ont déclaré qu'ils avaient eux-mêmes été des travailleurs du sexe. De plus, 4 % ont affirmé qu'ils avaient eu des relations sexuelles avec un homme.

Si nous prenons en compte les « contacts hétérosexuels à risque élevé » (relations sexuelles occasionnelles sans protection, relations sexuelles avec un utilisateur de drogues par injection et contact avec des travailleurs du sexe ou d'autres partenaires sexuels très à risque), ces données s'appliqueraient à 64 % du nombre total de nouvelles admissions. Si nous ajoutons les UDI et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), le pourcentage de nouveaux détenus présentant des facteurs de risque et qui devraient subir un test de dépistage atteint 70 %.

En fait, 77 % des détenus nouvellement admis ont subi un test de dépistage du VIH. Lorsque nous répartissons les chiffres par facteur de risque, nous obtenons 79 % d'UDI, 82 % de personnes ayant eu des rapports hétérosexuels à risque élevé, 80 % de personnes tatouées et 81 % de personnes ayant consommé des drogues par voie nasale. Ces résultats révèlent que bien que les détenus présentant des facteurs de risque définis fassent l'objet d'un dépistage, ceux qui présentaient un facteur de risque n'ont pas tous subi un test de dépistage. Parmi les personnes considérées comme étant « à risque élevé », 82 % ont passé un test. Il faut toutefois faire preuve de réserve, puisque les données recueillies ne permettent pas d'établir avec précision si les détenus avaient récemment subi un test (p. ex. dans la collectivité ou dans un établissement provincial). L'absence de test récent ne révèle pas en soi l'absence de dépistage; de plus, un test de suivi était peut-être prévu dans les six mois si un facteur de risque avait été repéré dans la période de séroconversion. En outre, les détenus avaient peut-être refusé les tests recommandés.

Dans l'ensemble, on a dépisté le VIH chez cinq détenus. Deux d'entre eux connaissaient déjà leur état; dans deux autres cas, il s'agissait d'un nouveau diagnostic; et les antécédents du cinquième cas n'étaient pas connus. Ces résultats sont conformes à d'autres données de surveillance du SCC qui donnent à croire que la plupart des détenus du SCC infectés par le VIH sont au courant de leur état lorsqu'ils sont admis, ou reçoivent un diagnostic au moment de leur admission par suite du dépistage actif mené dans les unités d'admission du SCC. Bien que les chiffres soient trop petits pour fournir des statistiques significatives, il est à noter que quatre des cinq détenus en question avaient déjà utilisé des drogues par injection, tous étaient tatoués et deux avaient déjà consommé des drogues par voie nasale. De plus, les cinq ont affirmé avoir eu des rapports hétérosexuels à risque élevé.

La coinfection semble également constituer un problème important du point de vue des détenus. Par exemple, trois des cinq détenus infectés par le VIH étaient également séropositifs pour le VHC, un présentait des signes d'infection à VHB

(réponse anamnétique à l'égard du vaccin contre le VHB), deux présentaient une immunité contre le VHA et un était atteint de gonorrhée. Ces données sont non seulement importantes du point de vue de la prise en charge clinique, mais elles donnent à croire que le dépistage de diverses infections devrait constituer une pratique courante au sein du SCC.

Ces données fournissent des renseignements très utiles au SCC. Il est encourageant de constater cette forte participation au dépistage parmi les nouvelles admissions. De toute évidence, les infirmières du SCC font preuve d'un grand professionnalisme durant les évaluations de dépistage et réussissent à établir une relation de confiance avec les détenus. En outre, compte tenu du risque élevé que représentent les nouvelles admissions dans les établissements correctionnels fédéraux, il y a lieu de maintenir la vigilance à l'égard du dépistage, du counselling, de la prévention et de la réduction des méfaits.

Estimations canadiennes révisées relatives au VIH et recommandations des CDC à l'égard du dépistage du VIH : conséquences pour le SCC

Par Jonathan Smith

Épidémiologiste, Programme national des maladies infectieuses

Selon les plus récentes estimations de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) en ce qui concerne le VIH, à la fin de 2005, le nombre de Canadiens vivant avec le VIH (nombre total de cas) s'élevait à 58 000 (de 48 000 à 68 000), ce qui représente une augmentation de 16 % par rapport aux estimations de 2002 (1). Le nombre total d'infections à VIH attribuables à l'injection de drogues atteignait 9 860 (de 7 800 à 12 000), une augmentation par rapport aux 8 900 cas de 2002. De même, en 2005, le nombre estimatif total d'infections à VIH liées au risque hétérosexuel s'élevait à 8 620 (de 6 600 à 10 600), comparativement à 6 950, en 2002.

L'ASPC estimait qu'en 2005 le nombre de nouvelles infections se situait entre 2 300 et 4 500, alors qu'il se situait entre 2 100 et 4 000 en 2002. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) continuaient de représenter le pourcentage le plus élevé de nouvelles infections, c'est-à-dire 45 % en 2005 et 42 % en 2002. Certaines tendances intéressantes ont été observées parmi les autres catégories d'exposition. En 2005, le nombre estimatif de nouvelles infections dans la catégorie des UDI se situait entre 350 et 650 (soit 14 % des nouvelles infections). Chez les personnes non originaires de pays où le VIH est endémique, le nombre estimatif de nouvelles infections attribuables à l'exposition hétérosexuelle se situait entre 550 et 950 (21 % des nouveaux cas) en 2005, comparativement aux chiffres de 2002, c'est-à-dire entre 450 et 850 (21 % des nouvelles infections) (1).

Selon l'ASPC, à la fin de 2005, environ 15 800 personnes ignoraient qu'elles étaient infectées par le VIH, ce qui représente 27 % du nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH en 2005 (1). Toutefois, l'information décrivant ce groupe est limitée. Une étude de Geduld et coll. a révélé qu'au Canada, les cas d'infection à VIH qui évoluent en sida peu après le diagnostic d'infection sont plus nombreux à appartenir à un groupe ethnique autre que les Blancs et à avoir été infectés par d'autres voies que les relations homosexuelles entre hommes et l'injection de drogues (2). Comme la période de latence du sida est d'environ dix ans, ces données donnent à croire que certaines personnes peuvent être atteintes d'une infection occulte par le VIH pendant un certain temps et pourraient transmettre le virus à leurs partenaires sexuels.

Des études antérieures sur la séroprévalence parmi les détenus incarcérés dans des établissements provinciaux ont révélé qu'une proportion alarmante de détenus ignoraient être séropositifs pour le VIH : 60 % en C.-B. en 1992 (3) et 40 % au Québec en 1994 (4). Plus récemment, des études menées auprès des détenus incarcérés dans des établissements provinciaux ont indiqué qu'un pourcentage tout aussi alarmant de ces derniers ignoraient également leur état : 35 % en Ontario en 2004 (5) et 15 % au Québec (6). L'ignorance de son état peut être attribué à plusieurs raisons, dont chacune a une incidence sur la santé publique. Certains ne se jugent peut-être pas à risque et peuvent continuer de transmettre leur infection sans le

savoir et sans comprendre la nature des risques. D'autres peuvent comprendre les risques, mais simplement craindre de connaître le diagnostic, et donc ne pas subir de test.

La situation est semblable aux États-Unis. Mis à part les différences en ce qui concerne les critères diagnostiques du sida (aux États-Unis, les critères comportent une numération des CD4⁺ inférieure à 200; aucun critère lié aux CD4⁺ n'est appliqué au Canada), environ 25 % des Américains séropositifs pour le VIH ignorent leur état. De plus, en 2004, 39 % des personnes ont fait l'objet d'un diagnostic de sida un an après avoir reçu un diagnostic d'infection à VIH (7). Ces données ont incité certains intervenants des États-Unis, y compris le commissaire à la santé de la ville de New York, M. Thomas Friedman, à demander le dépistage systématique du VIH et l'abolition du counselling pré- et post-test et du consentement préalable (8). Le dépistage du VIH deviendrait un élément régulier de l'examen médical, mais pourrait être refusé, comme dans le cas des tests de dépistage prénatal effectués dans la plupart des provinces et des territoires du Canada. En effet, le test de dépistage du VIH est obligatoire dans plusieurs états du système correctionnels des États-Unis y compris New York, Texas et la Floride.

Lorsque le dépistage universel a été intégré aux stratégies de prévention, la transmission du VIH a pratiquement été éliminée. Par exemple, le dépistage dans les dons de sang a presque éliminé la transmission du virus par transfusion sanguine; le dépistage du VIH chez les femmes enceintes a donné un résultat semblable sur le plan de la transmission verticale du VIH. Ces réussites contrastent avec l'incapacité à prévenir la transmission sexuelle du VIH au Canada et aux États-Unis (7, 1). Aux États-Unis le pourcentage de cas de sida liés à la transmission hétérosexuelle a augmenté de 256 % entre 1989 et 1999 (9).

Des lignes directrices antérieures des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de la US Preventative Services Task Force recommandaient le counselling et le dépistage systématiques pour toutes les personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH, ainsi que dans les milieux de soins actifs où le taux de prévalence du VIH était égal ou supérieur à 1 %. Ces lignes directrices étaient difficiles à mettre en œuvre, en partie parce que les dispensateurs de soins étaient trop occupés pour évaluer les risques et que bon nombre jugeaient que l'évaluation des risques en soi posait un obstacle à la participation au dépistage.

Le nombre de personnes qui passaient un test de détection du VIH dans les établissements de soins actifs des États-Unis demeurait peu élevé. Par exemple, un sondage réalisé auprès d'urgentologues a révélé que même si ces derniers traitaient en moyenne, chaque semaine, 13 personnes atteintes d'une ITS suffisamment grave pour les conduire à l'urgence, 10 % seulement de ces médecins encourageaient ces personnes à subir un test de détection du VIH. Il est à noter que dans les services d'urgence qui ont mis en place le dépistage systématique du VIH, le taux de prévalence varie de 2 à 7 %, ce qui est supérieur au taux des cliniques de counselling pour le

VIH (1.5 %) ou des cliniques d'ITS (2 %) (7).

En septembre 2006, les CDC ont donc publié des recommandations révisées concernant le dépistage du VIH chez les adultes de 18 à 64 ans (7), recommandations qui s'appliquent aux établissements de soins des services correctionnels et qui englobent les mesures suivantes :

- «...mettre en œuvre des mesures de dépistage [avec possibilité de non-participation], à moins que la prévalence documentée des infections non diagnostiquées soit < 0.1 % . »
- « En l'absence de données relatives à la prévalence du VIH, les dispensateurs de soins de santé devraient offrir des tests volontaires de dépistage du VIH jusqu'à ce qu'ils aient établi que le taux de séropositivité est inférieur à 1 pour 1 000 tests, auquel cas le dépistage n'est plus justifié. »
- « Tous les malades qui amorcent un traitement contre la tuberculose devraient subir un test de dépistage du VIH. »
- « Tous les malades qui veulent recevoir un traitement contre une ITS, y compris les patients des cliniques d'ITS, devraient passer un test de dépistage du VIH. »

Au SCC, le dépistage de l'infection à VIH (et d'autres maladies infectieuses, dont l'infection à VHC, les ITS et la tuberculose) est effectué conformément à la Directive du commissaire 821. Plus particulièrement, la DC 821 prescrit la mesure suivante :

- « L'évaluation des comportements à risque et le dépistage des maladies infectieuses par le biais d'un questionnaire et d'un examen physique doivent être faits lors de l'admission de tous les détenus, puis répétés régulièrement au cours de leur incarcération. »

On peut interpréter que la DC 821 prévoit une politique de refus de participer au dépistage du VIH dans le cas des nouvelles admissions. En effet, tous les détenus nouvellement admis font l'objet d'un dépistage au cours du processus d'évaluation initiale, et selon les données du projet pilote présentées antérieurement, il semble que de nombreux détenus présentent des facteurs de risque – facteurs de risque multiples dans de nombreux cas – et qu'ils acceptent de se soumettre au dépistage. Toutefois, comme c'est le cas dans la collectivité, rien n'empêche un détenu de ne pas divulguer le risque qu'il présente et de refuser de se soumettre au dépistage du VIH.

Le dépistage du VIH n'est pas obligatoire dans les pénitenciers fédéraux du Canada et comporte du counselling préalable et postérieur au test. (Le protocole de counselling a récemment été révisé de manière à englober du counselling pour d'autres maladies infectieuses, y compris l'hépatite virale et les ITS). Les données de surveillance révèlent que le nombre de tests de dépistage du VIH effectués parmi les nouvelles admissions a augmenté depuis 2000, atteignant 2 418 en 2005, ce qui représente 58 % des admissions de cette année-là (tableau 1, section sur la surveillance). On peut déterminer le rendement

diagnostique en divisant le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH parmi les nouvelles admissions par le nombre de tests de dépistage effectués dans ce groupe. Entre 2000 et 2005, le rendement est passé de 1.4/1 000 (2004) à 15.3/1 000 (2000); dans l'ensemble, on obtient un rendement moyen de 6.0 nouveaux cas pour 1 000 tests parmi les nouveaux détenus du SCC (figure 1, section sur la surveillance).

Au SCC, on évalue que la prévalence globale de l'infection à VIH parmi les nouvelles admissions atteignait 2.97 % en 2004 et 2.76 % en 2005 (SSMI-SCC, données préliminaires inédites – voir la figure 2, surveillance). Ces données sont fondées sur la combinaison du nombre de détenus dont on sait déjà qu'ils étaient séropositifs pour le VIH au moment de l'admission et du nombre de nouveaux diagnostics d'infection.

Les lignes directrices révisées des CDC comportent également les recommandations suivantes en ce qui concerne les tests de suivi :

- « Les dispensateurs de soins de santé devraient par la suite faire passer, au moins une fois par année, un test à toutes les personnes susceptibles d'être à risque élevé. Ce sont les utilisateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels, les personnes qui échangent des faveurs sexuelles contre de l'argent ou des drogues, les partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH et les HRSH ou les personnes hétérosexuelles qui ont eu, ou dont les partenaires sexuels ont eu, plus d'un partenaire sexuel depuis leur dernier test de dépistage du VIH. »
- « Les tests de dépistage répétés chez les personnes qui ne sont pas susceptibles d'être à risque élevé devraient être effectués selon l'évaluation clinique. »

À l'heure actuelle, le SCC ne possède pas de politique en ce qui concerne les tests de suivi pour le VIH. Les détenus peuvent demander un test de dépistage en tout temps au cours de leur incarcération. De plus, une ou deux campagnes de dépistage ont lieu chaque année dans certains établissements et coïncident parfois avec des campagnes de sensibilisation à la santé, par exemple des foires sur la santé.

En 2005, 3 688 détenus appartenant à la population générale ont subi un test de dépistage du VIH pendant leur incarcération (voir le tableau 1, section sur la surveillance).

Au Canada, les initiatives axées sur la prévention et le contrôle pourraient contribuer à la réduction continue de l'incidence de l'infection. L'épidémie, qui, auparavant, touchait principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, frappe maintenant de plus en plus les hétérosexuels et les utilisateurs de drogues par injection. La nature de l'incarcération au Canada entraîne une « concentration » des risques dans la population de détenus, particulièrement en ce qui concerne l'injection de drogues et les rapports sexuels à risque élevé.

La prévention et le contrôle du VIH dans les pénitenciers fédéraux canadiens constituent depuis longtemps l'un des objectifs des Services de santé du SCC, et englobent le dépistage, le counselling, l'éducation et le traitement. Toutefois, à la lumière des nouvelles recommandations des CDC, il serait peut-être avantageux d'examiner le programme de dépistage en vue de la mise en œuvre d'un programme à « option de non-participation ». Cette approche est conforme aux directives d'orientation en vigueur; de plus, elle est justifiée, compte tenu du taux élevé de prévalence et du profil à risque élevé des détenus.

Références

- 1 *Boulos et coll. Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)* 1^{er} août 2006; 32(15):165-173
- 2 *Geduld : XIV^e Conférence internationale sur le sida, juillet 2002*
- 3 *Rothon; Association médicale canadienne J* 1994; 151(6):781-787
- 4 *Dufour; AIDS* 1996; 10:1009-1015
- 5 *Calzavara; 96^e conférence de l'ACSP, septembre 2005*
- 6 *Lambert; 96^e conférence de l'ACSP, septembre 2005*
- 7 *Mortality and Morbidity Weekly Report, 22 septembre 2006; 55(RR-14)*
- 8 *Bayer; N Engl J Med* 355;7: 647-649
- 9 *Beckwith et coll; Clin Infect Dis* 2005;40 (1^{er} avril):1037-40

Le point sur le Programme d'éducation et d'entraide par les pairs autochtones

par **Gil Carriere**

Coordonnateur de la santé chez les Autochtones, Programme national des maladies infectieuses

Le Programme d'éducation et d'entraide par les pairs autochtones (PEEPA), un programme sur les maladies infectieuses, offre de la formation aux détenus des Premières nations, inuits et métis pour qu'ils jouent un rôle de soutien et d'éducation auprès de leurs pairs. Le programme de formation est offert par le coordonnateur régional de la santé chez les Autochtones, avec l'appui d'une infirmière et d'organismes communautaires. À la fin de la formation, le coordonnateur régional de la santé chez les Autochtones, un aîné, un agent de liaison autochtone et d'autres membres du personnel désignent le coordonnateur institutionnel du PEEPA et des bénévoles, qui formeront un comité chargé du mieux-être des détenus autochtones.

Le comité du mieux-être se réunit régulièrement pour planifier et offrir des séances d'information et d'éducation aux détenus. De plus, le coordonnateur du PEEPA offre aux détenus des séances individuelles pour les questions plus

privées et confidentielles. L'un des défis du programme, selon le coordonnateur de la santé chez les Autochtones de la région des Prairies, Curtis Charney, consiste à offrir aux membres du comité du mieux-être de la formation continue sur la réduction des méfaits, la promotion des tests, les comportements à risque et les dernières connaissances sur les maladies infectieuses. Les cinq régions signalent des progrès dans la mise en œuvre du programme PEEPA.

Participation des aînés:

Le point fort du programme PEEPA est le leadership culturel et spirituel assuré par les aînés. Ceux-ci dirigent les prières d'ouverture, les cérémonies de purification, les messages guides et, dans certains établissements, les séances de séries. Ces pratiques donnent un ton respectueux aux séances de formation.

Les infections transmises sexuellement (ITS) au sein du SCC sont-elles sous-déclarées?

par **Jonathan Smith**

Épidémiologiste, Programme national des maladies infectieuses

L'examen du nombre de cas d'ITS déclarés par le biais des données agrégées actuelles du système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI) révèle certaines tendances intéressantes. Conformément aux tendances générales observées dans la population canadienne, le nombre de cas et la prévalence des ITS bactériennes augmentent également au sein du SCC. Cependant, un examen plus minutieux des tendances régionales en ce qui concerne la déclaration des cas d'ITS révèle des différences marquées. La région des Prairies compte invariablement un pourcentage élevé des cas d'ITS déclarés. En outre, au sein de la région, trois établissements représentent la moitié des cas signalés.

Comment ce phénomène s'explique-t-il? Même s'il est vrai que les taux d'ITS parmi la population sont les plus élevés en Saskatchewan et au Manitoba, les trois établissements qui signalent les cas présentent un autre point commun qui n'est pas observé dans les autres établissements : le dépistage urinaire systématique de la chlamydie et de la gonorrhée chez les nouveaux détenus. Cette pratique est sans doute responsable du dépistage des infections asymptomatiques, puisque les personnes touchées n'étaient probablement pas au courant de leur infection.

Tableau 1 : Déclaration des cas d'infections transmises sexuellement (ITS) au SCC, 2004-2005

ITS bactérienne	Nombre de cas				Pourcentage attribuable à la région des Prairies	
	SCC		Prairies			
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Chlamydie	53	92	30	52	57 %	57 %
Gonorrhée	11	11	10	11	91 %	100 %
Syphilis	10	6	3	1	30 %	16 %

Ces chiffres laissent croire que le dépistage urinaire systématique de la chlamydie et de la gonorrhée accroîtrait le nombre de cas détectés. Le traitement de ces infections asymptomatiques permet de prévenir la transmission subséquente, que ce soit dans les établissements ou au retour des détenus au sein de la collectivité. Le SCC possède actuellement des lignes directrices provisoires relatives au diagnostic et au traitement des infections transmises sexuellement; des lignes directrices finales révisées seront publiées en 2007.

Le VIH parmi les nouvelles admissions au SCC

par Jonathan Smith

Épidémiologiste, Programme national des maladies infectieuses

Le tableau 1 illustre le nombre de tests de dépistage du VIH, selon le statut du détenu, de 2000 à 2005. La figure 1 présente le rendement diagnostique, c'est-à-dire le taux de positivité des tests de dépistage du VIH chez les nouvelles admissions, qui correspond au nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH parmi les nouvelles admissions divisé par le nombre de tests de dépistage effectués dans ce groupe. La figure 2 illustre le taux estimatif global de prévalence parmi les nouvelles admissions, qui se calcule en divisant le nombre total de cas d'infection à VIH (nouveaux diagnostics en plus des cas dont la séropositivité pour le VIH était connue au moment de l'admission). Les données jusqu'à 2004 font partie d'un rapport complet qui sera publié à l'automne 2007. En ce qui concerne l'année 2005, il s'agit de données préliminaires inédites, sujettes à changement.

Tableau 1 : Nombre de tests de dépistage du VIH selon le statut des détenus de 2000 à 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nouvelles admissions	1 596	1 768	2 317	2 059	2 112	2 418
Population générale	2 573	2 770	3 505	3 771	3 567	3 688
Total	4 169	4 538	5 822	5 830	5 679	6 106

La plupart des cas d'infection à VIH parmi les nouvelles admissions étaient connus au moment de l'admission; par exemple, sur les 131 cas observés parmi les nouvelles admissions en 2004, trois étaient des nouveaux diagnostics et 128 étaient des diagnostics de confirmation. Il est à noter que nouveau diagnostic n'est pas synonyme de nouvelle infection, et que ces cas représentent des personnes qui n'étaient pas au courant de leur état.

Figure 1 : Nouveaux cas d'infection à VIH et rendement diagnostique parmi les nouvelles admissions au SCC, 2000-2005

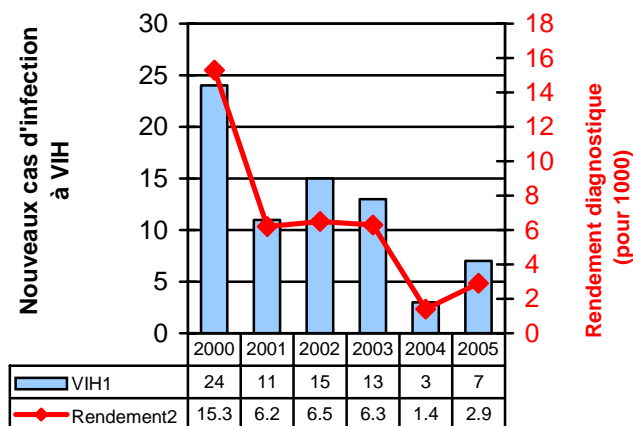
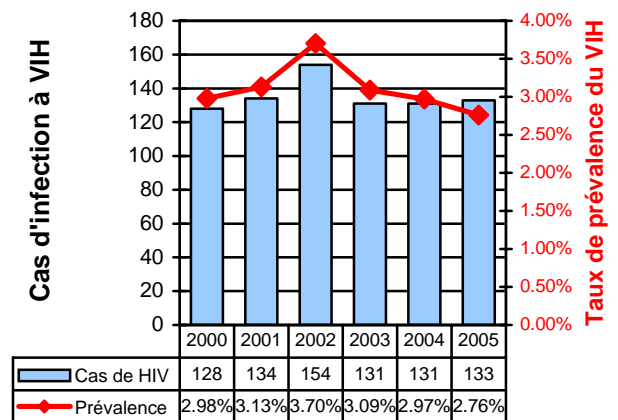


Figure 2 : Fréquence des cas d'infection à VIH et prévalence parmi les nouvelles admissions au SCC, 2000-2005



1 – Nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués à l'admission
2 – Nouveaux cas d'infection à VIH pour 1 000 tests de dépistage

Le point sur les maladies infectieuses est publié par la Direction des services de santé, administration centrale, Service correctionnel du Canada.

**Service correctionnel du Canada
Services de santé**

D^{re} Françoise Bouchard M.D., MHP,
FRCP(C)
Directrice générale

Programme national des maladies infectieuses

Alan Sierolawski
Coordonnateur du Programme
national des maladies infectieuses

Rita Rouleau
Directrice administrative

Samar Sarkesh
Gestionnaire de projet

Mary Beth Pongrac
Agente de projet, VIH/sida

Gil Carriere
Coordonnateur national de la santé
chez les Autochtones

Jonathan Smith
Épidémiologiste

Mindy Miron
Gestionnaire intérimaire de base de
données

Julie Paquette
Adjointe de recherche

Tara Dunphy
Kayla Biggin
Mark Fernandes
Stacey Wu
Fara Taffazoli
Julie Menard
Saisie des données

Laura Chant
Adjointe administrative

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 qui se déroulent à l'extérieur du SCC.

Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada

D Boulos, P Yan, D Schanzer, MS Remis et CP Archibald

(Extrait de l'analyse, p. 172-173)

Les méthodes utilisées pour estimer la prévalence et l'incidence du VIH faisaient appel à un large éventail de données. D'autres sources de données de surveillance provenant de l'Ontario et du Québec étaient accessibles et ont permis de préciser les caractéristiques de l'épidémie dans ces provinces. Des méthodes de modélisation statistique ont été utilisées pour la première fois, permettant ainsi une utilisation optimale des données de surveillance du VIH à l'échelle nationale. Pour ce qui est des estimations futures, nous prévoyons faire un usage plus fréquent des tests pour relever les infections récentes chez les cas diagnostiqués et intégrer un nombre accru de résultats tirés d'études ciblées chez les populations à risque élevé.

On estime à quelque 58 000 le nombre de Canadiens vivant avec l'infection à VIH. Ce nombre continuera probablement d'augmenter au fil de la survenue de nouvelles infections et de l'amélioration de la survie résultant de nouveaux traitements, ce qui, dans l'avenir, se traduira par des besoins accrus en matière de soins. Un nombre estimatif de 2 300 à 4 500 nouvelles infections ont été contractées au Canada en 2005, soit une estimation légèrement supérieure à celle de 2002. Cette augmentation ne peut toutefois pas être établie avec certitude en raison du degré de précision des estimations; il est toutefois possible d'affirmer que l'incidence globale n'est pas en baisse.

Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1^{er} août 2006; 32 (15): 165-174

Sexe, drogue, prison et VIH

Susan Okie, M.D.

(Extrait de Perspective, p. 107-108)

Des études menées auprès de détenus de prisons d'État laissent croire que la fréquence de la transmission du VIH est faible, mais non pas négligeable. Par exemple, entre 1998 (année où le Department of Corrections de la Géorgie a mis en œuvre un programme de dépistage obligatoire du VIH à l'admission pour tous les détenus et de tests volontaires par la suite) et 2005, on a observé une séroconversion VIH chez 88 détenus de sexe masculin de prisons d'État de la Géorgie. La transmission du VIH dans les prisons était liée aux relations sexuelles entre hommes ou au tatouage. Dans une autre étude menée dans un État du sud-est, Christopher Krebs, de RTI International, a établi que 33 détenus de sexe masculin sur 5 265 (0,63 %) avaient contracté le VIH pendant leur incarcération. Krebs précise toutefois que « lorsqu'un pays compte une population carcérale nombreuse comme celle des États-Unis, il faut s'attendre à ce qu'un nombre élevé de personnes contractent le VIH ».

Les études sur les comportements à risque élevé dans les prisons produisent des estimations très variables de la fréquence : par exemple, les estimations du pourcentage de détenus de sexe masculin qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes varient de 2 à 65 %, et l'on évalue la proportion des victimes d'agressions sexuelles de 0 à 40 %. Ces fluctuations peuvent illustrer la variation sur le plan des méthodes de recherche, des populations de détenus et des conditions d'incarcération qui ont une incidence sur le respect de la vie privée et les occasions. Les chercheurs soulignent le fait qu'il est parfois simpliste de déterminer que les relations sexuelles des détenus sont soit consensuelles, soit contraintes : un détenu peut accorder des faveurs sexuelles à un autre en échange de protection ou pour d'autres motifs. Nous obtiendrons peut-être des renseignements plus valables sur la transmission sexuelle du VIH dans les prisons grâce à la *Prison Rape Elimination Act* de 2003, qui exige que le secrétaire à la Justice recueille des statistiques sur les viols commis dans les prisons et qu'il accorde des fonds pour offrir au personnel des prisons et aux détenus de l'information sur cette question.

Une prison du Rhode Island possède un programme médical qui vise à identifier les détenus infectés par le VIH, à les traiter, à leur enseigner comment éviter de transmettre le virus, à résoudre leurs problèmes de toxicomanie et, au moment de leur libération, à les aiguiller vers un programme qui offre des soins relatifs au VIH et d'autres formes d'aide, y compris un traitement d'entretien à la méthadone, au besoin. La prison offre le dépistage systématique du VIH, et 90 % des détenus acceptent de subir un test. Le tiers des cas recensés dans l'État ont été diagnostiqués à la prison. « Ces personnes constituent une population cible, et captive, observe Rich. Nous devrions profiter de cette période pour offrir des soins de santé et de la prévention ». À l'échelle nationale, 73 % des détenus d'établissements d'État et 77 % des détenus fédéraux interrogés en 2004 ont affirmé qu'ils avaient subi un test de dépistage du VIH en prison. Les politiques d'État varient : 20 États font passer un test à tous les détenus, et les autres offrent des tests aux groupes à risque élevé, à la demande des détenus ou dans des situations précises. Les chercheurs affirment que le taux d'acceptation parmi les détenus varie aussi beaucoup, selon la manière dont les tests sont présentés.

NEJM, Vol. 356, N° 2, p. 105-108, 11 janvier 2007