

Report from the Round Table Meeting on Communicable Diseases Within and Outside the Correctional Community

27–28 March 2000
Ottawa, Ontario



Canadian Public Health Association



Correctional Service
Canada

Service correctionnel
Canada

Report from the Round Table Meeting on Communicable Diseases Within and Outside the Correctional Community

27–28 March 2000
Ottawa, Ontario



Canadian Public Health Association



Correctional Service
Canada

Service correctionnel
Canada

October 2000
© 2000 Canadian Public Health Association
Permission granted for non-commercial reproduction only.

ISBN 1-894324-13-7

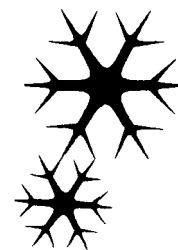
Canadian Public Health Association
400-1565 Carling Avenue
Ottawa, ON, K1Z 8R1
Telephone: 613-725-3769
Fax: 613-725-9826
E-mail: info@cpha.ca
www.cpha.ca

Table of Contents

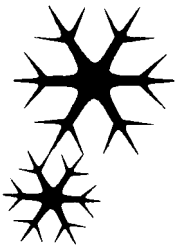
Executive Summary	iv
Background	1
Welcome and Introductions	1
Day One - Morning	2
Public Health Aspects of HIV/AIDS, STD, and Tuberculosis Surveillance:	
Implications for Prevention and Care in Prisons in Canada	2
Infectious Diseases in Correctional Service Canada: Surveillance and Epidemiology	3
Correctional Service Canada (CSC) "101"	3
Public Health "101"	4
Day One - Afternoon	4
Key Issues Related to Jurisdiction	4
Aspects of Good Collaboration	5
Day Two - Morning	5
Common Goal and Purpose of CSC and Public Health Collaboration	5
Mandates, Roles and Responsibilities	6
Day Two - Afternoon	6
Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service and Public Health	7

Appendices

Appendix One	
Round Table Meeting on Communicable Diseases Within and	
Outside the Correctional Community: Responses to Questionnaire	11
Appendix Two	
Attendees	25
Appendix Three	
Public Health Aspects of HIV/AIDS, STD, and Tuberculosis Surveillance:	
Implications for Prevention and Care in Prisons in Canada	27
Appendix Four	
Infectious Diseases in Correctional Service Canada: Surveillance & Epidemiology	35
Appendix Five	
Correctional Service of Canada — "CSC 101".....	37
Appendix Six	
Public Health "101".....	41
Appendix Seven	
Small Group Reports	43
Appendix Eight	
Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service and Public Health	45
Appendix Nine	
Draft Consultation List for Concept Paper.....	49



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

Executive Summary

On 27-28 March 2000 in Ottawa, a Correctional Service Canada (CSC)/Public Health Round Table Meeting was held to identify concrete mechanisms to enhance effective and sustainable collaboration between CSC and Public Health on issues related to the prevention and control of infectious diseases. Thirty participants, fifteen representing CSC and fifteen representing Public Health, attended the meeting which included presentations, small group work, and round table deliberations. This document provides a summary report of the proceedings and the *Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service Canada and Public Health* that was drafted by the Round Table participants.

Participants identified the value of collaboration; their joint roles and responsibilities regarding the prevention and control of infectious diseases; and the need to maximize the expertise and resources of both Public Health and CSC by creating sustainable mechanisms for regular collaboration at the national, provincial/regional, and local levels. The participants drafted an action plan that included activities at the national, regional and institutional levels.

Background

On March 27th and 28th, 2000 in Ottawa, a Correctional Service Canada/Public Health Round Table Meeting was held to identify concrete mechanisms to enhance effective and sustainable collaboration between CSC and Public Health on issues related to the prevention and control of infectious diseases. Thirty participants, fifteen representing CSC and fifteen representing Public Health, attended the meeting which included presentations, small group work, and round table deliberations. This document provides a summary report of the proceedings and the *Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service Canada and Public Health* that was drafted by the Round Table participants.

Welcome and Introductions

Dr. Robert Climie, Director of Health Services in Correctional Service Canada (CSC) and Co-Chair of the Round Table Meeting, welcomed participants and thanked them for attending. Dr. Climie also extended his appreciation to the organizers of the Round Table for their hard work under very short timelines. Particular acknowledgement was extended to the Canadian Public Health Association and CSC Health Services staff. In addition, Health Canada was thanked for funding the meeting. The meeting facilitator, Ross Hammond, and the report writer, Mary Ann Mulvihill were introduced to participants.

Dr. Climie's opening remarks included:

- recognition of the vast level of expertise in the room;
- acknowledgement of the fact that there has always been some level of collaboration between Public Health and CSC at the local, provincial and federal levels, however the frequency and quality of this collaboration has varied widely by jurisdiction and over time;

- a recent initiative in Springhill, Nova Scotia benefited a great deal from a history of collaboration between CSC and Public Health, and demonstrated the importance of formal and ongoing collaboration and partnership between CSC and Public Health;
- CSC currently houses approximately 13,000 inmates. It is important to note the high turnover rate within this population (i.e., annually, approximately 50% of the population changes due to admissions and discharges); for many, CSC health services are their first or primary contact with health care services; collaboration with community services such as Public Health is key to ongoing and effective service delivery to this population;
- prior to this Round Table, a questionnaire on collaboration was distributed to CSC and Public Health representatives. The responses to the questionnaire indicate two key parts: a wide variability in current collaboration between CSC and Public Health across the country, and an overall desire to build partnerships and improve collaboration. See Appendix One for a summary of the questionnaire responses;
- this Round Table is a first step toward formalizing and enhancing ongoing and effective collaboration at the local, regional and national level between CSC and Public Health. It offers an important and unique opportunity to widen the scope and impact of all of our work.

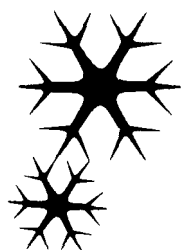
Dr. Jeff Scott, Provincial Medical Officer of Health in Nova Scotia, Chair of the Council of Chief Medical Officers of Health (MOH), and Co-Chair of the Round Table, extended appreciation to participants and organizers on behalf of Public Health and from the Council of Chief MOHs.

Dr. Scott's opening remarks included:

- to be effective, Public Health must work with many stakeholders and levels of government;
- the responses to the questionnaire indicate that currently there is a lot of collaboration, and that there could also be a lot more;



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

- building partnerships and ongoing collaboration will generate both great initiatives and great challenges;
- the ideas generated by this Round Table will be brought to the Council of Chief MOHs and to the Public Health sector in Nova Scotia for their input and comments, and for their help in implementation;
- there is a great deal of experience and expertise in the room to work with and to learn from;
- this Round Table is an opportunity to build a model of collaboration, and to begin to implement that model;
- this is an important project. Infectious diseases do not recognize jurisdictional issues, so we must work together.

The opening remarks were followed by a round of introductions and a brief statement by participants of their goal(s) in attending the meeting. See Appendix Two for a list of participants.

Day One - Morning

The purpose of this session was to provide participants with background information through a series of presentations. A brief overview of the discussions following each presentation appears in the body of the report, and the overheads from the presentations can be found as appendices to the report.

Public Health Aspects of HIV/AIDS, STD, and Tuberculosis Surveillance: Implications for Prevention and Care in Prisons in Canada

Dr. Don Sutherland, Bureau HIV/AIDS STD and TB, Laboratory Centre for Disease Control (LCDC), Health Canada

See Appendix Three for the notes of this presentation.

Discussion:

Points/comments raised in the discussion of Dr. Sutherland's presentation included:

- tuberculosis (TB) infection is rare within a CSC institution. Inmates may come into CSC institutions with active TB, but the TB control system within CSC facilities is very effective;
- 25% of the people with AIDS were diagnosed as having AIDS at the same time they were identified as HIV +; people in this group are more likely to be an ethnic minority or Aboriginal; the rate of late diagnosis of HIV/AIDS remains persistent at 25%;
- improving uptake of Hepatitis C and HIV testing within CSC institutions may increase early diagnosis of Hepatitis C and/or HIV; it also may result in more people from marginalized groups accessing testing;
- the Detuned Assay test can detect if someone has been infected within the past four months; if this test were used in prisons it might be possible to tell if someone was infected while they were in a CSC institution and therefore could be used as a predictor of incidence of transmission;

- rates of Hepatitis C infection may in fact be a more sensitive indicator of the effectiveness of harm reduction and prevention programs than rates of HIV infection;
- as Hepatitis C and HIV testing become more available in prisons and if they demonstrate that transmission of infection is occurring within the prison system, this may help in promoting more aggressive prevention programs;
- LCDC is currently using results from Detuned Assay tests to establish a more accurate picture of the number of new cases/recent infections;
- as always with epidemiology, the key is obtaining sufficient and reliable data.

Infectious Diseases in Correctional Service Canada: Surveillance and Epidemiology

Mr. Chris Armstrong, Management Trainee, CSC Health Services

See Appendix Four for the notes of this presentation.

Discussion:

Points/comments raised in the discussion of Mr. Armstrong's presentation included:

- data presented indicated higher rates of HIV in Quebec. Possible reasons cited included: possible higher rates of testing in Quebec - Hepatitis C testing is offered to each new offender at admission and every time risk behaviour is identified; Quebec's IDU HIV epidemic preceded the rest of the country;
- it is impossible to draw conclusions from these data until the rate of testing in Quebec, as compared to other provinces, can be established; there is a need to be very cautious with these data;
- it is clear that there are limits to CSC's data collection system, and that more must be done; data collection has been and will continue to be a challenge given the reality within CSC of ongoing budget and staff reductions occurring in a context of increasing need and demand; in addition, health services must com-

pete with correctional and security issues for resources;

- developing an effective and efficient surveillance system is a critical issue for CSC; this is a potential area of collaboration between CSC, LCDC, and Public Health as CSC will need outside expertise on this issue;
- a key goal is to develop a surveillance system that is common across the federal and provincial correctional systems given the migration of people between federal and provincial institutions;
- correctional facilities could also act as sentinel sites for certain populations.

Correctional Service Canada (CSC) "101"

Mr. Jeff Potts, National CSC HIV/AIDS Project Officer, CSC Health Services

See Appendix Five for the notes of this presentation.

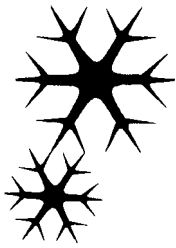
Dr. Climie added the following points to the presentation:

CSC Health Services face the following complex issues:

- high illiteracy rate, approximately 60% of inmates cannot read at a grade 8 level;
- 22% of inmates have mental health disorders, consequently CSC faces a huge demand for mental health services;
- high rates of injection drug use (IDU) and needle sharing;
- 45% of inmates get tattoos while in prison;
- approximately 6% of inmates report having sex with another inmate without protection;
- 55-60% of inmates admit to some kind of substance abuse problem - they were either under the influence of drugs or alcohol when they committed their crime or they committed their crime to support their addiction;
- a disproportionate number of inmates are foreign-born or Aboriginal people;
- similar to a province, CSC must provide the entire range of health services to its inmates.



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

Discussion:

Points/comments raised in the discussion of Mr. Potts' presentation included:

- harm reduction is a principle of CSC health promotion programs, however it is difficult to put harm reduction principles into place within a correctional facility because the practices associated with harm reduction are often illegal (e.g., illicit drugs, tattooing within prisons);
- it is also difficult to institute harm reduction practices within an institution if the province where the institution is located does not support or implement harm reduction; for example how does an inmate on methadone access his/her methadone if they are released into a province that does not provide this harm reduction service?;
- harm reduction strategies are needed for tattooing inside prisons. It is key that inmates participate in any harm reduction program geared to tattooing as prison tattoos are a commodity and there is an internal economy associated with them;
- CSC health services plans to develop a nationwide quality assurance and accreditation program; they hope to build on Medical Services Branch's new program to accredit outpost nursing stations;
- when developing programs, it is important to remember that programs must be promoted as well as established, and that they also need to be promoted among staff as well as inmates.

Public Health "101"

Ms. Diane Vaughan, Public Health Nurse, Public Health Services, Northern Region, Nova Scotia
See Appendix Six for the notes of this presentation.

Discussion:

Points/comments raised in the discussion of Ms. Vaughan's presentation included:

- mutual respect and the belief that working together 'enhances' each other's work is key to effective collaboration between Public Health nurses (PHN) and CSC health service nurses;

- there is a need for more collaboration between PHNs and CSC nurses; new PHNs should be oriented to the prisons in their districts and CSC nurses should be oriented to the local Public Health unit;
- the issue of "who pays" is key to effective collaboration; in most instances this issue needs to be resolved on a case-by-case basis;
- jurisdictional issues can be barriers. In some regions Public Health is a provincial jurisdiction funded at the provincial level; in others Public Health mandates are set provincially but programs and funding are provided at a local level;
- collaboration and partnership are enhanced if Public Health authorities view inmates as residents of their province/community and thus as eligible recipients of Public Health services;
- in some cases inmates may feel more comfortable with a PHN as the latter might be able to provide more distance and/or confidentiality than a CSC nurse;
- effective collaboration requires PHNs who are comfortable working within a correctional facility.

Day One - Afternoon

Purpose: to develop a working definition of collaboration and to begin to create a plan to implement that definition.

Key Issues Related to Jurisdiction

A number of participants indicated the need to discuss jurisdictional issues including: how Public Health's jurisdiction may vary across the country, how different Public Health units may interpret and operationalize their jurisdiction differently, how CSC institutions may have different views of Public Health's jurisdiction within the institution, how capacity relates to jurisdiction, etc.

Some of the key issues related to jurisdiction that were raised during the discussion included:

- those who set the standards/guidelines (i.e., declare jurisdiction) are not always those who pay the bills;
- jurisdiction is legal framework but you need resources to be able to exert your jurisdiction (i.e., it may be within your jurisdiction to respond but you may not have the resources to do so);
- jurisdiction must be operationalized in a collaborative way if outcomes are to be effective; the following attitudes and practices can significantly hinder effective collaboration:
 - do it my way because it is my jurisdiction or my money
 - I supply the staff therefore you need to do it my way
 - I have jurisdiction so you must supply the staff and do it my way

Participants concluded the discussion with an affirmation that both CSC and Public Health have the jurisdiction, and a moral and professional obligation to respond to infectious diseases within CSC institutions and that this requires collaboration and partnership.

Aspects of Good Collaboration

Participants discussed aspects of good collaboration in small groups. See Appendix Seven for the report back from each small group. Using the information generated in the small groups, participants identified the following *Key Components of Collaboration*.

Effective Communication:

- is pro-active and two way;
- builds on existing structures and establishes cross-links between structures;
- requires clear roles, responsibilities and mandates, and formal planning processes;
- is enhanced by forums (e.g., events, structures) that allow exchange and dialogue; and
- must be scheduled as it is key to sustaining effective collaboration.

Mutual respect and valuing of diversity:

- can be enhanced by national and regional structures and processes that provide leadership and build common goals and frameworks among stakeholders; and
- requires that all stakeholders (i.e., corrections staff, inmates, CSC health service staff, CSC parole staff, Public Health) be involved in the process and decision-making.

A Potential Structure for Collaboration:

Infection Control Committees in each CSC institution with the following representation:

- Inmates
- CSC staff
- Public Health
- Lifeline
- Management
- Union
- CSC medical advisor
- Community agencies

It is important to note that Infection Control Committees can be created at a number of levels - i.e., local, regional and national.

Day Two - Morning

Dr. Jeff Scott welcomed everyone back to the CSC/Public Health Round Table. Day Two built on the knowledge-base generated in Day One and the consensus reached regarding the key components of collaboration. The goal was to develop a concrete framework and plan of action to implement ongoing CSC/Public Health collaboration.

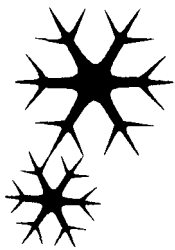
Common Goal and Purpose of CSC and Public Health Collaboration

Participants identified the following common goal and purpose for CSC/Public Health collaboration:

To prevent and control the transmission of communicable diseases, to promote early identification of infection, and to increase the quality



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

of and access to services and treatment for communicable diseases. To achieve this common goal and purpose, structures and processes must be in place for the key players to meet, plan and strategize on an ongoing basis 'how to' prevent, control and respond to communicable diseases.

Collaboration must be ongoing and regular, and extend beyond responses to specific outbreaks or problems. It requires an overarching framework or mechanism to ensure that it occurs in a consistent and systematic way.

Mandates, Roles and Responsibilities

The scope and capacity of Public Health units vary across the country. Consequently the specific details and tasks involved in the collaboration may differ by region, however participants agreed that Public Health has a key role to play in the following areas:

- providing Public Health education and services to staff and inmates in CSC institutions;
- assisting in the investigation and control of outbreaks of communicable diseases within CSC institutions;
- working with CSC to develop programs and initiatives that will prevent and control infections within CSC institutions;
- ongoing policy and advocacy work by Public Health staff and the Medical Officer(s) of Health with the provincial and federal Ministers of Health and Solicitor General(s) regarding the need for adequate surveillance systems and harm reduction measures (e.g., condoms, needle exchange programs, methadone programs, etc.) within CSC institutions; and
- discharge planning with other key players such as case managers, CSC parole staff, doctors in the community, HIV/AIDS and Hepatitis C service organizations, addiction treatment agencies, social services, mental health services, etc.

To effectively implement its mandate, role and responsibility of providing health services for CSC

inmates, CSC requires the expertise and resources of Public Health. By establishing regular and ongoing collaboration with Public Health, CSC will reap the benefits of having Public Health expertise readily available to CSC. In addition, pro-active planning to prevent and control the transmission of communicable diseases within CSC institutions by Public Health and CSC staff will net considerable savings by reducing rates of infection, and ensuring a rapid and effective response to outbreaks if and when they occur.

Day Two - Afternoon

Having identified the value of collaboration; their joint roles and responsibilities in the prevention and control of infectious diseases; and the need to maximize the expertise and resources of both Public Health and CSC by creating sustainable mechanisms for regular collaboration at the national, provincial/regional, and local levels, participants drafted the following action plan. Efforts were made to ensure that it has clear and achievable objectives, realistic timelines and measurable outcomes.

Action Plan to Enhance Collaboration Between Correctional Service and Public Health



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

National Level

- Action** • Develop a draft concept paper that includes a framework for collaboration between CSC and Public Health and examples of existing initiatives and best practices.

Agency/Person Responsible • CSC, National Headquarters, Health Services.

Timeline • Draft completed by June 2000.

- Action** • Circulate the draft concept paper for consultation and input within CSC and the Public Health sector, and among other key stakeholders such as Hepatitis C and HIV/AIDS organizations, LCDC, provincial correctional facilities, occupational health and safety organizations and committees, relevant Federal/Provincial/Territorial committees, etc. Note an extensive consultation list will be developed.

Agency/Person Responsible • CSC, National Headquarters, Health Services.

Timeline • Draft circulated, and comments and input gathered by September 2000.

- Action** • Direct and promote collaboration through formal mechanisms within CSC via the Regional Administrators of Health Services, and within the Public Health sector via the Council of Chief Medical Officers of Health.

Agency/Person Responsible • CSC, National Headquarters, Health Services, Dr. Bob Climie.

- Council of Chief Medical Officers of Health, Chairperson Dr. Jeff Scott.

Timeline • As soon as possible.

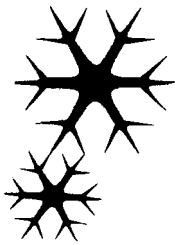
- June 2000 Council meeting.
-

- Action** • Develop data collection systems and data analysis in collaboration with LCDC and Public Health. Wherever possible CSC's data collection systems will be compatible with and build on existing data collection systems, thereby enhancing overall surveillance and data analysis.

Agency/Person Responsible • LCDC, Dr. Don Sutherland.

- CSC, National Headquarters, Health Services, Dr. Bob Climie.
- Council of Chief Medical Officers of Health, Chairperson Dr. Jeff Scott.

Timeline • Ongoing.



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Regional Level

- Action** • Regional Administrators of Health Services, Regional Infectious Diseases Coordinators, Wardens, Union and Inmate representatives, and Medical Officers of Health to meet and discuss the draft concept paper. Wherever possible, meetings will build on existing structures such as Regional Management Committee Meetings.
- Agency/Person Responsible** • CSC, Regional Administrators and/or Regional Infectious Diseases Coordinators.
- Timeline** • Initial planning and discussions will start at the CSC Health Services Council Meeting in May.
- Regional meetings to be held as soon as possible after release of the draft concept paper - i.e., October 2000.

Local Level

- Action** • Medical Officers of Health with a CSC facility in their area to meet with the CSC Chief of Health Services, and an Occupational Health representative to begin to explore effective and sustainable mechanisms for collaboration. Topics for discussion could include: how to build on existing structures/mechanisms; what initiatives have worked in the past or in other regions; what would be a starting point to begin or enhance ongoing collaboration, etc.
- Agency/Person Responsible** • CSC, Chief of Health Services to initiate the first meeting.
- Timeline** • By the end of November 2000.
-
- Action** • Staff meetings to be held in the health units to begin discussions on collaboration with the CSC institution in their catchment area. The goal is to build a commitment to collaboration, and to begin to formally identify and implement ongoing mechanisms that will initiate or enhance collaboration.
- Agency/Person Responsible** • Medical Officers of Health with a CSC facility in their catchment area.
- Timeline** • As soon as possible.
-
- Action** • Staff meetings to be held within CSC institutions to begin discussions on collaboration with the local Public Health unit. The goal is to build a commitment to collaboration and to begin to formally identify and implement ongoing mechanisms that will initiate or enhance collaboration.
- Agency/Person Responsible** • CSC Chiefs of Health Services.
- Timeline** • As soon as possible. A directive that promotes and supports these meetings will be issued by CSC-NHQ Health Services.
- First meeting to be held before June 2000.

Individual Level

- Action** • Round Table Meeting participants agreed to discuss the results of the meeting and the action plan with their colleagues, and to gather input and feedback.

Agency/Person Responsible • All Round Table Participants.

Timeline • Ongoing.

- Action** • The summary report of the Round Table Meeting is to be drafted by May 1st. It will be distributed to all participants, to all local and regional Medical Officers of Health, to those who responded to the questionnaire sent out prior to the meeting, and to other appropriate forums such as the CSC Health Services Council, relevant Federal/Provincial/Territorial Committees, etc.

Agency/Person Responsible • Canadian Public Health Association, in collaboration with CSC-NHQ Health Services, to distribute summary report to Round Table Participants and to those who responded to the questionnaire. Participants in turn are to promote and distribute the report and action plan with their colleagues and within their own sectors.

Timeline • By May 2000.

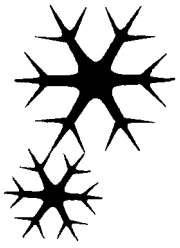
- Action** • Round Table Participants will Email Sandra Black of CSC with any additional suggestions they have regarding who should receive and/or comment on the draft concept paper. See Appendix Eight for the list of groups/agencies suggested by participants during the Round Table.

Agency/Person Responsible • All Round Table Participants.

Timeline • By June 2000.



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

Round Table Meeting on Communicable Diseases Within and Outside the Correctional Community

27-28 March 2000 Ottawa

RESPONSES TO QUESTIONNAIRE

Question #1

Do you believe Public Health departments have a jurisdictional responsibility for offenders?

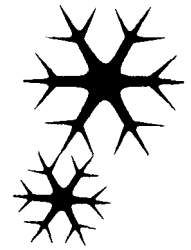
Please explain.

RESPONSES FROM CORRECTIONS

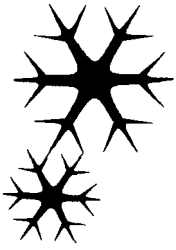
1. Yes, I do believe Public Health departments have a jurisdictional responsibility for offenders. Our policies state that when we identify a contagious disease among our incarcerated population, we isolate the person or persons involved, we notify my Office, and we notify the local Medical Officer of Health or her/his delegate. We then assist and take direction from the Medical Officer of Health until the situation is under control. Similarly, if the Public Health Department is aware of a problem in our institution or surrounding community, we again take direction until the issue is resolved. (ON)
2. Whether we want to believe it or not, correctional centres are communities in the loose sense of the word. Since they are a community, Public Health should be involved in their care. [Inmates] will eventually move from a correctional community back into a town community, and may have involvement there with Public Health. Also, some of the Public Health laws have much more coverage than correctional laws when it comes to health issues. (Whitehorse)
3. Yes...and No...We need their support and expertise when we have an outbreak or questions on some infectious diseases. About jurisdictional? I think we have to check with the legal side. (CSC - QC)
4. Public Health has jurisdictional responsibility for offenders - they do not cease being members of the community because they are incarcerated, nor can the institution itself be viewed as not being part of the community. There are other compelling reasons why Public Health should be actively involved at the institutional level: first, inmate populations suffer disproportionately from infectious diseases such as HIV, HBV, HCV, and STDs.

RESPONSES FROM PUBLIC HEALTH

1. I don't think it's a matter of belief, it's what the enabling legislation sets out. In BC, I'm not aware of any specific jurisdiction (such as, for example, there is for elementary and secondary schools, or for licensed community care facilities.) So correctional agencies would fall under the same general jurisdiction as applies to all other agencies. (BC)
2. Yes, our Public Health Legislation binds the Crown except federal. (ON)
3. There is no jurisdictional responsibility for local Public Health, so long as the individual is inside a national institution. As I see it, this is a constitutional matter, as local Public Health has no authority in any national government area including military, national buildings, and Corrections. Local Public Health's responsibility begins when the prisoner is released on parole or unconditionally. Local Public Health can also provide advice or guidance on request or provide service on request, paid or unpaid. There is definitely a liaison required, however, because of the families of inmates who live in the community and may be exposed to CDs through visits, and the families of guards who might be at risk. Guards themselves are dealt with by Corrections for specific occupational CD matters; local Public Health is involved for any exposure that is not occupational. (ON)
4. I am not certain I understand the wording of the question. I do not believe that the health department as an agency formed by provincial statute has an automatic jurisdiction on Federal property such as a prison. I am not aware as to whether this has ever been tested in the courts in relation to a clear provincial responsibility, such as health. (ON)



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Second, even if Public Health takes the position that they are "not our problem", we know that these offenders are going to be released, and will pose a huge risk to the public. Third, inmate populations are a "captive" population, and there is a great opportunity to address Public Health concerns with an institutionalized, high risk group. (MB)

5. Yes. Incarcerated offenders continue to be members of the public while serving their sentence even though their mobility may be limited. Most offenders serving sentences in Canada receive community privileges at some point in their sentence and this involves moving about in the general population of communities. As such, their health with respect to infectious diseases would fall within the mandate of Public Health departments. (AB)
6. Given the risky health behaviours of the population we serve and the potential for the spread of communicable diseases, I believe it's crucial that there be a jurisdictional responsibility for offenders. (NS)
7. Yes. Offenders with infective status will need to be tracked on release to ensure that adequate care and follow-up prevention strategies are in place. The tracking is important to identify emerging trends, demographics, and treatment efficacy. (BC)
8. Out of three institutions that responded, one institution felt that Public Health departments do not have any jurisdictional responsibility for Federal offenders who are incarcerated. Two institutions felt that yes, Public Health does have jurisdiction insofar as tracking of communicable diseases. (CSC-Pacific Region)
9. This depends on the situation. It is clear that offenders who are incarcerated again become participating members of the communities from which they came. Thus, there should be a continuum of Public Health involvement with health issues that arise in the correctional institutions which are in their jurisdictions, however, legislation does not appear to give local Public Health jurisdiction over this unless there is a threat to local Public Health.

With respect to federal correctional institutions, local Public Health departments do not have jurisdiction inside the facility. If there is a case of an inmate who has a communicable disease, the correctional facility physician will see and treat the patient. If there are contacts who need prophylaxis, the nurses in the facility will give the medications or immunizations under the direction of the federal Medical

5. The institutions are self-contained, and are a unique environment. I certainly don't see PHNs going into institutions to do CD contact tracing. I think that the follow-up of offenders found to have a CD should be done by the institutional health staff. Contacts identified within the institution should be followed up by institutional health staff. Contacts outside the institution should be referred to PH for follow up. I do see a role for the regional MOH to act as a consultant to institutional staff in CD control as needed, at least for provincial facilities. In the federal institutions, this consultant role should be filled by Health Canada medical consultant staff. (AB)
6. Our surveillance data show that the prevalence of blood borne pathogens [is] disproportionately high in correctional facilities. Once an inmate is released there is a potential risk to the community unless inmates are educated regarding the transmission of infectious diseases. For these reasons, Public Health and Corrections need to partner and find ways to work towards decreasing the spread of diseases both in correctional facilities and in the community. (AB)
7. Yes. For diagnoses in Provincial facilities, the responsibility comes under the Public Health Act. We have no Federal facilities so does not apply for us. If we have a person who is a resident of PEI diagnosed as having a communicable disease in a facility outside the province, it is more efficient to have the assessment done there because the person may not be back to PEI for some time. However, if we are asked to provide follow-up of a case, or contact tracing, we will do that. One of our biggest problems is that we never hear about the case diagnosed in a facility outside PEI and therefore do not know that the person has been diagnosed. (PEI)
8. Yes, we liaise with Corrections re follow-up of notifiable communicable disease. (AB)
9. Yes, but only in the same way that Public Health is responsible for residential facilities, i.e., they should take the lead role in surveillance, investigation and control and call in Public Health as consultants when necessary (guidelines here would be useful). This may differ from province to province or even within jurisdictions. I do not think Public Health should play the lead role in institutional facilities on a regular daily basis. (NF)
10. Yes. The prison population is a high risk group (adults and youth) for sexually transmit-

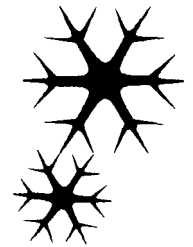
Health Officer (located in Ottawa) responsible for that facility. However, there is usually close cooperation between federal facilities in Saskatchewan and local Public Health. The facility will frequently ask for advice from local Public Health officials with respect to outbreak control or infection control practices. Local Public Health would not have responsibility for instituting CS prevention programs in federal institutions, for example needle exchange or condom availability programs or universal hepatitis B vaccination programs. I think that Public Health would have jurisdictional responsibility if there [were] an outbreak in the facility that had the potential to spread to, or was affecting, the local community.

In provincial correctional facilities, again the Corrections' physician would see and treat individual inmates. Local Public Health departments would be invited to help in the event of an outbreak, particularly if the outbreak had the potential to spread to the local community. Public Health would follow-up contacts of an infectious disease case outside the facility and coordinate with the physician in the facility. Public Health staff could assist nurses with training to vaccinate. Public Health will help with some infectious in-services when asked. Good working relationships facilitate this, but the actual jurisdictional issue is a grey area. (SK)

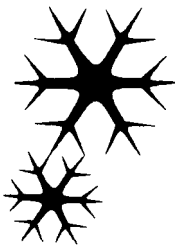
10. Yes. All Canadians have the right to Public Health both in and out of jail. (YT)
11. Yes, of course. It is the Health Department's responsibility to take action in relation to any person who requires health care and services without discriminating with regard to his or her legal or correctional status. (QC)
12. Yes, most offenders will be returning to the community and many of their contacts for transmission of infectious diseases are in the community, so it would be appropriate for Provincial Public Health to be involved. (Stony Mountain Institution, MB)
13. Because most inmates will be returning to the community at some time, I believe that Public Health should be working with us in the provision of Health to ensure that we are meeting their standards and they ours. It would also ensure follow up of infectious diseases, and contact notification. (SK Penitentiary)
14. In CD 800 #18, it clearly states we have to follow provincial regulations, so I would think in this case they may, unless there is something else in place of which I am unaware. We

ted infections, blood borne pathogens and some other communicable diseases. Public Health has a role in surveillance education, testing and screening and treatment of these diseases. (SK)

11.No. (ON)



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

follow the regulations of the province on reporting, filling out their forms etc.
(Drumheller Institution, AB)

Question #2

Is there a mechanism in place for regular meetings between Public Health and correctional agencies in your province/region?

RESPONSES FROM CORRECTIONS

1. No, there is no mechanism in place for regular meetings between Public Health and correctional agencies in our province. We meet when there is an issue. (ON)
2. Since we are such a small community, there really hasn't been a need for a formal meeting. If there are problems or concerns they are discussed with staff dealing with the situation. (Whitehorse)
3. No. (CSC – QC)
4. No mechanism in place. (MB)
5. Yes. Alberta Correctional Services is an active participant in a multi sectoral consortium under the provincial health department (Alberta Health and Wellness) examining how HIV/AIDS and other infectious diseases are dealt with by organizations in the province. The meetings of the consortium, steering committee and task groups provide an excellent opportunity for representatives of agencies and departments to share their approaches to these issues and develop partnerships, where necessary. (AB)
6. Yes, there is a Correctional Services Provincial Infection Control Committee with representation from Public Health services - Medical Officer of Health, Coordinator of Communicable diseases & health promotion department. Also, Correctional Services, Provincial Health Care Coordinator is a member of the Public Health Services, Provincial Communicable Diseases Control Committee. (NS)
7. No, not that I'm aware of. (BC)
8. No. All three institutions agree there is no formal mechanism in place for regular meetings between Public Health and Correctional agencies. (CSC – Pacific Region)
9. Concerning communicable disease control issues, yes. There is currently a working partnership with the Health District STD clinic staff

RESPONSES FROM PUBLIC HEALTH

1. Corrections sits on our regional Child and Youth Committee, I believe. There are also other regular meetings held around specific issues or functions in each community in which representatives from Corrections would be involved. If you wanted details, I'd have to poll my staff. (BC)
2. Communicable Diseases (CD) require adhoc meetings at the Provincial level and regular meetings locally. (ON)
3. Yes. We meet two or three times a year to exchange information and discuss developments within the prisons related to CD. This formal liaison is essential both for these discussions but perhaps more importantly to develop the relationships to address situations in which quick co-operation is needed. (ON)
4. None that I am aware of, at least at the local/district or regional level. (ON)
5. No. We do have a good working relationship however, and have met with them to offer ideas and advice re CD control. (AB)
6. a) Non Prescription Needle Use (NPNU) Consortium. This is a three-year provincial Action Plan aimed at reducing the harm associated with NPNU as it relates to bloodborne pathogens. The consortium is divided into nine task groups that address priority themes and report on their progress at each full Consortium meeting which take place yearly. One priority theme is Law Enforcement and Incarceration. After a brainstorming session, this group decided its focus should be on education, coordination of discharge services, and research (qualitative and quantitative in the provincial system).
b) Blood Borne Pathogens (BBP) Committee meetings are held in the region on a quarterly basis. It is a regional effort to help reduce the incidence and impact of all BBPs in the community. Participants come from Capital Health's Regional Public

to provide STD testing and anonymous HIV testing.

In 1998, Saskatchewan Justice established and chaired a committee called the Communicable Disease Risk Reduction Committee. Saskatchewan Health Communicable Disease Control participated in the work of the committee in the establishment of some goals and objectives toward the expansion of health-related programs and services in correctional facilities. This was quite useful. (SK)

10. Yes. (YT)

11. Yes, regular meetings are held by the stakeholders who are responsible for HIV-related files in terms of Public Health and safety. Consultation and communication are ongoing. (QC)

12. There is no ongoing forum; from time to time the Province puts on training and Corrections is invited to participate in these sessions. (Stony Mountain Institution – MB)

13. There is no mechanism at present, although I am included locally with the planning of HIV and Hep C strategies in the local community. (SK Penitentiary)

14. I have met with provincial people on HIV issues; we meet in Calgary 1-2 times per year. This committee is comprised of provincial docs, provincial corrections and federal corrections, as well as community docs and interest groups. I think as well the nurse here who looks after Hep meets or confers as well with the health units. (Drumheller Institution, AB)

Health, Alberta Health & Wellness, Canadian Blood Services, Canadian Liver Foundation, Provincial Laboratory of Public Health, HIV Edmonton, Edmonton Remand Centre, Edmonton Institution, Edmonton Institution for Women, John Howard Society (half-way houses), Catholic Social Services, AADAC, and Streetworks (harm reduction program). Partnerships with correctional institutions were identified as essential due to the increased risk of BBPs for the incarcerated. This includes risk of infection prior to incarceration due to factors such as poverty and substance abuse, as well as risk of infection while incarcerated due to inadequate education or access to condoms and bleach for cleaning needles and syringes, and risk of infection when returning to the community. (AB)

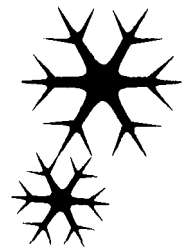
7. There are no regular meetings but the Nurse at the provincial facility communicates with the Department frequently by telephone and we meet when necessary. (PEI)

8. We meet/liaise with the facility in our Region i.e., Grande Cache, Alberta. (AB)

9. No, but Public Health provides education sessions for staff and/or inmates on a periodic basis and when issue of concern arise, e.g., sessions on HIV/AIDS and STDs. (NF)

10. We visit the correctional facilities in our health district on a regular basis. We do not hold regular meetings per se but ongoing dialogue occurs at the front line level. (SK)

11. No. (ON)



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

Question #3

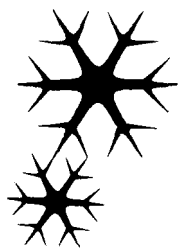
Describe Public Health activities that occur in your correctional facilities.

RESPONSES FROM CORRECTIONS

1. Some educational programs are regularly put on by Public Health, and many activities occur when we have a Public Health issue. Also, follow up of sexually transmitted diseases [is] carried out by Public Health in our institutions. (ON)
2. Public health has been coming into our centre on a regular basis for over 9 years. They started by coming once every 2 weeks. We now have the "street nurse" coming in every week. She works within Public Health, but runs her program geared to the street people.

RESPONSES FROM PUBLIC HEALTH

1. If you mean, activities carried out by Public Health staff, I don't think many. I'd have to poll staff to find out for sure. If you mean, disease prevention and health promotion activities carried out by the staff of the correctional institutions, it's variable. Some of prisons are doing really good work around instituting prevention such as vaccination (particularly against Hep A and B) and harm reduction, including offering methadone treatment. Prisons are also going smoke free in response to the BC WCB requirement for smoke free workplaces. (BC)



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

(Yes, even in Whitehorse). She sees all new admits, if they are willing. She does all TB testing. Testing for HIV/AIDS, HCV, syphilis, etc. on both male and female. They also do inoculations for Td, and Hep B. Most teaching is done on a one to one [basis], and they also come in and do a large group presentation from time to time. (Whitehorse)

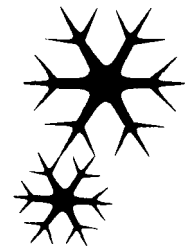
3. What do you mean about Public Health activities? (CSC - QC)
4. Though there seems to be more collaboration with Public Health in the smaller, rural institutions, it is virtually non-existent in the Winnipeg region. Institutions report on infectious diseases as required, and there is some outbreak investigation (e.g., TB), but that is about the extent of it. In fairness, we have not had a medical director in Corrections for several years now, and so the development and maintenance of a professional working relationship with Public Health has suffered. (MB)
5. The TB section of Alberta Health and Wellness attends our correctional centres to provide consultation on the treatment of certain offenders diagnosed with TB. The Sexually Transmitted Diseases unit of Alberta Health and Wellness attends the Edmonton Remand Centre on a regularly scheduled basis to attend to offenders with health conditions resulting from their sexual behaviors. The Infectious Diseases Division of the University of Alberta Medical School attends the Fort Saskatchewan Correctional Centre on a regularly scheduled basis to provide an in-house infectious disease clinic for the offenders incarcerated at that centre. (AB)
6. Visits by Public Health Nurse for contact tracing, clients newly diagnosed with Hep B, C, HIV. Close relationship for continuing education for registered nurses such as immunizations. (NS)
7. Public Health activities include: notification re: reportable communicable diseases; consultation re: process for outbreaks, etc. (BC)
8. All three institutions agree that Public Health activities such as STD follow-up, TB Control and assessment, provision of vaccines, counselling for outbreak protocols, and educational assistance for staff have all occurred in our facilities. (CSC - Pacific Region)
9. STD testing and treatment, anonymous HIV testing. CD referrals to correctional facilities for case follow-up and contact tracing. (SK)

2. Food Safety and Communicable Diseases concerns. (ON)
3. The only routine activities within the institutions are the liaison about cases and contacts, information exchange, and consultation. From time to time, an institution or Health Services may ask us to be involved in a case within the prison. Such requests are ad hoc and subject to agreement between the two parties. (ON)
4. If you mean theirs, I really don't know. If you mean ours, then very little, although we have been able to provide some services at their request: advice as to AIDS case; initiation of investigation of suspect food poisoning outbreak (eventually found to be non-food related and caused by Norwalk agent); participation in a Health Fair for inmates; participation in group education sessions concerning sexually transmitted disease. (ON)
5. Public Health does not engage in any direct activities within the institution at present. There is an intention to begin an anonymous HIV testing program within institutions within the coming months. This program will be delivered by PH staff within the institutions. (AB)
6. a) Hepatitis C follow-up of individuals who are newly diagnosed.
b) HIV follow-up (education and contact tracing).
c) Weekly educational in-services for the inmates on HCV and HIV.
d) Occasional participation in the peer-support educational initiative at the Edmonton Institution for Women. Orientation to the peer-support program takes place approximately three times per year at the institution. (AB)
7. Any case requiring the Health Officer and/or Communicable Disease Public Health Nurse results in a visit (i.e., hepatitis A follow-up and administration of immunoglobulin, counseling of guards who have had a needle stick, case interview of a new case of hepatitis C, etc.) (PEI)
8. Collaborate around STD follow-up, immunization, notifiable disease follow-up. (AB)
9. We have a provincial facility only. They have in-house coverage by a physician on call and contact Public Health when consultation is needed. See numbers 1 and 2 above. Public health would likely take a lead role if an out-

10. Twice weekly, visits by Public Health initiated by YCDC '94 for testing of all IDUs. Tentatively looking at provision of needles and condoms. (YT)
11. We have a 1998-2002 action plan focusing on the prevention of HIV transmission in prison among injectable-drug users (IDUs). It was drawn up in collaboration with the Quebec AIDS coordination centre, which is an agency working under the Ministry of Health and Social Services. (QC)
12. There are no activities done at the Institution by Provincial Public Health. CSC receives Provincial Health Alerts and the Province has been a source of information and provides influenza vaccine. Health Services accesses a number of videos from the Provincial Public Health Library for use by the CHIPS Program. The CSC Nursing staff does health promotion, harm reduction education. CSC staff encourage offenders to participate in screening and immunization programs. Provincial contact forms are filled out by CSC nurses and forwarded to the Province. (Stony Mountain Institution – MB)
13. Currently we are involved in the anonymous HIV pilot with the Public Health, and they provide counselling for our HIV positive inmates. (SK Penitentiary)
14. Public Health (provincial) is informed of all infectious diseases. We also work closely with TB services and take direction from them on a lot of issues re. contact tracing, X-ray results, etc. (Drumheller Institution – AB)

break were to occur within an institution. Otherwise regular reporting and follow-up would take place as necessary and as, for example, in a school. (NF)

10. Educational presentations to inmates, testing and screening and counseling for HIV, Hep B & C, and syphilis. Some immunization is provided, e.g., series completion. (SK)
11. We provide Td vaccines and TB drugs and follow-up. (ON)



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

Question #4

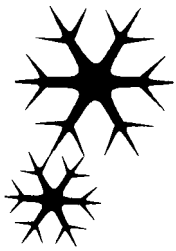
What are the perceived strengths for collaboration between your correctional agencies and Public Health?

RESPONSES FROM CORRECTIONS

1. The perceived strength from the collaboration is that we benefit from the expertise and resources of Public Health, and to a much lesser degree they benefit from our secure institutions when they need them. This does not happen often, but it has happened several times over the last few years. (ON)
2. One of the greatest strengths is in the area of funding. For some programs, such as innoculating these high risk individuals against Hep B, we could not get funding. It is a Public Health mandate, so this program was able to be offered through them. To offer what Public

RESPONSES FROM PUBLIC HEALTH

1. When I've been involved in assisting with outbreak control (or preventing outbreaks) in one of our local prisons, I've found the staff there really good to work with - committed, practical, good medical knowledge, and very interest[ed] in maintaining and improving the health of inmates. We share much of the same philosophy. (BC)
2. Information. (ON)
3. The formal meetings and informal liaison is essential, and works very well. It keeps every-



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

Health offers we would have to hire and give specialized training specific to this area, now we do not.

We have also found that the inmates are more willing to see someone "from the outside". They feel that they are less vulnerable to information being leaked when seeing someone from the outside.

With TB cases, there is an easier transfer-ence because Public Health is already aware, and involved. (Whitehorse)

3. We are working both in public installations with people potentially infected. They have acknowledgement that we need and we have correctional expertise that they need if they want [to] take place in our environment. (QC)
 4. Perceived strengths of collaboration: You name it! From education and prevention to surveillance, treatment, and communication, there are enormous benefits that could be realized from better collaboration. (MB)
 5. The ongoing contact between corrections and Public Health agencies allows for correctional staff to remain current with all new developments in the field of infectious disease control and for the development of new initiatives to deal with infectious diseases in a correctional setting. (AB)
 6. Crucial for health promotion, harm-reduction and health education. Also instrumental in implementing harm-reduction strategies and programs. (NS)
 7. Perceived strengths for collaboration: provides an avenue to identify high risk individuals based on accurate infectious disease tracking for trends and demographics; provides access for mutual educational opportunities; provides liaisons for disaster planning; provides process for community follow-up on release, thereby meeting the client need for adequate care and the community need for health safety; facilitates a community support for client and family. (BC)
 8. One institution identified that staff felt there were no perceived strengths for collaboration. Two institutions agree that the following could be identified as strengths: awareness that inmates will return to the community and some will require follow-up on release; awareness of Public Health regulations as practice guides; awareness that collaboration could provide a means to identify high-risk individuals based on accurate infectious disease tracking for trends/demographics; awareness
- one informed of what the other parties are doing and provides for rapid action in a situation in which it might be required by both parties, e.g., a CD problem affecting prisoners and those on the outside. (ON)
4. Independence, with no agenda except Public Health. Availability of wider skill set of staff at the local level. Acceptance that facility is not that isolated from the rest of the community given its transfer rate. (ON)
 5. Common interest. After all, many of the offenders will eventually be released back into the local communities. PH have an expertise in the area of CD control, and can offer advice on many topics to institutional health staff. (AB)
 6. a) Creating a working partnership that is built on a mutual understanding of mandates.
b) The opportunity to understand where improvements can be made. (AB)
 7. The communication is good. Our problem is with cases diagnosed outside the province where we often do not receive information regarding follow-up data. (PEI)
 8. • Increased awareness of communicable disease and Public Health services
• Timely follow-up
• Sharing of educational resources/workshop (AB)
 9. Maintains the regular surveillance and follow-up activities within the institution yet provides Public Health epidemiological, education or other expertise when necessary. (NF)
 10. The collaboration allows us access to a very high risk population. (SK)
 11. Shared protocols thus same approach to communicable diseases. More streamlined, less confusion in the community. (ON)

that collaboration could provide access for mutual educational opportunities, and liaisons for disaster planning; awareness of the need for community support for offenders and their families on release which could be facilitated. (CSC – Pacific Region)

9. Good local working relationships between Public Health departments and correctional institutions is the key. Provides a continuum of care and referral services. It provides inmates a reference for treatment and care for the time when they are discharged. (SK)
10. Small jurisdiction; already provide PH and education; know all the players. (YT)
11. Prevention measures targeting IDUs are also relevant to other clients, regardless of where they reside. Correctional staff spontaneously refer to Public Health specialists with a view to adapting their own tactics. (QC)
12. Provincial Health is an excellent resource for educational material, and provide[s] alerts on emerging Public Health issues. (Stony Mountain Institution, MB)
13. It enables us to make community contacts to ensure follow up on the street for our offenders when they are released to the community. It also makes the community aware of who they will be getting [so that they can] plan for programs and contacts prior to the release. (SK Penitentiary)
14. I think consistency in treatment as well as following community standards. When an offender is released as well there is an agency to follow up. (Drumheller Institution – AB)

Question #5

What are the perceived barriers for collaboration between your correctional agencies and Public Health?

RESPONSES FROM CORRECTIONS

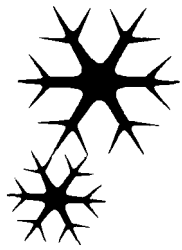
1. We do not have any perceived or real barriers. Public Health has been great as far as we are concerned, and we have tried to be equally responsive to their requests. We have shared expenses when needed, and there has not been a problem. (ON)
2. A barrier could be where the two agencies have different opinions on how they wish to handle a specific case. However, if both health agencies do not lose sight of the final

RESPONSES FROM PUBLIC HEALTH

1. On our side, insufficient time, insufficient resources, don't even get done what we're specifically mandated to do. I've also received the impression that federal facilities are both short on resources and constrained by central control which is not very supportive of prevention or harm reduction. (BC)
2. Lack of jurisdiction for federal, Crown. (ON)
3. I don't see any barriers. (ON)



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

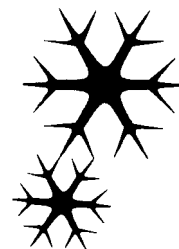


**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

objective, a compromise would surely be found. (Whitehorse)

3. Provincial and federal jurisdiction. Time, build link... (QC)
4. Barriers: Lack of medical director - no formal or regular communication; differences in philosophy, perspectives, and priorities; attitude of Public Health that inmate health problems are "our" problems - unwillingness to commit staff or resources. (MB)
5. Most problems related to integrating the security aspects of confining offenders with maintaining their health are resolvable, however the funding of new initiatives in the area of Public Health is an issue with today's budgets for public institutions.
The other potential focus of problems in the provision of Public Health services is the staff of correctional centres. Although there are nurses available at the centres, they are not employed as occupational health nurses. There would seem to be three particular barriers here. [First,] correctional nurses are not trained to be Public Health nurses, a specialized area within the nursing profession. Second, there is the limited funding which restricts our nurses to only provide services to offenders. Third, there would be a privacy issue for the employer if it was our nursing staff providing medical services to our staff and maintaining a medical file on our staff at the correctional centre.
Finally, with a provincial correctional system having correctional facilities located in a number of autonomous administrative health regions, there is a special challenge in dealing with variances in how health regions embrace partnerships. Not all the health regions might have the same philosophy with respect to whose responsibility it is to provide Public Health services to offenders. (AB)
6. Nil. Process, in place for over 5 years. (NS)
7. Perceived barriers for collaboration: funding issues; staffing issues; confidentiality issues; conflictive processes. (BC)
8. All three institutions agreed that barriers to collaboration would include: education of governing bodies at both the Provincial and the Federal levels; time; less than full knowledge of community Public Health programs available to clients on release; funding issues; staffing issues; confidentiality issues; conflictive processes (no standardization for forms, referral processes, etc.) (CSC - Pacific Region)

4. No provincial jurisdiction over federal facilities. No federal funding for Public Health services provided by health unit. (ON)
5. Unique environment in institutions requires familiarity and poses a set of unique obstacles, both to PH staff and to institutional staff. Jurisdictional issues. Federal/provincial issues. Turf issues. (AB)
6. a) Provincial Corrections policy on harm reduction practices in facilities.
b) Attitudinal responses of employees in Corrections towards the maintenance, improvement and increase of harm reduction practices in the inmate population. (AB)
7. The barrier is out-of-province cases where communications rarely occur. (PEI)
8. Corrections mandates, versus Public Health i.e., immunization recommendations. (AB)
9. The linkages are informal and might be confusing in an outbreak or other crisis where intervention may be necessary in a timely fashion. (NF)
10. We need to be clear on roles and responsibilities of Public Health versus the facility Occupational Health and Safety nurses. Public Health does not have the resources to meet all the demands. (SK)
11. Jurisdictional issues between feds and provinces. Protocols, e.g., TB not always the same as provinces. (ON)



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

9. Some of the funding for Public Health programs within correctional facilities, such as vaccine preventable diseases like Hepatitis B immunization programs, have yet to be clarified. (SK)
10. Turf: Justice vs PH. (YT)
11. Barriers are related mainly to the issue of security in the prison environment and to legal considerations. Thus we have resistance to syringe distribution in prisons. Stakeholders consider this activity to be paradoxical since drug use is still unlawful. (QC)
12. Work loads are too heavy; not enough time to build relationships with the Province. (Stony Mountain Institution – MB)
13. The biggest barrier is the “who is responsible for the coverage and payment”. Usually this is not an issue, and since we have worked together more this past year, this has become less of an issue. (SK Penitentiary)
14. The one barrier we have found with the province and I do not know if it is applicable here was over the methadone. I believe this is now sorted out, but was difficult at the time to get them on board. As well, sometimes the province wants one thing and the feds another; with the flu epidemic, the provincial doctor wanted stats, follow up that unless we had 25 bodies to poll each and every inmate after it was not feasible. (Drumheller Institution – AB)

Question #6

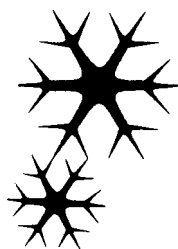
Describe any best practices that you think could be expanded to other regions or provinces.

RESPONSES FROM CORRECTIONS

1. The best practices which we value [are] respecting each other's boundaries, and being prepared to assist in the things which we both do best. (ON)
2. Nothing at this time, except what has been mentioned above. (Whitehorse)
3. I really don't know...Management of HIV+ inmates, respect of confidentiality... (QC)
4. No best practices from our jurisdiction, but some suggestions: establish formal agreements; joint committees and cross-representation; formal and regular channels of com-

RESPONSES FROM PUBLIC HEALTH

1. I think there are some good things being done in some of our institutions, which you should hear about in the responses from the institutions. (I'm assuming that you're polling the federal and correctional institutions as well as the MHO's.) (BC)
2. No response. (ON)
3. I can only reiterate that routine meetings and regular informal liaison makes everything easier. Touching base about the most current recommendations by both parties keeps everyone up to date. (ON)



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

munication/liaison; education and training programs. (MB)

5. Probably the best practice from Alberta would be the ongoing participation of Alberta Correctional Services representatives in forums and the development of partnerships with Public Health and private agencies with respect to dealing with Public Health issues.

Even though it is in its initial stages, creating an in-house infectious disease clinic in a correctional centre has had some positive effects already. It allows for infected offenders to be seen by a specialist without the threat of being identified by other offenders. These offenders are merely called to a sick parade rather than being taken out of the centre on a special escort and are therefore less likely to be identified as accessing particular types of treatment. The clinic also allows the infectious disease specialists to have direct contact with correctional centre health care and operational staff to refine their appreciation for this unique environment and for correctional staff to have access to the most current infectious disease information. (AB)

6. Corrections infection control committee as outlined in #2. (NS)
7. Best Practices which could be expanded to other provinces/regions: I'm not sure we have any at this point in time. (BC)
8. One institution did not feel there were any "best" practices which could be expanded to other provinces or regions. Two institutions identified the following: TB screening, immunization, teaching; assessments of older offenders to identify needs; VIDUS intervention to provide counselling and serotesting at no cost to the institutions. (CSC – Pacific Region)
9. In Saskatchewan, Health District Public Health Services provide STD education and testing and anonymous HIV testing in provincial correctional facilities. There is a need for further discussions on respective roles and responsibilities of Justice and Public Health concerning the delivery of health education and health services to inmates in correctional facilities. Program planning for health-related issues should include provincial and regional Public Health departments and provincial Health and Justice representatives. To an extent this has happened in Saskatchewan, but there needs to be a renewed focus on this. (SK)

4. I have insufficient experience relating to correctional facilities to comment. (ON)
5. I will defer this until we have an initial evaluation of the proposed anonymous HIV testing program. (AB)
6. a) Follow-up and education of communicable diseases in the inmate population.
b) Implementation of good and effective harm reduction practices.
c) Release kits for inmates to equip them with harm reduction supplies and information on where in the community to access support services. This can at least assist in keeping them and others safe upon their release and until community services can be accessed. (AB)
7. I think there needs to be two levels of discussion – one for provincial facilities and another for Federal. The implications and issues are different. (PEI)
8. Established relationship with our facility. (AB)
9. No response. (NF)
10. • Hepatitis B immunization for high risk youth (they have missed immunization through the school program).
• Consistent harm reduction strategies, e.g., access to condoms.
• Expansion of educational opportunities for inmates. (SK)
11. Not applicable. (ON)

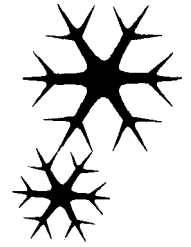
10. Go slow. P.H. officials need to offer variety of PH services to inmates on a twice weekly basis and offer education on-going to staff and inmates. (YT)

11. Activities concerning information about approaches to crime reduction were undertaken this past year and have helped to improve communications between the two milieux (culture-wise). Information documents produced by the Health Department are systematically sent to the institutions' health services. Relations have been established with community resources working with AIDS patients with a view to increasing the resources' activities within prisons or their capacity for accommodating inmates as needs arise. A community worker is working on-site to promote detection and prevention behaviours. (QC)

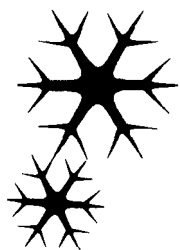
12. No reply was given to this question. (Stony Mountain Institution – MB)

13. The best practice is the sharing of in-services and information, as well as the outreach worker [who] will assist our offenders [during their incarceration] and after release. (SK Penitentiary)

14. I think regular meetings with the province would be beneficial as well as promote relations between the two. Quite often, we do not know what the other is required to do; as well it would be a good way to keep on top of things (changes, issues, new Rx, etc.) (Drumheller Institution – AB)



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Appendix Two

Correctional Service Canada/Public Health Round Table

March 27-28, 2000

Attendees

Christopher Armstrong
Health Services
Correctional Service of Canada
340 Laurier Ave West, 4th Floor, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tel: 613-943-9275 Fax: 613-995-6277

Sandra Black
Health Services
Correctional Service Canada
340 Laurier Ave West, 4th Floor, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tel: 613-995-3098 Fax: 613-995-6277

Victoria Boddy
Hepatitis C Society of Canada
17 Oriole Road North
Lethbridge, AB, T1H 4S2
Tel: 403-328-5053 Fax: 403-328-8703

Neil Burke
Canadian HIV/AIDS Clearinghouse
Canadian Public Health Association
400 - 1565 Carling Avenue
Ottawa, ON, K1Z 8R1
Tel: 613-725-3434, ext 149 Fax: 613-725-1205

Robert Climie
Health Services
Correctional Service Canada
340 Laurier Ave West, 4th Floor, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tel: 613-947-4887 Fax: 613-995-6277

Art Davies
Occupational Health and Safety Agency
Health Canada
Maritime Centre, 18th Floor
1505 Barrington St.
Halifax, NS, B3J 3Y6
Tel: 902-426-6820 Fax: 902-426-4833

Donna Dixon
Joyceville Institution
Correctional Service Canada
PO Box 880
Kingston, ON, K7L 4X9
Tel: 613-536-6463 Fax: 613-536-6465

Chantal Fontaine
Health Services, Quebec Region
Correctional Service Canada
Cowansville Institution
PO Box 5000
Cowansville, QC, J2K 3N7
Tel: 450-263-3073 ext.2816 Fax: 450-263-3057

John Gillett
Grande Cache Institution
Correctional Service Canada
P.O. Box 540
Grande Cache, AB, T0E 0Y0
Tel: 780-827-2540 Fax: 780-827-5698

Marjorie Hanks
Pacific Region
Correctional Service Canada
2464 Sooke Road
Victoria, BC, V9B 1Y1
Tel: 250-478-7528

Alex Hukowich
Haliburton-Kawartha-Pine Ridge Health Unit
200 Rose Glen Road
Port Hope, ON, L1A 3V6
Tel: 905-885-9100

Curtis Jackson
Greater Toronto Area North East Parole Office
Correctional Service Canada
200 Town Centre Court, Suite 820
Scarborough, ON, M1P 4X8
Tel: 416-973-4586 Fax: 416-973-5127

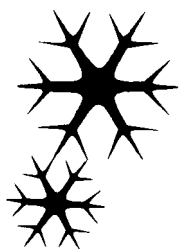
Bryce Larke
Alberta Health & Wellness
23rd Floor, 10025 Jasper Avenue
Edmonton, AB, T5J 2N3
Tel: 780-415-2804 Fax: 780-422-6663

Odette LeBlanc-Pellerin
Dorchester Penitentiary
Correctional Service Canada
4902 Main Street
Dorchester, NB, E0A 1M0
Tel: 506-379-4128 Fax: 506-379-4189

George Leclair
Lifeline
Tel: 265-3858



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

Linda Libertaore
Bureau of HIV/AIDS, STD and TB
Basement, Brooke Claxton Building
Address Locator 0900B1, Tunney's Pasture
Ottawa, ON, K1A 0K9
Tel: 613-941-7261 Fax: 613-946-0244

Rick Lines
PASAN
405-489 College St.
Toronto, ON, M6G 1A5
Tel: 416-920-9567 Fax: 416-920-4314

Marg McCoy
Professional Institute of the Public Service
213 Botsford St.
Moncton, NB, E1C 4X8
Tel: 506-854-8616 Fax: 506-389-1722

Margaret McReynolds
Kingston, Frontenac and Lennox & Addington
Health Unit
221 Portsmouth Ave.
Kingston, ON, K7M 1V5
Tel: 613-549-1232 ext.254 Fax: 613-549-7896

Joye Morris
Corrections Branch
Ministry of the Attorney General of BC
4216 Wilkinson Road
Victoria, BC, V8Z 5B2
Tel: 250-388-7058 Fax: 250-388-7068

Howard Njoo
Tuberculosis Prevention & Control
Bureau of HIV/AIDS, STD & TB
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada
Health Protection Branch
Room 0106B-16, Brooke Claxton Bldg
Tunney's Pasture,
Ottawa, ON, K1A 0L2
Tel: 613-941-1191 Fax: 613-952-8286

Barbara O'Brien Jewett
Hepatitis C Division
Health Canada
400 Cooper St., 2nd Floor
Postal locator 4602A
Ottawa, ON, K1A 1B4
Tel: 613-946-3572 Fax: 613-941-7563

Margaret Ogonowski
Winnipeg Regional Health Authority
1 - 705 Broadway
Winnipeg, MB, R3G 0X2
Tel: 204-940-2506 Fax: 204-940-2007

Jeff Potts
Health Services
Correctional Service Canada
340 Laurier Ave West, 4th Floor, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tel: 613-943-1919 Fax: 613-995-6277

Diane Rothon
Health Services Corrections Branch
Ministry of the Attorney General of BC
185-911 Yates Street
Victoria, B.C., V8V 4Y9
Tel: 250-995-0009 or 250-387-1516
Fax: 250-995-0010

Bill Rowe
School of Social Work
McGill University
3506 University St.
Montreal, QC, H3A 2A7
Tel: 514-398-7068 Fax: 514-398-4760

Jeff Scott
Department of Health and Fitness
Nova Scotia
1690 Hollis St., 12th Floor
P.O. Box 488
Halifax, N.S., B3J 2R8
Tel: 902-424-8698 Fax: 902-424-0550

Don Sutherland
Tuberculosis Prevention & Control
Bureau of HIV/AIDS, STD & TB
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada
Room 0108-B, Brooke Claxton Bldg
Tunney's Pasture
Ottawa, ON, K1A 0L2
Tel: 613-957-1777 Fax: 613-946-0244

Patti Tait
Aboriginal HIV/AIDS Program
Correctional Service Canada
P.O. Box 40, Highway 3
Mont Nebo, SK, S0J 1X0
Tel: 306-468-2697 Fax: 306-468-2622

Dianne Vaughan
Public Health Services Nova Scotia
201 Willow St., 3rd Floor
Truro, NS, B2N 4Z9
Tel: 902-893-5825 Fax: 902-893-5839

Public Health Aspects of HIV/AIDS, STD, and Tuberculosis Surveillance: Implications for Prevention and Care in Prisons in Canada

Dr. Don Sutherland

Bureau HIV/AIDS STD and TB

Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

Public Health Surveillance of HIV/AIDS, STD, Hepatitis C and TB in Canada

The collection, analysis and dissemination of epidemiological information of sufficient accuracy and completeness regarding the distribution and spread of HIV, STD, Hepatitis C and TB infection in Canada to be relevant to the planning, implementation and monitoring of HIV/AIDS, STD and TB prevention and control programmes in Canada.

Confidentiality

Confidentiality refers to the patient's right to expect that health care professionals will not disclose personal health information without the patient's consent.

Possible Use of AIDS Reported Data

- Early warning (HIV in new areas, new populations)
- Assess disease burden and AIDS-associated morbidity
- Raise awareness/commitment
- Provide some (late) information on:
 - socio-demographic characteristics
 - geographical characteristics
 - sex ratio
 - modes of transmission
- Estimate HIV prevalence through back-calculation

Use of HIV Surveillance Data

Strengthen Commitment

- Advocacy at national and local levels
- Fight complacency and denial
- Increase allocation of resources

For Targeting Interventions

- Identify groups or areas with higher prevalence
- Detect the spread to new areas and groups
- Clarify the determinants of the epidemic
- Identify high-risk or vulnerable situations

Planning and Evaluation of Interventions

- Place interventions at most threatened places and groups
- Determine what works best

Programme Assessment and Evaluation

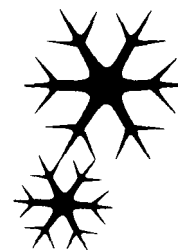
- Monitor trends of the epidemic
- Evaluate effectiveness and impact of prevention efforts

Use of HIV Reporting for Care

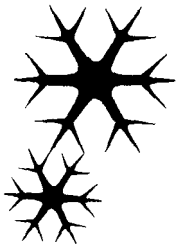
- Community
 - Plan for care services
 - Allocation of resources
 - Monitoring of implementation of HAART programs
 - Monitoring of ARV resistance
- Individual
 - Access to special benefits (where available)

Who is in Prison?

- Men are 98% of inmates in federal prisons
- 52% of inmates serving first time
- 50% men and 56% women are age 20-34 yrs
- 18% of inmates are Aboriginal



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

Prison/Community Interface

- 49% of men / 66% of women have sentence <7yrs
- 'Release':
 - Temporary releases per year 44,286 in 1998 (6,885 unescorted)
 - 330-480 work-releases per month
 - 3,805 day-paroles per year
 - 4,210 full paroles per year
 - 2,508 statutory releases per year

National Inmate Survey 1995: HIV-Perceived Threats

- 6% of inmates admitted sex in prisons
- Inmates perceived risk of getting HIV is higher in prison
- Help for HIV protection requested:
 - information 58%
 - counselling and testing 26-32%
 - bleach 35%
 - sterile syringes and needles 30%
 - protection from rape 11%

National Inmate Survey 1995: HIV Risky Practices

- Majority of inmates estimate that 1-25% had injected in past week in prisons
- 11% admitted injecting since entering prison
- Sharing estimated from 0 to 100%

National Inmate Survey 1995: Drug Use in Prison

- Inmate estimates of daily/sometimes (<once per week) drug use:
 - cocaine 7% / 24%
 - heroin 9% / 21%
 - marijuana 36% / 18%
 - alcohol 12% / 28%
 - others 4-10% / 15-28%

National Inmate Survey 1995:

Urinalysis as Deterrent

- 38-72% of inmates reported that urine testing program decreased drug use in prison
- 28% reported inmates switching to 'undetectable' drugs

HIV Prevalence in Canadian Prisons

- Studies done 1988-98, but few in number
- Males range 1.0 to 3.6% HIV-positive
- Females range 1.0 to 9.8% HIV-positive
- Higher HIV prevalence in IDU inmates
- Rates similar in studies done in BC, Ontario, Quebec, and Nova Scotia
- HCV rates consistently much higher than HIV, e.g., 27% vs 1% in Springhill Prison study

HIV/AIDS Surveillance and the Canadian Strategy for HIV and AIDS

- CSHA goals
 - Ensure care, treatment and support for Canadians living with HIV
 - Minimize the adverse impact of HIV/AIDS on individuals and communities
 - Increased public accountability
- Measuring progress
Number of Canadians:
 - becoming infected with HIV each year
 - currently living with HIV
 - aware of HIV status and in treatment
 - aware of HIV status not in treatment
 - unaware of HIV status

HIV/AIDS Surveillance and CSHA

- CSHA goals
 - Ensure care, treatment and support for Canadians living with HIV
 - Minimize the adverse impact of HIV/AIDS on individuals and communities
 - Increased public accountability
- Measuring progress
 - opportunistic infections
 - impact of prophylaxis on trends in opportunistic infections
 - impact of antiviral drugs on trends

- drug resistance
- quality of life

HIV/AIDS Surveillance and CSHA

- CSHA goals
 - Prevent the spread of HIV infections in Canada
 - Ensure care, treatment and support for Canadians living with HIV
 - Minimize the adverse impact of HIV/AIDS on individuals and communities
 - Increased public accountability
- Mortality
 - Deaths caused by HIV/AIDS (incidence, trends)
 - Deaths among HIV infected people
- Socioeconomic issues
 - Potential year of life loss due to HIV epidemic

HIV in Injecting Drug Users in Canada

- Started around mid-1980's
 - Rate of increase accelerated by the end of 1980s
- Estimated IDU-HIV incidence rates after 1990:

Montreal Cohort:		
1988-91	1995-97	
3.7 / 100 PY	6.5 / 100 PY	
Vancouver Cohort:		
1992-93	1996-97	1997-98
5 /100 PY	18.2 / 100 PY	4.8 / 100 PY

Problem of HIV Among IDUs Is Not Confined to Canada's Larger Urban Centres

- Recent HIV prevalence data:
 - Ottawa: 20% in 1998
 - Quebec City: 9% in 1998
 - Winnipeg: 12% in 1998
 - Cape Breton: 5% in 1997

Why Canada? Why now?

- One important factor is that cocaine is the injected drug of choice in many cities in Canada
 - more injections per day
 - more disorganized lifestyle.

Important Aspects of the HIV/IDU Problem

- Aboriginal persons over-represented
- Street youth at high risk
- Linkage with HCV
- Needle sharing continues
- Behavioural determinants are complex

Heterosexual HIV Transmission

- Change in % of HIV incidence 1980-1990:

1983	1984	1985	1986	1987	1988-1990
2.4%	3.8%	5.7%	7.9%	9.7%	20.2%
- Change in % of Heterosexual HIV test positive cases after 1990:
 - Increased from about 20% to approx. 28%
 - Source: HIV surveillance data 1995-1998
 - Reported HIV cases at time of HIV Dx:

1996	1997	1998	1999 (half yr)
19.0%	21.9%	24.7%	28.3%

HIV and Women in Canada

- Women as % of HIV infections (back calculation and estimate for 1996):

1984	1985	1986	1987-1990	1996
4.8%	7.4%	11.3%	14.1%	22.6%
- Women as % of reported HIV cases:
 - 17.7% (1995) to 23.9% (1998)

Cumulative AIDS Data to Dec. 1998

- Higher proportion of Aboriginal cases attributed to IDU category than non-Aboriginal cases

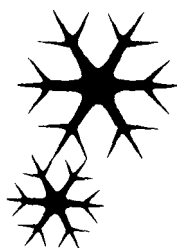
Category	Aboriginal (n=321)	Non-Aboriginal (n=12,446)
IDU	25.5%	4.0%
MSM/IDU	10.6%	4.4%
Any IDU	36.1%	8.4%

Proportion of Aboriginal Persons in IDU Study Populations

Source	%	(n)
Vancouver study	26.7	(300/1,125)
Edmonton study	65.0	(65/100)
Winnipeg study	66.6	(404/609)
Ontario study	12.5	(69/551)
Springhill study	6.4	(6/94)



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Comparisons of Methadone Treatment and HIV Prevalence, Aboriginal IDUs vs Non-Aboriginal IDUs

	Aboriginal (%)	Non-Aboriginal (%)
Currently on Methadone treatment		
- Vancouver study	5	16
- Edmonton study	0	0
- Winnipeg study	2	24
- Ontario study	6	14
HIV prevalence		
- Vancouver study	29.6	20.9
- Edmonton study	7% (Aboriginal + Non-Aboriginal IDU)	
- Winnipeg study	13.4	11.2
- Ontario study	7.7	7.6
- Springhill study	2% (Aboriginal + Non-Aboriginal IDU)	

HIV and Canadian Youth

- By 1990, 50% of new infections in Canada were occurring at age 25 or less
 - Prevention messages have to be focused on our youths
- LCDC Street Youth Studies:
 - 85%-98% have had sexual intercourse, with over 60% having had their first sexual intercourse before age 13
 - 52%-78% street youths have had six or more sexual partners
- LCDC STD Data:
 - In 1997, 69% of genital chlamydia & 50% of gonorrhea in 15-24 age group.
- Montreal Street Youth:
 - 8% per year start IDU habit.

Injection Drug Use in Canadian Street Youth

- Vancouver (N = 206)
 - 35% are IDU
 - 10% are HCV+
- Halifax (N = 60)
 - 11% are IDU
- Edmonton (N = 251)
 - 11% are IDU

Sharing of Injection Equipment Continues at Unacceptably High Levels

- No decrease in rates of sharing (borrowing) during the past 6 months in Quebec SurvIDU study:
 - 32% in 1996
 - 34% in 1997
 - 38% in 1998
- Canada's overall rates of borrowing needles in past 6 months (30-40%) are among the highest for developed countries

IDU Sharing Behaviour: How does Canada compare?

Borrowing	Lending
Australia 30%	Australia 25-30%
England 30%	Italy 15-20%
Switzerland 10-15%	Netherlands 15%
Spain 18-40%	Scotland 25-30%
France 25-30%	France 25-30%
CANADA 30-50%	CANADA 30-40%
USA 30-60%	USA 30-50%

Future Trends in AIDS in Canada

- Number of AIDS cases diagnosed per year in Canada will likely level out and then increase again

HIV Treatment and Alcohol

- Alcohol is strongest predictor of poor adherence to HIV treatment
- Liver damage increases risk of HIV treatment failure
- Coincident Hepatitis increases the hepatic effects of alcohol

HIV Treatment and Methadone

- Co-morbidity related medications
- Methadone effect on other drugs:
 - decreases levels of ddl and stavudine
 - increases levels of AZT
- NNRTi's Nevirapine and efavirenz:
 - decrease methadone activity

Barriers to HIV Treatment

- Patient factors
 - low income
 - lack of education
 - language or cultural factors
 - continuing drug abuse
 - shame/denial/isolation
 - distrust of authority
- Provider Factors
 - hepatitis
 - co-morbidities
 - alcohol-induced cirrhosis

Result

- poor access
- poor adherence.

Emerging HIV Strain

Resistance Patterns in Canada

- Preliminary data indicate that up to 12% of HIV infections are 'non-B' subtype in Canada
- HIV antiretroviral drug-resistant strains are being transmitted in Canada
- Early data from 1998 suggest up to 2% of new infections are already resistant

Summary of HIV Epidemic to Date in Canada

- Number infected since the onset of the epidemic in Canada:
 - Approximately 64,000
- Number who have died:
 - Approximately 16,000;
- Number living with HIV in 2000:
 - Approximately 48,000
- Number living with HIV and in drug treatment:
 - Approximately 16,000
- Number diagnosed with HIV but not in drug treatment:
 - Approximately 16,000
- Number living with HIV but unaware in Canada:
 - Approximately 16,000

New Surveillance Challenges

- % HIV positive who have accessed testing and counselling
- % HIV diagnosed who have access to care
- % in care receiving 'best practice' care
- Other questions. . .

Bureau Mission

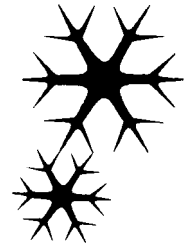
The Bureau of HIV/AIDS, STD and TB will strive for collection, analysis, interpretation and dissemination of data that will lead to effective, evidence-based public health interventions on a national basis. The Bureau will carry out its mission through: surveillance, field investigations, applied research, development of laboratory science and timely dissemination of information related to the public health needs, priorities and strategies.

Integrated HIV Surveillance Project

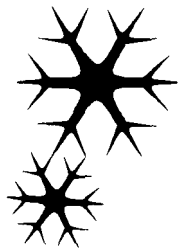
- All newly diagnosed HIV positive in Canada
- Unlinked from personal data
- Tested for:
 - HIV strain
 - HIV resistance
 - Detuned assay to detect recent seroconversion

HIV and HCV: 'Blood Brothers'

- Similar routes of transmission
- HCV is more efficiently transmitted via parental means and so can serve as an 'early warning' system for HIV
- SK Health / LCDC study of Prince Albert IDUs:
 - HCV prevalence = 50%
 - HIV prevalence = 1%
 - Window of opportunity now to prevent HIV outbreak



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

So How Many Cases Are There?

- Canada:
 - prevalence 240,000 cases
 - incidence 2000-6000 per year
 - compared to US:
 - prevalence 3.9 million cases
 - incidence 23,000 per year

Genital Chlamydia in Canada

- Most common notifiable disease
- 39,355 reported cases in 1998 (130/100,000)
- Falling short of National Goal for Y2000 (<80/100,000)

Chlamydia in Youth

- Highest reported rate: 15-24 years old
- ~1000/100,000
- representing 68% of all reported cases

Enhanced Surveillance - Phase 2

Preliminary results*

- | | |
|--------------------|------|
| • Ever been jailed | 52% |
| • Ever IDU | 20% |
| • Ever traded sex | 23% |
| • Chlamydia | 10% |
| • Gonorrhoea | 0.5% |
| • Anti-HCV | 4.4% |
| • Anti-HIV | 0.5% |
| • Anti-HTLV | 0.1% |

* Data processing is ongoing and results are expected to change

Importance of TB Prevention and Control in Correctional Facilities

- Disproportionate number of inmates who have risk factors for exposure to the TB bacilli - or, if infected, for development of active disease
- Infection with HIV
- Substance abuse, e.g., injection drug use
- Lower socioeconomic status, e.g., overcrowding, malnutrition, poor access to health care
- Long-term congregate setting & physical environment ideal for transmission of TB

- Opportunity to treat inmates who have active TB disease or latent TB infection before such inmates are released into the community

Essential TB Prevention and Control Activities in Correctional Facilities

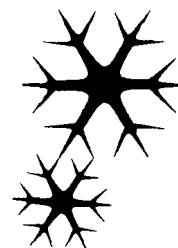
- Screening:
 - measures to identify persons who have active TB disease or latent TB infection
- Containment:
 - measures to prevent transmission of M. tuberculosis (isolation, contact tracing, treatment)
- Assessment:
 - monitoring and evaluation of screening and containment activities

CSC TB Prevention and Control Program

- Comprehensive program developed in collaboration with Health Canada (TB division of LCDC)
- Formalized relationship through MOU
- Components include:
 - Screening
 - Surveillance (ongoing collection, analysis, interpretation, dissemination) of TB data
 - Case management/contact tracing/outbreak investigation
 - Education
 - Liaison with public health authorities in local community
 - Evaluation/monitoring

CSC Correctional Facilities

- Approximately 13,000 inmates and 11,000 staff (1998)
- Participation rates for TB screening program were 81% among inmates and 31% among staff
- Prevalence of TB infection (positive Mantoux test results) among tested individuals:
 - 21% among inmates
 - 10% among staff
 - Incidence of active TB among inmates was 46 per 100,000



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

International Comparisons: U.S. Correctional Facilities

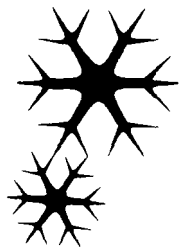
- TB incidence of 139.3 per 100,000 in New York State correctional system compared to 21.7 per 100,000 for state-wide population (1993)
- 4.6% of all reported TB cases resided in a correctional facility at the time of diagnosis while 0.6% of total U.S. population confined to correctional facilities (1994)
- Studies on TB infection in correctional facilities document prevalence ranging from 14% to 25%
- Studies have documented HIV seroprevalence ranging from 0 to 14.9% (median 2.9%) (1991-92)

International Comparisons: Russian Correctional Facilities

- Estimated that over 50% of approximately one million prison inmates are infected with the TB bacillus
- Estimated that 10% of prison inmates have active TB; reported incidence rates of up to 7,000 per 100,000
- One quarter of prison TB cases are MDR-TB
- Total of 3,500 prisoners officially reported to have HIV infection
- Estimated that 13,000 individuals with active TB and 100,000 with latent infection are released from prison annually

Conclusions and Observations

- Data totally inadequate to assess need or effectiveness of interventions
- Well-planned broad surveillance needed of communicable disease and risk factors associated
- Prevention and control programs for communicable diseases need coordination between community and institutions.



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Appendix Four

Infectious Diseases in Correctional Service Canada: Surveillance and Epidemiology

Mr. Chris Armstrong

Management Trainee, CSC Health Services

Infectious Disease Surveillance in Federal Corrections

- 52 institutions report monthly to Regional and National Headquarters
- Up until the end of 1999, information that was collected was somewhat minimal
- Included information on HIV, Hepatitis & Tuberculosis

HIV

- 196 HIV+ inmates as of December 31, 1999
1.69% of total inmate population
- Over 40% of HIV+ inmates are in Quebec Region

Hepatitis C Virus

- Institutional survey of number of HCV+ inmates conducted in October 1999
- 2317 inmates were HCV+; 18.13% of all inmates were HCV+
- 40 HCV+ inmates were being treated with dual therapy in October 1999
- There were 547 HCV infections diagnosed within CSC in 1999

Tuberculosis (TB)

- 7 active cases of TB were diagnosed in 1999
- 8590 annual Mantoux tests were conducted in 1999
- 109 converters (positive Mantoux with previous negative Mantoux) were diagnosed; 1.27% of annual Mantoux tests found to be converters
- Many gaps in infectious disease surveillance existed
 - Testing
 - HCV
 - Treatment

- Health Canada – LCDC in collaboration with CSC maintain TB Tracking System in all institutions
- CSC exploring options for automated Health Information System that will be inclusive of collection of surveillance information
- As an interim measure, type of information and the process for collecting it were revised for the beginning of 2000
- Institutions continue to report monthly
- Information to be collated and reported quarterly by NHQ

Example of New Manual Surveillance - Pacific Region - January and February 2000 General (Pacific Region)

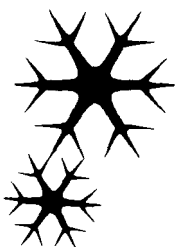
- 9 institutions (all male)
- 1827 inmates (as of February 29, 2000)
- 99 new admissions during January and February 2000

HIV

- 29 HIV+ inmates in Pacific Region as of Feb. 29, 2000
- This represents 1.59% of total inmate population
- Of 99 new admissions, 17 HIV tests were performed on admission in January and February, 2000; 17/99 = 17.2%
- No positive HIV results were found among new admissions
- In the general population, 61 HIV tests were performed in January and February 2000
- No HIV positive results were found among general population
- 14 inmates were being treated with antiretroviral therapy as of February 29, 2000; 14/29 = 48.3%



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Hepatitis C Virus (HCV)

- 392 HCV+ inmates in Pacific Region as of February 29, 2000
- This represents 26.1% of total inmate population (392/1503 - One institution did not report HCV)
- Of the 99 new admissions, 28 HCV tests were performed in January and February 2000; 28/99 = 28.3%
- 6 HCV positive results were found among new admissions; 6/28 = 21.4%
- In the general population, 45 HCV tests were performed during January and February 2000
- 3 HCV positive results were found among the general population; 6.7%
- 1 inmate was being treated with dual therapy for HCV; 1/392 = 0.26%

Hepatitis B Virus (HBV)

- No new HBV infections were diagnosed in January and February 2000

Sexually Transmitted Diseases

- No cases of Chlamydia, Syphilis, Gonorrhea or other STDs were reported during January and February 2000

Methadone Maintenance Treatment (MMT)

- 92 inmates were on MMT as of February 29, 2000
- Of those:
 - 60 were continued on MMT from a community program
 - 32 were initiated on MMT under the "Exceptional Circumstances" Interim Instruction
- 8 inmates were assessed for MMT "exceptional circumstances" during January and February 2000
- 3 of those 8 were initiated on MMT

Gaps that Still Exist in Manual Surveillance System

- Demographic Data
 - Ethnicity
 - Age
 - Country of Birth

- Influenza Reporting
- Information on Re-Testing for HIV and HCV
- Co-Morbidity Data
- Automation!!

Epi Studies - What's been done

Springhill Epidemiologic Study

Springhill Institution, Nova Scotia
LCDC, CSC, N.S. Dept. of Health

- 340 inmate participants: 194 interviewed
 - HIV Prevalence 1% (2/192)
 - HCV Prevalence 27% (52/193)
 - HBV (core antibody presence) 10.6% (20/188)
 - 48% (94/193) self-identified as IDUs
 - Among IDUs
 - 2% (2/93) were HIV+
 - 52% (49/94) were HCV+
 - 18.7% (17/91) HBV (core antibody presence)

Joyceville/Pittsburgh HIV & HCV

Seroprevalence Study

Joyceville & Pittsburgh Institutions, Ontario
Queen's University Study Group

- Joyceville
 - 350 participants
 - 33% were HCV+
 - 1.7% were HIV+
 - 24.3% reported IDU in prison at some time
- Pittsburgh
 - 84 participants
 - 22.6% were HCV+
 - No positive HIV results were found
 - 28% reported IDU in prison at some time

Epi Studies: What could be done

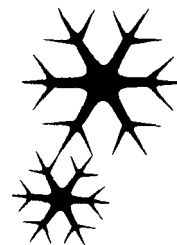
- Multi-institution incidence study for HIV, HCV & HBV
- Seroprevalence study on new admissions
- Seroprevalence study on releases to community
- Analysis of risk of transmission of HCV and HIV through tattooing in prison
- Development of an Outbreak Investigation Framework

Appendix Five

Correctional Service of Canada — “CSC 101”

Jeff Potts, National CSC HIV/AIDS

Project Officer, CSC Health Services



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Mission Statement

- The Correctional Service of Canada, as part of the criminal justice system and respecting the rule of law, contributes to the protection of society by actively encouraging and assisting offenders to become law-abiding citizens, while exercising reasonable, safe, secure and humane control.

Core Values

- We respect the dignity of individuals, the rights of all members of society, and the potential for human growth and development.
- We recognize that the offender has the potential to live as a law-abiding citizen.
- We believe that our strength and our major resource in achieving our objectives is our staff and that human relationships are the cornerstone of our endeavour.
- We believe that the sharing of ideas, knowledge, values and experience, nationally and internationally, is essential to the achievement of our Mission.
- We believe in managing the Service with openness and integrity and we are accountable to the Solicitor General.

Legislative Mandate

- Corrections and Conditional Release Act (CCRA)
 - came into force in 1992
 - replaced the *Penitentiary Act* and the *Parole Act*
- the CCRA and its Regulations are part of a set of laws
 - the *Criminal Code*
 - the *Prisons and Reformatories Act*

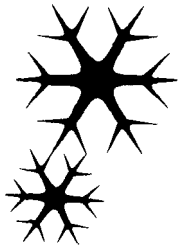
- Section 3 of the CCRA states: “The purpose of the federal correctional system is to contribute to the maintenance of a just, peaceful and safe society by
 - a) carrying out sentences imposed by courts through the safe and humane custody and supervision of offenders; and
 - b) assisting the rehabilitation of offenders and their reintegration into the community as law-abiding citizens through the provision of programs in penitentiaries and in the community.”

Geography

- 52 institutions
- 9 maximum security
- 21 medium security
- 14 minimum security
- 7 multi-level security and
- 17 community correctional centres
- Plus
- 71 Parole Offices
- 175 community-based residential facilities (halfway houses)

Demography

- Total Number of federal offenders at March 31, 1999 was 12,837:
 - 12,532 men and 305 women
- Maximum security:
 - 2,708 men and 96 women
- Medium security:
 - 7,560 men and 129 women
- Minimum security:
 - 1,481 men and 29 women
- Not yet classified:
 - 783 men and 51 women



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

- Proportion of offender population that is Aboriginal: approximately 15%

Statistical Overview

- Population in Canada in 1998: 30,300,400
23,086,400 over the age of 18 years
- Number of Canadians with criminal records: 2,617,380
- Average number of incarcerated adults in 1997/98: 32,951
- There are about 250,000 convictions in provincial court each year, and nearly 8,300 receive federal sentences
- CSC's expenditures in 1998/99: \$1.3 billion
- Average annual cost of federal incarceration: \$61,000 per inmate

Programs available to offenders

- Literacy programs
- Cognitive skills training
- Living skills
- Sex offender treatment programs
- Substance abuse intervention
- Family violence programs
- Survivors of abuse/trauma
- LifeLine

Health Services at CSC

Legislative Mandate

- The CCRA states that:
 - *The Service shall provide every inmate with essential health care and reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community.*
 - *The provision of health care shall conform to professionally accepted standards.*
 - *The Service shall take into consideration an offender's state of health care needs*
 - *in all decisions affecting the offender*
 - *in preparation for release*

Broad Objective

- We recognize and support that primary responsibility for the health status of inmates rests

with individual inmates and that CSC will work with them in the management of their health-related issues.

- CSC will ensure that services:
 - sustain and enhance health status;
 - contribute to inmates' adjustment within the institution; and
 - assist inmates to become law-abiding citizens.

Guiding Principles

- Health services are to be consistent with community standards.
- Health promotion and illness prevention are primary activities.
- Inmates' health-related concerns are to be held in confidence.
- Inmates maintain the right to refuse any health service.
- The approach for health service delivery will be multi-disciplinary and holistic.
- Health services will be appropriate and equitable, and sensitive to the inmate's age, gender, and clinical presentation.
- CSC will recognize and consider relevant religious and cultural values.

Related Costs

- National health expenditures in Canada (1975-1998): \$2,500 per person
- Health care costs at CSC (1998/99): \$82.3 million or \$6,400 per inmate – drug costs alone were \$5.25 million
- At dedicated mental health treatment centres, annual costs per patient bed can be as high as \$200,000

Mental Health Services

"Mental health is the shared responsibility of the Service, staff and the offender. A comprehensive approach is necessary to prevent the destructive patterns of thought and behaviour that have their roots in social injustice, disorganization or isolation, or in the loss of familiar values and roles. Making available basic physical and psychosocial

resources and working to remove environmental threats to mental health are key elements of this approach."

*(Mental Health for Canadians:
Striking a Balance, 1988)*

CSC's Approach to Mental Health Services

- Services provided across a broad continuum of care, on three levels: ambulatory services, intermediate care, and intensive care.
- Assessments are conducted, and appropriate treatment plans developed for (not an exhaustive list): situational adjustment problems, suicide, self-mutilation, persistent violence, sex offences, and substance abuse.
- Staff training is provided in areas including: recognition of symptomatology, interviewing techniques, suicide prevention, crisis intervention and counseling, assessment techniques, and reporting.

Infectious Disease Programs

- Management of infectious diseases is a significant challenge to CSC
 - inmate population is vulnerable due to risky behaviours
 - injection drug use
 - body piercing
 - tattooing

Restoring Health

The federal correctional system in Canada recognizes that the health of the offender is a key component of the offender's reintegration into society. CSC takes a proactive approach to restoring health to inmates in its care and custody. The approach includes not only the full range of assessment, referral and treatment services, but also education of staff and inmates on the causes and ways to prevent the transmission of infectious disease, and preventive measures such as immunization and harm reduction devices such as condoms and bleach.

Health Promotion

"The process of enabling people to increase control over and improve their health."

(World Health Organization, 1986)

- Determinants considered:
 - individual capacity and coping skills;
 - personal health practices;
 - physical environment;
 - health services; and
 - social and economic environment.

CSC's Goals and Objectives

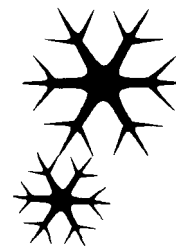
- Goals:
 - educate and counsel regarding activities that influence health
 - facilitate and support self-help groups
 - support adoption of healthy lifestyle choices
 - act as health resources and role models
- Objectives:
 - disease prevention
 - counselling and education
 - individual responsibility

How we get there...

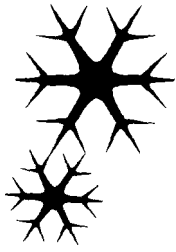
- Comprehensive strategies at CSC are multi-faceted and aim to:
 - contain and reduce disease transmission;
 - ensure safety; and
 - reduce morbidity.
- Some notable examples of strategies at work:
 - immunization programs
 - testing offered on admission
 - the National HIV/AIDS Program
 - the Hepatitis C Strategic Plan
 - the TB Prevention and Control Program
 - the Methadone Maintenance Therapy Program

A Public Health Responsibility

As part of its mandate to protect society, CSC has acknowledged its Public Health responsibility to respond aggressively to the epidemic levels of disease among inmates. As most inmates are released to the community, the safety and health of community members are at stake.



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Appendix Six

Public Health "101"

Ms. Diane Vaughan, Public Health Nurse

Public Health Services, Northern Region, Nova Scotia

Mission

To improve the population's health by:

- Working in partnership with communities, families and individuals to identify health needs and health potential; and
- Supporting collective and individual action to prevent illness, protect and promote health and achieve well-being.

Determinants of Health

Factors which impact on the health of the population:

- Social Support Networks
- Healthy Child Development
- Biology and Genetic Endowments
- Physical Environments
- Personal Health Practices and Coping Skills
- Employment and Working Conditions
- Income and Social Status
- Education
- Health Services

Core Services

1. Communicable Disease Control
 - vaccine-preventable disease
 - non-vaccine-preventable disease
2. Health Enhancement
 - school-aged children and youth
 - community social support
 - maximize potential and achieve health
3. Non Communicable Disease Injury and Prevention
 - **Healthy beginnings**
 - pre and post natal
 - early childhood
 - **Modifiable risk factor reduction**
 - tobacco
 - active living, etc.
 - **Life long impact**

Criteria for Public Health Programs

1. Positively influences the determinants of health.
2. Clearly identified target population.
3. Support health promotion model.
4. Utilizes Public Health expertise, knowledge, skills and abilities to meet quality standards.
5. Consistent with Nova Scotia Health Goals.

Public Health Services - Northern Region Collaboration with CSC

History - TB case

Present initiatives

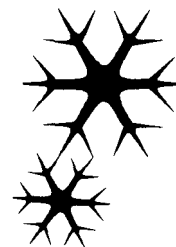
All CDs are followed up according to Nova Scotia Guidelines. This involves interviewing the inmate.

CD follow-up:

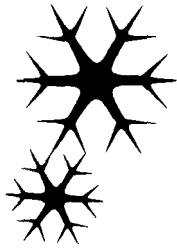
- contact notification, etc.
- risk assessment
- surveillance
- participation in health fairs
- CDC education for inmates and staff
- nutrition education
- pre natal counselling and education
- post natal counselling and follow-up

Importance of Collaboration with CSC

- Springhill Institution is considered a part of Nova Scotia.
- The inmates come from a community and will return to a community.
- Interventions in the prison may control the spread of disease when they are released.
- The Springhill study strongly recommends that interventions begin ASAP and that community collaboration is essential.
- In many cases the inmates will disclose risk information to Public Health that they will not



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

disclose to CSC staff because they see Public Health as being "outside the system".

- Some families come to live near the inmate. These tend to be multi-problem families.

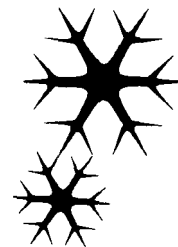
Small Group Reports Aspects of Good Collaboration

Green group

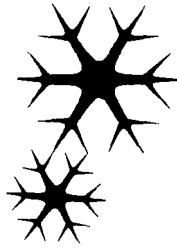
- Clearly defined goals that are common to all.
- Clear responsibility that the general health and well-being of inmates is a collective responsibility of the community as a whole.
- Clarity regarding what each of the stakeholders has to offer the process (e.g., mandate, expertise).
- Mutual support, operates as a partnership.
- Respect for each other's mandate, don't expect one party to take on another's role.
- All involved in the planning process at an early stage.
- Clearly defined roles and responsibilities.
- Pro-active (rather than re-active) process.
- Flexibility, creativity and a willingness to compromise.
- Consistency versus promiscuity.
- Communication and information dissemination need to be key parts of the process.
- Openness, transparency, reciprocity.

Yellow group

- Ensure staff, inmate and Public Health representation on committees.
- Document the initiative and its outcomes, collaborate on developing the report and publish/present it at conferences, workshops, in journals, etc. This gets the word out and facilitates collaboration.
- Facilitate education and information sharing.
- Know the key players and ensure clarity of roles and responsibilities.
- Involve staff and inmates from the beginning; avoid developing programs for inmates and then adding staff or vice versa.
- Use health promotion approaches and processes.
- Establish a framework that outlines people's/organization's roles and responsibilities, identify a team leader, and develop a process to deal with conflict and resolve controversy.



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



**Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community**

Pink group

- Mutual respect for all.
- Common goals/philosophies.
- Strive for “Win – Win” (or perception of) outcomes.
- Clarify and clearly communicate jurisdictions (e.g.: inmates infected with a reportable communicable disease and having a “private family visit” with a spouse/mate from the community – who reports this information to the contact or partner?)
- Balance the sharing information with the identification of risk and the need to protect individual privacy.
- Combine education/ information to avoid “re-inventing the wheel”.
- Focus on improving standards of care and accessibility of services; “The whole is greater than the sum of its parts.”
- Reduce barriers that may exist.
- Ensure community follow-up and continuum of care.
- Remember it is a 3-way partnership between Public Health, CSC, and the client.

Purple group

- Unnatural act between non-consenting partners.
- Shared goal and purpose.
- Mutual respect regarding both the shared, and the different goals and perspectives.
- Respect the different knowledge and expertise of different sectors.
- Remember the critical role of corrections staff and the need to work with them, this is key to moving forward on initiatives such as harm reduction.
- Co-operation, flexibility, resource sharing and follow-up.

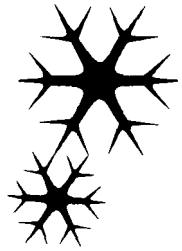
Appendix Eight

Action Plan

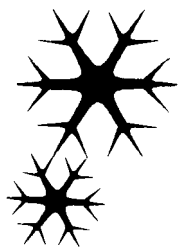
Having identified the value of collaboration; their joint roles and responsibilities in the prevention and control of infectious diseases; and the need to maximize the expertise and resources of both Public Health and CSC by creating sustainable mechanisms for regular collaboration at the national, provincial/regional, and local levels, participants drafted the following action plan. Efforts were made to ensure that it has clear and achievable objectives, realistic timelines and measurable outcomes.

National Level

- | | |
|----------------------------------|---|
| Action | <ul style="list-style-type: none">• Develop a draft concept paper that includes a framework for collaboration between CSC and Public Health and examples of existing initiatives and best practices. |
| Agency/Person Responsible | <ul style="list-style-type: none">• CSC, National Headquarters, Health Services. |
| Timeline | <ul style="list-style-type: none">• Draft completed by June 2000. |
| <hr/> | |
| Action | <ul style="list-style-type: none">• Circulate the draft concept paper for consultation and input within CSC and the Public Health sector, and among other key stakeholders such as Hepatitis C and HIV/AIDS organizations, LCDC, provincial correctional facilities, occupational health and safety organizations and committees, relevant Federal/Provincial/Territorial committees, etc. Note an extensive consultation list will be developed. |
| Agency/Person Responsible | <ul style="list-style-type: none">• CSC, National Headquarters, Health Services. |
| Timeline | <ul style="list-style-type: none">• Draft circulated, and comments and input gathered by September 2000. |
| <hr/> | |
| Action | <ul style="list-style-type: none">• Direct and promote collaboration through formal mechanisms within CSC via the Regional Administrators of Health Services, and within the Public Health sector via the Council of Chief Medical Officers of Health. |
| Agency/Person Responsible | <ul style="list-style-type: none">• CSC, National Headquarters, Health Services, Dr. Bob Climie.• Council of Chief Medical Officers of Health, Chairperson Dr. Jeff Scott. |
| Timeline | <ul style="list-style-type: none">• As soon as possible.• June 2000 Council meeting. |
| <hr/> | |
| Action | <ul style="list-style-type: none">• Develop data collection systems and data analysis in collaboration with LCDC and Public Health. Wherever possible CSC's data collection systems will be compatible with and build on existing data collection systems, thereby enhancing overall surveillance and data analysis. |
| Agency/Person Responsible | <ul style="list-style-type: none">• LCDC, Dr. Don Sutherland.• CSC, National Headquarters, Health Services, Dr. Bob Climie.• Council of Chief Medical Officers of Health, Chairperson Dr. Jeff Scott. |
| Timeline | <ul style="list-style-type: none">• Ongoing. |



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community

Regional Level

- Action** • Regional Administrators of Health Services, Regional Infectious Diseases Coordinators, Wardens, Union and Inmate representatives, and Medical Officers of Health to meet and discuss the draft concept paper. Wherever possible, meetings will build on existing structures such as Regional Management Committee Meetings.
- Agency/Person Responsible** • CSC, Regional Administrators and/or Regional Infectious Diseases Coordinators.
- Timeline** • Initial planning and discussions will start at the CSC Health Services Council Meeting in May.
- Regional meetings to be held as soon as possible after release of the draft concept paper - i.e., October 2000.
-

Local Level

- Action** • Medical Officers of Health with a CSC facility in their area to meet with the CSC Chief of Health Services, and an Occupational Health representative to begin to explore effective and sustainable mechanisms for collaboration. Topics for discussion could include: how to build on existing structures/mechanisms; what initiatives have worked in the past or in other regions; what would be a starting point to begin or enhance ongoing collaboration, etc.
- Agency/Person Responsible** • CSC, Chief of Health Services to initiate the first meeting.
- Timeline** • By the end of November 2000.
-
- Action** • Staff meetings to be held in the health units to begin discussions on collaboration with the CSC institution in their catchment area. The goal is to build a commitment to collaboration, and to begin to formally identify and implement ongoing mechanisms that will initiate or enhance collaboration.
- Agency/Person Responsible** • Medical Officers of Health with a CSC facility in their catchment area.
- Timeline** • As soon as possible.
-
- Action** • Staff meetings to be held within CSC institutions to begin discussions on collaboration with the local Public Health unit. The goal is to build a commitment to collaboration and to begin to formally identify and implement ongoing mechanisms that will initiate or enhance collaboration.
- Agency/Person Responsible** • CSC Chiefs of Health Services.
- Timeline** • As soon as possible. A directive that promotes and supports these meetings will be issued by CSC-NHQ Health Services.
- First meeting to be held before June 2000.
-

Individual Level

- Action** • Round Table Meeting participants agreed to discuss the results of the meeting and the action plan with their colleagues, and to gather input and feedback.

Agency/Person Responsible • All Round Table Participants.

Timeline • Ongoing.

- Action** • The summary report of the Round Table Meeting is to be drafted by May 1st. It will be distributed to all participants, to all local and regional Medical Officers of Health, to those who responded to the questionnaire sent out prior to the meeting, and to other appropriate forums such as the CSC Health Services Council, relevant Federal/Provincial/Territorial Committees, etc.

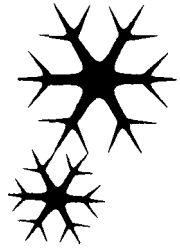
Agency/Person Responsible • Canadian Public Health Association, in collaboration with CSC-NHQ Health Services, to distribute summary report to Round Table Participants and to those who responded to the questionnaire. Participants in turn are to promote and distribute the report and action plan with their colleagues and within their own sectors.

Timeline • By May 2000.

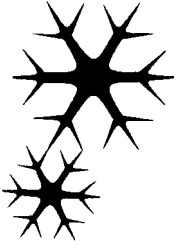
- Action** • Round Table Participants will Email Sandra Black of CSC with any additional suggestions they have regarding who should receive and/or comment on the draft concept paper. See Appendix Eight for the list of groups/agencies suggested by participants during the Round Table.

Agency/Person Responsible • All Round Table Participants.

Timeline • By June 2000.



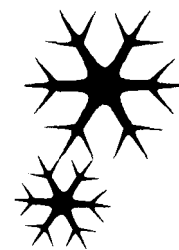
Round Table Meeting on Communicable Disease Within and Outside the Correctional Community



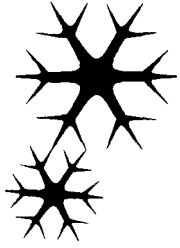
Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community

Draft Consultation List for Concept Paper

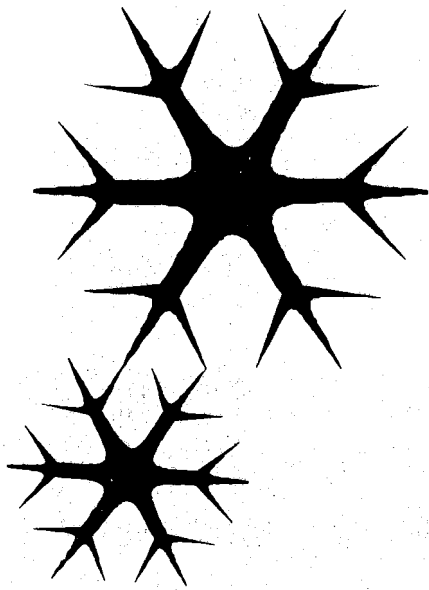
- Canadian Liver Foundation
- Program Advisory Committee on Hepatitis C
- Hepatitis C Society's Task Force on Corrections
- HIV/AIDS Ministerial Council
- F/P/T HIV/AIDS Committee
- Laboratory Centre for Disease Control (LCDC)
- Canadian AIDS Society
- Hepatitis C Society
- Justice Subcommittee on HIV/AIDS
- CSC National Health & Safety Committee
- Canadian Public Health Association
- Canadian HIV/AIDS Legal Network



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Round Table
Meeting on
Communicable
Disease Within
and Outside
the Correctional
Community



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels

27-28 mars 2000
Ottawa (Ontario)



Association canadienne de santé publique



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels

27-28 mars 2000
Ottawa (Ontario)



Association canadienne de santé publique



Service correctionnel Canada Correctional Service
Canada

Table des matières

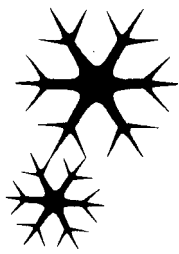
Sommaire	iv
Historique	1
Bienvenue et présentations	1
Première journée - matinée	2
Aspects santé publique de la surveillance du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose : implications pour la prévention et les soins dans les prisons au Canada	2
Les maladies infectieuses au Service correctionnel du Canada : surveillance et épidémiologie	3
Service correctionnel du Canada (SCC) "101"	3
Santé publique "101"	4
Première journée - Après-midi	5
Questions principales reliées à la juridiction	5
Les aspects d'une bonne collaboration	5
Deuxième journée - Matinée	6
But et objet communs de la collaboration entre le SCC et la communauté de santé publique	6
Mandats, rôles et responsabilités	6
Deuxième journée - Après-midi	7
Plan d'action pour l'amélioration de la collaboration entre le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique	8

Annexes

Annexe un	
Table ronde sur les maladies contagieuses à l'intérieur et à l'extérieur des prisons : réponses données au questionnaire	11
Annexe deux	
Participants	27
Annexe trois	
Aspects santé publique de la surveillance du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose : implications pour la prévention et les soins dans les prisons, au Canada	29
Annexe quatre	
Les maladies infectieuses dans le Service correctionnel du Canada : surveillance et épidémiologie	37
Annexe cinq	
Service correctionnel du Canada — "SCC 101"	41
Annexe six	
Santé publique "101"	45
Annexe sept	
Rapports des sessions en petits groupes : les aspects d'une bonne collaboration	47
Annexe huit	
Plan d'action pour l'amélioration de la collaboration entre le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique	49
Annexe neuf	
Ébauche de liste de consultation pour le document-concept	53



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



**Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels**

Sommaire

Les 27 et 28 mars 2000, à Ottawa, a été tenue une table ronde réunissant le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique, pour tenter de définir des mécanismes concrets qui permettraient d'améliorer une collaboration efficace et renouvelable entre le SCC et la communauté de santé publique sur des questions reliées à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses. Trente participants, quinze représentant le SCC et quinze, la communauté de santé publique, ont assisté à la réunion, qui comportait des présentations, des discussions en petits groupes, et des délibérations en table ronde. Le présent document offre un rapport sommaire des travaux et du *Plan d'action pour l'amélioration de la collaboration entre le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique* produit sous forme d'ébauche par les participants à la table ronde.

Les participants ont pu cerner la valeur de la collaboration; leurs rôles et responsabilités conjoints aux chapitres de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses; et la nécessité de maximiser, de part et d'autre, l'expertise et les ressources par la création de mécanismes renouvelables de collaboration régulière aux niveaux national, provincial/régional et local. Le plan d'action qui suit a été ébauché par les participants, qui se sont efforcés de veiller à ce qu'il contienne des objectifs clairs et praticables, des échéanciers réalistes et des résultats mesurables.

Historique

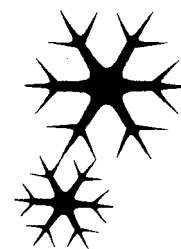
Les 27 et 28 mars 2000, à Ottawa, a été tenue une table ronde réunissant le Service correctionnel du Canada (SCC) et la communauté de santé publique, pour tenter de définir des mécanismes concrets qui permettraient d'améliorer une collaboration efficace et renouvelable entre le SCC et la communauté de santé publique sur des questions reliées à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses. Trente participants, quinze représentant le SCC et quinze, la communauté de santé publique, ont assisté à la réunion, qui comportait des présentations, une discussion en petits groupes, et des délibérations en table ronde. Le présent document offre un rapport sommaire des travaux et du *Plan d'action pour l'amélioration de la collaboration entre le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique* produit sous forme d'ébauche par les participants à la table ronde.

Bienvenue et présentations

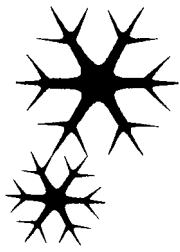
Le Dr Robert Climie, Directeur des services de santé du Service correctionnel du Canada (SCC) et co-président de la table ronde, souhaite la bienvenue aux participants et les remercie de leur présence. Le Dr Climie exprime également son appréciation envers les organisateurs de la table ronde pour le travail considérable qu'ils ont su accomplir dans une période de temps très limitée. Il reconnaît particulièrement le personnel de l'Association canadienne de santé publique et des Services de santé du SCC. Il remercie en outre Santé Canada pour avoir défrayé les coûts de la réunion. L'animateur de la réunion, Ross Hammond, et la responsable du rapport, Mary Ann Mulvihill, sont ensuite présentés aux participants.

Le mot d'ouverture du Dr Climie mentionne notamment :

- la reconnaissance du haut niveau d'expertise présent dans la salle;
- la reconnaissance du fait qu'il a toujours existé un niveau quelconque de collaboration entre la communauté de santé publique et le SCC aux niveaux local, provincial et fédéral, mais que la fréquence et la qualité de cette collaboration ont connu de fortes variations dans l'espace et dans le temps;
- une récente initiative, à Springhill (Nouvelle-Écosse), a grandement bénéficié d'un passé de collaboration entre le SCC et la communauté de santé publique, et démontré l'importance d'une collaboration et d'un partenariat formels et continus entre le SCC et la communauté de santé publique.
- le SCC loge présentement environ 13 000 détenus, et il est important de noter le fort taux de mobilité de cette population (c.-à-d. que, chaque année, environ 50 p. cent de la population change, suite aux admissions et aux mises en liberté); pour beaucoup, les services de santé de SCC sont leur premier et plus important contact avec les services des soins de santé; une collaboration avec des services communautaires, comme la santé publique, est la clé de la prestation continue et efficace des services à cette population.
- avant cette table ronde, un questionnaire sur la collaboration avait été distribué aux représentants du SCC et de la communauté de santé publique. Les réponses au questionnaire indiquent deux choses essentielles : une variabilité considérable dans la collaboration actuelle entre le SCC et la communauté de santé publique à travers le pays, et un désir généralisé de fonder des partenariats et d'améliorer la collaboration. Voir, à l'Annexe Un, un sommaire des réponses données au questionnaire;
- cette table ronde est un premier pas vers une formalisation et une amélioration de la collaboration continue/présente et efficace aux niveaux local, régional et national entre le SCC et la communauté de santé publique - elle présente une occasion importante et unique d'élargir la portée et l'impact de notre travail.



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

Le Dr Jeff Scott, médecin hygiéniste provincial de la Nouvelle-Écosse, président du Conseil des médecins hygiénistes en chef (MHC), et co-président de la table ronde, exprime son appréciation aux participants et aux organisateurs au nom de la communauté de santé publique et de la part du Conseil des MHC.

Le mot d'ouverture du Dr Scott mentionne notamment les sujets suivants :

- pour être efficace, la communauté de santé publique doit travailler avec de nombreux intervenants et plusieurs niveaux de gouvernement;
- les réponses au questionnaire indiquent qu'il existe présentement une grande collaboration, et que celle-ci pourrait encore s'accroître davantage;
- la création de partenariats et une collaboration continue seront génératrices à la fois de grandes initiatives et de grands défis;
- les idées générées par cette table ronde seront apportées au Conseil des MHC et au secteur de la santé publique en Nouvelle-Écosse pour obtenir leur contribution et leurs commentaires, et pour obtenir leur aide dans la mise en oeuvre;
- il y a dans la salle toute une masse d'expérience et d'expertise dont nous pourrions bénéficier dans nos travaux et dont nous pourrions tirer des enseignements;
- cette table ronde est l'occasion de construire un modèle de collaboration et de commencer l'application de ce modèle;
- il s'agit d'un projet important : les maladies infectieuses ne connaissent pas les questions de juridictions, et cela nous oblige à travailler ensemble.

Le mot d'ouverture est suivi d'une tournée de présentations et d'un bref énoncé, par chacun des participants, sur les objectifs qu'il vise en assistant à la réunion. Consulter, à l'Annexe deux, la liste des participants.

Première journée - matinée

Cette session avait pour objet de donner aux participants des renseignements de base au moyen d'une série de présentations. Un bref aperçu des discussions qui ont suivi chaque présentation apparaît dans le corps du rapport, et les diapositives des présentations se trouvent dans les annexes qui suivent ce rapport.

Aspects santé publique de la surveillance du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose : implications pour la prévention et les soins dans les prisons au Canada

Dr Don Sutherland, Bureau VIH/sida, MTS et TB, Laboratoire de lutte contre la maladie - LLCM, Santé Canada

Les notes de cette présentation se trouvent à l'Annexe trois.

Discussion :

Voici les principaux points ou commentaires formulés au cours de la discussion qui a suivi la présentation du Dr Sutherland :

- l'infection de la tuberculose (TB) est rare dans une institution du SCC. Les détenus peuvent entrer dans les institutions du SCC avec une TB active, mais le système de contrôle de la TB au sein des installations du SCC est efficace;
- 25 p. cent des personnes ayant le sida ont été diagnostiquées du sida en même temps qu'elles ont été identifiées comme séropositives; ceux qui composent ce groupe sont plus susceptibles de faire partie d'une minorité ethnique ou autochtone; le taux des diagnostics tardifs du VIH/sida reste persistant, à 25 p. cent;
- l'amélioration de la prise des tests de l'hépatite C et du VIH dans les institutions du SCC peut augmenter un diagnostic hâtif de l'hépatite C et/ou du VIH; cela peut aussi permettre à un plus grand nombre de membres de groupes marginalisés d'avoir accès aux tests;
- le test Detuned Assay peut détecter si quelqu'un a été infecté au cours des quatre

derniers mois; si ce test était utilisé dans les prisons, il serait possible de dire si quelqu'un a été infecté lors de son séjour dans une institution du SCC et pourrait donc servir d'élément de prédiction de l'incidence de la transmission;

- les taux de l'infection de l'hépatite C peuvent, en fait, être un facteur plus sensible de l'efficacité des programmes de réduction des préjudices et de prévention que les taux d'infection du VIH;
- au fur et à mesure que les tests de l'hépatite C et du VIH deviennent plus disponibles dans les prisons, et s'ils démontrent que la transmission de l'infection se produit au sein du système carcéral, cela peut aider à faire la promotion de programmes de prévention plus vigoureux;
- LLMCM utilise présentement les résultats des tests Detuned Assay pour tracer un portait plus précis du nombre des nouveaux cas ou des infections récentes;
- comme toujours en épidémiologie, le facteur clé est la capacité d'obtenir des données fiables en nombre suffisant.

Les maladies infectieuses au Service correctionnel du Canada : surveillance et épidémiologie

M. Chris Armstrong, stagiaire en gestion,
Services de santé du SCC

Les notes de cette présentation se trouvent à l'Annexe quatre.

Discussion :

Voici les principaux points ou commentaires formulés au cours de la discussion qui a suivi la présentation de M. Armstrong :

- les données présentées indiquent des taux de VIH plus élevés au Québec. Parmi les raisons possibles invoquées, on trouve notamment : la possibilité de taux plus élevés d'administration des tests au Québec - les tests d'hépatite C sont offerts à chaque nouveau détenu à son admission et chaque fois qu'un comportement à risque est découvert; l'épidémie UDI VIH a précédé le reste du pays;

- il est impossible de tirer des conclusions de ces données tant qu'on n'aura pas établi le taux d'administration des tests au Québec comparativement à d'autres provinces; il faut exercer la plus grande prudence avec ces données;
- il est clair qu'il y a des limites au système de cueillette des données du SCC et qu'il faut faire plus; la cueillette des données a été et demeure un défi, étant donné la réalité, au sein du SCC, des compressions imposées aux budgets et aux effectifs dans un contexte d'augmentation des besoins et de la demande; en plus, les services de santé doivent faire concurrence aux questions correctionnelles et sécuritaires pour obtenir leurs ressources;
- le développement d'un système de surveillance efficace et efficient est une question critique pour le SCC; c'est un domaine de collaboration possible entre le SCC, LLMCM, et la communauté de santé publique, puisque le SCC aura besoin d'une expertise externe sur cette question;
- un des principaux objectifs à poursuivre est celui de développer un système de surveillance qui soit commun à travers les systèmes correctionnels fédéraux et provinciaux, étant donné la migration des personnes entre les institutions fédérales et provinciales;
- les installations correctionnelles pourraient également agir comme des sites sentinelles pour certaines populations.

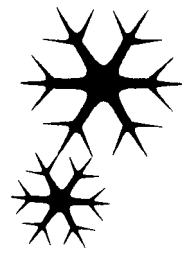
Service correctionnel du Canada (SCC) "101"

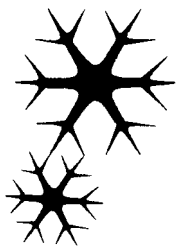
M. Jeff Potts, Agent de projet national du SCC pour le VIH/sida, Services de santé du SCC
Les notes de cette présentation se trouvent à l'Annexe cinq.

Le Dr Climie ajoute les points suivants à la présentation :

Les services de santé du SCC font face aux questions complexes suivantes :

- taux élevé d'analphabétisation; environ 60 p. cent des détenus ne peuvent pas lire à un niveau de 8^e année;





Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- 22 p. cent des détenus souffrent de désordres relatifs à la santé mentale, ce qui fait que le SCC connaît une forte demande de services dans ce domaine;
- taux élevés d'usage de drogues injectables (UDI) et de partage de seringues;
- 45 p. cent des détenus se font faire des tatouages pendant leur détention;
- environ 6 p. cent des détenus rapportent avoir des rapports sexuels sans protection avec un autre détenu;
- de 55 à 60 p. cent des détenus admettent avoir une forme quelconque de problème de toxicomanie - ils étaient sous l'influence de drogues ou d'alcool lorsqu'ils ont commis leur crime ou ils ont commis celui-ci pour soutenir leur toxicomanie;
- un nombre disproportionné des détenus sont d'origine étrangère ou autochtone;
- à l'instar d'une province, le SCC doit offrir la gamme complète des services de santé à ses détenus.

Discussion :

Voici les principaux points ou commentaires formulés au cours de la discussion qui a suivi la présentation de M. Potts :

- la réduction des préjudices (harm reduction) est un principe des programmes de promotion de la santé du SCC, mais il est difficile de mettre en place des principes de réduction des préjudices au sein d'une installation correctionnelle parce que les pratiques associées à la réduction des préjudices sont souvent illégales (par ex., drogues illicites, tatouage dans les prisons);
- il est également difficile d'instituer des pratiques de réduction des préjudices au sein d'une institution si la province où l'institution est située ne soutient pas cette approche ou n'en fait pas l'implantation; par exemple, comment un détenu sur la méthadone se procure-t-il sa méthadone s'il est mis en liberté dans une province qui n'offre pas ce service de réduction des préjudices ?;

- il faut des stratégies de réduction des préjudices pour le tatouage dans les prisons. Il est capital que les détenus participent à tout programme de réduction des préjudices visant le tatouage dans les prisons, parce que ceux-ci sont des biens de consommation et qu'il existe une économie interne qui leur est associée;
- les Services de santé du SCC prévoient mettre sur pied un programme d'assurance qualité et d'accréditation au niveau national; on espère mettre à profit le nouveau programme de la Direction générale des services médicaux pour accréditer des postes de soins infirmiers pour régions éloignées;
- au cours du développement des programmes, il est important de se rappeler que ceux-ci doivent faire l'objet d'une promotion autant que d'être établis, et qu'il faut aussi qu'on en fasse la promotion auprès du personnel autant qu'auprès des détenus.

Santé publique "101"

Mme Diane Vaughan, infirmière de la santé publique, Services de santé publique, Région du Nord, Nouvelle-Écosse

Les notes de cette présentation se trouvent à l'Annexe six.

Discussion :

Voici les principaux points ou commentaires formulés au cours de la discussion qui a suivi la présentation de Mme Vaughan :

- le respect mutuel et la conviction que le fait de travailler ensemble 'améliore' le travail de chacun est la clé d'une collaboration efficace entre les infirmières et infirmiers de la santé publique (ISP) et les infirmières et infirmiers des services de santé du SCC;
- il existe un besoin de collaboration accrue entre les ISP et les infirmières et infirmiers du SCC; les nouveaux ISP devraient être orientés vers les prisons de leurs districts et les infirmières et infirmiers du SCC devraient être orientés vers les unités locales de santé publique.

- la question de savoir « qui paie » est la clé d'une collaboration efficace; dans la plupart des cas cette question doit se résoudre cas par cas;
- les questions de juridictions peuvent constituer des obstacles; dans certaines régions, la santé publique est une juridiction provinciale dont le financement émerge à ce niveau, alors que, dans d'autres, les mandats de santé publique sont fixés au niveau provincial, alors que les programmes et les fonds sont fournis par le niveau local;
- la collaboration et le partenariat sont améliorés si les autorités de santé publique considèrent les détenus comme des résidents de leur province ou de leur communauté, ce qui en fait des récipiendaires admissibles des services de santé publics;
- dans certains cas, les détenus peuvent se sentir plus confortables avec un/e ISP, qui peut être plus en mesure d'offrir plus de distance et (ou) de confidentialité qu'un infirmier ou une infirmière du SCC;
- une collaboration efficace demande des ISP qui sont à l'aise de travailler au sein d'une installation correctionnelle.

Première journée - Après-midi

Objet : élaborer une définition de travail de la collaboration et commencer à créer un plan pour opérer une mise en oeuvre de cette définition.

Questions principales reliées à la juridiction

Un certain nombre de participants indiquent la nécessité de discuter des questions de juridiction, dont notamment : comment la juridiction de la santé publique peut varier à travers le pays, comment différentes unités de santé publique peuvent interpréter et opérationnaliser leur juridiction de façon différente, comment les institutions du SCC peuvent avoir différents points de vue sur la juridiction des organismes de santé publique au

sein de l'institution, comment la capacité est reliée à la juridiction, etc.

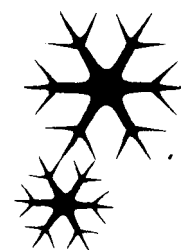
Voici certaines des questions principales reliées à la juridiction, qui ont été relevées au cours de la discussion :

- ceux qui fixent les normes ou les lignes directrices (c.-à-d. qui déclarent les juridictions) ne sont pas toujours ceux qui paient les factures;
- la juridiction est un cadre juridique, mais vous avez besoin de ressources pour être en mesure d'exercer votre juridiction (c.-à-d., il peut être dans votre juridiction de répondre, mais vous pouvez ne pas avoir les ressources pour le faire);
- une juridiction doit être opérationnalisée d'une façon collaborative pour que les résultats soient efficaces; les attitudes et pratiques suivantes peuvent entraver gravement l'efficacité de la collaboration :
 - fais-le à ma façon parce que c'est ma juridiction ou mon argent
 - je fournis le personnel; tu dois donc le faire à ma façon
 - c'est moi qui ai juridiction; tu dois donc fournir le personnel et le faire à ma façon

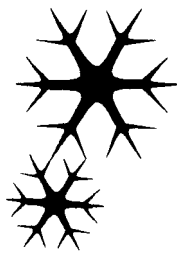
Les participants ont conclu la discussion avec une affirmation que le SCC et la communauté de santé publique avaient tous deux la juridiction, ainsi qu'une obligation morale et professionnelle de réagir aux maladies infectieuses au sein des institutions du SCC et que cette situation exigeait collaboration et partenariat.

Les aspects d'une bonne collaboration

Les participants discutent des aspects d'une bonne collaboration en se répartissant en petits groupes. L'Annexe Sept contient les rapports de chacun des petits groupes. À l'aide de l'information générée par les petits groupes, les participants ont défini comme suit les *Principales composantes de la collaboration*.



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

La communication efficace :

- est pro-active et fonctionne dans les deux sens;
- tire profit des structures en place et établit des liens latéraux entre les structures;
- exige des rôles, responsabilités et mandats clairs, ainsi que des processus de planification formels;
- est valorisé par des forums (par ex., des événements, des structures) qui permettent l'échange et le dialogue; et
- doit être programmé parce que c'est là la clé du maintien d'une collaboration efficace.

Le respect mutuel et la valorisation de la diversité :

- peut être amélioré par des structures et des processus nationaux et régionaux qui offrent un leadership et établissent des buts et des cadres communs entre les intervenants intéressés; et
- exige que tous les intervenants intéressés (c.-à-d., le personnel du système correctionnel, les détenus, le personnel du service de santé du SCC, le personnel des libérations conditionnelles du SCC, la communauté de santé publique) soient invités à participer au processus et à la prise de décisions.

Une structure de collaboration possible :

Des comités de contrôle des infections dans chaque institution du SCC, composés de la représentation suivante :

- détenus
- personnel du SCC
- communauté de santé publique
- "Lifeline"
- direction
- syndicat
- conseiller médical du SCC
- organismes communautaires

Il est important de noter que les comités de contrôle des infections peuvent être créés à un certain nombre de niveaux - c.-à-d., local, régional et national.

Deuxième journée - Matinée

Le Dr Jeff Scott souhaite de nouveau à tous la bienvenue à la table ronde SCC/santé publique. La deuxième journée s'appuyait sur la base de connaissances élaborée la première journée et sur le consensus développé autour des composantes principales de la collaboration. L'objectif consiste à développer un cadre concret et un plan d'action pour mettre en oeuvre une collaboration continue entre le SCC et la communauté de santé publique.

But et objet communs de la collaboration entre le SCC et la communauté de santé publique

Les participants ont défini le but et l'objet communs suivants qui devrait s'appliquer à la collaboration entre le SCC et la communauté de santé publique :

Prévenir et contrôler la transmission des maladies transmissibles, promouvoir l'identification précoce de l'infection, et augmenter la qualité des services et du traitement des maladies transmissibles et l'accès à ces services et ces traitements. Pour atteindre ce but et cet objectif communs, les structures et processus doivent être en place pour permettre aux principaux intervenants de se rencontrer, de planifier et de formuler des stratégies sur une base permanente afin de déterminer « de quelle façon » on peut prévenir les maladies transmissibles, les contrôler et y réagir.

Cette collaboration doit être permanente et régulière, et s'étendre au-delà des réactions à des flambées ou à des problèmes particuliers. Elle exige un cadre ou un mécanisme obligatoires pour veiller à ce qu'elle se produise d'une façon uniforme et systématique.

Mandats, rôles et responsabilités

La portée et la capacité des unités de santé publique varient à travers le pays. Par

conséquent, les détails spécifiques et les tâches que suppose la collaboration peuvent différer selon les régions, mais les participants ont convenu que l'ensemble des intervenants du domaine de la santé publique a un rôle capital à jouer dans les domaines suivants :

- la capacité d'offrir une éducation et des services de santé publique au personnel et aux détenus des institutions du SCC;
- l'assistance apportée à l'investigation et au contrôle des flambées de maladies transmissibles dans les institutions du SCC;
- le travail effectué avec le SCC pour mettre au point des programmes et des initiatives qui préviendront et contrôleront les infections au sein des institutions du SCC;
- le travail permanent de politique et de défense par le personnel de santé publique et les médecins hygiénistes des ministères provinciaux et fédéral de la Santé et des Solliciteurs Généraux concernant le besoin de systèmes adéquats de surveillance et de mesures de réduction des préjudices (par ex., condoms, programmes d'échange d'aiguilles/seringues, programmes de méthadone, etc.) au sein des institutions du SCC; et
- la planification des mises en liberté avec d'autres intervenants principaux, tels que les gestionnaires de cas, le personnel des libérations conditionnelles du SCC, les médecins de la communauté, les organismes de service du VIH/sida et de l'hépatite C, les organismes de traitement des toxicomanies, les services sociaux, les services de santé mentale, etc.

Pour mettre en application de façon efficace son mandat, son rôle et sa responsabilité de fournir des services de santé aux détenus du SCC, ce dernier a besoin de l'expertise et des ressources de santé publique. En établissant une collaboration régulière et permanente avec la communauté de santé publique, le SCC profitera des avantages d'avoir une expertise en santé

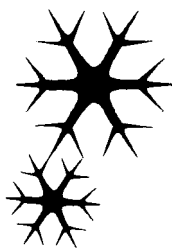
publique à sa disposition immédiate. En plus, une planification pro-active en vue de prévenir et de contrôler la transmission des maladies transmissibles au sein des institutions du SCC par la communauté de santé publique et le personnel du SCC produira, comme bénéfice net, des économies considérables en réduisant les taux d'infection et en assurant une réaction rapide et efficace aux flambées, si elles se produisent et au moment où elle se produisent.

Deuxième journée - Après-midi

Après avoir identifié la valeur de la collaboration, leurs rôles et responsabilités conjoints dans la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, et la nécessité de maximiser l'expertise et les ressources, tant de la communauté de santé publique que du SCC, en créant des mécanismes renouvelables de collaboration régulière aux niveaux national, provincial, régional et local, les participants ont produit l'ébauche du plan d'action suivant. On s'est efforcé de s'assurer d'avoir des objectifs praticables, des échéanciers réalistes et des résultats mesurables.



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

Plan d'action pour l'amélioration de la collaboration entre le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique

Niveau national

- Mesure** • Élaborer une ébauche de document-concept qui comporte un cadre de collaboration entre le SCC et la communauté de santé publique, et présente des exemples d'initiatives et de pratiques exemplaires.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administration centrale, Services de santé.

- Échéancier** • Ébauche complétée au plus tard en juin 2000.
-

- Mesure** • Faire circuler l'ébauche du document-concept pour consultation et commentaires au sein du SCC et du secteur de la santé publique, et chez les autres intéressés principaux, comme les organismes s'occupant de l'hépatite C et du VIH/sida, LLCM, les institutions correctionnelles provinciales, les organismes et comités intéressés à la santé et à la sécurité au travail, les comités fédéraux, provinciaux et territoriaux pertinents, etc. Noter qu'une liste de consultation à grande échelle sera mise au point.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administration centrale, Services de santé.

- Échéancier** • Ébauche circulée, et commentaires recueillis au plus tard en septembre 2000.
-

- Mesure** • Diriger et promouvoir la collaboration au moyen de mécanismes formels au sein du SCC, par l'entremise des administrateurs régionaux des services de santé et, au sein du secteur de la santé publique, par l'entremise du Conseil des médecins hygiénistes en chef.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administration centrale, Services de santé, Dr Bob Climie.
- Conseil des médecins hygiénistes en chef, président, Dr Jeff Scott.

- Échéancier** • Le plus tôt possible.

- Réunion du Conseil de juin 2000.
-

- Mesure** • Mettre au point des systèmes de cueillette et d'analyse de données en collaboration avec LLCM et la communauté de santé publique. Dans tous les cas où la chose est possible, les systèmes de cueillette de données du SCC seront compatibles avec ceux qui existent déjà, et ils en seront les prolongements, ce qui améliorera dans son ensemble la surveillance et l'analyse des données.

Organisme/personne responsable

- LLCM, Dr Don Sutherland.
- SCC, Administration centrale, Services de santé, Dr Bob Climie.
- Conseil des médecins hygiénistes en chef, président, Dr Jeff Scott.

- Échéancier** • En cours.
-

Niveau régional

- Mesure** • Les administrateurs régionaux des services de santé, les coordonnateurs régionaux des maladies infectieuses, les représentants des gardiens, des syndicats et des détenus, et les médecins hygiénistes doivent se rencontrer et discuter de l'ébauche de document-concept. Dans tous les cas où la chose est possible, les réunions prolongeront les structures déjà en place, comme les réunions du Comité régional de gestion.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administrateurs régionaux et (ou) Coordonnateurs régionaux des maladies infectieuses.

- Échéancier** • La planification et les discussions initiales commenceront à la réunion du Conseil des services de santé du SCC, en mai.
- Les réunions régionales devront se tenir aussitôt que possible après la publication de l'ébauche du document-concept - c.-à-d., en octobre 2000.

Niveau local

- Mesure** • Les administrateurs régionaux de la Santé attachés à une installation du SCC de leur région doivent rencontrer le Médecin hygiéniste en chef du SCC et un représentant de la Santé au travail, pour commencer à explorer des mécanismes de collaboration efficaces et renouvelables. Les sujets de discussion pourraient comprendre : comment travailler dans le prolongement des structures et mécanismes actuels; quelles initiatives ont fonctionné dans le passé ou dans d'autres régions; quel serait un point de départ pour amorcer ou améliorer la collaboration actuelle, etc.

Organisme/personne responsable

- SCC, le Chef des Services de santé convoquera la première réunion.

- Échéancier** • Au plus tard à la fin de novembre 2000.
-

- Mesure** • Des réunions du personnel devront se tenir dans les unités sanitaires pour amorcer des discussions sur la collaboration avec l'institution du SCC dans leur aire de captage. L'objectif est de développer un engagement à collaborer, et de commencer à définir formellement et à mettre en oeuvre les mécanismes actuels qui lanceront ou amélioreront la collaboration.

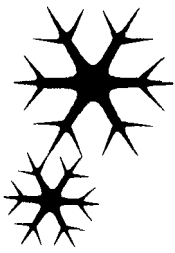
Organisme/personne responsable

- Médecins hygiénistes ayant une installation du SCC dans leur aire de captage.

- Échéancier** • Le plus tôt possible.
-



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



- Mesure** • Des réunions du personnel doivent se tenir dans les institutions du SCC pour entamer des discussions sur la collaboration avec l'unité sanitaire publique locale. L'objectif est de développer un engagement à collaborer, et de commencer à définir formellement et à mettre en oeuvre les mécanismes actuels qui lanceront ou amélioreront la collaboration.

Organisme/personne responsable

- SCC, Chefs des Services de santé.

- Échéancier** • Le plus tôt possible. Une directive qui fait la promotion de ces réunions et qui les appuie sera émise par l'Administration centrale du SCC, Services de santé.
- La première réunion devrait se tenir au plus tard en juin 2000.

Niveau individuel

- Mesure** • Les participants à la table ronde ont convenu de discuter des résultats de la réunion et du plan d'action avec leurs collègues et de recueillir les commentaires et les réactions de ces derniers.

Organisme/personne responsable

- Tous les participants à la table ronde.

- Échéancier** • En cours.

-
- Mesure** • Le rapport sommaire de la table ronde doit être rédigé au plus tard le 1er mai. Il sera distribué à tous les participants, à tous les médecins hygiénistes, à ceux qui ont répondu au questionnaire distribué avant la réunion, et à d'autres forums appropriés, comme le Conseil des services de santé du SCC, aux comités fédéraux, provinciaux ou territoriaux pertinents, etc.

Organisme/personne responsable

- L'Association canadienne de santé publique, en collaboration avec l'Administration centrale des services de santé du SCC, doivent distribuer le rapport sommaire aux participants à la table ronde et à ceux qui ont répondu au questionnaire. Les participants, quant à eux, doivent faire la promotion du rapport et du plan d'action auprès de leurs collègues, auxquels ils le distribueront, et dans leurs secteurs respectifs.

- Échéancier** • Au plus tard en mai 2000.

-
- Mesure** • Les participants à la table ronde feront parvenir à Sandra Black, par courriel, toute suggestion supplémentaire quant aux personnes ou organismes qui devraient recevoir l'ébauche de document-concept et (ou) commenter celui-ci. Voir, à l'Annexe Huit, la liste des groupes et organismes suggérés par les participants lors de la table ronde.

Organisme/personne responsable

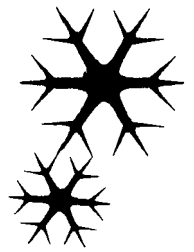
- Tous les participants à la table ronde.

- Échéancier** • Au plus tard en juin 2000.

Table ronde sur les maladies contagieuses à l'intérieur et à l'extérieur des prisons

27-28 mars 2000

Ottawa



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

RÉPONSES DONNÉES AU QUESTIONNAIRE

Question n° 1

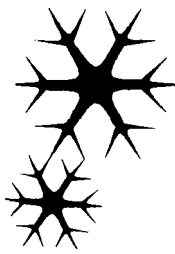
Croyez-vous que les départements de santé publique ont une responsabilité juridictionnelle envers les délinquants ? S.v.p., expliquez.

**RÉPONSE DES INTERVENANTS
DU SERVICE CORRECTIONNEL**

1. Oui, je crois que les départements de santé publique ont une responsabilité juridictionnelle à l'égard des détenus. Selon nos politiques, lorsque nous identifions une maladie contagieuse au sein de notre population de détenus, nous isolons la ou les personnes en cause, nous avertissons mon bureau, et nous avertissons le médecin hygiéniste local ou son délégué. Nous aidons ensuite le médecin hygiéniste, et nous suivons ses directives, jusqu'à ce que la situation soit sous contrôle. De façon analogue, si le Département de santé publique est au courant d'un problème dans notre institution ou dans la communauté environnante, nous suivons là encore ses directives jusqu'à ce que le problème soit résolu. (ON)
2. Que nous voulions le croire ou non, les centres correctionnels sont des communautés au sens large du terme. Comme elles sont des communautés, les organismes de santé publique devraient participer à leurs soins. Ils retourneront éventuellement d'une communauté correctionnelle à une communauté civile, et peuvent avoir là un rapport avec les organismes de santé publique. Également, certaines des lois relatives à la santé publique couvrent beaucoup plus de terrain que les lois du service correctionnel lorsqu'il est question de santé. (Whitehorse)
3. Oui... et non... Nous avons besoin de leur soutien et de leur expertise lorsque nous avons une épidémie ou des questions sur certaines maladies infectieuses. Sur l'aspect des juridictions? Je crois que nous devrions vérifier avec l'aspect juridique. (SCC - QC)
4. Les services de santé publique ont une responsabilité juridictionnelle envers les

**RÉPONSES DES INTERVENANTS DU
DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

1. Je ne crois pas que ce soit une question de conviction; c'est ce que la législation habilitante établit. En C.-B., je ne connais pas de juridiction particulière (comme, par exemple, ce qui existe pour les écoles élémentaires et secondaires, ou plus les installations agréées de soins communautaires). Les organismes correctionnels tomberaient donc sous la même juridiction générale que celle qui s'applique à tous les autres organismes. (C.-B.)
2. Oui, notre législation sur la santé publique lie la Couronne, sauf au niveau fédéral. (ON)
3. Il n'existe aucune responsabilité juridictionnelle pour la santé publique au niveau local, tant qu'une personne est à l'intérieur d'une institution nationale. À mon point de vue, il s'agit d'une question constitutionnelle, le secteur de la santé publique n'ayant aucune autorité dans un domaine de gouvernement national, y compris l'armée, les bâtiments nationaux et le Service correctionnel. La responsabilité du secteur local de santé publique commence lorsque le prisonnier est mis en liberté conditionnelle ou inconditionnelle. Le service de santé publique local peut également offrir des conseils ou des avis sur demande ou offrir un service sur demande, payant ou gratuit. Il y a, toutefois absolument un besoin de liaison, à cause des familles des prisonniers qui vivent dans la communauté et peuvent être exposées à des MC (maladies contagieuses) par des visites, et les familles des gardiens, qui peuvent être à risques. Les gardiens eux-mêmes sont du ressort du Service correctionnel pour des questions de MC professionnelles particulières; le milieu de la santé publique local est impliqué pour toute exposition qui n'est pas reliée au travail professionnel. (ON)



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- détenus - ceux-ci ne cessent pas d'être membres de la communauté parce qu'ils sont incarcérés, tout comme l'institution elle-même ne peut pas se voir comme ne faisant pas partie de la communauté. Il y a d'autres raisons impérieuses pour lesquelles les services de santé publique devraient travailler de façon active au niveau de l'institution : d'abord, les populations de détenus souffrent dans une mesure disproportionnée de maladies infectieuses comme le VIH, le VHB, le VHC, et les MTS. Ensuite, même si les services de santé publique adoptent la position que ceux-ci « ne sont pas notre problème », nous savons que ces détenus vont être libérés et qu'ils vont poser un énorme risque à la population. En troisième lieu, les populations de détenus sont une population « captive », et cela représente une grande opportunité de traiter de préoccupations touchant la santé publique avec un groupe institutionnalisé, à risque élevé. (MB)
5. Oui. Les détenus incarcérés restent des membres du public pendant qu'ils purgent leur sentence, même si leur mobilité est peut-être limitée. La plupart des détenus qui purgent une sentence au Canada reçoivent des privilèges communautaires à un moment ou l'autre de leur incarcération, et cela implique d'aller et venir au milieu de la population générale des communautés. Ainsi, leur santé par rapport aux maladies contagieuses, tomberait dans les cadres du mandat des départements de santé publique. (AB)
 6. Étant donné les comportements risqués pour la santé de la population que nous desservons et le potentiel d'étendue de maladies contagieuses, je crois qu'il est crucial qu'il existe une responsabilité juridictionnelle envers les détenus. (N-É)
 7. Oui. Les détenus en état infectieux devront faire l'objet d'un suivi à leur mise en liberté pour veiller à ce que des stratégies de prévention de soins et de suivi adéquates soient en place. Le suivi est important pour identifier les tendances naissantes, les éléments démographiques, et l'efficacité des traitements. (C.-B.)
 8. Sur trois institutions qui ont répondu, une d'elles était d'avis que les services de santé publique n'avaient aucune responsabilité juridictionnelle à l'égard des détenus incarcérés dans des institutions fédérales. Deux institutions étaient plutôt d'avis que
4. Je ne suis pas certain de comprendre le libellé de la question. Je ne crois pas que le département de santé en tant qu'agence formée par statut provincial ait une juridiction automatique sur une propriété fédérale, comme une prison. J'ignore si cela a jamais été testé devant les tribunaux en rapport avec une claire responsabilité provinciale, comme la santé. (ON)
 5. Les institutions sont autonomes et constituent un environnement unique. Je ne vois certainement pas les infirmiers de la santé publique aller dans les institutions pour faire des relevés de contacts relativement aux MC. Je crois que le suivi des délinquants qui ont été trouvés avoir une MC devrait être fait/se faire par le personnel de santé de l'institution. Les contacts identifiés au sein de l'institution devraient être suivis par le personnel de santé de l'institution. Les contacts extérieurs à l'institution devraient être référés aux services de la santé publique pour suivi. Je vois effectivement un rôle pour le MH (médecin hygiéniste) régional agissant comme consultant au personnel de l'institution dans le contrôle des MC au besoin, au moins pour les prisons provinciales. Dans les institutions fédérales, ce rôle de consultant devrait être rempli par le personnel consultant médical de Santé Canada. (AB)
 6. Nos données de surveillance montrent que le prévalence des pathogènes portés dans le sang est disproportionnellement élevé dans les prisons. Une fois qu'un prisonnier est mis en liberté, il existe un risque possible pour la communauté, à moins que les prisonniers soient éduqués concernant/sur la transmission des maladies contagieuses. C'est pourquoi il faut que le milieu de la santé publique et le Service correctionnel fassent partenariat et trouvent des moyens de travailler à la diminution de la propagation des maladies à la fois dans les prisons et dans la communauté. (AB)
 7. Oui. Pour les diagnostics dans les prisons provinciales, la responsabilité se trouve sous la Loi sur la santé publique. Nous n'avons pas de prison fédérale; la question ne s'applique donc pas à nous. Si nous avons une personne résidente de l'Î.-du-P.-É. diagnostiquée d'une maladie contagieuse dans une prison située à l'extérieur de la province, il est plus efficace que l'évaluation soit faite là, parce que la personne peut ne pas revenir à l'Î.-du-P.-É. pendant quelque temps. Toutefois, si on nous demande

oui, les services de santé publique ont une juridiction au moins dans le domaine du suivi des maladies contagieuses. (SCC-Région du Pacifique)

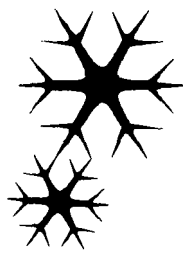
9. Cela dépend de la situation. Il est clair que les détenus qui sont incarcérés redeviennent des membres participants de leurs communautés d'origine. Ainsi, il devrait y avoir un continuum de participation des services de santé publique aux questions de santé qui se soulèvent à partir des institutions correctionnelles qui se trouvent dans leur juridiction, mais la législation ne semble pas donner juridiction aux services de santé publique sur ce domaine, à moins qu'il n'y ait menace à la santé publique locale.

Quant aux institutions correctionnelles fédérales, les services locaux de santé publique n'ont pas juridiction à l'intérieur des établissements. S'il y a un cas d'un détenu qui a une maladie contagieuse, le médecin de l'institution correctionnelle verra le patient et le traitera. S'il y a des contacts qui exigent une prophylaxie, le personnel infirmier de l'institution administrera les médicaments ou les immunisations sous la direction du médecin hygiéniste fédéral (situé à Ottawa) qui est responsable de cette institution. Toutefois, il y a ordinairement une étroite coopération entre les institutions fédérales en Saskatchewan et les services locaux de santé publique. L'établissement demandera fréquemment conseil aux représentants locaux de la santé publique concernant le contrôle des épidémies ou les pratiques de contrôle des infections. Les services locaux de santé publique n'auraient pas de responsabilité pour mettre sur pied des programmes de prévention des MI dans les institutions fédérales comme, par exemple, les programmes d'échange d'aiguilles ou de condoms ou des programmes universels de vaccination contre l'hépatite B. Je crois que les services de santé publique auraient une responsabilité juridictionnelle s'il y avait dans l'institution une épidémie qui avait le potentiel de se répandre à la communauté locale ou qui affectait cette dernière.

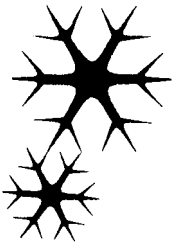
Dans les institutions correctionnelles provinciales, là encore, le médecin de l'établissement verrait et traiterait les détenus individuels. Les services locaux de santé publique seraient invités à aider dans l'éventualité d'une épidémie, particulièrement si celle-ci avait le potentiel de se répandre dans la communauté locale. Les services de santé publique feraient un suivi des contacts d'un cas de maladie infectieuse à l'extérieur

d'assurer le suivi d'un cas, ou de faire un dépistage de contacts, nous le ferons. Un de nos principaux problèmes, c'est que nous n'entendons jamais parler du cas diagnostiqué dans une prison située à l'extérieur de l'Î.-du-P.-É. et, par conséquent, nous ne savons pas que la personne a été diagnostiquée. (Î.-P.-É.)

8. Oui, nous faisons la liaison avec le SC concernant le suivi des maladies contagieuses à déclaration obligatoire. (AB)
9. Oui, mais seulement de la même façon que les services de santé publique sont responsables des installations résidentielles, c.-à-d. qu'ils devraient prendre le rôle de chef de file dans la surveillance, les enquêtes et le contrôle et appeler les gens de la santé publique comme consultants lorsque la chose est nécessaire (des lignes directrices seraient utiles ici). Cela peut différer d'une province à l'autre, ou même à l'intérieur des juridictions. Je ne pense pas que les services de santé publique devraient jouer le rôle de chefs de file dans les prisons sur une base régulière. (TN)
10. Oui. La population des prisons est un groupe à risque élevé (adultes et jeunes) pour les infections transmises sexuellement, les pathogènes portés par le sang et certaines autres maladies contagieuses. Les services de santé publique ont un rôle dans la surveillance, l'éducation, les tests et le dépistage, et le traitement de ces maladies. (SK)
11. Non. (ON)



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

de l'institution et coordonneraient leur action avec le médecin de l'établissement. Le personnel des services de santé publique pourrait assister le personnel infirmier en leur donnant la formation en matière d'administration de vaccins. Les services de santé publique aideront, dans certains cas de services à l'interne de maladies infectieuses, lorsqu'on leur en fait la demande. De bonnes relations de travail facilitent une telle collaboration, mais la responsabilité juridictionnelle elle-même demeure une zone grise. (SK)

10. Oui. Tous les Canadiens ont droit aux services de santé publique, à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons. (TY)
11. Oui, bien sûr. C'est la responsabilité du ministère de la santé d'agir dans le cas de toute personne qui a besoin de soins et de services de santé sans discrimination à l'égard de son statut juridique ou correctionnel. (QC)
12. Oui, la plupart des détenus retourneront dans la communauté et plusieurs de leurs contacts pour la transmission de maladies infectieuses se trouvent dans la communauté, ce qui fait qu'il serait approprié que les services provinciaux de santé publique soient impliqués. (Pénitencier Stony Mountain, MB)
13. Parce que la plupart des détenus vont retourner dans la communauté à un moment ou l'autre, je crois que les services de santé publique devraient travailler avec nous pour offrir des services du (ministère de la) Santé et veiller à ce que nous respections les normes du ministère et vice-versa. Cela assurerait également un suivi des maladies infectieuses, et une notification des contacts. (SK Penitentiary)
14. Dans le CD 800 #18, il est clairement dit que nous devons suivre les réglementations provinciales, donc, dans ce cas-ci, je crois, ils le pourraient, à moins qu'il y ait en place quelque chose d'autre, que j'ignore. Nous suivons les règlements de la province sur la production de rapports, pour remplir les formulaires, etc. (Drumheller Institution, AB)

Question n° 2

Existe-t-il un mécanisme prévoyant des réunions régulières entre le milieu de la santé publique et les organismes du service correctionnel dans votre province ou région ?

RÉPONSE DES INTERVENANTS DU SERVICE CORRECTIONNEL

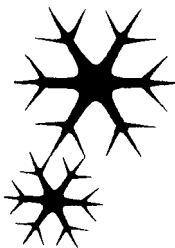
1. Non, il n'existe aucun mécanisme en place pour des réunions régulières entre les services de santé publique et les agences du service correctionnel dans notre province. Nous nous rencontrons lorsqu'un problème se présente. (ON)
2. Comme nous sommes une communauté de si petite taille, il n'y a pas vraiment eu de besoin de réunion formelle. S'il y a des problèmes ou des préoccupations, ils sont discutés avec le personnel qui s'occupe de la situation. (Whitehorse)
3. Non. (SCC – QC)
4. Aucun mécanisme en place. (MB)
5. Oui. Les Services correctionnels de l'Alberta sont un participant actif d'un consortium multi-sectoriel relevant du ministère provincial de la santé (Alberta Health and Wellness), qui examine comment le VIH/SIDA et d'autres maladies infectieuses sont traitées par les organisations de la province. Les réunions du consortium, du comité directeur et de groupes de travail offrent une excellente occasion, pour les représentants des agences et des ministères, d'échanger sur la façon dont ils abordent ces questions et de développer des partenariats, là où la chose s'avère nécessaire. (AB)
6. Oui, il existe un comité de contrôle des infections des services correctionnels provinciaux où sont représentés les services de santé publique - médecin hygiéniste, coordonnateurs du service des maladies transmissibles et de la promotion de la santé. Également, le Coordonnateur provincial des soins de santé du Service correctionnel est membre du Comité provincial de contrôle des maladies transmissibles des Services de santé publique. (N-É)
7. Non, pas à ma connaissance. (C.-B.)
8. Non. Les trois institutions s'entendent pour dire qu'il n'existe aucun mécanisme formel pour tenir des réunions régulières entre les services de santé et le Service correctionnel.

RÉPONSES DES INTERVENANTS DU DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Le Service correctionnel siège à notre comité régional de l'enfance et de la jeunesse, je crois. Il y a également d'autres réunions régulières qui se tiennent autour de fonctions ou d'enjeux particuliers dans chaque communauté dans laquelle des représentants du service correctionnel auraient une participation. Si vous voulez des détails, il faudrait que je demande à mon personnel. (C.-B.)
2. Les maladies contagieuses (MC) exigent des réunions ad hoc au niveau provincial et des réunions régulières au niveau local. (ON)
3. Oui. Nous avons deux ou trois rencontres par année pour échanger de l'information et discuter des développements dans les prisons en rapport avec les MC. Cette liaison formelle est essentielle à la fois à ces discussions, mais, ce qui est peut-être aussi plus important, pour développer les relations nécessaires pour faire face aux situations dans lesquelles une coopération rapide est nécessaire. (ON)
4. Aucune, à ma connaissance, au moins au niveau local ou du district, ou au niveau régional. (ON)
5. Non. Nous avons cependant une bonne relation de travail, et nous avons eu des relations avec eux pour offrir nos idées et nos avis sur le contrôle des MC. (AB)
6. a) Le consortium sur l'utilisation des seringues sans prescription (Non Prescription Needle Use (NPNU) Consortium). Il s'agit d'un plan d'action provincial de trois ans visant à diminuer les préjudices associés au NPNU quant à leur relation avec les pathogènes transportés par le sang. Le consortium est divisé en neuf groupes de travail qui s'occupent de thèmes prioritaires et font rapport sur leur progrès à chaque réunion du Consortium, qui a lieu chaque année. Un des thèmes prioritaires est l'Application de la loi et l'incarcération. Après une séance de remue-méninges, ce groupe a décidé de concentrer son activité sur l'éducation, la coordination des services de libération,



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

(SCC – Région du Pacifique)

9. Dans le cas des questions de contrôle des maladies transmissibles, oui. Il y a actuellement un partenariat de travail avec le personnel de la clinique de MTS du District de la Santé pour offrir des tests en matière de MTS et des tests anonymes pour le VIH.

En 1998, le ministère de la Justice de la Saskatchewan a établi et présidé un comité appelé le comité de réduction des risques de maladies transmissibles (Communicable Disease Risk Reduction Committee). Le service de contrôle des maladies transmissibles du ministère de la santé de la Saskatchewan a participé aux travaux du comité, à l'établissement de certains buts et objectifs visant à l'expansion des programmes et services reliés à la santé dans les institutions correctionnelles. Ce fut très utile. (SK)

10. Oui. (TY)

11. Oui, des réunions régulières sont tenues par les parties intéressées qui sont responsables des dossiers ayant rapport au VIH en termes de santé et sécurité publiques. La consultation et la communication sont continues. (QC)

12. Il n'y a pas de forum permanent; de temps à autre la province présente un programme de formation et le Service correctionnel est invité à participer à ces séances. (Stony Mountain Institution – MB)

13. Il n'existe pas de mécanisme dans le moment, bien que je fasse partie, au niveau local, de la planification des stratégies concernant le VIH et l'hépatite C dans la communauté locale. (SK Penitentiary)

14. J'ai rencontré les gens du provincial sur les questions de VIH; nous nous réunissons à Calgary 1 ou 2 fois par année. Ce comité se compose de médecins provinciaux, de services correctionnels provinciaux et de services correctionnels fédéraux, ainsi que de médecins de la communauté et de groupes d'intérêts. Je crois aussi que l'infirmière qui s'occupe de l'hépatite rencontre ou consulte également les unités sanitaires. (Drumheller Institution, AB)

et la recherche (qualitative et quantitative dans le système provincial).

- b) Les réunions du comité sur les agents pathogènes transportés par le sang (Blood Borne Pathogens - BBP) se tiennent dans la région chaque trimestre. Il s'agit d'un effort régional pour aider à réduire l'incidence et l'impact de tous les BBP dans la communauté. Les participants proviennent de Capital Health's Regional Public Health, Alberta Health & Wellness, Société canadienne du sang, la Fondation canadienne des maladies du foie, Provincial Laboratory of Public Health, HIV Edmonton, Edmonton Remand Centre, Edmonton Institution, Edmonton Institution for Women, John Howard Society (maisons de transition), Catholic Social Services, AADAC, et Streetworks (programme de réduction des préjudices). Des partenariats avec des institutions correctionnelles furent identifiés comme essentiels à cause de l'augmentation des risques de BBP pour les prisonniers. Cela comprend le risque d'infection avant incarcération dû à des facteurs comme la pauvreté et la toxicomanie, ainsi que le risque d'infection en prison dû à une éducation insuffisante ou un manque d'accès à des condoms et à des agents de blanchiment pour nettoyer les aiguilles et les seringues, et le risque d'infection lors du retour en communauté. (AB)

7. Il n'y a pas de réunions régulières, mais l'infirmière de la prison provinciale communique avec le ministère fréquemment par téléphone et nous nous rencontrons lorsque la chose s'impose. (I-P-É)

8. Nous nous rencontrons et faisons liaison avec la prison de notre région, c.-à-d. Grande Cache (Alberta). (AB)

9. Non, mais les services de santé publique offrent des séances d'éducation à l'intention du personnel et (ou) des prisonniers sur une base périodique et lorsqu'un enjeu inquiétant surgit, par ex., des séances sur le VIH/sida et sur les MTS. (TN)

10. Nous visitons la prison qui se trouve dans notre district de santé sur une base régulière. Nous ne tenons pas de réunions régulières comme telles, mais il y a dialogue continu au niveau de première ligne. (SK)

11. Non. (ON)

Question n° 3

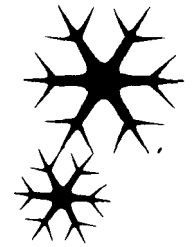
Décrivez les activités de santé publique qui ont lieu dans votre prison.

RÉPONSE DES INTERVENANTS DU SERVICE CORRECTIONNEL

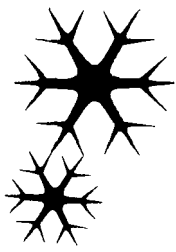
1. Certains programmes éducatifs sont régulièrement donnés par les services de santé publique, et de nombreuses activités se produisent lorsque nous avons un problème de santé publique. Également, des suivis des maladies transmises sexuellement sont effectués par les services de santé publique, dans nos institutions. (ON)
2. Les services de santé publique viennent dans notre centre sur une base régulière depuis plus de 9 ans. Ils ont commencé à venir à toutes les 2 semaines. Nous avons maintenant une « infirmière de la rue » qui vient chaque semaine. Elle travaille avec les services de santé publique, mais elle a son propre programme, qui est orienté vers les marginaux de la rue. (Oui, même à Whitehorse). Elle voit tous les nouveaux venus, s'il y consentent. Elle fait tous les tests de tuberculose. Les tests pour le VIH/SIDA, le VHC, la syphilis, etc. sur hommes et femmes. Ils font également les inoculations contre le tétanos et la diphtérie ainsi que l'hépatite B. La plus grande part de l'enseignement se fait face à face, et ils viennent de temps en temps pour faire une présentation à un gros groupe. (Whitehorse)
3. Que voulez-vous dire concernant des activités de santé publique? (SCC – QC)
4. Même s'il semble y avoir plus de collaboration avec les services de santé publique dans des institutions rurales, plus petites, celle-ci est virtuellement non-existante dans la région de Winnipeg. Les institutions font rapport des maladies infectieuses au besoin, et il se fait certaines enquêtes sur les épidémies (par ex., la tuberculose), mais c'est à peu près tout. Franchement, nous n'avons pas de directeur médical au Service correctionnel depuis maintenant plusieurs années, et c'est ce qui fait que le développement et le maintien d'une relation de travail au niveau des professionnels avec les services de santé publique en ont souffert. (MB)
5. La section TB d'Alberta Health and Wellness fréquente nos centres correctionnels pour offrir des consultations sur le traitement de certains détenus diagnostiqués de la tuberculose. L'unité des maladies transmises

RÉPONSES DES INTERVENANTS DU DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Si vous voulez parler des activités faites par le personnel des organismes de santé publique, je ne crois pas qu'il y en ait beaucoup. Il faudrait que je demande à mon personnel pour le savoir avec certitude. Si vous voulez parler d'activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé réalisées par le personnel des institutions correctionnelles, cela varie. Certaines des prisons font réellement un bon travail comme institutions de prévention, comme la vaccination (particulièrement contre l'hépatite A et B) et de réduction des préjudices, y compris les traitements à la méthadone. Des prisons sont en train d'interdire l'usage du tabac en réponse à l'exigence de la commission des accidents du travail de la C.-B. relativement aux milieux de travail sans fumée. (C.-B.)
2. Inquiétudes relatives à la sécurité des aliments et aux maladies contagieuses. (ON)
3. Les seules activités régulières à l'intérieur des prisons sont la liaison concernant les cas et les contacts, l'échange d'information et la consultation. De temps en temps, une institution ou des services de santé peuvent nous demander de nous impliquer dans un cas à l'intérieur de la prison. Ces demandes sont ad hoc et sujettes à une entente entre les deux parties. (ON)
4. Si vous voulez dire, les leurs, je ne sais pas vraiment. Si vous voulez dire, les nôtres, alors très peu, bien que nous ayons été capables de fournir quelques services à leur demande : des conseils sur un cas de sida; le lancement d'une enquête sur une épidémie suspecte d'empoisonnement alimentaire (qu'on a éventuellement trouvé n'avoir pas de rapport avec l'alimentation et causé par l'agent de Norwalk); participation à une foire santé à l'intention des prisonniers; participation à des sessions d'éducation de groupe concernant les maladies transmises sexuellement. (ON)
5. Les services de santé publique ne s'engagent pas dans des activités directes avec l'institution pour le moment. On a l'intention de commencer un programme de tests anonymes du VIH dans les institutions au cours des prochains mois. Ce



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

sexuellement de l'Alberta Health and Wellness fréquente le Edmonton Remand Centre sur une base régulière pour traiter les détenus dont l'état de santé découle de leur comportement sexuel. La division des maladies infectieuses de l'école de médecine de l'université de l'Alberta visite le centre correctionnel de Fort Saskatchewan sur une base régulière pour tenir une clinique maison sur les maladies infectieuses à l'intention des détenus incarcérés à ce centre. (AB)

6. Visites par l'infirmière des services de santé publique pour le dépistage des contacts, les clients récemment diagnostiqués de l'hépatite B et C et du VIH. Relation étroite pour l'éducation permanente pour les infirmières agréées, comme les immunisations. (N-É)
7. Les activités des services de santé publique comprennent : une notification sur les maladies transmissibles à déclaration obligatoire, une consultation concernant le processus en cas d'épidémies, etc. (C.-B.)
8. Les trois institutions sont toutes d'accord pour dire que des activités des services de santé publique, comme le suivi des MTS, le contrôle et l'évaluation de la tuberculose, les vaccinations, le counselling concernant les protocoles en cas d'épidémies, et une aide éducative à l'intention du personnel ont toutes eu lieu dans nos établissements. (SCC – Région du Pacifique)
9. Dépistage et le traitement des MTS, tests anonymes de VIH. Références de MC aux installations correctionnelles pour suivi de cas et dépistage de contacts. (SK)
10. Deux fois par semaine, visites par les services de santé publique amorcées par YCDC '94, pour tester toutes les UDI. On examine à titre d'essai la fourniture d'aiguilles et de condoms. (TY)
11. Nous avons un plan d'activités 1998-2002 dont l'accent porte sur la prévention de la transmission du VIH dans les prisons parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Il a été élaboré en collaboration avec le centre de coordination SIDA Québec, agence qui travaille sous l'égide du Ministère de la Santé et des Services sociaux. (QC)
12. Il n'y a pas d'activités tenues dans l'institution par les services provinciaux de santé publique. Le SCC reçoit Provincial Health Alerts, et la province a été une source

programme sera mené par le personnel de santé publique au sein des institutions. (AB)

6. a) Suivi de l'hépatite C d'individus qui viennent d'être diagnostiqués.
b) Suivi du VIH (éducation et dépistage des contacts).
c) Services éducatifs internes hebdomadaires à l'intention des prisonniers sur le VHC et le VIH.
d) Participation occasionnelle à l'initiative de soutien par les pairs à l'institution d'Edmonton pour les femmes. L'orientation pour le programme de soutien par les pairs se tient environ trois fois par année à l'institution. (AB)
7. Tout cas nécessitant le médecin hygiéniste et (ou) l'infirmière de santé publique des maladies contagieuses résulte en une visite (c.-à-d., suivi de l'hépatite A et administration d'immunoglobuline, counselling des gardiens qui ont reçu une piqûre d'aiguille, interview de cas d'un nouveau cas d'hépatite C, etc.) (I-P-É)
8. Collaborer autour d'un suivi de MTS, de l'immunisation, d'un suivi de maladie à déclaration obligatoire. (AB)
9. Nous n'avons qu'une prison provinciale. Il y existe une couverture à l'interne par un médecin sur appels et un contact avec le système de santé publique lorsqu'une consultation est nécessaire. Voir numéros 1 et 2 ci-dessus. Santé publique prendrait vraisemblablement un rôle de leadership si une épidémie devait faire irruption dans une institution. Autrement, les rapports et les suivis réguliers auraient lieu au besoin et comme, par exemple, dans une école. (TN)
10. Présentations éducatives aux prisonniers, tests et dépistage, et counselling pour le VIH, l'hépatite B & C, et la syphilis. Une certaine immunisation est offerte, par ex., pour compléter une série. (SK)
11. Nous offrons les vaccins dT (contre le tétanos et la diphtérie) et les médicaments contre la tuberculose ainsi qu'un suivi. (ON)

d'information et offre le vaccin contre la grippe. Les services de santé ont accès à un certain nombre de vidéos de la bibliothèque provinciale de santé publique, dont ils peuvent se servir dans le programme CHIPS. Le personnel infirmier du SCC s'occupe de la promotion de la santé et de l'éducation en matière de réduction des préjudices. Le personnel du SCC encourage les détenus à participer aux programmes de dépistage et d'immunisation. Les formulaires provinciaux de contacts sont remplis par le personnel infirmier du SCC et communiqués à la province. (Stony Mountain Institution – MB)

13. Nous sommes présentement impliqués dans le pilote de test VIH anonymes avec les services de santé publique, et ces derniers offrent du counselling à l'intention de nos détenus séropositifs. (SK Penitentiary)
14. Les services (provinciaux) de santé publique sont informés de toutes les maladies infectieuses. Nous travaillons également en étroite relation avec les services de la tuberculose et suivons leurs directions sur un grand nombre de questions concernant le relevé des contacts, les résultats de rayons X, etc. (Drumheller Institution – AB)

Question n° 4

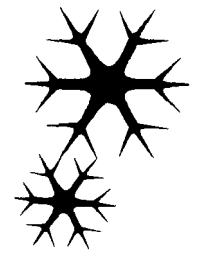
Quelles sont les forces perçues comme militant en faveur d'une collaboration entre vos services correctionnels et santé publique ?

RÉPONSE DES INTERVENANTS DU SERVICE CORRECTIONNEL

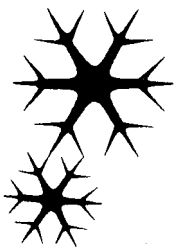
1. La force perçue de la collaboration est que nous bénéficions de l'expertise et des ressources des services de santé publique, et, à un degré beaucoup moindre, ceux-ci bénéficient de nos institutions fermées lorsqu'ils en ont besoin. Cela ne se produit pas souvent, mais s'est arrivé à plusieurs reprises au cours des quelques dernières années. (ON)
2. Une des forces les plus grandes se trouve dans le domaine du financement. Pour certains programmes, comme l'innoculation de ces individus à risque élevé contre l'hépatite B, nous ne pourrions pas obtenir de fonds. C'est un mandat des services de santé publique, ce qui fait que ce programme a pu être offert par leur entremise. Pour offrir ce que les services de santé publique offrent, nous devrions embaucher du personnel et lui donner une formation spécialisée spécifique à ce domaine, ce que nous ne faisons pas maintenant.

RÉPONSES DES INTERVENANTS DU DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Quand j'ai été impliqué dans l'assistance au contrôle d'une épidémie (ou à prévenir des irruptions d'épidémies) dans une de nos prisons locales, j'ai là des gens avec lesquels il était facile de travailler, dévoués, pratiques, ayant une bonne connaissance médicale, et très intéressés à maintenir et à améliorer la santé des prisonniers. Nous partageons une large part de la même philosophie. (C.-B.)
2. Information. (ON)
3. Les réunions formelles et une liaison informelle sont essentielles et fonctionnent très bien. Cela garde tout le monde au courant de ce que les autres parties font et permet d'agir rapidement dans une situation dans laquelle cela pourrait être requis par les deux parties, par ex., un problème de MC affectant les prisonniers et ceux de l'extérieur. (ON)



**Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels**



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

Nous avons également trouvé que les détenus consentent plus facilement à voir quelqu'un « de l'extérieur ». Ils se sentent moins vulnérables à des fuites d'information lorsqu'ils consultent quelqu'un de l'extérieur. Avec les cas de tuberculose, il y a un transfert plus facile parce que les services de santé publique sont déjà au courant et déjà dans le coup. (Whitehorse)

3. Nous travaillons tous les deux dans des installations publiques, avec des personnes potentiellement infectées. Ils ont la reconnaissance dont nous avons besoin et nous avons une expertise dans le domaine correctionnel dont ils ont besoin s'ils veulent prendre place dans notre environnement. (QC)
4. Les forces perçues de la collaboration : Tout! de l'éducation et la prévention à la surveillance, au traitement, et aux communications, il y a d'énormes avantages qui pourraient être réalisés à partir d'une meilleure collaboration. (MB)
5. Le contact actuel entre le service correctionnel et les agences de santé publique permet au personnel du service correctionnel de rester au courant de tous les nouveaux développements dans le champ du contrôle des maladies infectieuses et le développement de nouvelles initiatives pour traiter les maladies infectieuses en milieu correctionnel. (AB)
6. Crucial pour la promotion de la santé, la réduction des préjudices et l'éducation sur la santé. Joue également un rôle dans la mise en oeuvre des stratégies et des programmes de réduction des préjudices. (N-É)
7. Les forces perçues pour la collaboration : elle offre une voie pour identifier les individus à risque élevé basée sur un dépistage précis des maladies infectieuses pour découvrir les tendances et les données démographiques; elle donne accès à des occasions mutuelles d'éducation; elle offre des liaisons pour la planification en cas de sinistre; elle donne un processus pour effectuer un suivi communautaire à la mise en liberté, répondant par là au besoin du client pour des soins adéquats et celui de la communauté pour la sécurité en matière de santé; elle facilite un soutien communautaire pour le client et sa famille. (C.-B.)

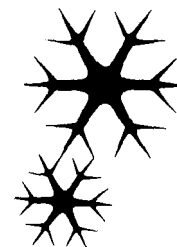
8. Une institution a révélé que le personnel était

4. Indépendance, sans ordre du jour, sauf la santé publique. Disponibilité d'un élargissement des domaines de compétence du personnel au niveau local. Acceptation que la prison n'est pas tellement isolée du reste de la communauté, étant donné sa taux de transfert. (ON)
5. Intérêt commun. Après tout, plusieurs délinquants seront éventuellement remis en liberté dans les communautés locales. Santé publique possède une expertise dans le domaine du contrôle des MC et peut offrir des conseils sur de nombreux sujets au personnel de santé de la prison. (AB)
6. a) Création d'un partenariat de travail qui est établi sur une compréhension mutuelle des mandats.
b) L'occasion de comprendre à quels endroits des améliorations peuvent être apportées. (AB)
7. La communication est bonne. Notre problème est avec les cas diagnostiqués à l'extérieur de la province, où nous ne recevons souvent l'information concernant les données de suivi. (Î-P-É)
8.
 - Augmentation de la sensibilisation aux maladies contagieuses et aux services de santé publique.
 - Suivi en temps opportun.
 - Partage de ressources éducatives/d'ateliers. (AB)
9. Maintient les activités régulières de surveillance et de suivi au sein de l'institution, tout en offrant une expertise en santé publique épidémiologique, en éducation ou autre au besoin. (TN)
10. La collaboration nous permet d'avoir accès à une population à risque très élevé. (SK)
11. Protocoles partagés, d'où même approche face aux maladies contagieuses. Plus simple, moins de confusion dans la communauté. (ON)

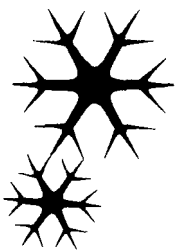
d'opinion qu'il n'y avait aucune force perçue pour la collaboration. Deux institutions s'entendent pour dire que les forces suivantes pourraient être identifiées : la conscience que les détenus vont retourner dans la communauté et que certains vont exiger un suivi à leur mise en liberté; la conscience que la collaboration pourrait offrir un moyen d'identifier les individus à risque élevé basé sur un suivi précis des maladies infectieuses à la recherche des tendances et des données démographiques; la conscience que la collaboration pourrait donner accès à des occasions éducatives mutuelles et à des liaisons pour la planification en cas de sinistre; la conscience du besoin de soutien communautaire à l'intention des détenus et de leurs familles à la mise en liberté qui pourrait être facilité. (SCC – Région du Pacifique)

9. Les bonnes relations de travail locales entre les services de santé publique et les institutions correctionnelles sont la clé. Offre un continuum de soins et de services de référence. Donne aux détenus un point de référence pour le traitement et les soins pour le moment où ils sont mis en liberté. (SK)
10. Petite juridiction; offre déjà des services de santé publique et de l'éducation; connaissent tous les intervenants. (TY)
11. Les mesures de prévention visant les UDI sont également pertinentes pour d'autres clients, quel que soit l'endroit où ils résident. Le personnel du service correctionnel se réfèrent spontanément aux spécialistes des services de santé publique en vue d'adapter leurs propres tactiques. (QC)
12. Le ministère provincial de la Santé est une excellente ressource pour obtenir du matériel pédagogique, et il a donné l'alerte sur des problèmes de santé publique nouveaux. (Stony Mountain Institution, MB)
13. Elle nous permet de faire des contacts communautaires pour assurer le suivi sur la rue de nos détenus lorsqu'ils sont mis en liberté dans la communauté. Elle rend également la communauté consciente de qui? ils auront pour planifier en vue de programmes et de contacts avant leur mise en liberté. (SK Penitentiary)
14. Je pense uniformité de traitement ainsi que suivi de normes communautaires. Lorsqu'un détenu est mis en liberté, également, il y a une agence pour faire un suivi. (Drumheller Institution – AB)

RÉPONSE DES INTERVENANTS



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



Question n° 5

Quels sont les obstacles perçus comme entravant la collaboration entre vos agences correctionnelles et les services de santé publique ?

DU SERVICE CORRECTIONNEL

1. Nous n'avons aucune barrière, perçue ou réelle. Les services de santé publique ont été superbes quant à nous, et nous avons essayé de répondre avec autant d'empressement à leurs demandes. Nous avons partagé les dépenses au besoin, et il n'y a eu aucun problème. (ON)
2. Il pourrait y avoir obstacle lorsque les deux agences ont des opinions différentes sur la façon de traiter un cas spécifique. Toutefois, si les deux agences ne perdent pas de vue l'objectif final, il est certain qu'il y a moyen de trouver un compromis. (Whitehorse)
3. Juridictions provinciale et fédérale. Temps, créer des liens...(QC)
4. Obstacles : manque de directeur médical - aucune communication formelle ou régulière; différences de mentalités, de perspectives et de priorités; attitude des services de santé publique à l'effet que les problèmes de santé des détenus sont « nos » problèmes - refus d'engager du personnel ou des ressources. (MB)
5. La plupart des problèmes qui ont rapport à l'intégration des aspects sécurité de l'emprisonnement des délinquants avec le maintien de leur santé peuvent se résoudre, mais le financement de nouvelles initiatives dans le domaine de la santé publique est un problème, avec les budgets actuels des institutions publiques.
L'autre foyer de problèmes potentiel dans la prestation de services de santé publique, c'est le personnel des centres correctionnels. Même s'il y a du personnel infirmier disponible dans les centres, celui-ci n'est pas employé comme personnel de santé professionnelle. Il semblerait exister trois obstacles particuliers ici. L'un est que les infirmiers et infirmières du service correctionnel n'ont pas la formation nécessaire pour jouer le rôle d'infirmiers de la santé publique, domaine spécialisé de la profession d'infirmière et d'infirmier. Le second est le financement limité qui force nos infirmiers et infirmières à se borner à offrir des services aux prisonniers. Le troisième problème, c'est le problème de la protection des renseignements personnels,

RÉPONSES DES INTERVENANTS DU DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. De notre côté, insuffisance de temps, insuffisance de ressources, on ne réussit même pas à faire ce qui fait partie de notre mandat. J'ai également reçu l'impression que les prisons fédérales sont en même temps à court de ressources et contraintes par un contrôle central qui n'est pas très en faveur de la prévention ou de la réduction des préjudices. (C.-B.)
2. Manque de juridiction pour le fédéral, la Couronne. (ON)
3. Je ne vois aucun obstacle. (ON)
4. Aucune juridiction provinciale sur les prisons fédérales. Aucun financement fédéral pour les services de santé publique offerts par l'unité sanitaire. (ON)
5. L'environnement unique dans les institutions exige une familiarité et pose un ensemble d'obstacles uniques, à la fois au personnel de santé publique et au personnel de l'institution. Enjeux de juridictions. Enjeux fédéraux/provinciaux. Questions de territoire. (AB)
6. a) Politique correctionnelles provinciales sur les pratiques de réduction des préjudices dans les prisons.
b) Réponses des employés du Service correctionnel au niveau des attitudes envers l'entretien, l'amélioration et l'augmentation des pratiques de réduction des préjudices dans la population des prisonniers. (AB)
7. L'obstacle, ce sont les cas hors de la province, où les communications se font rarement. (I-P-É)
8. Mandats du service correctionnel par comparaison à santé publique, c.-à-d., recommandations concernant l'immunisation. (AB)
9. Les liens sont informels et pourraient être matière à confusion dans une épidémie ou une autre crise où une intervention pourrait être nécessaire en temps opportun. (TN)

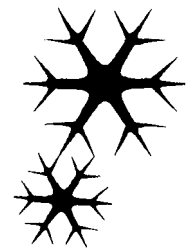
pour l'employeur, si c'était notre personnel infirmier qui offrait des services médicaux à nos employés et conservait un dossier médical sur nos employés au centre de détention.

Enfin, avec un système correctionnel provincial où des installations sont situées dans un certain nombre de régions administratives de la santé autonomes, il existe un défi particulier à s'occuper des variations dans la façon dont les régions de la santé accueillent les partenariats. Les régions des services de santé pourraient ne pas toutes avoir la même façon de penser lorsqu'il s'agit de savoir à qui revient la responsabilité d'offrir les services de santé publique aux détenus. (AB)

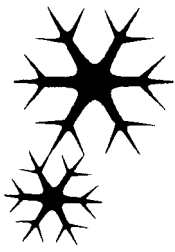
6. Aucun. Processus en place depuis plus de 5 ans. (N-É)
7. Obstacles perçus à la collaboration : problèmes de financement; problème de personnel; problèmes de confidentialité; processus conflictuels. (C.-B.)
8. Les trois institutions sont d'accord que les obstacles à la collaboration comprendraient : l'éducation des organismes de régie, tant au niveau provincial qu'au niveau fédéral; le facteur temps; une connaissance moins que parfaite des programmes communautaires de santé publique qui sont ouverts aux détenus à leur libération; les questions de financement; les questions de personnel; les questions de confidentialité; processus conflictuels (aucune standardisation des formulaires, des processus de référence, etc.) (SCC – Région du Pacifique)
9. Certains aspects du financement des programmes de santé publique au sein des installations du service correctionnel, comme les vaccins contre les maladies qu'il est possible de prévenir, comme les programmes d'immunisation contre l'hépatite B, restent encore à clarifier. (SK)
10. Territoire : Justice contre santé publique. (TY)
11. Les obstacles ont surtout rapport à la question de la sécurité dans les prisons et à des considérations juridiques. Ainsi, nous avons de la résistance à la distribution des seringues dans les prisons. Les parties intéressées considèrent que cette activité est paradoxale parce que les drogues sont encore illégales. (QC)
12. Les charges de travail sont trop lourdes;

10. Il nous faut être clairs sur les rôles et responsabilités de santé publique comparativement à santé professionnelle de l'institution et les infirmières de la sécurité. Santé publique ne possède pas les ressources pour répondre à toutes les demandes. (SK)

11. Questions de juridictions entre les fédéraux et les provinces. Protocoles, par ex., la tuberculose n'est pas toujours la même que les provinces. (ON)



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

manque de temps pour créer des relations avec la province. (Stony Mountain Institution – MB)

13. L'obstacle le plus important est de savoir « qui est responsable de la couverture et du paiement ». Ordinairement cela ne fait pas problème, et comme nous avons travaillé davantage ensemble au cours de l'année passée, cela est devenu encore moins un problème. (SK Penitentiary)
14. Le seul obstacle que nous avons trouvé avec la province, et j'ignore si c'est applicable ici, c'est celui de la méthadone. Je crois que c'est maintenant classé, mais il a été difficile à certains moments de les avoir de notre bord. Pareillement, parfois la province veut une chose et les fédéraux, une autre; avec l'épidémie de grippe, le médecin provincial voulait des statistiques, un suivi qui était impossible à faire, à moins d'avoir eu 25 personnes pour interroger tous et chacun des prisonniers après coup. (Drumheller Institution – AB)

Question n° 6

Décrivez toutes les pratiques exemplaires qui, selon vous, pourraient être étendues à d'autres régions ou provinces.

**RÉPONSE DES INTERVENANTS
DU SERVICE CORRECTIONNEL**

1. Les pratiques exemplaires que nous apprécions, c'est de respecter chacun le territoire de l'autre, et d'être prêts à s'aider dans ce que chacun de nous sait le mieux faire. (ON)
2. Rien pour le moment, sauf ce qui a été mentionné ci-dessus. (Whitehorse)
3. Je ne sais vraiment pas... La gestion des détenus séropositifs, le respect de la confidentialité... (QC)
4. Aucune pratique exemplaire de notre juridiction, mais quelques suggestions : établir des ententes formelles; des comités conjoints et une représentation mutuelle; canaux de communication formels et réguliers; programmes d'éducation et de formation. (MB)
5. Peut-être la meilleure pratique en provenance de l'Alberta serait la participation permanente de représentants du service correctionnel de l'Alberta à des forums et le développement de partenariats avec les services de santé publique et les agences

**RÉPONSES DES INTERVENANTS DU
DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

1. Je crois qu'il se fait de bonnes choses dans certaines de nos institutions, dont vous devriez entendre parler dans les réponses provenant des institutions. (Je prends pour acquis que vous interrogez également les institutions fédérales et correctionnelles, comme les médecins hygiénistes.) (C.-B.)
2. Aucune réponse. (ON)
3. Je ne peux que réitérer que les réunions régulières et des liaisons informelles régulières rendent les choses plus faciles. Un simple contact régulier sur les recommandations les plus actuelles par les deux parties tient tout le monde à jour. (ON)
4. Je n'ai pas assez d'expérience par rapport aux institutions correctionnelles. (ON)
5. Je vais reporter ceci jusqu'à ce que nous ayons une évaluation initiale du programme de tests anonymes pour le VIH qui est proposé. (AB)

privées en ce qui a trait aux questions de santé publique.

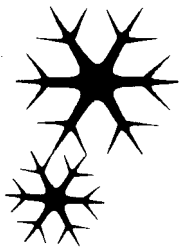
Même si c'en est aux étapes initiales, la création d'une clinique interne de maladies infectieuses dans un centre correctionnel a déjà quelques effets positifs. Elle permet aux détenus infectés d'être vus par un spécialiste sans risquer d'être identifié par les autres détenus. Ces détenus sont simplement appelés à une parade des détenus chez le médecin plutôt que d'être sortis du centre sous escorte spéciale et, par conséquent, ils risquent moins d'être identifiés comme ayant accès à des types particuliers de traitement. La clinique permet également à des spécialistes de maladies infectieuses d'avoir un contact direct avec le personnel des soins de santé et le personnel opérationnel du centre correctionnel, pour raffiner leur appréciation de cet environnement unique et pour le personnel correctionnel d'avoir accès à l'information la plus à jour sur les maladies infectieuses. (AB)

6. Comité de contrôle des infections du service correctionnel, comme mentionné au n° 2. (N-É)
7. Pratiques exemplaires qui pourraient être élargies à d'autres provinces ou régions : je ne suis pas sûr que nous en avons à ce moment-ci. (C.-B.)
8. Une institution ne croyait pas qu'il existait de pratiques « exemplaires » qui pourraient être élargies à d'autres provinces ou régions. Deux institutions ont identifié les pratiques suivantes : dépistage de la tuberculose, immunisation, enseignement; évaluations des détenus plus âgés pour identifier les besoins; intervention VIDUS pour offrir du counselling et des tests de séropositivité sans frais pour les institutions. (SCC – Région du Pacifique)
9. En Saskatchewan, les services de santé publique du district de santé offrent une éducation et des tests sur les MTS et des tests anonymes du VIH dans les installations correctionnelles provinciales. Il existe un besoin de discussions plus poussées sur les rôles et responsabilités respectifs de la Justice et de la Santé publique concernant la prestation de services d'éducation en matière de santé et de services de santé aux détenus qui se trouvent dans les prisons. La planification de programmes pour les questions ayant rapport à la santé devraient inclure les services provinciaux et régionaux de santé publique et les représentants des ministères provinciaux de la Santé et de la Justice. Dans une certaine mesure, cela

6. a) Suivi et éducation sur les maladies contagieuses dans la population des prisonniers.
b) Mise en oeuvre de bonnes et efficaces pratiques de réduction des préjudices.
c) Remise de trousseaux aux prisonniers pour les équiper de fournitures de réduction des préjudices et d'information sur les endroits dans la communauté où ils peuvent avoir accès à des services de soutien. Cela peut au moins aider à les garder, ainsi que les autres, en sécurité à leur libération et jusqu'à ce qu'ils aient accès à des services communautaires. (AB)
7. Je pense qu'il doit y avoir deux niveaux de discussion, l'un pour les institutions provinciales et l'autre pour le fédéral. Les implications et les enjeux sont différents. (Î-P-É)
8. La relation établie avec notre institution. (AB)
9. Aucune réponse. (TN)
10. • L'immunisation contre l'hépatite B pour les jeunes à risque élevé (ils ont manqué l'immunisation à travers le programme de l'école).
• Des stratégies uniformes de réduction des préjudices, par ex., accès aux condoms.
• Expansion des occasions éducatives pour les prisonniers. (SK)
11. Sans objet. (ON)



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



**Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels**

s'est produit en Saskatchewan, mais il y a un besoin d'avoir un intérêt renouvelé envers cette question. (SK)

10. Allez-y lentement. Les agents des services de santé publique ont besoin d'offrir une variété de services de santé publique aux détenus sur une base bi-hebdomadaire et d'offrir de l'éducation permanente au personnel et aux détenus. (TY)
11. Des activités concernant l'information sur les façons d'aborder la réduction des crimes ont été entreprises cette année passée et ont aidé à améliorer les communications entre les deux milieux (culturellement). Des documents d'information produits par le Ministère de la Santé sont systématiquement communiqués aux services de santé des institutions. Des relations ont été établies avec les ressources communautaires qui travaillent avec les patients atteints du SIDA dans l'optique d'augmenter les activités des ressources dans les prisons ou leur capacité d'accueil des détenus à mesure que les besoins se font sentir. Un travailleur communautaire travaille sur place pour faire la promotion de la détection et de comportements de prévention. (QC)
12. Aucune réponse à cette question. (Stony Mountain Institution – MB)
13. La meilleure pratique, c'est le partage de services internes et d'information, ainsi que le travailleur des services d'approche qui aidera nos détenus pendant leur incarcération et après leur mise en liberté. (SK Penitentiary)
14. Je pense que des réunions régulières avec la province seraient bénéfiques, ainsi qu'une promotion des relations entre les deux. Assez souvent, nous ne savons pas ce que l'autre a à faire; aussi, ce pourrait être une bonne façon de rester au-dessus des choses (changements, problèmes, nouvelles ordonnances, etc.) (Drumheller Institution – AB)

Service correctionnel du Canada/Services de santé publique Table ronde des 27-28 mars 2000

Participants

Christopher Armstrong
Services de santé
Service correctionnel du Canada
340 avenue Laurier ouest, 4^e étage, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tél. : 613-943-9275 Téléc. : 613-995-6277

Sandra Black
Services de santé
Service correctionnel du Canada
340 avenue Laurier ouest, 4^e étage, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tél. : 613-995-3098 Téléc. : 613-995-6277

Victoria Boddy
Hepatitis C Society of Canada
17 Oriole Road North
Lethbridge, AB, T1H 4S2
Tél. : 403-328-5053 Téléc. : 403-328-8703

Neil Burke
Centre canadien de documentation sur le VIH/sida
Association canadienne de santé publique
400 - 1565 avenue Carling
Ottawa, ON, K1Z 8R1
Tél. : 613-725-3434, poste 149 Téléc. : 613-725-1205

Robert Climie
Services de santé
Service correctionnel du Canada
340 avenue Laurier ouest, 4^e étage, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tél. : 613-947-4887 Téléc. : 613-995-6277

Art Davies
Occupational Health and Safety Agency
Health Canada
Maritime Centre, 18th Floor
1505 Barrington St.
Halifax, NS, B3J 3Y6
Tél. : 902-426-6820 Téléc. : 902-426-4833

Donna Dixon
Joyceville Institution
Correctional Service Canada
PO Box 880
Kingston, ON, K7L 4X9
Tél. : 613-536-6463 Téléc. : 613-536-6465

Chantal Fontaine
Health Services, Quebec Region
Correctional Service Canada
Cowansville Institution
PO Box 5000
Cowansville, QC, J2K 3N7
Tél. : 450-263-3073 poste 2816 Téléc. : 450-263-3057

John Gillett
Grande Cache Institution
Correctional Service Canada
P.O. Box 540
Grande Cache, AB, T0E 0Y0
Tél. : 780-827-2540 Téléc. : 780-827-5698

Marjorie Hanks
Pacific Region
Correctional Service Canada
2464 Sooke Road
Victoria, BC, V9B 1Y1
Tél. : 250-478-7528

Alex Hukowich
Haliburton-Kawartha-Pine Ridge Health Unit
200 Rose Glen Road
Port Hope, ON, L1A 3V6
Tél. : 905-885-9100

Curtis Jackson
Greater Toronto Area North East Parole Office
Correctional Service Canada
200 Town Centre Court, Suite 820
Scarborough, ON, M1P 4X8
Tél. : 416-973-4586 Téléc. : 416-973-5127

Bryce Larke
Alberta Health & Wellness
23rd Floor, 10025 Jasper Avenue
Edmonton, AB, T5J 2N3
Tél. : 780-415-2804 Téléc. : 780-422-6663

Odette LeBlanc-Pellerin
Dorchester Penitentiary
Correctional Service Canada
4902 Main Street
Dorchester, NB, E0A 1M0
Tél. : 506-379-4128 Téléc. : 506-379-4189

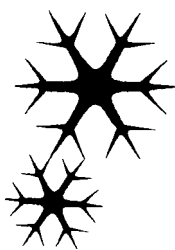
George Leclair
Lifeline
Tél. : 265-3858

Linda Libertaore
Bureau of HIV/AIDS, STD and TB
Basement, Brooke Claxton Building
Address Locator 0900B1, Tunney's Pasture
Ottawa, ON, K1A 0K9
Tél. : 613-941-7261 Téléc. : 613-946-0244

Rick Lines
PASAN
405-489 College St.
Toronto, ON, M6G 1A5
Tél. : 416-920-9567 Téléc. : 416-920-4314



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



**Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels**

Marg McCoy
Professional Institute of the Public Service
213 Botsford St.
Moncton, NB, E1C 4X8
Tél. : 506-854-8616 Téléc. : 506-389-1722

Margaret McReynolds
Kingston, Frontenac and Lennox & Addington Health
Unit
221 Portsmouth Ave.
Kingston, ON,
Tél. : 613-549-1232 poste 254 Téléc. : 613-549-7896

Joye Morris
Corrections Branch
Ministry of the Attorney General of BC
4216 Wilkinson Road
Victoria, B.C., V8Z 5B2
Tél. : 250-388-7058 Téléc. : 250-388-7068

Howard Njoo
Lutte antituberculeuses
Bureau du VIH/sida, MTS et TB
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada
Pièce 0106B-16, Immeuble Brooke Claxton
Pré Tunney
Ottawa, ON, K1A 0L2
Tél. : 613-941-1191 Téléc. : 613-952-8286

Barbara O'Brien Jewett
Hepatitis C Division
Health Canada
400 Cooper St., 2nd Floor
Postal locator 4602A
Ottawa, ON, K1A 1B4
Tél. : 613-946-3572 Téléc. : 613-941-7563

Margaret Ogonowski
Winnipeg Regional Health Authority
1 - 705 Broadway
Winnipeg, MB, R3G 0X2
Tél. : 204-940-2506 Téléc. : 204-940-2007

Jeff Potts
Services de santé
Service correctionnel du Canada
340 avenue Laurier ouest, 4^e étage, Section B
Ottawa, ON, K1A 0P9
Tél. : 613-943-1919 Téléc. : 613-995-6277

Diane Rothon
Health Services Corrections Branch
Ministry of the Attorney General of BC
185-911 Yates Street
Victoria, B.C., V8V 4Y9
Tél. : 250-995-0009 ou 250-387-1516
Téléc. : 250-995-0010

Bill Rowe
School of Social Work
McGill University
3506 University St.
Montreal, QC, H3A 2A7
Tél. : 514-398-7068 Téléc. : 514-398-4760

Jeff Scott
Department of Health and Fitness
Nova Scotia
1690 Hollis St., 12th Floor
P.O. Box 488
Halifax, N.S., B3J 2R8
Tél. : 902-424-8698 Téléc. : 902-424-0550

Don Sutherland
Lutte antituberculeuses
Bureau du VIH/sida, MTS et TB
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada
Pièce 0108B-16, Immeuble Brooke Claxton
Pré Tunney
Ottawa, ON, K1Z 0L2
Tél. : 613-957-1777 Téléc. : 613-946-0244

Patti Tait
Aboriginal HIV/AIDS Program
Correctional Service Canada
P.O. Box 40
Highway 3
Mont Nebo, SK, S0J 1X0
Tél. : 306-468-2697 Téléc. : 306-468-2622

Dianne Vaughan
Public Health Services
Nova Scotia
201 Willow St., 3rd Floor
Truro, NS, B2N 4Z9
Tél. : 902-893-5825 Téléc. : 902-893-5839

Aspects santé publique de la surveillance du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose : implications pour la prévention et les soins dans les prisons, au Canada

Dr Don Sutherland

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la TB

Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada

La surveillance du VIH/sida, des MTS, de l'hépatite C et de la tuberculose au niveau Santé publique, au Canada

Collecte, analyse et diffusion de renseignements épidémiologiques sur la distribution et la propagation des infections du VIH, des MTS, de l'hépatite C et de la tuberculose au Canada, qui sont suffisamment précis et complets pour permettre la planification, la mise en oeuvre et la surveillance de programmes de prévention et de contrôle du VIH/sida, des MTS et de la TB au Canada.

Confidentialité

Confidentialité renvoie au droit du patient, de s'attendre à ce que les professionnels de la santé publique ne divulguent pas de renseignements personnels sur leur santé sans le consentement du patient.

Utilisation possible des données rapportées sur le sida

- Alerte avancée (VIH dans de nouveaux secteurs, de nouvelles populations)
- Évaluer le fardeau de la maladie et la morbidité associée au sida
- Augmenter la conscientisation et l'engagement
- Offrir certains renseignements (tardifs) sur :
 - les caractéristiques socio-démographiques
 - les caractéristiques géographiques
 - la proportion des sexes
 - les modes de transmission
- Estimer la prévalence du VIH au moyen d'un rétrocalcul

Utilisation des données de surveillance du VIH

Renforcer l'engagement

- Action sociale aux niveaux national et local
- Lutte contre la complaisance et la dénégation
- Augmentation de l'affectation des ressources

Pour cibler les interventions

- Identifier les groupes ou les secteurs où la prévalence est la plus élevée
- Détecter la propagation à de nouveaux secteurs et de nouveaux groupes
- Clarifier les déterminants de l'épidémie
- Identifier les situations à risque élevé ou vulnérables

Planification et évaluation des interventions

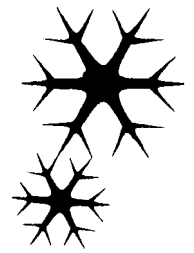
- Placer les interventions aux endroits et dans les groupes les plus menacés
- Déterminer ce qui fonctionne le mieux

Évaluation des programmes

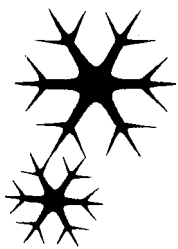
- Surveiller les tendances de l'épidémie
- Évaluer l'efficacité et l'impact des efforts de prévention

Utilisation des rapports sur le VIH pour les soins

- Communauté
 - Planifier les services de soins
 - Allocation des ressources
 - Suivi de la mise en oeuvre des programmes HAART
 - Suivi de la résistance au ARV
- Individu
 - Accès aux avantages spéciaux (là où ils sont disponibles)



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

Qui est en prison ?

- Les hommes constituent 98 % des détenus dans les prisons fédérales
- 52 % des prisonniers le sont pour la première fois
- 50 % des hommes et 56 % des femmes sont dans le groupe d'âge de 20 à 34 ans
- 18 % des prisonniers sont des autochtones

L'interface prison/communauté

- 49 % des hommes / 66 % des femmes ont des condamnations de moins de 7 ans
- 'Mise en liberté' :
 - Mises en liberté temporaires par année : 44 286 en 1998 (6 885 sans accompagnement)
 - 330-480 libérations partielles par mois
 - 3 805 libérations d'un jour, par année
 - 4 210 libérations conditionnelles complètes, par année
 - 2 508 mises en liberté d'office, par année

Enquête nationale de 1995 auprès des détenus : menaces perçues du VIH

- 6 % des détenus ont admis avoir eu des activités sexuelles dans les prisons
- Les détenus perçoivent le risque d'attraper le VIH comme étant plus élevé en prison
- Aide demandée pour protection contre le VIH :
 - information 58 %
 - counseling et tests 26-32 %
 - lessivage 35 %
 - seringues et aiguilles stériles 30 %
 - protection contre le viol 11 %

Enquête nationale de 1995 auprès des détenus : Pratiques risquant le VIH

- La majorité des prisonniers estime que de 1 à 25 % d'entre eux ont pratiqué l'injection au cours de la semaine écoulée, dans les prisons
- 11 % ont admis avoir pratiqué l'injection depuis leur entrée en prison
- Le partage est estimé se situer de 0 à 100 %

Enquête nationale de 1995 auprès des détenus : usage de drogues en prison

- Estimations, selon les détenus, de l'usage quotidien / parfois (<une fois par semaine) de drogues :
 - cocaïne 7 % / 24 %;
 - héroïne 9 % / 21 %;
 - marijuana 36 % / 18 %;
 - alcool 12 % / 28 %;
 - autres 4-10 % / 15-28 %.

Enquête nationale de 1995 auprès des détenus : l'analyse d'urine comme agent de dissuasion

- 38-72 % des détenus ont rapporté que le programme d'analyse d'urine faisait diminuer l'usage de drogue dans les prisons
- 28 % ont rapporté que les détenus passaient aux drogues 'non détectables'

Prévalence du VIH dans les prisons canadiennes

- Études effectuées en 1988-98, seulement quelques cas
- Les hommes sont séropositifs dans une proportion de 1,0 à 3,6 %
- Les femmes sont séropositives dans une proportion de 1,0 à 9,8 %
- Prévalence du VIH plus élevée chez les détenus UDI
- Les taux sont du même ordre dans les études effectuées en C.-B., en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse
- Les taux du VHC sont uniformément beaucoup plus élevés que ceux du VIH comme, par ex., 27 % contre 1 % dans l'étude de la prison de Springhill

La surveillance du VIH/sida et la Stratégie canadienne sur le VIH/sida

- Buts de la SCVS
 - Assurer les soins, les traitements et le soutien aux Canadiens vivant avec le VIH
 - Minimiser l'effet négatif du VIH/sida sur les individus et les communautés
 - Augmenter la responsabilisation du public

- Mesure des progrès réalisés
Nombre de Canadiens :
 - qui sont infectés du VIH chaque année
 - qui vivent présentement avec le VIH
 - qui sont conscients de leur statut VIH et sous traitements
 - qui sont conscients de leur statut VIH et pas sous traitements
 - qui ne sont pas conscients de leur statut VIH

La surveillance du VIH/sida et la SCVS

- Buts de la SCVS :
 - Assurer les soins, les traitements et le soutien aux Canadiens vivant avec le VIH
 - Minimiser l'effet négatif du VIH/sida sur les individus et les communautés
 - Augmenter la responsabilisation du public
- Mesure des progrès réalisés
 - infections opportunistes
 - impact de la prophylaxie sur les tendances dans les infections opportunistes
 - impact des médicaments antiviraux sur les tendances
 - résistance aux médicaments
 - qualité de vie

La surveillance du VIH/sida et la SCVS

- Buts de la SCVS
 - Prévenir la propagation des infections du VIH au Canada
 - Assurer les soins, le traitement et le soutien des Canadiens vivant avec le VIH
 - Minimiser l'effet négatif du VIH/sida sur les individus et les communautés
 - Augmenter la responsabilisation du public
- Mortalité
 - Décès causés par le VIH/sida (incidence, tendances)
 - Décès chez les personnes infectées du VIH
- Enjeux socio-économiques
 - Année potentielle de perte de vie à cause de l'épidémie du VIH

Le VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada

- A commencé vers le milieu des années 1980
 - Le taux d'augmentation s'est accéléré vers la fin des années 1980
- Taux estimatifs de l'incidence du VIH chez les UDI après 1990 :
Cohorte de Montréal :

1988-91	1995-97
3,7 / 100 PA	6,5 / 100 PA

 Cohorte de Vancouver :

1992-93	1996-97	1997-98
5 / 100 PA	18,2 / 100 PA	4,8 / 100 PA

Le problème du VIH chez les UDI ne se limite pas seulement aux grands centres urbains

- Données récentes sur la prévalence du VIH :
 - Ottawa : 20 % en 1998
 - Québec : 9 % en 1998
 - Winnipeg : 12 % en 1998
 - Cap-Breton : 5 % en 1997

Pourquoi le Canada ? Pourquoi maintenant ?

- Un des facteurs importants est que la cocaïne est la drogue par injection de choix dans plusieurs villes du Canada
 - plusieurs injections par jour
 - style de vie plus désorganisé

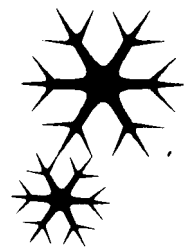
Aspects importants du problème du VIH chez les UDI au Canada

- Sur-représentation des Autochtones
- Les jeunes de la rue sont à risque
- Lien avec le VHC
- Le partage d'aiguilles continue
- Les déterminants des comportements sont complexes

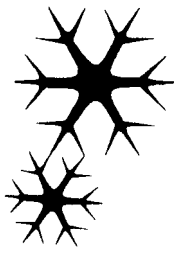
Transmission du VIH chez les hétérosexuels

- Changement dans le % de l'incidence du VIH de 1980 à 1990 :

1983	1984	1985	1986	1987	1988-1990
2,4 %	3,8 %	5,7 %	7,9 %	9,7 %	20,2 %



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels

- Changement du % des cas de séropositivité chez les hétérosexuels après 1990 :
 - Augmentation allant d'environ 20 % à environ 28 %
 - Source : données de surveillance du VIH de 1995 à 1998
 - Cas de VIH rapportés au moment du diagnostic de VIH :

1996	1997	1998	1999 (demi-année)
19,0 %	21,9 %	24,7 %	28,3 %

Le VIH et les femmes au Canada

- Les femmes, en % des infections du VIH (rétrocalcul et estimations pour 1996) :

1984	1985	1986	1987-1990	1996
4,8 %	7,4 %	11,3 %	14,1 %	22,6 %
- Les femmes, en % de cas de VIH rapportés : de 17,7 % (1995) à 23,9 % (1998)

Données cumulatives sur le sida jusqu'en décembre 1998

- Proportion plus élevée de cas chez les Autochtones attribuée à la catégorie des UDI que chez les non Autochtones

Catégorie	Autochtones	Non Autochtones
	(n=321)	(n=12 446)
UDI	25,5 %	4,0 %
MSM/UDI	10,6 %	4,4 %
Tous UDI	36,1 %	8,4 %

Proportion d'Autochtones dans les populations d'étude des UDI

Source	%	(n)
Étude de Vancouver	26,7	(300/1 125)
Étude d'Edmonton	65,0	(65/100)
Étude de Winnipeg	66,6	(404/609)
Étude de l'Ontario	12,5	(69/551)
Étude de Springhill	6,4	(6/94)

Comparaison du traitement à la méthadone et de la prévalence du VIH, UDI Autochtones et non Autochtones

	Autochtones (%)	Non Autochtones (%)
Présentement en traitement à la méthadone		
Étude de Vancouver	5	16
Étude d'Edmonton	0	0
Étude de Winnipeg	2	24
Étude de l'Ontario	6	14
Prévalence du VIH		
Étude de Vancouver	29,6	20,9
Étude d'Edmonton	7 % (UDI Autochtones + Non Autochtones)	
Étude de Winnipeg	13,4	11,2
Étude de l'Ontario	7,7	7,6
Étude de Springhill	2 % (UDI Autochtones + Non Autochtones)	

Le VIH et les jeunes Canadiens

- Vers 1990, 50 % des nouvelles infections au Canada se produisaient à l'âge de 25 ans ou moins
 - Le message de prévention doit viser nos jeunes
- Études du LLCM sur les jeunes de la rue :
 - 85-98 % ont eu des rapports sexuels, plus de 60 % ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 13 ans
 - 52-78 % des jeunes de la rue ont eu six partenaires sexuels ou plus
- Données du LLCM sur les MTS :
 - En 1997, 69 % de chlamydia génitale & 50 % de blennorrhagie dans le groupe d'âge des 15-24
- Jeunes de la rue de Montréal :
 - 8 % par année commencent une habitude d'UDI

Utilisation de drogues par injection intraveineuse chez les jeunes de la rue au Canada

- Vancouver (N = 206)
 - 35 % sont des UDI
 - 10 % sont VHC positifs
- Halifax (N = 60)
 - 11 % sont des UDI
- Edmonton N = 251)
 - 11 % sont des UDI

Le partage de l'équipement d'injection se poursuit à des niveaux élevés inacceptables

- Aucune diminution dans les taux de partage (emprunt) au cours des 6 derniers mois dans l'étude sur les UDI au Québec :
 - 32 % en 1996
 - 34 % en 1997
 - 38 % en 1998
- Les taux généraux d'emprunt d'aiguilles au cours des 6 derniers mois (30-40 %) sont parmi les plus élevés des pays industrialisés

Comportement vis-à-vis le partage des UDI : comment le Canada se compare-t-il aux autres pays ?

Emprunt	Prêt
Australie 30 %	Australie 25-30 %
Angleterre 30 %	Italie 15-20 %
Suisse 10-15 %	Pays-Bas 15 %
Espagne 18-40 %	Écosse 25-30 %
France 25-30 %	France 25-30 %
CANADA 30-50 %	CANADA 30-40 %
É.-U. 30-60 %	É.-U. 30-50 %

Tendances futures du sida au Canada

- Le nombre de cas de sida diagnostiqués par année au Canada risque de plafonner, puis de recommencer à augmenter

Le traitement du VIH et l'alcool

- L'alcool est l'indice de prédiction le plus fort, de la mauvaise adhérence au traitement du VIH
- Les dommages au foie augmentent le risque d'échec du traitement du VIH

- L'hépatite coïncidente augmente les effets hépatiques de l'alcool

Le traitement du VIH et la méthadone

- Médications reliées à la co-morbidité :
- L'effet de la méthadone sur d'autres drogues :
 - diminue les niveaux de ddl et de stavudine;
 - augmente les niveaux d'AZT
- La ?[névirapine et l'efavirenz des NNRTi]? :
 - diminuent l'activité de la méthadone

Les obstacles s'opposant au traitement du VIH

- Facteurs reliés au patient :
 - faible revenu
 - manque d'éducation
 - langue ou facteurs culturels
 - persistance de la toxicomanie
 - honte/dénégation/isolation
 - méfiance envers l'autorité
- Facteurs reliés aux fournisseurs :
 - hépatite
 - co-morbidités
 - cirrhose causée par l'alcool

Résultat

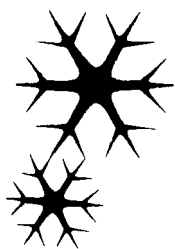
- pauvreté de l'accès
- mauvaise adhérence

Émergence de comportements de résistance à des souches de VIH au Canada

- Les données préliminaires indiquent que jusqu'à 12 % des infections du VIH, au Canada, sont du sous-type 'non-B'
- Des souches résistants aux médicaments antirétroviraux du VIH sont transmises au Canada
- Les premières données de 1998 suggèrent qu'au moins 2 % des nouvelles infections sont déjà résistantes



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

Sommaire de l'épidémie VIH jusqu'à maintenant au Canada

- Nombre de personnes infectées depuis le début de l'épidémie au Canada :
 - Environ 64 000
- Nombre de décès :
 - Environ 16 000
- Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2000 :
 - Environ 48 000
- Nombre de personnes vivant avec le VIH et en cours de traitement médicamenteux :
 - Environ 16 000
- Nombre de personnes diagnostiquées du VIH, mais qui ne sont pas en cours de traitement médicamenteux :
 - Environ 16 000
- Nombre de personnes vivant avec le VIH mais sans le savoir, au Canada :
 - Environ 16 000

Nouveaux défis de la surveillance

- % de séropositifs qui ont eu accès à des tests et à du counselling
- % de personnes diagnostiquées du VIH, qui ont accès à des soins
- % de personnes recevant des soins suivant les "pratiques exemplaires"
- Autres questions. . .

Mission du Bureau

Le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la TB s'efforcera d'assurer la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données qui conduiront à des interventions efficaces et fondées sur l'évidence dans le domaine de la santé publique, au niveau national. Le Bureau accomplira sa mission au moyen de surveillance, d'enquêtes sur le terrain, de recherche appliquée, de développement de la science de laboratoire et de la diffusion en temps opportun de l'information reliée aux besoins, aux priorités et aux stratégies de la santé publique.

Projet intégré de surveillance du VIH

- Tous les séropositifs nouvellement diagnostiqués au Canada
- Sans liens avec des données personnelles
- Testés en fonction :
 - de la souche de VIH
 - de la résistance au VIH
 - analyse désaccordée pour détecter une séroconversion récente

Le VIH et le VHC : 'frères du même sang'

- Voies de transmission semblables
- Le VHC est plus efficacement transmis par moyens parentaux, ce qui fait qu'il peut servir de système 'd'alerte avancée' pour le VIH
- "SK Health" / étude du LLCM sur les UDI de Prince-Albert :
 - prévalence du VHC = 50 %
 - prévalence du VIH = 1 %
 - fenêtre d'opportunité, maintenant, pour prévenir l'irruption épidémique du VIH

De combien de cas s'agit-il ?

- Canada :
 - prévalence 240 000 cas
 - incidence 2 000-6 000 par année
 - comparativement aux États-Unis :
 - prévalence 3,9 millions de cas
 - incidence 23 000 par année

La chlamydia génitale au Canada

- La maladie rapportable la plus commune
- 39 355 cas rapportés en 1998 (130/100 000)
- on n'arrive pas au but national fixé pour l'an 2000 (<80/100 000)

La chlamydia chez les jeunes

- Le taux rapporté le plus élevé dans le group d'âge de 15-24 ans
- ~1 000/100 000
- représentant 68 % de tous les cas rapportés

Surveillance améliorée - Phase 2

Résultats préliminaires*

- Déjà été incarcéré(e) 52 %;
- Déjà UDI 20 %;
- Déjà prostitué(e) 23 %;
- Chlamydia 10 %;
- Blennorragie 0,5 %;
- Anti-VHC 4,4 %;
- Anti-VIH 0,5 %;
- Anti-HTLV 0,1 %.

* Le traitement des données se poursuit et les résultats sont sujets à changement

Importance de la prévention et du contrôle de la TB dans les prisons

- Nombre disproportionné de prisonniers qui ont un facteur de risque pour exposition aux bacilles de la TB - ou, s'ils sont infectés, pour développer la maladie sous forme active
- Infection au VIH
- Toxicomanie, par ex., utilisation de drogues par injection intraveineuse
- Statut économique inférieur, par ex., surpeuplement, malnutrition, mauvais accès aux soins de santé
- milieu d'habitation et environnement physique communs à long terme idéaux pour la transmission de la TB
- Opportunité de traiter les prisonniers qui ont une maladie active de la TB ou une infection TB latente avant qu'ils ne soient remis en liberté dans la communauté

Activités essentielles de prévention et de contrôle de la TB dans les prisons

- Dépistage :
 - mesures pour identifier les personnes qui ont une maladie TB active ou une infection TB latente
- Confinement :
 - mesures pour prévenir la transmission de M. tuberculosis (isolation, relevé des contacts, traitement)
- Évaluation :
 - suivi et évaluation des activités de dépistage et de confinement

Programme de prévention et de contrôle de la TB du SCC

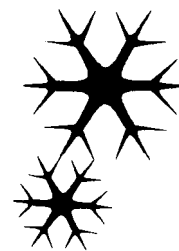
- Programme complet élaboré en collaboration avec Santé Canada (Division TB du LLCM)
- Relation formalisée par le moyen d'un protocole d'entente
- Les composantes comprennent :
 - Dépistage
 - Surveillance (collecte, analyse, interprétation, diffusion continues) de données sur la TB
 - Gestion de cas/relevé des contacts/ investigation de l'apparition
 - Éducation
 - Liaison avec les responsables de la santé publique de la communauté locale
 - Évaluation/suivi

Institutions pénitentiaires du SCC

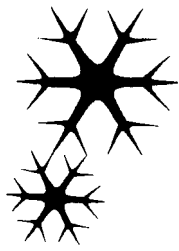
- Environ 13 000 prisonniers et 11 000 employés (1998)
- Les taux de participation au programme de dépistage de la TB étaient de 81 % chez les prisonniers et de 31 % chez le personnel
- Prévalence de l'infection de TB (résultats positifs du test Mantoux) chez les individus testés :
 - 21 % chez les prisonniers
 - 10 % chez le personnel
 - L'incidence de TB active chez les prisonniers a été de 46 par 100 000

Comparaisons internationales : prisons américaines

- incidence de TB de 139,3 par 100 000 dans les prisons de l'État de New-York, comparativement à 21,7 par 100 000, pour la population totale de l'État (1993)
- 4,6 % de tous les cas rapportés de TB demeuraient dans une prison au moment du diagnostic, alors que 0,6 % de la population totale des É.-U. était confinée à des prisons (1994)
- Les études sur l'infection de la TB dans les prisons documentent une prévalence de 14 % à 25 %



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- Les études ont documenté une séroprévalence de VIH allant de 0 à 14,9 % (médiane 2,9 %) (1991-92)

Comparaisons internationales : prisons russes

- On estime que plus de 50 % d'environ un million de prisonniers sont infectés du bacille de la TB
- On estime que 10 % des prisonniers ont la TB active; taux d'incidence rapportées allant jusqu'à 7 000 par 100 000
- Un quart des cas de TB dans les prisons sont des TB MDR
- Un total de 3 500 prisonniers sont officiellement rapportés comme ayant une infection VIH
- On estime que 13 000 personnes avec une TB active et 100 000 avec une infection latente sont mises en liberté chaque année

Conclusions et observations

- Les données sont totalement insuffisantes pour évaluer les besoins ou l'efficacité des interventions
- Il faut une surveillance large et bien planifiée des maladies contagieuses et des facteurs de risque qui leur sont associés
- Il faut une coordination des programmes de prévention et de contrôle des maladies contagieuses entre la communauté et les institutions.

Les maladies infectieuses dans le Service correctionnel du Canada :

surveillance et épidémiologie

M. Chris Armstrong, stagiaire en gestion

Service de santé du SCC

Surveillance des maladies infectieuses dans les services correctionnels fédéraux

- 52 institutions font des rapports mensuels aux Bureaux régionaux et à l'Administration centrale
- Jusqu'à la fin de 1999, les renseignements qui étaient recueillis étaient à peu près minimaux
- Comportaient des renseignements sur le VIH, l'hépatite et la tuberculose

VIH

- 196 prisonniers séropositifs au 31 décembre 1999; 1,69 % de la population totale des détenus
- Plus de 40 % des détenus séropositifs se trouvent dans la Région du Québec

Virus de l'hépatite C

- Sondage institutionnel du nombre de détenus séropositifs, effectué en octobre 1999
- 2 317 détenus étaient positifs pour le VHC; 18,13 % de tous les détenus étaient VHC positifs
- 40 détenus VHC positifs étaient traités au moyen d'une thérapie à double modalité en octobre 1999
- Il y a eu 547 infections au VHC diagnostiquées dans les SCC en 1999

Tuberculose (TB)

- 7 cas actifs de TB furent diagnostiqués en 1999
- 8 590 tests Mantoux annuels furent effectués en 1999
- 109 virages tuberculoniques (Mantoux positifs avec Mantoux préalable négatif) ont été diagnostiqués; 1,27 % des tests Mantoux

annuels trouvés être des virages tuberculoniques

- Il existait de nombreuses lacunes dans la surveillance des maladies contagieuses
 - Les tests
 - Le VHC
 - Le traitement
- Santé Canada – LLCM, en collaboration avec le SCC, maintient un système de dépistage de la TB dans toutes les institutions
- Le SCC explore des options de système automatisé d'information sur la santé qui recueillera tous les renseignements de surveillance
- Comme mesure intérimaire, le genre de renseignements et le processus utilisé pour les recueillir ont été révisés pour le début de l'an 2000
- Les institutions continuent à faire rapport chaque mois
- Les renseignements doivent être compilés et faire l'objet d'un rapport chaque trimestre par l'Administration nationale

Exemple de nouvelle surveillance manuelle - Région du Pacifique - janvier et février 2000 Généralités (Région du Pacifique)

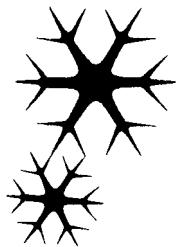
- 9 institutions (hommes seulement)
- 1 827 détenus (au 29 février 2000)
- 99 nouvelles admissions en janvier et février 2000

VIH

- 29 détenus séropositifs dans la Région du Pacifique, au 29 février 2000
- Cela représente 1,59 % de la population totale des détenus



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- Sur 99 nouvelles admissions, 17 tests du VIH furent effectués sur admission en janvier et février 2000; $17/99 = 17,2 \%$
- Aucun résultat VIH positif ne fut trouvé parmi les nouvelles admissions
- Dans la population générale, 61 tests pour le VIH furent effectués en janvier et février 2000
- Aucun résultat VIH positif ne fut trouvé parmi la population générale
- 14 détenus étaient traités à la thérapie antirétrovirale, au 29 février 2000; $14/29 = 48,3 \%$

Virus de l'hépatite C (VHC)

- 392 détenus VHC positifs dans la Région du Pacifique, au 29 février 2000
- Cela représente 26,1 % de la population totale des détenus (392/1 503 - Une institution n'a pas rapporté de VHC)
- Sur les 99 nouvelles admissions, 28 tests du VHC ont été effectués en janvier et février 2000; $28/99 = 28,3 \%$
- 6 résultats VHC positifs furent découverts parmi les nouvelles admissions; $6/28 = 21,4 \%$
- Dans la population en général, 45 tests du VHC ont été effectués en janvier et février 2000
- 3 résultats VHC positifs ont été trouvés parmi la population générale - 6,7 %
- 1 détenu était traité par thérapie à double modalité pour le VHC; $1/392 = 0,26 \%$

Virus de l'hépatite B (VHB)

- Aucune nouvelle infection au VHB ne fut diagnostiquée en janvier et février 2000

Maladies transmises sexuellement

- Aucun cas de chlamydia, de syphilis, de blennorragie, ou d'autres MTS ne furent rapportés en janvier et février 2000

Traitement d'entretien à la méthadone (TEM)

- 92 détenus étaient sur TEM au 29 février 2000
- De ceux-ci :
 - 60 furent gardés sur TEM à partir d'un programme communautaire
 - 32 furent mis sur TEM en vertu de l'instruction intérimaire « Circonstances exceptionnelles »
- 8 détenus furent évalués pour TEM en « circonstances exceptionnelles » en janvier et février 2000
- 3 de ces 8 furent mis sur TEM

Lacunes qui subsistent dans le système de surveillance manuelle

- Données démographiques
 - Ethnicité
 - Âge
 - Pays de naissance
- Rapports sur l'influenza
- Information sur la reprise de tests pour le VIH et le VHC
- Données de co-morbidité
- Automation !!

Études épidémiologiques - Ce qui a été fait **Étude épidémiologique de Springhill**

Springhill Institution, Nouvelle-Écosse
LLCM, SCC, ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

- 340 détenus participants : 194 interviewés
 - Prévalence du VIH 1 % (2/192)
 - Prévalence du VHC 27 % (52/193)
 - VHB (présence d'anticorps nucléocapsidiques) 10,6 % (20/188)
 - 48 % (94/193) auto-identifiés comme UDI
 - Chez les UDI
 - 2 % (2/93) étaient VIH positifs
 - 52 % (49/94) étaient VHC positifs
 - 18,7 % (17/91) VHB (présence d'anticorps nucléocapsidiques)

Étude de séroprévalence du VIH et du VHC de Joyceville/Pittsburgh

Institutions de Joyceville & Pittsburgh, Ontario

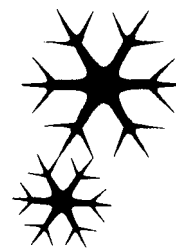
Groupe d'étude de l'Université Queen's

- Joyceville
 - 350 participants
 - 33 % étaient VHC positifs
 - 1,7 % étaient VIH positifs
 - 24,3 % ont rapporté avoir utilisé des DI en prison à un moment ou l'autre
- Pittsburgh
 - 84 participants
 - 22,6 % étaient VHC positifs
 - Aucun résultat VIH positif ne fut trouvé
 - 28 % ont rapporté avoir utilisé des DI en prison à un moment ou l'autre

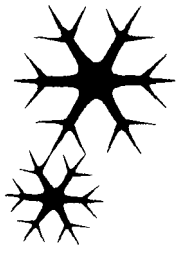
Études épidémiologiques :

Ce qu'on pourrait faire

- Étude d'incidence du VIH, du VHC et VHB dans de multiples institutions
- Étude de séroprévalence sur les nouvelles admissions
- Étude de séroprévalence sur les mises en liberté vers la communauté
- Analyse du risque de transmission du VHC et du VIH par tatouage effectué en prison
- Mise au point d'un cadre d'enquête sur les flambées épidémiques



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

Service correctionnel du Canada — “SCC 101”

Jeff Potts, Agent de projet national du SCC
pour le VIH/sida, Services de santé du SCC

Énoncé de mission

- Le Service correctionnel du Canada, en tant que partie du système de justice pénale et en respectant la règle de droit, contribue à la protection de la société en encourageant et en aidant de façon active les détenus à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant un contrôle raisonnable, sécuritaire, sûr et humanitaire.

Valeurs essentielles

- Nous respectons la dignité des personnes, les droits de tous les membres de la société, et le potentiel de croissance et de développement humains.
- Nous reconnaissons que le détenu a le potentiel de vivre comme un citoyen respectueux des lois.
- Nous croyons que notre force et notre ressource la plus importante dans l'atteinte de nos objectifs est notre personnel et que les relations humaines sont la pierre angulaire de notre démarche.
- Nous croyons que le partage des idées, des connaissances, des valeurs et de l'expérience, au niveau national et international, est essentiel à la réalisation de notre Mission.
- Nous croyons à gérer le Service avec ouverture et intégrité, et nous sommes redevables de nos actions au Solliciteur général.

Mandat découlant des lois

- Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC)
 - entrée en vigueur en 1992
 - a remplacé la *Loi sur les pénitenciers* et la *Loi sur la libération conditionnelle*

- la LSCMLC et ses règlements fait partie d'un ensemble de lois
 - le *Code criminel*
 - la *Loi sur les prisons et les maisons de correction*
- L'article 3 de la LSCMLC dit : “Le système correctionnel vise à contribuer au maintien d'une société juste, vivant en paix et en sécurité, d'une part, en assurant l'exécution des peines par des mesures de garde et de surveillance sécuritaires et humaines, et d'autre part, en aidant au moyen de programmes appropriés dans les pénitenciers ou dans la collectivité, à la réadaptation des délinquants et à leur réinsertion sociale à titre de citoyens respectueux des lois.”

Géographie

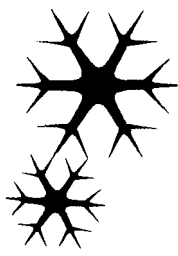
- 52 institutions
- 9 à sécurité maximale
- 21 à sécurité moyenne
- 14 à sécurité minimale
- 7 à sécurité multiniveau et
- 17 centres correctionnels communautaires plus
- 71 bureaux de libération conditionnelle
- 175 résidences en milieu communautaire (maisons de transition)

Démographie

- Le nombre total de détenus fédéraux, au 31 mars 1999, était 12 837 :
 - 12, 532 hommes et 305 femmes
- À sécurité maximale :
- 2 708 hommes et 96 femmes



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

À sécurité moyenne :

7 560 hommes et 129 femmes

À sécurité minimale :

1 481 hommes et 29 femmes

Non encore classifiés :

783 hommes et 51 femmes

- Proportion de la population des détenus qui est autochtone : environ 15 %

Aperçu statistique

- Population canadienne en 1998 : 30 300 400
23 086 400 ont plus de 18 ans
- Nombre de Canadiens ayant un dossier criminel : 2 617 380
- Nombre moyen d'adultes incarcérés en 1997/98 : 32 951
- Il y a environ 250 000 condamnations dans les cours provinciales chaque année, et près de 8 300 personnes reçoivent des sentences fédérales
- Les dépenses du SCC en 1998/99 se sont élevées à : 1,3 milliard de \$
- Coût annuel moyen d'une incarcération fédérale : 61 000 \$ par détenu

Programmes à la disposition des détenus

- Programmes d'alphabétisation
- Formation des habiletés cognitives
- Connaissances psychosociales
- Programmes de traitement des délinquants sexuels
- Intervention pour les toxicomanies
- Programmes sur la violence familiale
- Survivants d'abus ou de traumatismes
- [LifeLine]

Les services de santé au SCC

Mandat conféré par la loi

- La LSCMLC dit que :
 - *Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.*

- *La prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.*
- *Les décisions concernant un délinquant, notamment en ce qui touche son placement, son transfèrement, son isolement préventif ou toute question disciplinaire, ainsi que les mesures préparatoires à sa mise en liberté et sa surveillance durant celle-ci, doivent tenir compte de son état de santé et des soins qu'il requiert.*

Objectif large

- Nous reconnaissons et nous soutenons que la responsabilité première pour l'état de santé des détenus est celle de chacun des détenus et que le SCC travaillera avec ces derniers à assurer la gestion de leurs problèmes de santé.
- Le SCC veillera à ce que ces services :
 - soutiennent et améliorent l'état de santé;
 - contribuent à l'ajustement des détenus au sein de l'institution; et
 - aident les détenus à devenir des citoyens respectueux des lois.

Principes directeurs

- Les services de santé doivent être compatibles avec les normes communautaires.
- La promotion de la santé et la prévention de la maladie sont des activités primaires.
- Les préoccupations des détenus en matière de santé doivent demeurer confidentielles.
- Les détenus conservent le droit de refuser tout traitement de santé.
- La façon d'aborder la prestation des services de santé sera multidisciplinaire et holistique.
- Les services de santé seront appropriés et équitables, et compatibles avec l'âge, le sexe, et la présentation clinique du détenu.
- Le SCC reconnaît les valeurs religieuses et culturelles et les considère pertinentes.

Coûts associés

- Les dépenses nationales pour la santé au Canada (1975-1998): 2 500 \$ par personne

- Coûts de santé au SCC (1998/99) : 82,3 millions de \$, ou 6 400 \$ par détenu – coûts de médicaments seulement, 5,25 millions de \$
- À des centres exclusivement consacrés au traitement des problèmes de santé mentale, les coûts annuels pour les patients peuvent atteindre 200 000 \$ par lit

Services de santé mentale

La santé mentale est la responsabilité partagée du Service, du personnel et du délinquant. Une approche globale et complète est nécessaire pour prévenir les schémas de comportement et de réflexion destructeurs qui ont leurs racines dans l'injustice sociale, la désorganisation ou l'isolement, ou encore la perte des fonctions et des valeurs familiales. La disponibilité de ressources physiques et psychosociales de base d'une part, et l'élimination des menaces que le milieu fait peser sur la santé mentale d'autre part, sont des éléments clés de cette approche.

[traduction]

(La santé mentale des canadiens : vers un juste équilibre, 1988)

Façon d'aborder les services de santé mentale au SCC

- Services offerts sur un large continuum de soins, sur trois niveaux : services ambulatoires, soins intermédiaires, et soins intensifs.
- Les évaluations sont effectuées, et des plans de traitement appropriés sont développés pour, notamment (la liste n'est pas exhaustive) : les problèmes d'ajustement situationnel, le suicide, l'auto-mutilation, la violence persistante, les délits sexuels, et la toxicomanie.
- Le personnel reçoit une formation dans des domaines comme : la reconnaissance de la symptomatologie, les techniques d'entrevue, la prévention du suicide, l'intervention et le counseling en situation de crise, les techniques d'évaluation et la préparation de rapports.

Programmes de maladies infectieuses

- La gestion des maladies infectieuses constitue un défi important pour le SCC
 - la population des détenus est vulnérable à cause de comportements risqués
 - utilisation de drogues injectables
 - perçage corporel
 - tatouage

Restauration de la santé

Le système correctionnel fédéral du Canada reconnaît que la santé des détenus est une des principales composantes de la réintégration de ceux-ci dans la société. Le SCC adopte une approche proactive vis-à-vis la restauration de la santé aux détenus dont il a le soin et la garde. Cette approche comprend non seulement la gamme complète des services d'évaluation, de référence et de traitement, mais également l'éducation du personnel et des détenus sur les causes et les façons de prévenir la transmission des maladies infectieuses, et sur les mesures de prévention comme l'immunisation et le matériel de réduction des préjudices, comme les condoms et les agents de blanchiment.

La promotion de la santé

...est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

(Organisation mondiale de la santé, 1986)

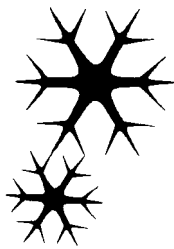
- Déterminants pris en considération :
 - la capacité et les habiletés d'adaptation individuelles;
 - les pratiques de santé personnelles;
 - l'environnement physique;
 - les services de santé; et
 - l'environnement social et économique.

Les buts et objectifs du SCC

- Buts :
 - éduquer et conseiller concernant les activités qui influencent la santé
 - animer et soutenir les groupes d'entraide



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- soutenir l'adoption de choix de styles de vie sains
- agir comme ressources en santé et comme modèles de vie
- Objectifs :
 - prévention des maladies
 - counselling et éducation
 - responsabilité individuelle

Comment nous nous y rendons...

- Les stratégies globales, au SCC, sont multiformes et visent à :
 - contenir et réduire la transmission de la maladie;
 - assurer la sécurité; et
 - réduire la morbidité.
- Quelques exemples de stratégies à l'oeuvre :
 - programmes d'immunisation
 - tests offerts à l'admission
 - le programme national VIH/sida
 - le plan stratégique sur l'hépatite C
 - le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose
 - le programme de thérapie d'entretien à la méthadone

Responsabilité en matière de santé publique

Dans le cadre de son mandat de protection de la société, le SCC a reconnu sa responsabilité, en matière de santé publique, de réagir de façon dynamique aux niveaux d'épidémies de maladies chez les détenus. Lorsque les détenus sont mis en liberté dans la communauté, la sécurité et la santé des membres de la communauté sont mises en cause.

Santé publique "101"

Mme Diane Vaughan, infirmière de la santé publique
Services de santé publique, Région du Nord, Nouvelle-Écosse

Mission

Améliorer la santé de la population en :

- travaillant en partenariat avec les communautés, les familles et les individus pour identifier les besoins de santé et les potentiels de santé; et
- en soutenant des mesures collectives et individuelles visant à prévenir la maladie, à protéger et promouvoir la santé, et à réaliser un bien-être.

Les déterminants de la santé

Facteurs qui ont des répercussions sur la santé de la population :

- Réseaux de soutien social
- Développement sain de l'enfant
- Patrimoines biologiques et génétiques
- Environnements physiques
- Pratiques de santé et habiletés d'adaptation personnelles
- L'emploi et les conditions de travail
- Le revenu et le statut social
- L'éducation
- Les services de santé

Services essentiels

1. Contrôle des maladies transmissibles
 - maladie évitable par vaccination
 - maladie non évitable par vaccination
2. Amélioration de la santé
 - enfants d'âge scolaire et jeunes
 - soutien social communautaire
 - maximiser son potentiel et atteindre la santé

3. Maladie non transmissible Traumatisme et prévention

- Sains commencements
 - prénataux et postnataux
 - petite enfance
- Réduction de facteurs de risque modifiables
 - tabac
 - vie active, etc.
- Répercussions sur la vie tout entière

Critères pour les programmes de santé publique

1. Influence positivement les déterminants de la santé.
2. Population cible clairement identifiée.
3. Soutient le modèle de la promotion de la santé.
4. Utilise l'expertise, les connaissances, les compétences et les habiletés en santé publique pour répondre aux normes de qualité.
5. Compatibles avec les objectifs de santé de la Nouvelle-Écosse.

Services de santé publique - Région du Nord Collaboration avec Service correctionnel du Canada

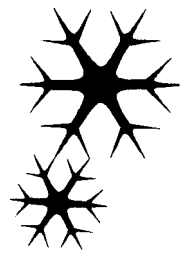
Histoire - cas de TB

Initiatives actuelles

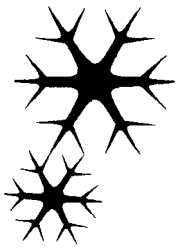
Tous les MI font l'objet d'un suivi suivant les directives de la Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'interviewer le détenu.

Suivi des MI :

- notification des contacts, etc.
- évaluation des risques
- surveillance
- participation aux foires de la santé



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- éducation MI à l'intention des détenus et du personnel
- éducation sur la nutrition
- counselling et éducation prénataux
- counselling et suivi postnataux

**Importance de la collaboration avec le
Service correctionnel du Canada**

- L'institution de Springhill est considérée comme faisant partie de la Nouvelle-Écosse.
- Les détenus viennent de la communauté et retourneront à une communauté.
- Les interventions dans la prison peuvent contrôler la propagation de la maladie lorsque les détenus sont mis en liberté.
- L'étude de Springhill recommande fortement que les interventions commencent aussitôt que possible et que la collaboration de la communauté est essentielle.
- Dans de nombreux cas, les détenus vont révéler aux services de santé des renseignements sur le risque qu'ils cacheraient au personnel du Service correctionnel du Canada, parce qu'ils voient les services de santé publique comme étant « à l'extérieur du système ».
- Certaines familles viennent vivre près des détenus. Elles ont tendance à être des familles à problèmes multiples.

Rapport des sessions en petits groupes : les aspects d'une bonne collaboration

Groupe vert

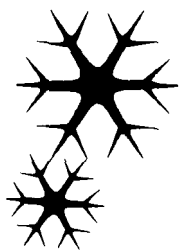
- Des buts clairement définis qui sont communs à tous.
- Une responsabilité claire à l'effet que la santé générale et le bien-être des détenus sont une responsabilité collective de la communauté dans son ensemble.
- Clarté concernant ce que chacun des intervenants a à offrir au processus (par ex., mandat, expertise).
- Soutien mutuel, fonctionne comme un partenariat.
- Respect mutuel du mandat de chacun; ne pas s'attendre à ce qu'une partie joue le rôle d'une autre.
- Tous participants au processus de planification à une étape initiale.
- Rôles et responsabilités clairement définis.
- Processus proactif (plutôt que réactif).
- Souplesse, créativité et volonté de faire des compromis.
- Constance contre promiscuité.
- Communication et information doivent être des éléments clés du processus.
- Ouverture, transparence, réciprocité.

Groupe jaune

- Assurer une représentation du personnel, des détenus et des services de santé publique aux comités.
- Documenter l'initiative et ses résultats, collaborer à l'élaboration du rapport et le présenter à des conférences, des ateliers, des revues spécialisées, etc. Cela répand le mot et facilite la collaboration.
- Faciliter l'éducation et le partage de l'information.
- Connaître les principaux intervenants et assurer la clarté des rôles et des responsabilités.
- Faire participer le personnel et les détenus depuis le début; éviter d'élaborer des programmes à l'intention des détenus pour ensuite les adapter aux besoins du personnel, ou l'inverse.
- Utiliser les approches et les processus de promotion de la santé.
- Établir un cadre qui fait ressortir les rôles et responsabilités des personnes et des organismes, identifier un chef d'équipe, et développer un processus pour traiter des conflits et résoudre la controverse.



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels



**Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels**

Groupe rose

- Respect mutuel pour tous.
- Buts et façons de penser communs.
- S'efforcer d'obtenir des résultats « gagnants-gagnants » (ou une perception de tels résultats).
- Clarifier et communiquer clairement les juridictions (par ex., détenus infectés d'une maladie transmissible à déclaration obligatoire et ayant une « visite familiale privée » de leurs conjoint(e)s/partenaires de la communauté - qui fait rapport de cette information à la personne contact ou au/à la partenaire?)
- Équilibrer le partage de l'information avec l'identification du risque et le besoin de protéger la vie privée de l'individu.
- Combiner éducation et information pour éviter de « réinventer la roue ».
- Mettre l'accent sur l'amélioration des normes de soins et l'accessibilité des services; « Le tout est plus grand que la somme de ses parties. »
- Diminuer les barrières/obstacles qui peuvent exister.
- Assurer un suivi communautaire et un continuum de soins.
- Se rappeler qu'il s'agit d'un partenariat à trois entre la santé publique, SCC et le client.

Groupe pourpre

- Acte contre nature entre partenaires non consentants.
- Partage de buts et d'objectifs.
- Respect mutuel concernant à la fois les buts et les points de vue partagés et ceux qui sont différents.
- Respect des connaissances et de l'expertise différentes des différents secteurs.
- Se rappeler du rôle critique du personnel correctionnel et de la nécessité de travail avec celui-ci; cela est la clé du progrès sur des initiatives comme la réduction des préjudices.
- Coopération, souplesse, partage des ressources et suivi.

Plan d'action pour l'amélioration de la collaboration entre le Service correctionnel du Canada et la communauté de santé publique



Rapport de la table ronde sur les maladies transmissibles à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels

Niveau national

- Mesure**
- Élaborer une ébauche de document-concept qui comporte un cadre de collaboration entre le SCC et la communauté de santé publique, et présente des exemples d'initiatives et de pratiques exemplaires.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administration centrale, Services de santé.

- Échéancier**
- Ébauche complétée au plus tard en juin 2000.

- Mesure**
- Faire circuler l'ébauche du document-concept pour consultation et commentaires au sein du SCC et du secteur de la santé publique, et chez les autres intéressés principaux, comme les organismes s'occupant de l'hépatite C et du VIH/sida, LLCM, les institutions correctionnelles provinciales, les organismes et comités intéressés à la santé et à la sécurité au travail, les comités fédéraux, provinciaux et territoriaux pertinents, etc. Noter qu'une liste de consultation à grande échelle sera mise au point.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administration centrale, Services de santé.

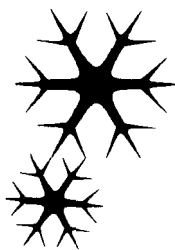
- Échéancier**
- Ébauche circulée, et commentaires recueillis au plus tard en septembre 2000.

- Mesure**
- Diriger et promouvoir la collaboration au moyen de mécanismes formels au sein du SCC, par l'entremise des administrateurs régionaux des services de santé et, au sein du secteur de la santé publique, par l'entremise du Conseil des médecins hygiénistes en chef.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administration centrale, Services de santé, Dr Bob Climie.
- Conseil des médecins hygiénistes en chef, président, Dr Jeff Scott.

- Échéancier**
- Le plus tôt possible.
 - Réunion du Conseil de juin 2000.



- Mesure** • Mettre au point des systèmes de cueillette et d'analyse de données en collaboration avec LLCM et la communauté de santé publique. Dans tous les cas où la chose est possible, les systèmes de cueillette de données du SCC seront compatibles avec ceux qui existent déjà, et ils en seront les prolongements, ce qui améliorera dans son ensemble la surveillance et l'analyse des données.

Organisme/personne responsable

- LLCM, Dr Don Sutherland.
- SCC, Administration centrale, Services de santé, Dr Bob Climie.
- Conseil des médecins hygiénistes en chef, président, Dr Jeff Scott.

- Échéancier** • En cours.

Niveau régional

- Mesure** • Les administrateurs régionaux des services de santé, les coordonnateurs régionaux des maladies infectieuses, les représentants des gardiens, des syndicats et des détenus, et les médecins hygiénistes doivent se rencontrer et discuter de l'ébauche de document-concept. Dans tous les cas où la chose est possible, les réunions prolongeront les structures déjà en place, comme les réunions du Comité régional de gestion.

Organisme/personne responsable

- SCC, Administrateurs régionaux et (ou) Coordonnateurs régionaux des maladies infectieuses.

- Échéancier** • La planification et les discussions initiales commenceront à la réunion du Conseil des services de santé du SCC, en mai.
- Les réunions régionales devront se tenir aussitôt que possible après la publication de l'ébauche du document-concept - c.-à-d., en octobre 2000.

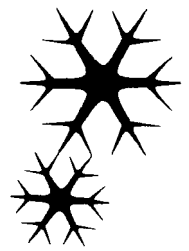
Niveau local

- Mesure** • Les administrateurs régionaux de la Santé attachés à une installation du SCC de leur région doivent rencontrer le Médecin hygiéniste en chef du SCC et un représentant de la Santé au travail, pour commencer à explorer des mécanismes de collaboration efficaces et renouvelables. Les sujets de discussion pourraient comprendre : comment travailler dans le prolongement des structures et mécanismes actuels; quelles initiatives ont fonctionné dans le passé ou dans d'autres régions; quel serait un point de départ pour amorcer ou améliorer la collaboration actuelle, etc.

Organisme/personne responsable

- SCC, le Chef des Services de santé convoquera la première réunion.

- Échéancier** • Au plus tard à la fin de novembre 2000.



- Mesure** • Des réunions du personnel devront se tenir dans les unités sanitaires pour amorcer des discussions sur la collaboration avec l'institution du SCC dans leur aire de captage. L'objectif est de développer un engagement à collaborer, et de commencer à définir formellement et à mettre en oeuvre les mécanismes actuels qui lanceront ou amélioreront la collaboration.

Organisme/personne responsable

- Médecins hygiénistes ayant une installation du SCC dans leur aire de captage.

Échéancier • Le plus tôt possible.

- Mesure** • Des réunions du personnel doivent se tenir dans les institutions du SCC pour entamer des discussions sur la collaboration avec l'unité sanitaire publique locale. L'objectif est de développer un engagement à collaborer, et de commencer à définir formellement et à mettre en oeuvre les mécanismes actuels qui lanceront ou amélioreront la collaboration.

Organisme/personne responsable

- SCC, Chefs des Services de santé.

Échéancier • Le plus tôt possible. Une directive qui fait la promotion de ces réunions et qui les appuie sera émise par l'Administration centrale du SCC, Services de santé.
• La première réunion devrait se tenir au plus tard en juin 2000.

Niveau individuel

- Mesure** • Les participants à la table ronde ont convenu de discuter des résultats de la réunion et du plan d'action avec leurs collègues et de recueillir les commentaires et les réactions de ces derniers.

Organisme/personne responsable

- Tous les participants à la table ronde.

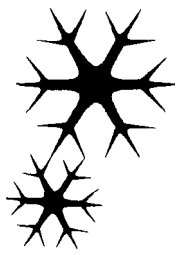
Échéancier • En cours.

- Mesure** • Le rapport sommaire de la table ronde doit être rédigé au plus tard le 1er mai. Il sera distribué à tous les participants, à tous les médecins hygiénistes, à ceux qui ont répondu au questionnaire distribué avant la réunion, et à d'autres forums appropriés, comme le Conseil des services de santé du SCC, aux comités fédéraux, provinciaux ou territoriaux pertinents, etc.

Organisme/personne responsable

- L'Association canadienne de santé publique, en collaboration avec l'Administration centrale des services de santé du SCC, doivent distribuer le rapport sommaire aux participants à la table ronde et à ceux qui ont répondu au questionnaire. Les participants, quant à eux, doivent faire la promotion du rapport et du plan d'action auprès de leurs collègues, auxquels ils le distribueront, et dans leurs secteurs respectifs.

Échéancier • Au plus tard en mai 2000.



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels

- Mesure** • Les participants à la table ronde feront parvenir à Sandra Black, par courriel, toute suggestion supplémentaire quant aux personnes ou organismes qui devraient recevoir l'ébauche de document-concept et (ou) commenter celui-ci. Voir, à l'Annexe Huit, la liste des groupes et organismes suggérés par les participants lors de la table ronde.

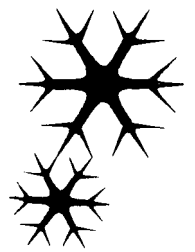
Organisme/personne responsable

- Tous les participants à la table ronde.

- Échéancier** • Au plus tard en juin 2000.

Ébauche de liste de consultation pour le document-concept

- La Fondation canadienne des maladies du foie
- Comité consultatif du programme sur l'hépatite C
- Groupe de travail sur les corrections de la Société de l'hépatite C
- Conseil ministériel sur le VIH/sida
- Comité F/P/T sur le VIH/sida
- Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM)
- La Société canadienne du sida
- La Société canadienne de l'hépatite C
- Le Sous-comité de la Justice sur le VIH/sida
- Comité national de santé et sécurité du SCC
- L'Association canadienne de santé publique
- Canadian HIV/AIDS Legal Network



Rapport de la
table ronde sur les
maladies
transmissibles à
l'intérieur et à
l'extérieur des
services
correctionnels