

A Reality-based Prescription for Bloodborne Diseases Within the Corrections System

P.R.W. Kendall, MBBS, MSc, FRCPC

As a society, we sometimes find it difficult to grapple with the realities of our correctional system. Too often our perspective is informed (or in many cases misinformed) by depictions of prisons and prison life that we encounter through films, television programming and in the print media. These accounts (actual *and* fictional) have a shared tendency to sensationalize and at the same time simplify the issues faced by incarcerated individuals and those who work with them. The lens of our collective values and beliefs about the nature of and reasons for incarceration may blind us to the realities of the activities that occur in prisons, the impacts these activities have on inmates, the prison 'community', and the broader community outside the walls.

A tangible example of this is the issue of illicit drug use in prisons. One could not be faulted for assuming that in a highly restricted and controlled environment such as a prison, illicit drugs would not be an issue – they are secured environments. Yet, correctional facilities, in Canada and elsewhere, are clearly places where substance use and the use of illicit injection drugs occurs on a regular basis, despite best efforts to curtail it. Studies suggest that 50-70% of inmates in federal prisons in Canada are substance dependent and/or require treatment for an alcohol and/or substance use disorder.^{1,2} Recent studies on drug use in both federal and provincial prisons show that between 19 and 32% of drug-using inmates have injected drugs while incarcerated.³⁻⁵

This reality obviously presents many challenges to those who manage our correctional facilities. It also presents challenges to our public health system. The negative health outcomes of problematic substance use, and in particular injection drug use, in prisons do not stay behind bars; like inmates, these health issues are connected in a tangible way to broader community health as inmates move from community to prison and back to the community again. The incarcerated individual carries any pre-existing illnesses and/or conditions with them into correctional centres, and similarly he/she returns to the community along with any illnesses or conditions that they contracted while an inmate.

Problematic substance use and the practise of sharing syringes and other equipment for the consumption of illicit drugs presents a serious risk for contracting bloodborne pathogens such as HIV and HCV. Studies such as the one by Martin et al.⁶ published in this issue are a disturbing reminder of how widespread this risk behaviour is in our provincial and federal correctional centres. Martin's findings serve to reinforce the bleak picture that is increasingly emerging related to risk behaviours and HIV/HCV infections in Canadian prisons. In Canada, HIV prevalence in some correctional centres may be as high as 11.94%,⁷ with HCV rates no doubt significantly higher (as Martin et al. find with their cohort).

In BC, direct health care costs associated with these two diseases exceed \$200 million each year. Each new HIV infection will cost the BC health care system between \$180,000 and \$225,000 in direct costs alone per person per lifetime. In addition, there are substantial social costs associated with these diseases; costs that are attributed to lost productivity and the impact that chronic disease can have on families and communities.

It is therefore imperative that the public health sector continue supporting correctional services across Canada in managing a problem that is more than a 'prison issue'. There is excellent evidence-based work taking place in British Columbia and across Canada that is starting to address problematic substance use and related risk for bloodborne pathogens.

The BC and other corrections systems now provide continued access to methadone for inmates who were enrolled in such programs before incarceration. Uninterrupted continuation of methadone maintenance ensures that prisoners accessing this form of treatment for their addiction are not placed in a position where they choose between unplanned detoxification and resumed consumption of illicit opiates, likely with paraphernalia obtained from other inmates. This is an important treatment initiative that has been extremely well received by stakeholders, from policy-makers to community activists to staff. However, since some inmates are incarcerated with an existing, untreated opioid dependency, and others may develop such a dependency during incarceration, it should be a logical step to offer initiation of methadone for maintenance or withdrawal management as types of treatment options offered within correctional centres.

BC Corrections has also implemented a program that offers brief substance use counselling to inmates in an effort to reduce the number of individuals in Corrections who are using illicit drugs, to educate active users on ways to reduce harms associated with consumption, and to increase the number of inmates actively seeking and accessing treatment. Response to the brief counselling sessions has been good, and more intensive counselling is also currently being examined.

On another front, Correctional Service Canada (CSC) launched a pilot project in January to introduce tattooing programs in six institutions. An integral part of prison culture, tattooing behind bars is usually performed in less than hygienic conditions, often using and re-using unsterile needles and ink that can quickly become contaminated. It has been associated with HIV/HCV transmission risks that are similar to those of injection drug use. The pilot project will involve training inmates identified as tattoo artists on infection prevention and control practices. These

Provincial Health Officer, Ministry of Health Services, Victoria, BC

Correspondence: Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer, Ministry of Health Services, 4th Floor, 1515 Blanshard Street, Victoria, BC V8W 3C8, E-mail: Perry.Kendall@gems9.gov.bc.ca

inmates will also be granted access to sterile tattooing equipment. The program's efficacy and uptake will be examined at the end of the first year.

These initiatives are bold and direct interventions to help reduce the risks associated with sharing injection drug use equipment within correctional facilities. There are additional approaches on the horizon that need to be supported and encouraged – initiatives that have proven successful in the community and in correctional settings in other jurisdictions. An example of such an initiative that has received extensive public attention recently is that of needle exchange in prisons.

Needle Exchange Programs (NEPs) have been demonstrated to be an effective means of preventing the transmission of HIV, HCV and other bloodborne pathogens. Evidence from numerous studies shows that offering low-threshold needle exchanges reduces the sharing of syringes and other injection equipment. The World Health Organization, Health Canada and the BC Ministry of Health Services all endorse and fund NEPs as an integral component of HIV and HCV prevention in the general population. However, while NEPs are accepted as an essential public health service for the general population, providing these services in

correctional facilities has not until recently been considered an option for reasons related to the health and security of prison populations. Last fall, the Canadian HIV/AIDS Legal Network released a report that examined these concerns, and related them to evidence from other jurisdictions. The findings of the report indicate that where NEPs have been established in prisons in other jurisdictions, there have been no reported increases in drug use or injecting. Likewise, needles have not been used as weapons and staff have not been physically harmed by the establishment of NEPs. Evaluations of these programs have shown that they reduce the sharing of syringes, reduce HIV and HCV infection, reduce fatal heroin overdoses, decrease abscesses and other injection-related infections, and facilitate referral to treatment programs.⁸

Clearly this is a direction that we need our correctional systems to explore. If this type of success could be replicated here in Canada, the positive outcomes to both the health of incarcerated populations and the broader community could be significant.

The reality of injection drug use in prisons is a significant public and community health issue, as correctional facilities are not separate from broader society – people come to prison from communities and

return to communities upon release. We in public health need to be aware of the challenges that are faced by our peers working within prison walls, and understand how important our support may be in terms of the health of all Canadians.

REFERENCES

1. Anonymous. A health care needs assessment of federal inmates in Canada. *Can J Public Health* 2004;95 (Supplement 1):S43.
2. Riley D. Drug use in prisons. In: *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1994;152-61.
3. Calzavara LM, Burchell AN, Schlossberg J, Myers T, Escobar M, Wallace E, et al. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003;98(9):1257-65.
4. DiCenso A, Dias G, Gahagan J. *Unlocking our futures: A national study on women, prisoners, HIV, and hepatitis C*. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.
5. Wood E, Small W, Spittal P, Miller C, Tyndall M, O'Shaughnessy M, et al. Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a cohort of injection drug users. *Public Health Reports* (in press).
6. Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Can J Public Health* 2005;96(2):97-101.
7. Lines R, Jurgens R. Prison syringe exchange programs: Can they be implemented in Canada? *Perspectives on Canadian Drug Policy* 2003;11.
8. Lines R, Jurgens R, Betteridge G, Stover H, Laticevski D, Nelles J. *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.

ÉDITORIAL

Le système correctionnel et la propagation des maladies véhiculées par le sang

Une bonne dose de réalisme est de mise

P.R.W. Kendall, MBBS, MSc, FRCPC

Nous avons parfois du mal, en tant que société, à saisir la réalité de notre système correctionnel. Trop souvent, nous la percevons à travers le prisme (déformant dans bien des cas) des images de la prison et de la vie carcérale que nous renvoient le cinéma, la télévision et la presse écrite. Ces représentations (réelles et fictives) ont tendance à dramatiser, tout en les simplifiant, les problèmes que vivent les personnes incarcérées et celles qui travaillent avec elles. À travers la lentille de nos valeurs et de nos

croyances collectives sur la nature et les raisons de l'incarcération, nous pouvons nous tromper sur les activités qui ont cours dans les prisons et sur les effets que peuvent avoir ces activités sur les personnes détenues, sur la « communauté » carcérale et sur la collectivité à l'extérieur des murs des prisons.

Prenons par exemple la consommation de drogues illicites dans les prisons. Il serait logique de croire que dans un milieu aussi réglementé et contrôlé qu'une prison, il ne peut y avoir aucun problème de drogue – après tout, ce sont des environnements protégés, n'est-ce pas? Pourtant, nous savons que dans les établissements de correction, au Canada et ailleurs dans le monde, la consommation d'alcool et de drogues et l'usage de drogues injectables illicites sont choses courantes, malgré tous les efforts déployés pour y mettre un frein. Selon certaines études, entre 50 et 70 % des personnes détenues dans les prisons

Provincial Health Officer, Ministry of Health Services, Victoria, BC

Correspondance : Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer, Ministry of Health Services, 4th Floor, 1515 Blanshard Street, Victoria, BC V8W 3C8, Courriel : Perry.Kendall@gems9.gov.bc.ca

fédérales au Canada sont toxicomanes ou ont besoin d'être traitées pour un problème d'alcool ou de drogue^{1,2}. Des études récentes de l'utilisation de drogues dans les prisons fédérales et provinciales montrent qu'entre 19 et 32 % des détenues et des détenus qui consomment s'injectent des drogues durant leur incarcération³⁻⁵.

Cette réalité présente évidemment de nombreuses difficultés pour les responsables de nos établissements de correction. Elle pose aussi des problèmes pour le réseau de santé publique. La détérioration de la santé qui résulte de la consommation abusive d'alcool ou de drogues en prison, et en particulier de l'usage de drogues injectables, ne se manifeste pas seulement derrière les barreaux, car les personnes détenues entretiennent des liens tangibles avec la communauté en général. Ainsi, une personne incarcérée apportera avec elle au centre correctionnel toute maladie ou condition préexistante, et elle retournera dans la collectivité avec toutes les maladies ou les conditions qu'elle aura contractées pendant sa détention.

La consommation abusive d'alcool ou de drogues et la pratique qui consiste à partager les seringues et autres accessoires posent des risques graves de transmission des agents pathogènes véhiculés par le sang, comme le VIH et le VHC. Des études comme celle de Martin et de ses collègues⁶, publiée dans ce numéro, nous rappellent de façon troublante à quel point ces comportements à risque sont généralisés dans nos centres correctionnels provinciaux et fédéraux. Les constats de Martin noircissent le portrait déjà sombre des liens observés entre les comportements à risque et les infections à VIH ou à VHC dans les prisons canadiennes. Au Canada, la prévalence du VIH dans certains centres correctionnels peut atteindre 11,94 %, et les taux de VHC sont sans doute sensiblement plus élevés (comme l'ont constaté Martin et ses collègues dans leur cohorte).

En Colombie-Britannique, les coûts directs des soins de santé associés à ces deux maladies sont supérieurs à 200 millions de dollars par année. Chaque nouvelle infection à VIH coûtera au système de soins de santé de la province entre 180 000 \$ et 225 000 \$ par personne, en coûts directs seulement, sur l'ensemble de la vie de cette personne. De plus, ces maladies entraînent d'importants coûts so-

ciaux, attribuables à la perte de productivité et aux répercussions que peuvent avoir les maladies chroniques sur les familles et les collectivités.

Il est donc impératif que le secteur de la santé publique continue à aider les services correctionnels de tout le Canada à gérer un problème qui est plus qu'un simple « enjeu carcéral ». En Colombie-Britannique comme ailleurs au Canada, il commence à y avoir d'excellentes études fondées sur les résultats, axées sur la consommation abusive d'alcool ou de drogues et sur les risques connexes de transmission des agents pathogènes véhiculés par le sang.

Comme c'est le cas ailleurs, les systèmes correctionnels britanno-colombiens offrent maintenant un accès continu à la méthadone aux personnes détenues qui étaient inscrites à de tels programmes avant leur incarcération. La continuation du traitement de maintien à la méthadone fait en sorte que les prisonnières et les prisonniers qui traitent ainsi leurs toxicomanies ne sont pas obligés de choisir entre une désintoxication non planifiée et le retour à la consommation d'opiacés illicites, le plus souvent avec des accessoires provenant de leurs codétenus. Cette importante initiative a été extrêmement bien accueillie dans le milieu, tant par les décideurs et les décideuses que par les activistes communautaires et le personnel des prisons. Mais comme certaines personnes incarcérées souffrent de toxicomanies non traitées, et que d'autres peuvent acquérir une dépendance durant leur incarcération, il serait logique de commencer à offrir dans les centres correctionnels des traitements à la méthadone à des fins de maintien ou de sevrage contrôlé.

Le Service correctionnel de la Colombie-Britannique offre également dans les prisons un programme de counselling-éclair sur la consommation d'alcool ou de drogues afin de réduire le nombre de personnes détenues qui font usage de drogues illicites, d'apprendre aux utilisatrices et aux utilisateurs actifs à réduire les méfaits associés à leur consommation et d'accroître le nombre de personnes qui se font traiter ou qui cherchent activement un traitement. Comme ces séances de counselling-éclair ont été bien accueillies, des séances plus intensives sont maintenant envisagées.

Sur un autre front, le Service correctionnel du Canada (SCC) a lancé en janvier un projet pilote qui offrira des services de tatouage dans six établissements. Le tatouage fait partie intégrante de la culture carcérale, mais derrière les barreaux, il s'effectue d'habitude dans des conditions peu hygiéniques, car on réutilise plusieurs fois des aiguilles et de l'encre non stériles, qui peuvent rapidement devenir contaminées. Les risques de transmission du VIH et du VHC par le tatouage sont semblables à ceux que pose l'usage de drogues injectables. Le projet pilote consistera à enseigner aux tatoueuses et aux tatoueurs parmi les détenus les bases de la prévention et du contrôle des infections. Ces personnes auront aussi accès à des instruments de tatouage stériles. L'efficacité et la popularité du programme seront examinés au bout d'un an.

Des initiatives courageuses et directes comme celle-là peuvent aider à réduire les risques associés au partage des accessoires d'injection de drogues dans les établissements de correction. D'autres approches pionnières méritent d'être appuyées et encouragées, car elles ont fait leurs preuves en milieu communautaire et correctionnel dans d'autres pays. L'échange de seringues dans les prisons est l'exemple d'une initiative qui a beaucoup retenu l'attention récemment.

Les programmes d'échange de seringues (PES) sont un moyen éprouvé de prévenir la transmission du VIH, du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang. De nombreuses études ont montré que le fait d'offrir des services à seuil bas contribue à réduire le partage des seringues et des accessoires d'injection. L'Organisation mondiale de la santé, Santé Canada et le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique sont trois organismes qui appuient et financent des PES et qui en font une partie intégrante de leurs efforts de prévention du VIH et du VHC dans la population générale. Cependant, bien que les PES soient considérés comme un service de santé publique essentiel pour la population générale, le fait d'en offrir dans les établissements de correction n'était pas envisagée, jusqu'à tout récemment, car on craignait pour la santé et la sécurité des personnes incarcérées. L'automne dernier, le Réseau juridique canadien VIH/sida a

publié un rapport qui examine ces craintes à la lumière de données recueillies ailleurs dans le monde. Ce rapport a constaté que dans les prisons où l'on a établi des PES, on ne signale aucune hausse de la consommation ni de l'injection de drogues. Les aiguilles n'ont pas non plus été utilisées comme des armes, et le personnel n'a subi aucun dommage corporel lié à la mise en place de tels programmes. Les évaluations des PES ont montré qu'ils réduisent le partage des seringues, les infections à VIH et à VHC, les surdoses mortelles d'héroïne et les abcès et autres infections liées aux injections, et qu'ils facilitent l'acheminement vers les programmes de traitement⁷.

De toute évidence, c'est une piste que nos systèmes correctionnels se doivent d'explorer. Si des réussites de ce genre peuvent être reproduites ici au Canada, elles pourraient avoir des effets positifs considérables sur la santé des personnes incarcérées et de la population dans son ensemble.

La réalité de l'usage des drogues injectables dans les prisons est un important problème de santé publique et communautaire, car les établissements de correction ne sont pas séparés de la société : les personnes incarcérées proviennent de la communauté et y retournent à leur libération. En tant qu'intervenantes et intervenants en santé publique, nous devons être au courant des difficultés que vivent nos pairs qui travaillent dans l'enceinte des prisons, et comprendre à quel point notre appui peut être important pour la santé de toute la population canadienne.

RÉFÉRENCES

1. « A health care needs assessment of federal inmates in Canada ». *Rev can santé publique* 2004;95(suppl. no 1):S43.
2. Riley D. « Drug use in prisons », dans *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services, 1994;152-61.
3. Calzavara LM, Burchell AN, Schlossberg J, Myers T, Escobar M, Wallace E, et al. « Prior

- opioid injection and incarceration history predict injection drug use among inmates ». *Addiction* 2003;98(9):1257-65.
4. DiCenso A, Dias G, Gahagan J. *Unlocking our futures: A national study on women, prisoners, HIV, and hepatitis C*. Toronto, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.
5. Wood E, Small W, Spittal P, Miller C, Tyndall M, O'Shaughnessy M, et al. « Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a cohort of injection drug users ». *Public Health Reports* (à paraître).
6. Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D, Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Can J Public Health* 2005;96(2):97-101.
7. Lines R, Jurgens R. « Prison syringe exchange programs: can they be implemented in Canada? ». *Perspectives on Canadian Drug Policy* 2003; vol. II.
8. Lines R, Jurgens R, Betteridge G, Stover H, Laticevski D, Nelles J. *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.



Association canadienne
de santé publique

Canadian Public
Health Association



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Bourse nationale de héros de la santé publique de l'ACSP 2005

L'Association canadienne de santé publique, en partenariat avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence de santé publique du Canada, est heureuse d'annoncer la remise du premier prix national de héros de la santé publique de l'ACSP 2005.

Le prix national de héros de la santé publique de l'ACSP 2005 a été créé pour accroître la prise de conscience et la compréhension de la santé publique en reconnaissant des personnes pour leurs importantes contributions à la promotion et à la protection de la santé de la population et leur engagement exceptionnel à cet égard.

L'ACSP accepte les candidatures pour ce prix, qui sera présenté à sa conférence annuelle, à Ottawa, en septembre 2005. Les critères pour la mise en candidature sont les suivants :

Une personne qui a contribué à la santé et au bien être de la communauté

- a) en dehors de sa sphère de travail ou de sa pratique, ou
- b) comme étudiant(e) par un effort exceptionnel dans le domaine de la santé publique dans le cadre de ses activités scolaires ou parascolaires.

Les formulaires de nomination seront disponibles au site web de l'ACSP au www.cpha.ca

Les candidatures doivent être reçues au plus tard le 1^{er} juin 2005.