



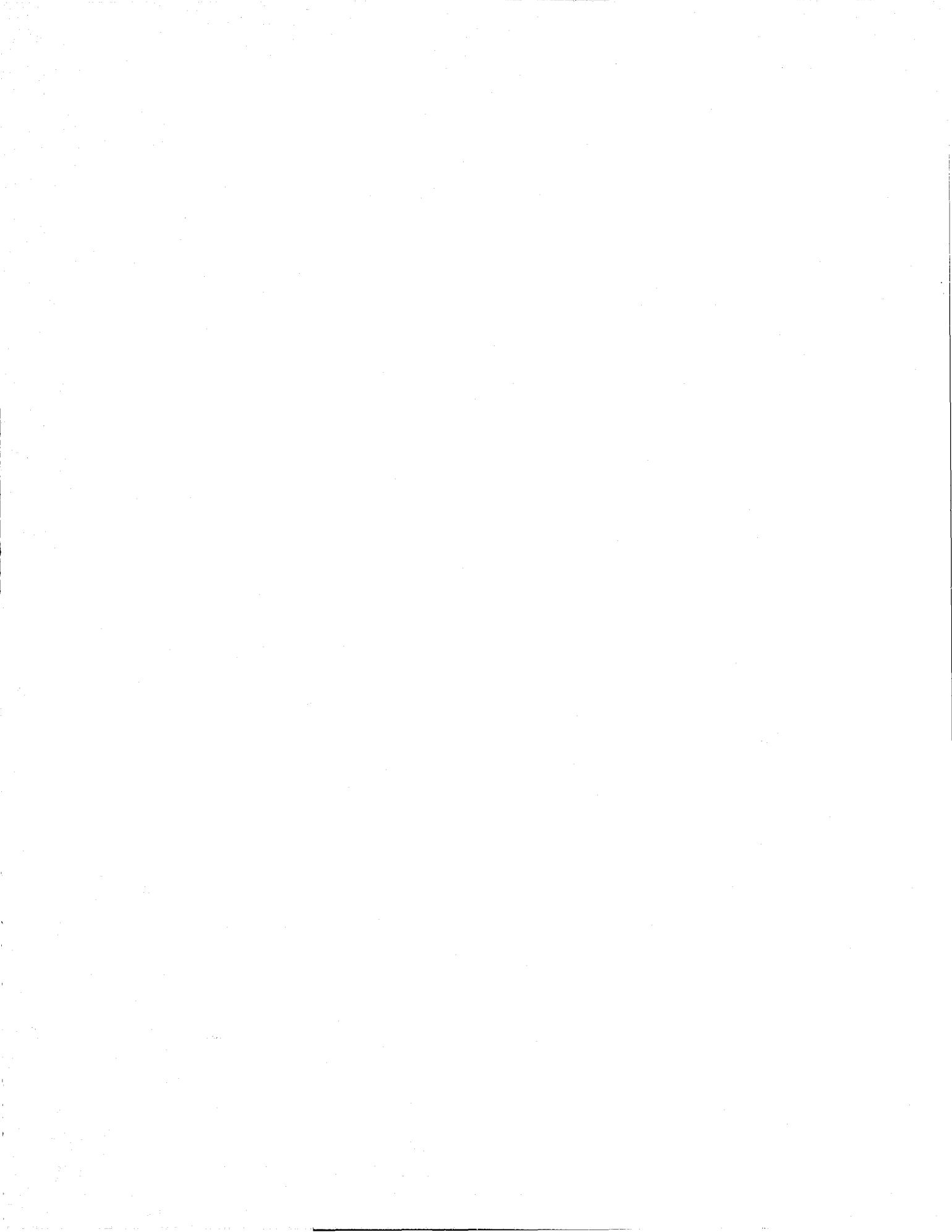
Solicitor General
Canada

Solliciteur général
Canada

✓
**THE PROVISION OF MEDICAL AND HEALTH
CARE SERVICES TO INMATES
IN FEDERAL PENITENTIARIES**

The Second Report of the National Health Services
Advisory Committee to the
Commissioner of Penitentiaries

54586



THE PROVISION OF MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES
TO INMATES IN FEDERAL PENITENTIARIES

The Second Report of
The National Health Services
Advisory Committee
to The Commissioner of
Penitentiaries

NCJ 113

FEB 22 1979

ACQUISITIONS

(As Adopted at the National Health Services Advisory Committee
Meeting of November 13, 1975)

Published by the Communication Division,
Ministry Secretariat



PREFACE

The National Health Services Advisory Committee to the Commissioner of the Canadian Penitentiary Service has been in existence for more than four years. This Second Report of the Committee is properly concerned with day-to-day, practical matters, how best to make health services function, and how to continue the steady up-grading that has characterized our health service during the Committee's term of office.

I would like to thank the Chairman, Dr. E. H. Botterell, of the Canadian Medical Association and the members of the Committee for the work they have done and for the report they have prepared.

The Report reflects equally the professional expertise of the Committee and the first-hand knowledge of the system they have acquired in visits to many of our institutions, observation of the work being done and discussions with our professional staff.

I am sure that the members of the Committee would agree that their findings could benefit from wide exposure to interested agencies, groups and individuals. It is for this reason that I am making this report freely available.

In this way, we may hope to achieve the highest possible standards of medical services in our correctional institutions.

Francis Fox,
Solicitor General of Canada

NATIONAL HEALTH SERVICES ADVISORY COMMITTEE

TERMS OF REFERENCE

1. To review and to recommend to the Commissioner of Penitentiaries, and for cause to the Solicitor General, changes in the policies, organization and administration of the Health Services in the federal correctional field.
2. To inquire into the existing system of health records, and to make recommendations for the development of an appropriate records system.
3. To help establish liaison with appropriate professional bodies and Colleges.
4. To inquire into coordination of resources available in the Ministry of the Solicitor General and other departments and agencies.
5. To advise and recommend with regard to achieving uniformly high quality of health services in all five regions.
6. To create sub-committees, if required, to deal with specific matters.
7. To explore the integration of penitentiary Health Services with the medicare programs of each province.
8. To explore the context of remuneration and working conditions for health service personnel in order to reflect the special problems of the Penitentiary Service.

MEMBERS OF THE COMMITTEE*

Dr. E. H. Botterell (Chairman) - Canadian Medical Association
Dr. A. L. Kerr (Secretary) - Canadian Medical Association
Dr. J. R. Callingham - Canadian Dental Association
Dr. F. C. R. Chalke - Canadian Psychiatric Association
Dr. J. W. Ibbott - Canadian Medical Association
Dr. L. B. McNally - College of Family Physicians of Canada
**Miss Shirley Smale, B.ScN.,M.P.H. - Canadian Nurses' Association

RESEARCH CONSULTANT TO THE COMMITTEE

Dr. Gordon H. Josie, Sc.D.,M.P.H.,M.Sc.

EX-OFFICIO MEMBER

Dr. D. Craigen - Director General, Medical and Health Care
Services, Canadian Penitentiary Service

MEMBERS OF CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
ATTENDING COMMITTEE MEETINGS

**Miss M. Carroll, R.N.,M.Ed. - Director of Nursing Operations,
Medical and Health Care Services Branch

**Dr. E. A. Currie - Deputy Regional Director, Medical and
Health Care Services (Ontario)

Dr. G. D. Scott - Assistant Regional Director,
Psychiatric Services (Ontario)

Mrs. D. Sarazin - Recording Secretary

* Members of the Committee were appointed by the Ministry from nominees of the various associations listed below. Members do not represent the various associations and, under the terms of reference of the Committee, report only to the Ministry.

** Miss Smale replaced Miss F. Strilaeff, September 1974
Miss M. Carroll replaced Mr. R. Arrowsmith - September 1974
Dr. Currie replaced Dr. F. Bisson - September 1974

TABLE OF CONTENTS

SECTION 1 - INTRODUCTION.....	1
1.1 Purpose and Scope of this Report.....	1
1.2 General Review of Health Care in Canadian Penitentiary Service (C.P.S.) Institutions.....	2
1.3 Characteristics of the Inmate Population and C.P.S. Institutions.....	4
1.3.1 Sex and Age Distribution.....	6
1.3.2 Length of Stay of Inmates in C.P.S. Institutions.....	8
1.3.3 Location - By Region and Institution.....	10
1.3.4 Other Considerations Bearing on Characteristics of Inmate Population.....	13
SECTION 2 - ADMINISTRATIVE STRUCTURE AND ORGANIZATION OF MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES.....	14
2.1 Administrative Structure of Medical and Health Care Services.....	14
2.2 Regional Reception Centre.....	16
2.3 Institutional Health Care Centre.....	18
2.4 Institutional Physician - Assistant Director, Health Care.....	20
2.5 Terms of Employment of the Institutional Physician - Assistant Director, Health Care.....	25
2.6 Regional and Institutional Clinical Conferences and Management Meetings.....	29
2.7 Acquisition of Medical and Health Care Equipment, Supplies and Drugs by Health Care Centres.....	30
2.8 General Policy - Institutional Medical and Health Care Services and Budget.....	32

SECTION 3 - DESCRIPTION AND ANALYSIS OF PATIENT-INMATE CARE AND INSTITUTIONAL HEALTH CARE CENTRE.....	34
3.1 Sick Parade and "Pill Parade".....	35
3.2 The Use and Distribution of Medications - Drugs - in C.P.S. Institutions.....	39
3.3 Local Consultants and Range of Treatment Services in Health Care Centres.....	44
3.4 The Role of Psychiatric Specialists in the Health Care Centre...	46
3.5 Dental Services.....	47
3.6 Emergency Treatment Resources in Institutions.....	48
3.7 Nursing Care.....	48
3.8 Surgical Services.....	50
3.9 Convalescence.....	51
3.10 Solitary Confinement; Punitive Dissociation.....	51
3.11 Institutional Health Care Centres Beds in Relation to Cell Capacity, Bed Occupancy and Bed Needs.....	52
3.12 Chronically Ill and Permanently Disabled Patients.....	57

SECTION 4 - ROLE, RESPONSIBILITIES AND CHARACTERISTICS OF HEALTH CARE PERSONNEL.....	58
4.1 The Institutional Physician and Health Care Services.....	60
4.2 Periodic Evaluation of Health Care Personnel.....	61
4.3 Quality of Medical Care and Records.....	62
4.4 Security in the Health Care Centre.....	63
4.5 Medical Services for Correctional Staff.....	64
4.6 Sanitation and Sanitary Inspections of the Institution.....	64

SECTION 5 - NURSING SERVICES.....	66
5.1 Nursing Services - Introduction.....	66
5.2 Nursing Resources.....	66
5.3 Registered Psychiatric Nurses.....	69
5.4 Evaluation of Health Care Officers (Hospital Officer Technicians and Registered Psychiatric Nurses) in Terms of Nursing Skills and Other Activities.....	69
5.5 Upgrading Health Care Officers - (Hospital Officer Technicians and Registered Psychiatric Nurses).....	71
5.6 Determination of Staff Ratios and Staffing Patterns.....	72
SECTION 6 - SELECTED HEALTH SERVICES - ADMINISTRATIVE PROBLEMS.....	74
6.1 Inmates Employed in Health Care Centres.....	74
6.2 Integration with Provincial Medicare Systems.....	75
6.3 Medical Records.....	75
6.4 Administrative Records - Health Care Data.....	77
SECTION 7 - PHYSICAL FACILITIES IN HEALTH CARE CENTRES.....	79
7.1 X-Ray Facilities.....	81
SECTION 8 - RECOMMENDATIONS.....	82
BIBLIOGRAPHY.....	101

LIST OF APPENDICES

- APPENDIX A-1.....DIVISIONAL INSTRUCTION NO. 1105
- APPENDIX A-2.....DIVISIONAL INSTRUCTION NO. 1106
- APPENDIX B-1.....TABLE I - TRENDS IN AGE ON ADMISSION - MALES, 1964/65
TO 1972
- APPENDIX B-II.....TABLE II - INMATE POPULATION BY INSTITUTION,
1974 AND 1975
- APPENDIX B-III.....TABLE III - LIST OF C.P.S. INSTITUTIONS BY REGION WITH
SECURITY DESIGNATION AND CELL CAPACITY AS
AT APRIL 1, 1965
- APPENDIX C.....LIST OF INSTITUTIONS VISITED BY COMMITTEE MEMBERS
- APPENDIX D.....DR. FRANSMAN'S REPORT

LIST OF TABLES

TABLE 1 - SEX AND AGE DISTRIBUTIONS OF THE INMATE POPULATION.....7

TABLE 2 - TIME SERVED BY INMATES ON REGISTER AUGUST 8, 1974.....8

TABLE 3 - TIME SERVED BY INMATES RELEASED 1970-1974.....9

TABLE 4 - LOCATION OF INMATES BY REGION IN 1974 AND 1975.....10

TABLE 5 - INMATE POPULATION BY SECURITY LEVEL OF INSTITUTION
- 1974 AND 1975.....12

TABLE 6 - ILLUSTRATIVE DATA RE DRUGS DISPENSED IN C.P.S. INSTITUTIONS
ONTARIO REGION, JANUARY-MARCH 1975.....42

TABLE 7 - BEDS IN RELATION TO CELL CAPACITY OF INSTITUTION.....53

TABLE 8 - BED OCCUPANCY IN C.P.S. INSTITUTIONS - 1974 AND 1975.....54

TABLE 9 - CELL CAPACITY, BED CAPACITY AND BED OCCUPANCY, 1974 AND 1975....55

TABLE 10 - HEALTH PERSONNEL IN 24 C.P.S. INSTITUTIONS CARING FOR
8,287 INMATES - MARCH 31, 1974.....59

APPENDIX B-I - TABLE I - TRENDS IN AGE ON ADMISSION - MALES, 1964/65 TO 1972

APPENDIX B-II -TABLE II -INMATE POPULATION BY INSTITUTION, 1974 AND 1975

APPENDIX B-III-TABLE III-LIST OF C.P.S. INSTITUTIONS BY REGION WITH SECURITY
DESIGNATION AND CELL CAPACITY AS AT APRIL 1, 1975

DIAGRAM I - LOCATION OF ALL C.P.S. INSTITUTIONS.....11

SECTION 1
INTRODUCTION

1.1 Purpose and Scope of this Report

The Canadian Penitentiary Service (C.P.S.) is continuing a period of penal reform initiated in 1946. Improving the quality, nature and availability of medical and health care services is at present a major objective. These services are provided by the Medical and Health Care Services Branch of the Canadian Penitentiary Service. The National Health Services Advisory Committee was formed in the Spring of 1973, selected by the Minister from Members nominated by major Canadian medical, dental and nursing professional organizations.

The First Report of the Committee which was published under the authority of the Honourable Warren Allmand, Solicitor General of Canada, was largely devoted to establishing the role and responsibility of the Medical and Health Care Services Branch and of physicians, dentists and nurses in the C.P.S. An administrative structure and definition of professional (functional) responsibility was put forward. Forty-eight specific recommendations were made to this end. Subsequent to the acceptance of the First Report by the Solicitor General, many of the recommendations have been adopted and a new structure has been developed for the provision of medical and health care services to inmates of the federal institutions (see Divisional Instructions 1105 and 1106, dated April 11, 1975, Appendix A).

The Committee judges the following recommendation to be of fundamental and primary importance: "It is recommended that the Director General, Medical and Health Care Services must be provided with a group of consultants (national) representing at the outset general medical care, psychiatry, dentistry and nursing, on the basis of approximately 5 half-day sessions per week. The term

of appointment should be for a period of 3 years, renewable.", (Recommendation 9 of the First Report). This is one of the recommendations which has not been implemented. Attention is called to its importance and urgency because throughout the Second Report of the Committee reference will be made to the role and responsibilities of the national consultants (Recommendation 2).

As stated in the First Report, "The National Health Services Advisory Committee sees the role and function of a penitentiary health care centre as the institutional centre for all medical and health care services and as a positive, constructive influence contributing to the efforts of inmates to rehabilitate themselves.", (Page 5). Doctors, nurses, and other health personnel have a professional obligation to care for patient-inmates - regardless of their status, within the Canadian Penitentiary Service. The provision of this care requires that doctors and nurses should stand aside from correctional inmate adversary activities, at the same time supporting without reservation, the C.P.S. regulations and observing all security measures. In keeping with this concept, this Second Report results from a study in detail, 1973-1975, of how the inmate obtains medical and health care services, and the nature and quality of the services and therapies provided to him. Recommendations have been developed for the improvement of medical and health care services for patient-inmates in C.P.S. institutions.

1.2 General Review of Health Care in C.P.S. Institutions

The health care services in Canadian penitentiaries have been characterized at least until recently, by a good deal of institutional autonomy and by considerable variation of quality of medical, dental, and health care among institutions. The common pattern within a major institution has been for a routine physical examination of each inmate on admission. Subsequent care is initiated by the inmate appearing on a sick parade. At this time, his illness

or complaint may be reviewed or "screened" by a health care officer¹ with or without professional qualifications, and with possible subsequent referral to the physician serving the institution. Medications are routinely distributed by another series of sick parades usually called "pill parades". Emergency or short term care may be provided in health care centre beds in the institution, but major operations and other diagnostic and therapeutic procedures are commonly provided by transferring the inmate to a hospital outside the institution.

To some extent, this C.P.S. health service system is analogous to health care in the Armed Service, in large residential schools or industrial establishments. This is so with respect to such aspects as a screening procedure in schools or industrial plants by a registered nurse, referral to a physician, and the availability of a few beds in a sick bay or an infirmary. The "pill parade" would seem to be unique to prisons for it is conducted by health care officers who are often without any nursing qualifications.

The pattern of health care is changing somewhat, but the developments and improvements have so far mainly been reflected in Headquarters and, especially, in regional health administration capabilities; improvements are slowly reaching institutional levels. In two of the five regions, there is now a regional reception centre to provide for comprehensive examination and classification of inmates. Detailed considerations of reception examinations and reception centres is undertaken later in this report.

The Committee, since its inception, has noted relatively little change in the services within the individual institutions except for a policy of recruiting registered nurses and the gradual replacement of senior and other health care officers by registered nurses as attrition occurs.

¹ Health Care Officer - see page 66.

Medical and health care is provided in institutions by staff using facilities collectively and variously referred to in the past as hospitals, infirmaries or sick bays. As most of the patients requiring primary care at this level are ambulatory, this Committee suggested in its First Report that these primary care facilities be referred to as "the institutional health care centre".

These health care centres exist in all maximum and medium security institutions, regional reception centres, and regional psychiatric centres. Forestry camps, farms, and other types of minimum security institutions, as well as community correctional centres, do not operate health care centres. Various arrangements exist to meet the health care needs of inmates in these latter types of institutions. Those in close proximity to maximum security institutions use the health care services of these institutions. For the most part, community correctional centres and the more remote bush camps have some type of arrangement for general health care with private physicians located in nearby communities. It is evident that the arrangements are not as well defined or organized in all cases as are desirable.

The mechanism or arrangements by which inmates outside the major institutions attend sick parades and pill parades, or see a civilian doctor or nurse, or attend a civilian hospital are unclear and require development and clarification (Recommendation 3).

1.3 Characteristics of the Inmate Population and C.P.S. Institutions

In planning, implementing, and assessing health services, certain characteristics of the inmate population, e.g., sex and age, are of obvious importance.

The inmate population, numbering nearly 9,000 people (8562 April 1/75), is predominately male - 98%, and mainly young - 30% are under 25 years of age

and 73% are under 35 years of age. Contrary to popular impression, a high proportion of the population has been in the institutions for a relatively short time, e.g., 63% have been there less than 2 years.

There is a relatively low proportion of older inmates, and of those who have stayed in for long periods. Nevertheless, these older and long-stay-inmates require special consideration in planning an effective health service system, e.g., there were over 100 inmates who were 60 years of age or older, and about 50 inmates who had been in the institution for 15 years or more (August 8, 1974).

A corollary of the generally relatively short length of stay is that there is a substantial flow or movement of inmates in and out of the system and among the institutions. For example, Correctional Institution Statistics (Statistics Canada) for 1973 show that there were 4,319 admissions and 3,461 discharges by release from custody during that year. The population was 9,111 inmates on register December 31, 1973. Inter-institutional transfers during the year amounted to 8,459.

A major determining factor in planning health services is the geographical distribution of the inmates across Canada in some 50 institutions of various types. It means that medical and health care services must be provided for inmates in a great variety of widely scattered institutions of many sizes, e.g., for groups as few as 10 or more than 400 in the major institutions.

Basic data regarding these population and institutional factors are presented in the following Tables (Nos. 1 to 5) and in Appendix "B" with some comment here, as a background for considering the medical and health care services requirements of the Canadian Penitentiary Service and for inmates in institutions.

1.3.1 Sex and Age Distribution.

Women constitute a small proportion of the inmate population, consistently less than 2%. The sex distribution is given in Table 1. Nearly all of the females are in the Prison for Women at Kingston, Ontario. The possible dispersal of the female inmates throughout the system would pose special problems for the provision of health services.

The inmate population is relatively young; about half of the inmates are in their 20s and over 80% are under 40 years of age. The age distribution of the inmates by sex, also shown in Table 1, is derived from a census population, that is, inmates on the register on a particular date, in this case, August 8, 1974.

The age distribution seems to have been relatively stable over the last 10 years. There was a slightly higher proportion of inmates under 20 years of age on admission as recorded for the earlier years, but otherwise, there has been little change. The age distribution of males on admission has been given in annual reports and trends are shown in Appendix B - Table I.

TABLE 1 - SEX AND AGE DISTRIBUTIONS OF THE INMATE POPULATION

a) Inmate Population by Sex, 1974 and 1975*

Sex	April 2, 1974		April 1, 1975	
	No.	%	No.	%
Males	9,063	98.22	8,423	98.38
Females	164	1.78	139	1.62
TOTAL - Both Sexes	9,227	100.00	8,562	100.00

b) Inmates on Register Aug. 8, 1974 by Sex and Age Group**

Age Group (Present Age)	Males	Females	Total - Both Sexes		
	No.	No.	No.	%	Cum. %
Under 20 yrs.	416	5	421	4.70	4.70
20-24 yrs.	2,239	52	2,291	25.59	30.29
25-29 yrs.	2,345	34	2,379	26.57	56.86
30-34 yrs.	1,408	32	1,440	16.08	72.94
35-39 yrs.	903	12	915	10.22	83.16
40-49 yrs.	1,021	18	1,039	11.60	94.76
50-59 yrs.	359	5	364	4.07	98.83
60 yrs. & Over	101	4	105	1.17	100.00
TOTAL-All Ages	8,792	162	8,954	100.00	

Sources:

* C.P.S. Inmate Population Weekly Return as of Midnight Week Ending April 2, 1974 and April 1, 1975.

** Based on data from the C.P.S. Inmate Record System.

1.3.2 Length of Stay of Inmates in C.P.S. Institutions

Reference has already been made to the fact that a high proportion of the inmates stay in the institutions only a relatively short time, e.g., of inmates on any day, over 60% have been in the C.P.S. institutions less than 2 years for that stay. Further, about 80% have had a stay of under three years. It is important to note that if a parolee is returned to prison for violation of parole or during the period of mandatory supervision, the inmate is reported by the Record Inmate System as starting a new stay. Periods of time served as an inmate must be distinguished from length of sentence. Relevant data are given in Table 2.

TABLE 2 - TIME SERVED BY INMATES ON REGISTER AUGUST 8, 1974¹

Time Served (Years)	Inmates on Register		
	No.	%	Cum. %
Under 1 yr	2625	29.32	29.32
1 yr under 2 yrs	3042	33.98	63.30
2 yrs under 3 yrs	1466	16.37	79.67
3 yrs under 4 yrs	484	5.41	85.08
4 yrs under 5 yrs	485	5.42	90.50
5 yrs under 7 yrs	449	5.02	95.52
7 yrs under 11 yrs	286	3.19	98.71
11 yrs under 15 yrs	66	0.74	99.45
15 yrs and over	49	0.55	100.00
TOTAL	8952	100.00	

¹Note: Time served to August 8 by inmates present on that date (see also Table 3). Parolees and individuals under mandatory supervision re-committed to prison are counted as serving a new and separate stay.

Source: Based on data from the C.P.S. Inmate Records System.

Data concerning complete time served is obtained for inmates released from C.P.S. institutions and for these, as indicated in Table 3, nearly three-quarters have served less than 2 years. Release includes parole, discharge to mandatory supervision and unconditional discharge. Only about 10% have served 3 years or more, while nearly a third have a stay of under 1 year. Provision of health care for inmates serving a year or less may be quite a different problem from assuring adequate services for long-stay inmates.

TABLE 3 - TIME SERVED BY INMATES RELEASED 1970 TO 1974¹
(UP TO SEPT. 5/74)

Time Served (Years)	Inmates on Register		
	No.	%	Cum. %
Under 1 yr	5397	32.53	32.53
1 yr under 2 yrs	6893	41.55	74.08
2 yrs under 3 yrs	2600	15.67	89.75
3 yrs under 4 yrs	838	5.05	94.80
4 yrs under 5 yrs	375	2.26	97.06
5 yrs under 10 yrs	414	2.50	99.56
10 yrs under 15 yrs	61	0.37	99.93
15 yrs under 20 yrs	8	0.05	99.98
20 yrs and over	4	0.02	100.00
TOTAL	16590	100.00	

¹Note: Parolees and individuals under mandatory supervision recommitted to prison are counted as serving a new and separate stay.

Source: Based on data from the C.P.S. Inmate Records System.

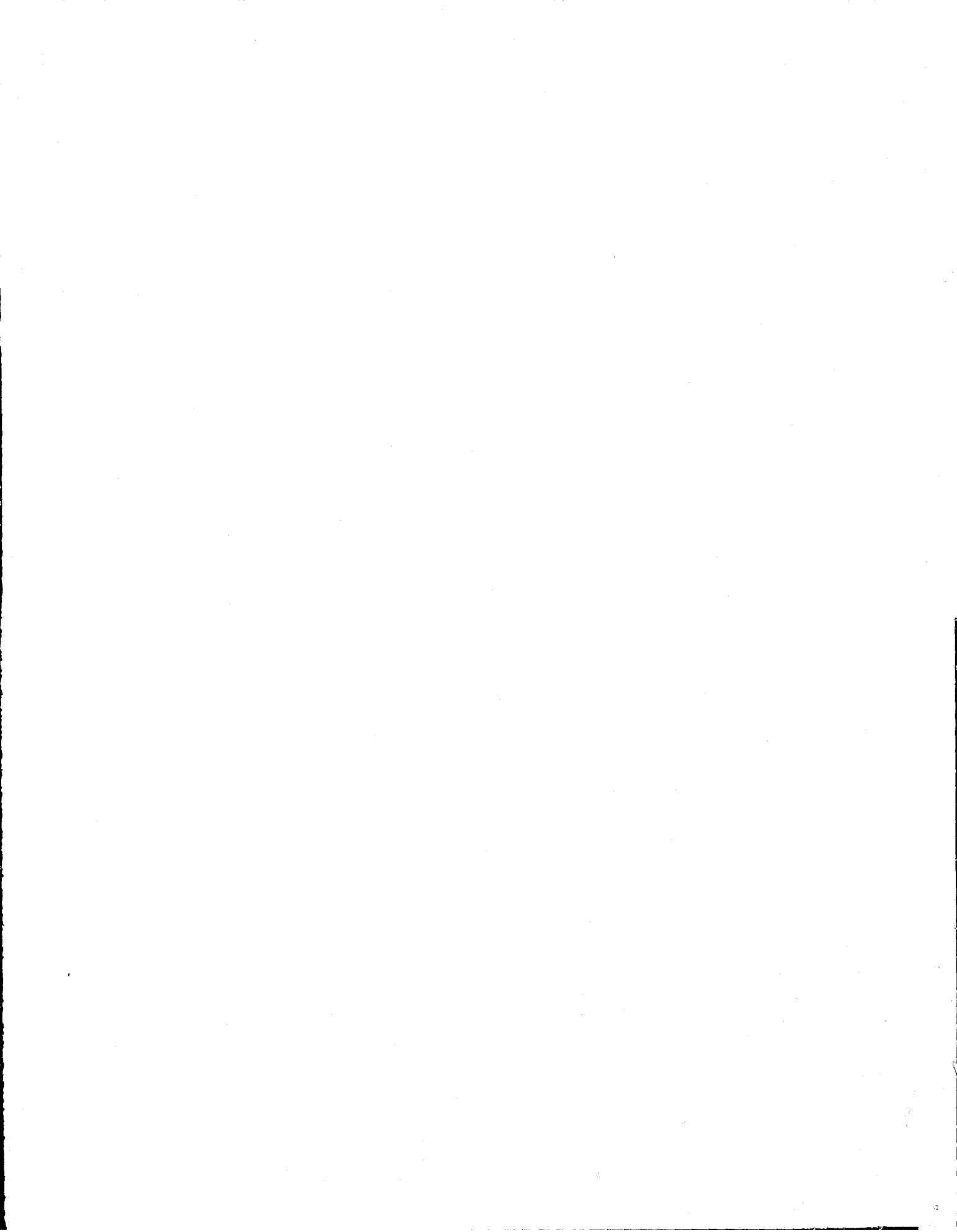
1.3.3 Location - By Region and Institution

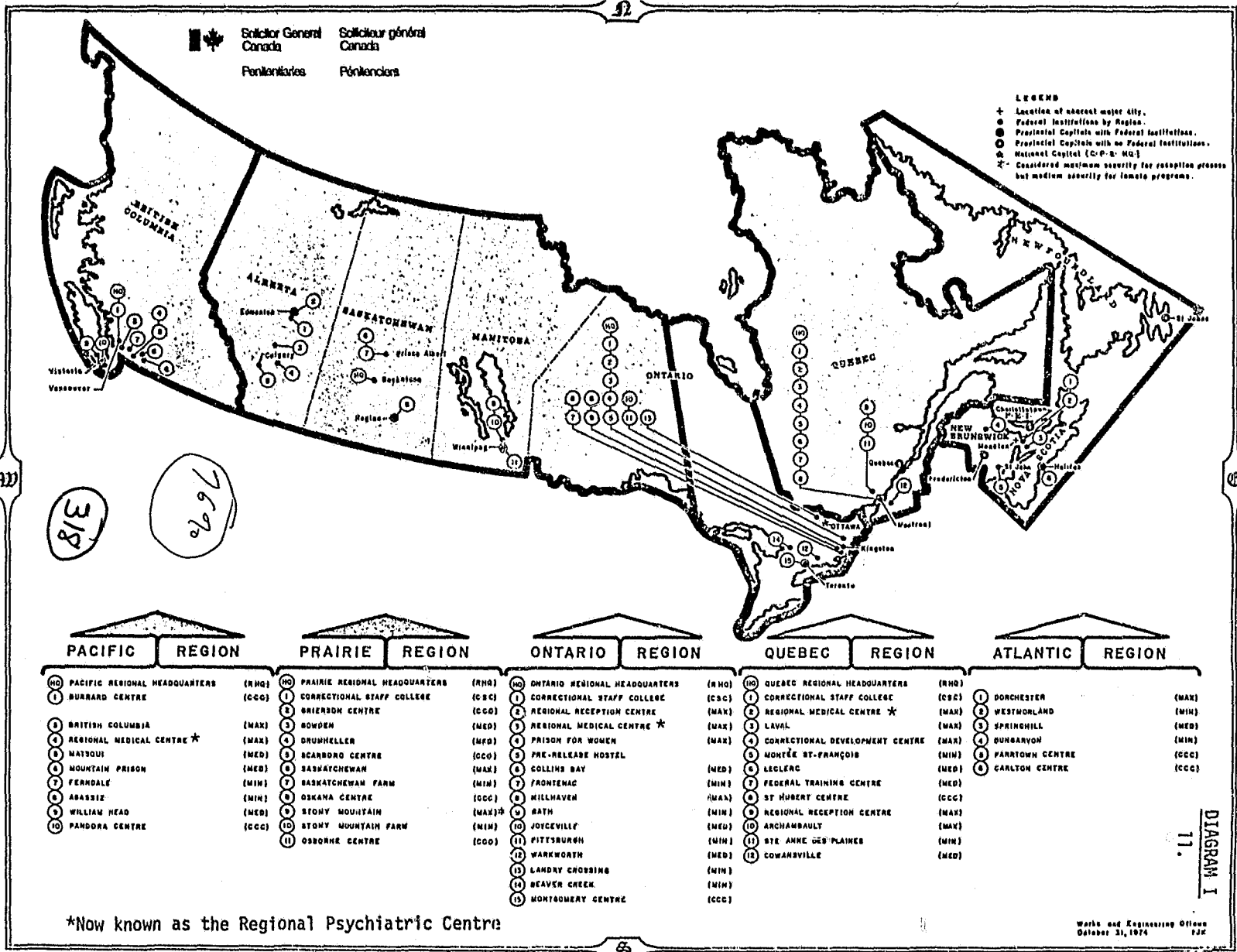
A regional organization has been developed for the C.P.S. and the inmate population, like the general population, is concentrated in the central provinces, Ontario and Quebec. About 50% of all inmates are in Ontario and Quebec regions. The regional distribution of the inmate population is shown for the last 2 years in Table 4 and the location of all institutions is shown on the map (Diagram 1 - page 11).

TABLE 4 - LOCATION OF INMATES BY REGION IN 1974 AND 1975

Region	Inmate Population 2/4/74		Inmate Population 1/4/75	
	No.	%	No.	%
Atlantic	922	9.99	819	9.57
Quebec	2332	25.27	2254	26.33
Ontario	2549	27.63	2227	26.01
Prairies	1728	18.73	1699	19.84
Pacific	1532	16.60	1424	16.63
TOTAL MALES	9063	98.22	8423	98.38
TOTAL FEMALES	164	1.78	139	1.62
NATIONAL TOTAL	9227	100.00	8562	100.00

Source: C.P.S. Inmate Population Weekly Return for Weeks Ending April 2, 1974, and April 1, 1975.





Locations: Canadian Penitentiary Service/National Parole Service

Institutions: Service canadien des pénitenciers et Service national des libérations conditionnelles

A Pacific/Pacifique

- | | |
|--|---------|
| 1 Burrard | CCC |
| 3 British Columbia Penitentiary | Max |
| Pénitencier de la Colombie-Britannique | |
| 4 Regional Psychiatric Centre | Max |
| Centre psychiatrique régional | |
| 5 Matsqui | Med/Moy |
| 6 Prison Mountain Prison | Med/Moy |
| 7 Ferndale | Min |
| 8 Agassiz | Min |
| 9 William Head | Med/Moy |
| 10 Robson | CCC |

B Prairies

- | | |
|------------------------------------|---------|
| 1 Correctional Staff Collège | |
| Collège du personnel de correction | |
| 2 Grieron | CCC |
| 3 Bowden | Med/Moy |
| 4 Drumheller | Med/Moy |
| 5 Scarboro | CCC |
| 6 Saskatchewan Penitentiary | Max |
| Pénitencier de Saskatchewan | |
| 7 Saskatchewan Farm | Min |
| Ferme de Saskatchewan | |
| 8 Oskana | CCC |
| 9 Stony Mountain | Max* |
| 10 Rockwood | Min |
| 11 Osborne | CCC |

C Ontario

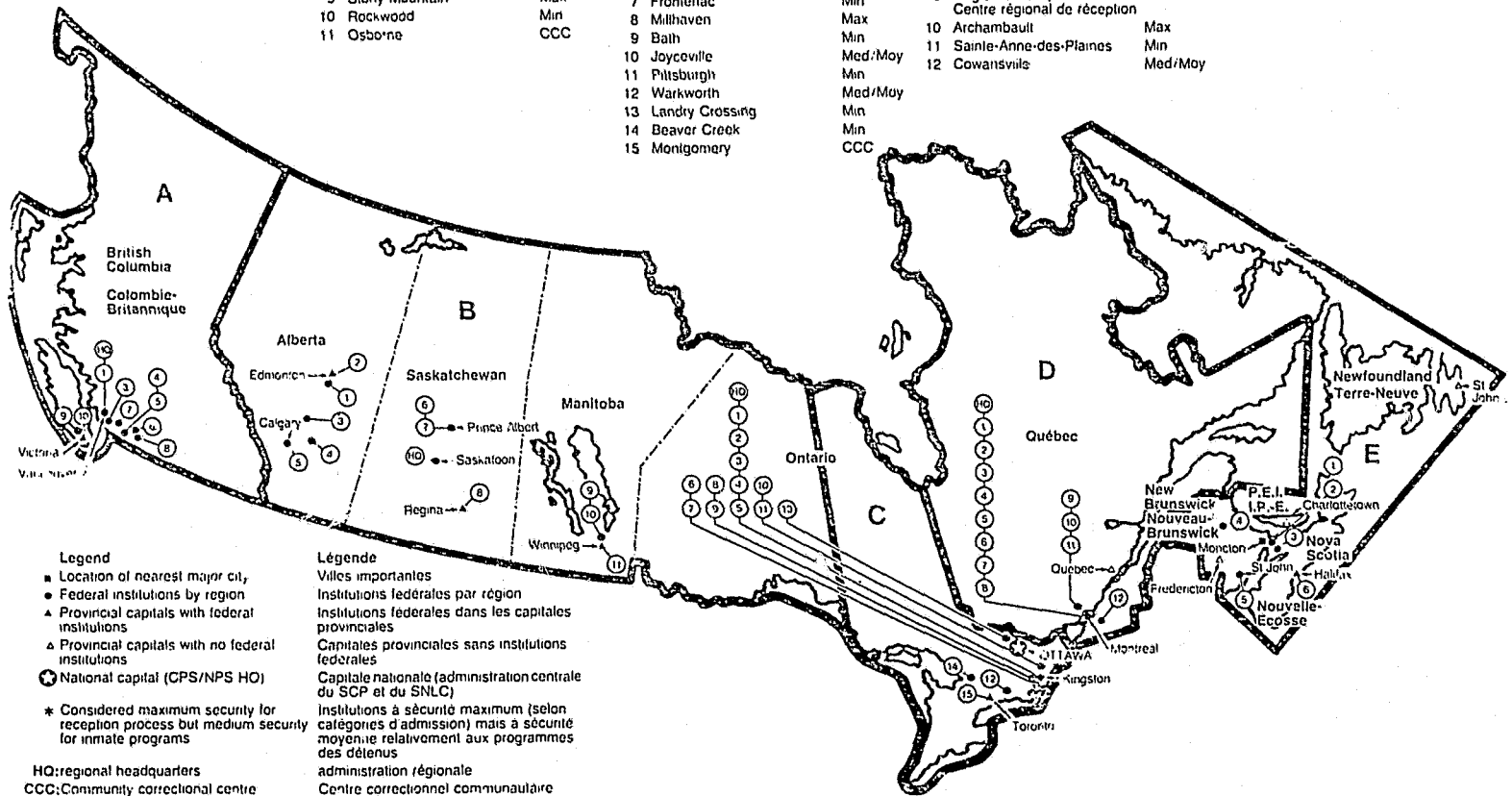
- | | |
|------------------------------------|---------|
| 1 Correctional Staff Collège | |
| Collège du personnel de correction | |
| 2 Regional Reception Centre | Max |
| Centre régional de réception | |
| 3 Regional Psychiatric Centre | Max |
| Centre psychiatrique régional | |
| 4 Prison for Women | Max |
| Prison des femmes | |
| 5 Pre-release hostel | |
| Centre de prélibération | |
| 6 Collins Bay | Med/Moy |
| Portsmouth | CCC |
| 7 Frontenac | Min |
| 8 Milhaven | Max |
| 9 Bath | Min |
| 10 Joyceville | Med/Moy |
| 11 Pittsburgh | Min |
| 12 Warkworth | Med/Moy |
| 13 Landry Crossing | Min |
| 14 Beaver Creek | Min |
| 15 Montgomery | CCC |

D Québec

- | | |
|------------------------------------|---------|
| 1 Correctional Staff Collège | |
| Collège du personnel de correction | |
| 2 Regional Psychiatric Centre | Max |
| Centre psychiatrique régional | |
| 3 Laval | Max |
| 4 Duvernay | CCC |
| 5 Montee Saint-François | Min |
| 6 Leclerc | Med/Moy |
| 7 Federal Training Centre | Med/Moy |
| Centre fédéral de formation | |
| 8 Saint-Hubert | CCC |
| 9 Regional Reception Centre | Max |
| Centre régional de réception | |
| 10 Archambault | Max |
| 11 Sainte-Anne-des-Plaines | Min |
| 12 Cowansville | Med/Moy |

E Atlantic/Atlantique

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| Regional Personnel Administrator. | |
| Moncton, N.B | |
| Administrateur régional du personnel | |
| Moncton, N.-B. | |
| 1 Dorchester | Max |
| 2 Westmorland | Min |
| 3 Springhill | Med/Moy |
| 4 Dunganvon | Min |
| 5 Parrtown | CCC |
| 6 Carlton | CCC |





Institutions are classified by security level and the largest proportion, nearly half the inmates, are in medium security institutions. The next largest category is in the maximum security institutions and these contain 25 to 30 percent of inmates. Other categories house fewer inmates, generally 5% or less of the total. The relevant data are given in Table 5.

TABLE 5 - INMATE POPULATION BY SECURITY LEVEL OF INSTITUTION - 1974 AND 1975

Security Level	Inmate Population 2/4/74		Inmate Population 1/4/75	
	No.	%	No.	%
Max. - Regular	2416	26.18	2644	30.88
- Psychiatric*	365	3.96	313	3.66
- Reception	377	4.09	397	4.64
Max. Sub-Total	3158	34.23	3354	39.18
Med. Sub-Total	4504	48.81	3971	46.38
Min. - Regular	471	5.10	308	3.60
- F.A.s and Camps**	713	7.73	508	5.93
- C.C.C.s**	217	2.35	282	3.29
Min. Sub-Total	1401	15.18	1098	12.82
MALES TOTAL	9063	98.22	8423	98.38
Females - (Ontario)	161	1.75	120	1.40
- Other	3	.03	19	0.22
FEMALES TOTAL	164	1.78	139	1.62
NATIONAL TOTAL	9227	100.00	8562	100.00

* Regional Psychiatric Centres were formerly called Regional Medical Centres.

** Farm Annexes, Forestry Camps, and Community Correctional Centres.

Source: C.P.S. Inmate Population Weekly Returns for weeks ending April 2, 1974 and April 1, 1975.

The major institutions are listed individually by Region in Appendix B - Table II, with the security category and the corresponding inmate populations for the last 2 years.

A complete list of institutions with cell capacities is shown in Appendix B - Table III. It is understood that the policy of the C.P.S. is towards having only smaller institutions with a maximum capacity of about 200. Medical and health care services must be developed in the light of an increasing number of smaller institutions and utilizing further the regional medical and health services administrative concepts, as recommended in the First Report of the National Health Services Advisory Committee.

1.3.4 Other Considerations Bearing on Characteristics of Inmate Population

Certain observations in the 1973 publication of the Solicitor General "The Criminal in Canadian Society, A Perspective on Corrections" are pertinent. After mentioning that most offenders are not imprisoned, the Report refers to the important and prevalent problems of alcohol and drug use, and recidivism and observes (page 17): "Federal corrections deals in large measure with offenders who appear to be entrenched in their commitment to criminal activity.", and further (page 18), "This statistical evidence¹ suggests that the federal corrections process is the last resource in the criminal justice system and frequently comes into play only after the collective efforts of other agencies and jurisdictions have failed to divert the offender from criminal to socially acceptable activity."

¹re previous commitments to federal and/or provincial institutions and parole experience.

ADMINISTRATIVE STRUCTURE AND ORGANIZATION OF
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES

2.1 Administrative Structure of Medical and Health Care Services

A study, in detail, has been conducted by the National Health Services Advisory Committee. A new organization for Medical and Health Care Services was proposed in the First Report of the National Health Services Advisory Committee and subsequently, on April 11, 1975, Divisional Instructions Nos. 1105 and 1106 were established in order to implement a new administrative structure.

The Medical and Health Care Services Branch became a free-standing Branch within the Canadian Penitentiary Service with responsibility for "the provision of properly available medical and health care services of high quality" (Recommendation 7)¹. This Branch is accountable for the mandate at three levels; to the Commissioner (Recommendation 7)¹, to the Regional Director (Recommendation 17)², and to the Director of the Institution (Recommendation 28)³.

The Canadian Penitentiary Service is working toward a well defined regional organization to consist of five regions, each to be administered by a Regional Director and regional headquarters staff (Diagram 1 - page 11). To date, the four regions so constituted are the Quebec Region, the Ontario Region, the Prairie Region, containing the institutions located in Manitoba, Saskatchewan, and Alberta, and the Pacific Region. The Atlantic Region, when it is fully constituted, will contain the institutions located in New Brunswick and Nova Scotia, and will in addition to serving the populations of those two provinces, also relate to those of Prince Edward Island and Newfoundland.

First Report of the National Health Services Advisory Committee, 1974.

¹Page 18

²Page 19

³Page 20

The Medical and Health Care Services Branch has a regional organization which parallels the overall organization of the C.P.S. described above. There is a Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, in each of the Quebec, Ontario, and Pacific Regions who is administratively responsible to the Regional C.P.S. Director and professionally (functionally) responsible to the Director General, Medical and Health Care Services Branch, located in Ottawa. Similar appointments are planned for the Maritime and Prairie Regions. Only in Ontario is the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, responsible for psychiatric, medical, dental and nursing services. In Quebec and British Columbia, psychiatric staff and regional psychiatric centre nursing services report directly on a functional (professional) basis to the Director General, Medical and Health Care Services, and his sharply limited Ottawa Headquarters staff. The Committee has observed major difficulties emerging from this split or dual administrative system within the Medical and Health Care Services Branch. The Committee again supports strongly and urgently the development of a single unified system of administration through the Deputy Regional Director for all medical and health care services including psychiatry (Recommendation 1)¹.

In each institution the medical officer has had a direct but exclusively clinical responsibility to the Director of the Institution and a remote professional (functional) responsibility to the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services. Up to the present time, the institutional physician has fulfilled a purely nominal role with respect to the administration of the health care centre. It must be emphasized that in fact his responsibility has been to deliver clinical services to patient-inmates and to the institution, and to guarantee the availability of around-the-clock medical coverage; the C.P.S. has unequivocal responsibility for ensuring the around-the-clock availability of the

¹ Recommendation 12 of the First Report of the National Health Services Advisory Committee.

services of nurses and physicians and dentists for inmates in case of emergencies (Recommendation 32).

The actual provision of primary medical and health care is based in the health care centre throughout the Canadian Penitentiary Service.

2.2 Regional Reception Centre

The health status, medical and psychiatric, of an inmate must bear heavily on his need for treatment (medical, psychiatric, and dental) and on his classification. For instance, such conditions as paranoid schizophrenia, uncontrolled behavioural (temporal lobe) epilepsy, mental retardation, endocrine disorders, audio-visual or motor deficits may determine the patient-inmate's suitability for particular types of treatment, program and accommodation.

Ideally, when sentenced, the inmate first goes to a regional reception centre¹. The regional reception centre is a distinct type of institution in the C.P.S., in which the male inmate spends the first four to eight weeks of his sentence. The object of his stay in the reception centre is to permit a full evaluation of each individual from several points of view, including security risk, an assessment of health, (motor function, vision, hearing and mental function, etc.), evaluation of emotional and psychological status, motivation, and vocational aptitude, etc. It is at this point that the type of institution is selected to which he will go to serve out his sentence.

The role of the health care centre in the reception centre is to carry out and document a complete medical, including psychiatric, assessment, as well as a dental examination on every incoming inmate, and to initiate and carry out as much treatment as time permits. Once classified and transferred to his assigned institution, the inmate must obtain through the health care centre of that institution follow-up investigation and treatment of any medical or dental problems uncovered at the reception centre for which treatment was not completed.

¹Treasury Board letter of August 10, 1966, approved the program.

At present there are only two regional reception centres; these are located in the Ontario and the Quebec regions. In the other three regions, the above medical, psychiatric, and dental reception examination is carried out in the various penal institutions in the regions. In these instances, as discussed later (page 34), the health care centre in the institution to which the inmate is sentenced carries out the intake medical evaluation.

The promptness following admission, the comprehensiveness and quality of the reception medical examination varies so greatly from institution to institution and from reception centre to reception centre as to be an unsatisfactory state of affairs.

High priority should be given to the prompt development of regional medical and health care services reception centres or units with modern facilities and a full complement of medical and health care services staff. At the present time the physical facilities serving the regional reception centre and the regional psychiatric centre in Ontario are so deplorable as to require replacement as a most urgent priority. This judgment applies equally to medical and dental facilities.

In addition, these units should be located in the closest possible proximity to university health services centres or a university affiliated general hospital (including psychiatry). Only with professional back-up support from a full range of medical and laboratory specialists will an effective comprehensive medical examination be available for inmates, whatever may be their medical, psychiatric, or dental problems. Unless the reception centre is sufficiently close to a university affiliated hospital, it becomes difficult or impossible to develop this professional staff back-up. The optimum management and medical treatment of inmates frequently requires a specialized component to achieve a comprehensive medical (including psychiatric) examination (Recommendation 7).

In summary, the inmate requires a more comprehensive multi-disciplinary examination, functional assessment and report. The inmate should then be classified by a "medical board" on admission to the C.P.S. and before classification. The C.P.S. cannot reject inmates on medical grounds and is obligated to provide treatment (Recommendation 8).¹

2.3 Institutional Health Care Centre

The visits of the Members of this Committee to institutions, before and since the First Report was published, have established that the administration of health care centres continues to be the responsibility of the senior health care officer; occasionally, the senior health care officer is a registered nurse. With few exceptions, in the institutions visited, the senior nurse or senior health care officer reported, with line responsibility, directly to either the assistant director of programs or to the assistant director of supplies and services. In some instances, they reported directly to the director of the institution. Integration of the health care program into administrative units within the institution, unrelated to medical and health care services, perpetuated the problems associated with the administration of health care; decisions were being made in the absence of specific knowledge regarding the provision of health care.

Thus, decisions about medical and health services equipment, acquisition and control of pharmaceutical supplies, management of professional staff and day-to-day administration of the medical and health services have been and continue to be the responsibility of the senior health care officer and of institutional administrative units unrelated to health services. Generally, these senior health care officers have had little or no formal training in medical care administration. The senior health care officers, and the few senior registered nurses, stated they were often quite frustrated in the role of de facto administrator of the

¹Recommendation 20 of the First Report of the National Health Services Advisory Committee.

health care service. In general, the senior health care officers who were Hospital Officer Technicians were not considered by the health care centre staff, for the most part other health care officers, as having additional administrative expertise. In a number of institutions, both senior nurses and senior health care officers frequently reported that they obtained little administrative direction and support from the institutional physician.

Although the regional nurse was one available resource, senior health care officers and nurses in the health care centre had not learned to use appropriately this source of assistance. Some regions lacked a regional nurse. Since the appointment of regional nurses occurred fairly recently, in relation to the timing of the Committee Members' visits to the institutions, the role of the regional nurse had not yet been fully defined. In some instances, the regional nurses were unsure of their authority and responsibility concerning professional nursing activities in the institutions. Similarly, the institutional directors had not come to appreciate the substantial potential assistance to be derived from the regional nurse who should have the functional (professional) responsibility for the quality of nursing services throughout the region, including the nursing service in the regional psychiatric centre (Recommendation 68).

However, in addition to the contributions of the regional nurse and deputy regional director medical and health care services, health care centre staff will continue to require considerable guidance and support at the local institutional level from the institutional physician. It is worth noting that in those institutions observed where the institutional physician fulfilled a more active role in administration and had established clear precise policies regarding drug dispensation by health care officers, fewer staff problems were in evidence; staff morale was higher and services to patients appeared to be more effective, more personal, and more humane.

Clear-cut medical policies governing the function of institutional health care centres are necessary (Recommendation 29). The institutional medical officer and the senior nurse should be encouraged by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, and the regional nurse, to develop professional and administrative guidelines concerning institutional treatment services. These must be compatible with the policy of the Branch, the individual institution and with high quality medical and nursing practice (Recommendation 30).

Day-to-day administration, particularly as regards the acquisition and control of pharmaceuticals and other supplies and equipment, in the absence of medical direction and without the establishment of clear cut diagnostic criteria for their use, represented other consequences adverse to good patient care. The fact is that all of these areas require further concentrated review and study leading to early decisions concerning new administrative arrangements in institutional health care centres (Recommendation 31). The terms of reference under which the institutional physician, full-time or part-time, functions must be rewritten to describe the new administrative role and responsibilities of the institutional physician, serving also as Assistant Director, Health Care (Recommendation 64).

2.4 Institutional Physician - Assistant Director, Health Care¹

The administrative structure described above involves a major change in the role of the institutional physician in the institutions visited. The doctor, the uniquely qualified and indispensable member of the health care centre staff, rarely assumed the role of administrator of the medical and health care services. In the future, the institutional physician will be the "de facto"

¹In order to avoid confusion, it has been necessary to refer to this position as that of the Assistant Director, Health Care, rather than "Director, Health Care Centre" as in the First Report of the Committee.

director of the health care centre, and will be responsible for every aspect of its medical-dental function and health services¹. In keeping with the recommendations regarding titles², we shall therefore refer to the institutional physician as the Assistant Director, Health Care.

The institutional physician (Recommendation 28³ and Divisional Instruction 1106, Section 5 a., Appendix A) would be responsible to the director of the institution as chief of the institutional health care centre (Assistant Director, Health Care), and would be professionally (functionally) responsible to the Deputy or Assistant Regional Director, Medical and Health Care Services (Recommendation 27⁴). The Committee notes that Divisional Instruction 1106, 5 b. states: "In institutions where a position of institutional physician has not been established or where the position is staffed by contract, the administrative direction and responsibilities are assumed by the Senior Health Care Officer." In the interests of the best possible medical and health care services for patients and the inmate population, the National Health Services Advisory Committee has resolved that "notwithstanding the nature of the institutional physician's arrangement with the C.P.S., he must maintain his professional responsibility and authority as Assistant Director, Health Care, relative to patient care, to supervision of medical and health care staff, for development of the budget, and concerning acquisition of medical equipment, supplies and drugs" (Recommendation 63).

The institutional physician employed either full-time, or part-time by contract, must be held responsible for the administrative direction and medical and health care services provided by the medical and health care staff of the institution, in keeping with the policy of the C.P.S.

First Report of the National Health Services Advisory Committee, 1974.

¹Page 5

²Page 17

³Page 20

⁴Page 19

As the Assistant Director, Health Care, the institutional physician must keep the director of the institution fully informed on all matters affecting the health care of inmates and assist the director in every way to meet his responsibilities for the inmates' health and welfare in keeping with the proposed changes in the Penitentiary Service Regulations (Recommendations 5 and 6)¹.

The Committee is in complete disagreement with Divisional Instruction No. 1105, 5 b., "In institutions where a position of institutional physician has not been established or where the position is staffed by contract, the administrative direction and responsibilities are assumed by the Senior Health Care Officer." Increasingly, institutional physicians are being employed by contract. This means that for an unpredictable number of years the administration of institutional medical and health care services will largely remain in the hands of senior health care officers, often possessing no qualifications as registered nurse or registered nursing assistant. Eventually senior health care officers will be registered nurses. This too is less than satisfactory for even registered nurses trained to function in an extended role as nurse practitioner cannot be regarded as qualified to develop and supervise medical programs.

Arrangements must be established to ensure that the Assistant Director, Health Care, participates in all senior management meetings, as regards the medical and health care program, and that he shall have no lesser status than the other institutional assistant directors, e.g., inmate programs, security, and supplies and services (Recommendation 65).

The importance and complexity of the role of the Assistant Director, Health Care, is such that each existing institutional physician should undergo an individual evaluation with the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services and the director of the institution, with respect to his suitability and

¹First Report of the National Health Services Advisory Committee, pages 17 and 18.

interest in administration before assuming the responsibilities of the Assistant Director, Health Care, in the institution (Recommendation 66).

The professional difficulties of being a physician in the C.P.S., attempting to meet the medical needs of some of its citizens who have committed offences against their fellow Canadians of such severity as to be confined in the federal prison system, have been apparent to all the Members of this Committee.

Therefore, to permit satisfactory functioning, the C.P.S. institutional physician, in addition to professional technical competence, "must be emotionally mature, able to handle gratuitous insults, urgent situations, constant active or passive manipulation and other interesting but difficult situations which occur daily in penitentiary society"¹. The same qualities are required by nurses, (Recommendation 58). The institutional physician needs a capacity for leadership and a full understanding of the wider implications of being Assistant Director, Health Care, in a federal prison.

Few examples of medical mismanagement were discerned by this Committee during a two year study of the Canadian Penitentiary Service, but examples of health care centres or individual physicians functioning in a very limited fashion were apparent. The inefficiency was related in the main to institutional physicians opting out of the wider implications of being a prison doctor and confining themselves to the clinical care of patient-inmates with identifiable organic diseases.

As the provision of medical and health care in the Canadian Penitentiary Service evolves and develops, more and more professionally trained health workers (registered nurses, registered nursing assistants) will be working with the physician in the institutional health care centre. Registered nurses will occupy the position of senior nurse; they will assume more and more responsibility for

¹Dr. D. G. Workman, Millhaven Physician, personal communication to Dr. E. H. Botterell, December 11, 1973.

the day-to-day dispensation of health care. Demonstrated ability to work as a member of a health care team must become a requirement for selection of the institutional physician - Assistant Director, Health Care (Recommendation 59).

The doctor's sick parade represents classical primary contact medicine. There is little doubt that specific training in primary contact medicine would be an asset in working with this population. Equally important is special education in psychiatry and penal psychology. Physicians holding certificates of the College of Family Physicians of Canada or of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada should be preferred as candidates as institutional physician (Recommendation 60).

Institutional physicians are recruited into the Penitentiary Service by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, and oriented to the system by the latter only by conversations prior to appointment and by the staff of the health care centre, and the director of his assigned institution following the commencement of his duties. A period of indoctrination or "internship" for physicians entering the C.P.S. would facilitate and improve integration into this system, both as clinician and Assistant Director, Health Care (Recommendation 61). The provision of periods of continuing education are equally important.

At present, the institutional physician works in professional isolation from his fellow physicians in the community, even though the C.P.S. may not constitute the physician's sole medical activity. The physician is also isolated from the other institutional physicians in his region with whom he seems to have little, if any, formal contact save in the Ontario Region. Despite the presence of a "captive" medical practice, the importance of post-graduate education and of "keeping up" remains undiminished. Regular professional meetings of C.P.S. medical, dental and nursing staff with their fellow correctional professionals on the provincial, national, and international scene would contribute significantly to the quality of patient-inmate care.

Institutional physicians, dentists and nurses serving in the Canadian Penitentiary Service institutions should be active members of the Canadian Association on Medicine in Correctional Institutions, and active members of their national and provincial associations (Recommendation 62).

2.5 Terms of Employment of the Institutional Physician - Assistant Director, Health Care

The duty pattern varies among regions and institutions. Among the 12 physicians for whom Health Personnel Inventory Forms were received and who were not employed as full-time public servants, there was considerable variation in their "duty hours" within the institution. The distribution of such hours for this number of individuals was about as follows.

Hours Worked by Part-Time Physicians¹

<u>No. of Physicians</u>	<u>Hours/Day</u>	<u>Days/Week</u>
1	2	1
1	2	5
2	3	5
2	3	1
1	3½	5
1	3½	3
1	4	2
2	4	5
1	5	5

It is important to note that these physicians generally reported themselves "on-call" any time, i.e., 24 hours a day, 7 days a week.

Health Personnel Inventory Forms were received also from 6 clinicians, 5 physicians and 1 surgeon who are employed as regular full-time public servants. Normal duty hours within the institution for the 5 physicians employed as full-time public servants were about as follows; these physicians generally are also "on-call" any time.

¹Health Personnel Inventory Forms, August 1974, and data supplied by the Director General, Medical and Health Care Services.

Hours Worked by 5 Physicians Employed as Full-Time Public Servants¹

<u>No. of Physicians</u>	<u>Hours/Day</u>	<u>Days/Week</u>
1	2	5
2	3½	5
1	4	5
1	5-7	5

One surgeon is a regular full-time public servant and is reported to be employed in C.P.S. institutions or in hospitals 25 hours per week.

Of the 12 psychiatrists for whom Health Personnel Inventory Forms were obtained, 5 were employed as regular full-time public servants and spent a regular working day of 7-8 hours or 9 to 4 p.m. approximately. The other 7 psychiatrists were recorded in the Health Personnel Inventory Forms as in part-time, contract or "other" categories and reported 2 or 3 half-days or evening sessions per week. One psychiatrist reported 15 hours duty per week, and another 2 days a month. Several psychiatrists recorded on-call duty as one night per week and one week-end per month. The hours worked by the 7 part-time psychiatrists may be summarized as follows.

Hours Worked by Part-Time Psychiatrists

<u>No. of Psychiatrists</u>	<u>Hours Worked</u>
1	Not specified
1	2 days/month
1	3 evenings/week
2	2 - ½ day sessions/week
2	15 hours/week

Clearly, the C.P.S. has need of defining the terms of employment of the institutional physician employed by the C.P.S. as a full-time public servant (Recommendation 67(b)). It appears that, with a few exceptions, the institutional

¹Health Personnel Inventory Forms, August 1974, and data supplied by the Director General, Medical and Health Care Services.

physician is serving the institution as an "in-institutional physician" on a part-time basis, a maximum of 5 half-days a week. The full-time factor is represented by ensuring that he himself or a replacement physician is on call full-time. The full-time appointment may have been appropriate in the past when prisons had two or three times their present population and care of patients might have required all or almost all of a physician's workday. The full-time employee classification had the advantage of providing around-the-clock medical coverage in the institution. However, with the smaller institutions which are characteristic of the C.P.S. today and are planned for the future, administrative responsibilities and patient care and staff education do not require the full-time services of a physician. These facts have been recognized by the C.P.S. and increasingly physicians are employed part-time on a contractual basis.

Forty-five of 64 physicians including 16 of 24 psychiatrists and also 10 of 18 dentists, Table 10, page 59, are on a part-time or contract basis that presumably requires a regular schedule of visits and on-call and emergency services.

The resources, qualifications, and available time of physicians serving as full-time public servants, as presently accepted by the C.P.S., have no advantage over the part-time physician¹ as defined by the Committee, for the position of Assistant Director, Health Care.

Part-time should be not less than the minimum period promoting commitment to the C.P.S. and not more than a period which leaves sufficient time for maintaining outside professional activities; a minimum of 3 half-days and a maximum of 6 half-days per week are suggested, exclusive of emergency services (Recommendation 67(c)).

¹Part-time refers to physicians under contract with the C.P.S.

The terms of employment of the part-time institutional physician must be defined and described by the C.P.S. whether employed by contract or as a part-time public servant (Recommendation 67(b)).

The Committee supports the development of such part-time appointments for physicians for the following reasons:

- (a) It conforms more closely to the real needs of the prison population, clinical and administrative.
- (b) It permits the institutional physician to remain integrated within the larger medical community in his area, including work in a general hospital.
- (c) It permits him to see and deal with a more diversified group of patients with a wider range of clinical pathology than is seen in the penitentiary.
- (d) It permits him to deal more openly in a private practice with non-criminal Canadian patients who are seeking medical help, uncomplicated by search for secondary gain.
- (e) It contributes to the maintenance of his clinical skills in caring for patients.
- (f) It might cost the C.P.S. less money.
- (g) It permits the regional medical administration to relate more closely the requirements for primary medical care in institutions and the provision of physician services.

Future appointees to the position of Assistant Director, Health Care, should have a part-time appointment either by contract or as public servants (Recommendation 67(a)).

This report has stressed the numerous responsibilities incumbent upon the Assistant Director, Health Care, the high professional and personal

qualifications necessary to effectively fill this position, and some major unpleasantness associated with prison medicine. Remuneration fully competitive with fiscal rewards of civilian practice must be paid if effective physicians and assistant directors, health care, are to be recruited part-time and full-time (Recommendation 67(e)).

There are some institutions where very effective medical care for patients and administrative leadership in the health care centre are already being delivered. We do not wish to see these situations imperiled by suddenly changing the conditions of employment without consultation with the incumbents of these positions.

The sessional system of remuneration of C.P.S. physicians serving patients in institutions already in existence, should continue to be phased in gradually; it should be applied to positions becoming vacant and to those institutions where the health care centre is not functioning effectively (Recommendation 67(d)). The Medical and Health Care Services Branch must preserve the option of maintaining as full-time public servants, with mutually agreeable terms of reference, only effective incumbents (Recommendation 16).

2.6 Regional and Institutional Clinical Conferences and Management Meetings

The tradition of "rounds" in medicine, that is to say a regular teaching-learning activity involving joint study of interesting clinical problems that are encountered in practice, is an enduring and useful one. This is usually regarded as an essential teaching activity in all properly organized Canadian hospitals including the clinics for ambulatory patients. Regular meetings of the regional medical staff - "rounds" - are essential for the joint study of the clinical problems of patient-inmates (Recommendation 19).

Regional meetings of institutional physicians are regularly held in the Ontario Region only. The fact that the new administration apparatus for the

Medical and Health Care Services is just now being put in place has something to do with this shortcoming. At the time of writing, there was no Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services responsible for the Quebec, Atlantic, or Prairie Regions.

The institutional physician as Assistant Director, Health Care, has a responsibility for ensuring the ongoing professional development of all the members of the institutional health care team. This includes the rapid dissemination of new medical and nursing techniques and approaches, discussion of clinical problems within the institution directed toward improvement of patient care and inmate health, and the general professional enrichment of the staff. Management meetings, in which the day-to-day operation of the institutional health care centre would be reviewed, would promote the identification of problems and lead to corrective measures and in time to the betterment of patient care. Regular staff meetings of the institutional health care centre should be organized, including the physician, dentist, nursing staff, and psychiatrist. When appropriate, consultants and any other person deemed likely to contribute to the advancement of medical and health care services for patients and the development of the health care staff, should be invited to participate (Recommendation 20).

Conferences of the health care centres' staff, with or without the classification officer or medical social worker, never came to the Committee's attention after wide enquiry. Such meetings should be held on a regular basis and include the classification officer at regular stated intervals and whenever indicated (Recommendation 21).

2.7 Acquisition of Medical and Health Care Equipment, Supplies and Drugs by Health Care Centres

The visits of Committee Members to institutions indicated that there have been no overall C.P.S. policies or criteria governing the acquisition by

health care centres of medical and health care equipment and supplies and drugs. Many examples were noted of over-supply of medications, unnecessary equipment, reduplication of equipment easily available close by in the region, development of resources such as operating theatres for which no clear-cut need had been established. Examples have been noted of unplanned and unsupervised acquisition of materials and equipment in the medical installations in the C.P.S.

It is believed by this Committee that one major reason for this chaos was the lack of an effective integrated Medical and Health Care Services Branch in the C.P.S. developing and controlling the medical and health care services budget. The reorganization of the medical branch as the Medical and Health Care Services Branch was begun in August 1974. A second major reason has been the local administrative anomalies whereby the health care unit was administered by a senior health care officer, with no knowledge of overall health care policies in the C.P.S.; he in turn reported to an Assistant Director bearing no relation to health care, such as "programs", or "supplies and services", further compounding the confusion. Fundamentally, each institution has had medical and health care services operating with an excessive degree of autonomy.

To establish a proper policy governing the acquisition of medical and health care equipment and supplies and drugs requires that the Assistant Director, Health Care, accept responsibility for it. The Assistant Director must have the necessary authority to implement the policy in keeping with the local, regional, and national policy in the C.P.S. governing medical and health care services (Recommendation 64).

Professional recommendations for the acquisition of dental equipment and supplies should originate from the institutional dentist, regional dentist, and the dental consultant.

2.8 General Policy - Institutional Medical and Health Care Services and Budget

At present, preparation of the operating budget for the health care centre is carried out by the senior health care officer who at this time is uncommonly a registered nurse. It is then submitted to either the Assistant Director of Supplies and Services, or to the Assistant Director of Inmate Programs, depending on the institution. Ultimately, it becomes a budget item of the institution. Reorganization of the financial support of the Medical and Health Care Service must parallel the extensive changes in the administration of Medical and Health Care Services recommended in the First Report of the National Health Services Advisory Committee. These recommendations have been initiated by C.P.S. Divisional Instructions 1105 and 1106, however, in these Instructions an unacceptable role is put forward for the senior health care officer. The Medical and Health Care Services Branch will be able to discharge its responsibilities for the care of the sick and for institutional health only if it can use the medical and health care services budget as a tool in support of policy. To relate general policy and allocation of available funds to carefully established priorities in medical, dental, nursing and allied health services is an essential and difficult professional operation.

The Assistant Director, Health Care, must be responsible for the development of the health care centre budget, in consultation with the institutional director and the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, for all institutional medical, dental and health care services (for recommendations concerning professional salaries, including registered nursing assistant, health care officer and allied health personnel, e.g., psychologists and physio-therapists engaged in the care of patient-inmates), health services material expenses including medical and health care equipment, supplies and drugs (Recommendation 11).

The budget should require approval by the director of the institution for inclusion in the institutional budget, and by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, for inclusion in the regional medical and health care services budget. By this procedure, maximum integration of all regional medical (including psychiatry) and health care services should be developed with consequent increase in both quality and cost effectiveness (Recommendation 12).

It is anticipated that one of the early and major benefits occurring from the reorganization of medical and health care services in the C.P.S. will be the emergence of rational and cost-effective policy regarding the acquisition of drugs, medical and dental equipment, and the development of new medical and health care resources on a regional basis (Recommendation 13). This concept of professional (functional) medical responsibility for the development of the medical and health care services budget is predicated on the conviction that the development and management of the total budget for medical and health care services in the C.P.S. must be the responsibility of the Director General, Medical and Health Care Services (Recommendation 9). Only with the development and management of the budget can the Director General discharge his responsibilities in proper and effective fashion (Recommendation 10).

SECTION 3
DESCRIPTION AND ANALYSIS OF PATIENT-INMATE CARE AND
INSTITUTIONAL HEALTH CARE CENTRE

Ultimately the Medical and Health Care Services Branch serves inmates directly and indirectly through the institutional health care centre. With this in mind the Committee, over a two-year period, studied the activities and functioning of health care centres in considerable detail, visiting a large number¹ of C.P.S. institutions. Reception centres are considered separately.

As has been mentioned already (pages 2, 16), it is intended that the inmate receive a complete health assessment, including medical, psychiatric and dental examinations during his stay in the regional reception centre. However, such a procedure is established in only two regions so far and elsewhere the admission examination is carried out within the institution to which the inmate is initially assigned. Admission examinations vary greatly in scope from institution to institution.

Eight of the 24 institutions reported on their Health Services Information Questionnaires that "a complete physical exam." was provided routinely on admission. Fifteen institutions, including these 8, specified that height and weight measurements were taken. Responses regarding these and other possible components of a physical examination were reported in the section of the Questionnaire concerning Laboratory and other Diagnostic Services and included the following:

¹See Appendix C for list of C.P.S. institutions visited by Members of the National Health Services Advisory Committee.

24 Institutions Including 2 Regional Reception
Centres and 5 Institutions Serving as Reception Units

Services Routine on Admission

<u>Type of Service</u>	<u>Number of Institutions</u>
Blood samples taken	7
Urine samples taken	9
X-ray exams.	3
Syphilis tests	9
Vision tests	2
Hearing tests	2

3.1 Sick Parade and "Pill Parade"

Ambulatory clinical services or "sick parade", and distribution of medications or "pill parade" deserve special attention since these activities constituted two of the major components in the program and raised unique questions.

In all the institutions observed, routines had been established designed to facilitate the inmates' access to health care. These routines were integrated with the daily activities of the institution in relation to meal patterns, inmate count and work and study activities.

Pill Parade. Daily activities in the health care centres began with early morning medication distribution by health care officers or nurses between 6:00 a.m. and 8:00 a.m. Medications previously prescribed by the physician, prescribed by the health care officer in keeping with the standing orders of the physician, or non-prescription household drugs dispensed on the judgment of the health care officer, were all distributed at this time. This activity, commonly referred to as "pill parade", also afforded inmates an opportunity to voice concerns about health problems. The health care officer, registered psychiatric nurse and occasional registered nurse screened the patients.

Sick Parade. This is the term employed to describe visits by ambulatory patients to the physician, nurse or health care officer, since inmate visits to the health care centre usually occurred in groups.

Access and Screening. Inmates gained access to the health care centre through written or verbal requests which were routed through the correctional officer to the health care centre, senior nurse or senior health care officer on duty as well as through the requests made at "pill parade". In most instances, the inmate's name was entered on a log and he was called over that day, or if appointments with the physician were not available that day, the inmate would be seen within the next few days. Additionally, screening was carried out by the senior nurse, senior health care officer or often by his delegate, and a judgment made as to whether or not the inmate's problem required a visit to the physician and how soon. The role of staff as screening agents for the physician varied from institution to institution. In some institutions, it was reported that all inmates requesting to be seen by the physician might do so. Consequently, in some of these latter institutions, but not in all, the "doctor's sick parade" was large.

Data has been obtained from 24 institutions concerning sick parade and pill parade. Sick parade includes the physicians' sick parade and the parades conducted by the health care officers at which requests to see the medical officer may be screened. In addition, the health care officer provides treatment for some patient-inmates. From this data it appears that screening of persons wanting to see the institutional physician is carried out in at least half of the 24 institutions but the proportion of those seeing the doctor varies from 10% to 100%. Commonly, the requests are reduced by a third or a half. At the same time, the plan generally is for an inmate to see a doctor on request. Even this is precarious for it depends on the personality of the inmate and of the correctional

officer receiving the request, and on the qualifications, or lack of them, of the health care officer (page 69).

In the event of screening, the physician may or may not be advised of the names of those screened, their health problems and of the action taken by the health care officer, and to our knowledge often is not. The Committee is satisfied that commonly, the existing system does not adequately inform the physician of the medical and nursing activities of health care officers (HOT) who are therefore inadequately supervised and controlled.

The issue of the lack of formal training of health care officers has been described and from attending "pill parades", it is clear to the Committee that many health care officers (Hospital Officer Technicians and Registered Psychiatric Nurses) are not qualified or equipped to postpone or refuse an inmate's request to see the doctor. Screening of patients for the detection of medical problems requiring the physician's attention should be carried out, whenever feasible, by a registered nurse who has the necessary special training to function in an "extended role", the nurse practitioner (Recommendation 35).

In general, physicians' services were readily available to inmates in most institutions. Availability of physicians' services appeared to be comparable to that experienced in the general Canadian population.

A regular sick parade conducted by the physician is held in most institutions. The frequency of the institutional physician's sick parade varies from once a week to 5 times a week. Attendance for all sick parades conducted by physicians or health care officers in relation to the number in custody on March 31, 1974, ranges from about 3% to 24% of the inmate population of the individual institution. The senior nurse or senior health care officer assisted the physician during the clinic.

Sick parades generate a volume of work such as referrals and consultations with outside agencies, follow-up treatments and medications, and the associated patients.

Guidelines. Although there were many levels of organizational ability evident in the conduct of "sick parade", there appeared to be few guidelines established for organizing and controlling this activity. In some centres, "sick parades" were well organized and staff were able to control the volume and flow of patients in relation to patients' needs, the availability of staff and other clinical resources, as well as security requirements. In other institutions, "sick parades" were unwieldy and disorganized (Recommendation 34).

Security. Staff reported in the latter instance, unwieldy and disorganized sick parades, that inmates used this opportunity to exchange information, contraband and medications, particularly when security measures were minimal. This situation tended to generate apprehension in the health care staff, an antithesis to providing sound health care in thoughtful fashion. Not infrequently health care staff assumed a security role damaging to their professional medical or nursing status. These instances resulted in an inappropriate use of health care staff.

Concurrently other nurses or health care officers held a "sick parade" in one of the treatment rooms, advising inmates about minor health problems or following up on treatments previously ordered by the physician. No regular sick parades were held on Saturdays, Sundays, or statutory holidays.

Usually patients continued to be brought to the health care centre during the afternoon for ambulatory care by nurses and health care officers. Medical and nursing care was made available to inmates throughout the twenty-four hour period. Incidental care to inmates sustaining minor injuries and arrangements for transfer of inmates having major emergencies were other responsibilities of the health care centres' staff.

3.2 The Use and Distribution of Medications - Drugs - in C.P.S. Institutions

The prescribing, preparing and dispensing of pills and medicines in penal institutions is one of the major activities of the health care staff, and may constitute the major activity of the Medical and Health Care Services Branch in the institution. No data exists as to the true health benefits, if any, of this activity.

In civilian practice, a patient acquires drugs either by having a medication prescribed by a physician or by purchasing patent or relatively innocuous medications on his own, the so-called "across-the-counter" trade. In prisons, drugs are also prescribed by physicians in response to a specific complaint or illness, but in many institutions, medications are also being distributed on the initiative of health care officers or psychiatric nurses.

In civilian society, doctors in practice are encouraged to prescribe drugs freely for patients, as a result of extensive pharmaceutical company advertising. Similarly, the patient is exhorted by radio, T.V., and newspaper advertisements to consume a wide variety of medical or pseudo-medical substances to alleviate multitudinous complaints. Finally, pharmaceutical company research has produced a huge variety of drugs, some of which are truly therapeutic in specific illnesses but most of which are simply symptomatic, in that they may alleviate symptoms without dealing with the underlying problems. Tranquilizers are probably the best example of this latter category.

Many social critics are alarmed at widespread drug use, as is this Committee, and the term "pill-popping" society has been coined. The prevalence of drug inter-reactions and side-effects is becoming widely appreciated and increasingly recommendations are being made to prescribe only drugs which are truly necessary.

This society-wide abuse of medication is further aggravated in Canadian penal institutions by a lack of clear policies regarding drug use in institutions, and by the prison sub-culture which prevails. In many, if not most institutions there are no effective limitations on the current practice of health care officers to dispense symptomatic medication of various kinds and inadequate limitations regarding tranquilizers. Desirable as it is to avoid the symptomatic use of drugs in civilian life, it becomes mandatory to reduce symptomatic treatment to a minimum in prisons. The Medical and Health Care Services Branch should drastically curtail the use of symptomatic medication in the C.P.S. (Recommendation 51). The inevitable and adversative nature of these institutions leads many inmates to attempt to exploit the system. Extracting pills from health care officers, nurses and physicians is one way of exploiting the system. Drugs, both legal and illegal have the same status as currency in the institution.

Parades for the distribution of medications are held in nearly all institutions, usually 3 or 4 times a day; ten institutions reported 4 parades daily, 7 reported 3 parades daily and one reported a daily pill parade. One regional medical centre said no pill parade was held. Other institutions (5) said pill parades were held on an irregular basis or did not provide information.

Pill parade attendance is high and a substantial proportion of inmates, including repeaters, evidently attend at some time during the day. The extreme range in the percentage of the inmate population attending pill parade, e.g., Dorchester 74.5% and Archambault Institution 1.5%, exemplifies well that no policy guides the institutional health services in the use of drugs. The Prison for Women is especially noteworthy for the high average daily attendance of women-inmates reported, 116.4% of those in custody, for whom drugs are prescribed.

The impression of a high degree of drug use in C.P.S. institutions is supported by data available from Quarterly Health Services Reports in one region. Data in Table 6 shows the types of drugs dispensed in several institutions in one region. The extensive use of a great range of medications for therapeutic purposes is evident from this Table. The connotation of drug use as implying abuse cannot escape consideration in the assessment of these medication statistics. There is obviously an extraordinary use of drugs and the variation from institution to institution is interesting and important. The reasons for the high level of drug use of various categories in some institutions are not apparent.

In some institutions, from one-third to nearly one-half of the inmate population was receiving some form of medication. This use of medications appeared inconsistent with the fact that a high percentage of the inmate population in C.P.S. institutions are males under forty years of age (Table 1), an age group which experiences a relatively low incidence of disease and which generally makes relatively fewer demands on medical services in civilian life. Medications served many purposes in the correctional institutions in addition to their stated therapeutic role. The campaign for medications, by some inmates for secondary gain, truly tested the resources of the health care centre.

"Pill parade" as an institutional routine assumed high visibility to inmates and staff alike. Present methods of distributing medications had evolved over a long period of time. In some institutions, large carts and trays of medications were wheeled to a highly visible central distribution point. This seems a most undesirable routine for it can hardly escape encouraging drug use (Recommendation 56). Medications were picked up by inmates on their way to or from some other activity. Inmates, other than those for whom prescriptions had been written, stopped by the cart to request a wide variety of items such as

TABLE 6 - ILLUSTRATIVE DATA RE DRUGS DISPENSED IN C.P.S.
INSTITUTIONS - ONTARIO REGION, JAN.-MAR. 1975

Inmates, Patients and Drugs Dispensed

ITEM	Millhaven		R.P.C. ¹ (Ont.)	Joyce- ville & Pittsburgh	Wark- worth	Prison for Women
	Inst.	Bath				
Ave. Inmate Pop.	294	72	330	502	418	127

Medication Line²

Total Attendance	38350	8680	6992	8251	12691	22715 ³
------------------	-------	------	------	------	-------	--------------------

Drugs Dispensed²

No. of patients	546	145	1126	-	2683	168
Drug Category:						
Antibiotics	150	49	1092	23800	2246	62
Analgesics	310	65	1536	40100	1435	123
Psychotropics	467	84	0	4950	2371	506
Sedatives	459	46	278	10320	283	151
Anti-inflammatory	100	66	583	22760	251	7
Anti-convulsants	50	0	608	2440	2578	28
Others	7	4	-	3750	3527	259
TOTAL	1543	314	4097	108120	12691	1136

Percentage Distribution of Drugs Dispensed by Category of Drug

Antibiotics	9.72	15.61	26.65	22.01	17.70	5.46
Analgesics	20.09	20.70	37.49	37.09	11.31	10.83
Psychotropics	30.27	26.75	-	4.58	18.68	44.54
Sedatives	29.75	14.65	6.79	9.54	2.23	13.29
Anti-inflammatory	6.48	21.02	14.23	21.05	1.98	0.62
Anti-convulsant	3.24	-	14.84	2.26	20.31	2.46
Others	0.45	1.27	-	3.47	27.79	22.80
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

¹ Formerly known as the Regional Medical Centre.

² Extracts from Procedure for Reports:

- Drugs dispensed - "number of patients: report number of different patients treated and itemized drugs received by category".

- Medication Line - "multiply the total number of patients by the number of times they received medication".

³ Total Medications, not attendance.

Source: Health Services Quarterly Reports, Ontario Region, January-March 1975.

antacids, cough syrup, laxatives, aspirin, "292s", sedatives, tranquilizers, and so forth. The above were often stocked routinely on the medication cart. Symptomatic drug treatment was sought by inmates for headache, backache, sore shoulders, gastro-intestinal and a variety of other complaints. Health care officers and nurses frequently were allowed, and observed, to respond by dispensing these and other types of medications, including controlled drugs. It was also noted that many of the prescription medications prepared for distribution were not picked up by inmates.

Hypnotic and sedative medications should not be prescribed by the institutional physician unless there is objective evidence that the patient's sleep is disturbed (Recommendation 55). Health care officers should not be permitted to issue or dispense hypnotic medication to inmates either independently or backed by standing orders of the physician.

Medications are distributed to inmates on the basis of a physician's order, on the initiative of a health care officer backed by a physician's standing order, and on an ad hoc basis by health care officers, including registered psychiatric nurses. In reconstructing the situation as regards medications, it was evident that in the absence of medical direction, and the absence of appropriate staff supervision from the Assistant Director of Programs, or Supplies and Services, health care officers had acquiesced to the pressures inherent in the penitentiary environment. The system promoted excessive and inappropriate use of drugs and often encouraged exploitation of staff and medications. In addition, it further encouraged inappropriate patterns for inmates to deal with health concerns. Through successful exploitation, inmates also lost confidence in the health services.

The widespread use of medications was evident in all but a few of the institutions visited. In these latter instances, the institutional physician

with the cooperation of other health care staff, had established firm criteria for dispensation of medications to inmates, and the consumption of medication in the prison population was conspicuously low.

Positive and better defined C.P.S. policy is needed as a top priority regarding the prescription and dispensation of all drugs, controlled and "over-the-counter", to inmates (Recommendation 50).

By way of examples, all physicians prescriptions must be for a specific period of time, shorter than in civilian practice (Recommendation 52). No analgesic or sedative, other than acetylsalicylic acid should be dispensed to an inmate save by a physician's specific (non-repeatable) prescription (Recommendation 53). The volume of drug use should be constantly monitored by C.P.S., institution by institution (Recommendation 54).

Drug Dispensing: Role of Pharmacist. All institutions reported a separate room for use as a drug dispensary, but in a few instances drugs were kept elsewhere, e.g., in a locked storeroom, general office, or in the nurses' room or station. In C.P.S. institutions secure safe storage for all drugs is mandatory. The Committee has not reported upon the system of dispensing and controlling drugs and the potential role of the pharmacist. This is an area requiring special study (Recommendation 57).

3.3 Consultants and Range of Treatment Services in Health Care Centres

Medical specialists visited many institutions on a regular basis. There was, however, considerable variability as to both the frequency and type of medical specialty services provided. This appeared to depend on the needs of the inmates in the institution, the availability of service in the community, the interest of specialists in working in a C.P.S. institution, problems of providing transportation for patient inmates and of security, and the interest and enthusiasm of the senior health care officer.

Psychiatric services were the most developed specialty service in the system. Inmates were referred to the psychiatrists or other specialists by the institutional physician; in some institutions, patient-inmates were referred directly by the classification officer or by the director of the institution to the psychiatrist. Psychiatric clinics in the health care centre were generally planned for that part of the day when the institutional physician was not using the facility. Special consideration is devoted to psychiatric care in the health care centre in the following sections.

Among other consultants and special services using the health care centre are ophthalmologists and optometrists examining eyes and testing vision, orthopedists, plastic surgeons, otolaryngologists and audiologists. A common practice is for the consultant to be called when a group of patients requiring his service has been accumulated. X-ray equipment and services are dealt with separately, (see page 47), as are dental services and equipment (see page 81).

Various special services in health care centres require special equipment. Expensive and inappropriate pieces are found in most of the centres, e.g., diathermy machines and whirlpool baths for physiotherapy, operating room equipment for surgery.

One of the first activities of the national consultants, aided as necessary by appropriate experts, should be the reevaluation of the need for each specialist, medical, diagnostic or therapeutic service. Taking into consideration the requirement for high quality of specialist care and costs including security and transportation outside the institutions, decisions are needed as to which consultant-specialist services and the necessary special equipment should be provided in an institution and which services in an available civilian clinic or hospital (Recommendation 38). Cost benefits must be established region by region.

3.4 The Role of Psychiatric Specialists in the Health Care Centre

In civilian practice it is widely recognized that a large percentage of the patients seeking help in primary medical care have problems of psychosomatic origin. The figures quoted range from 5% to 60% of patients depending on the criteria used.

At sick parade many examples of the need for assistance with emotional stress derived from the day-to-day adjustment and pressures of prison life were observed in the inmates' symptoms and complaints and in the generally high use of medications. Most frequently, these emotional stresses did not appear to be visible and recognized as such, by the staff, thus were not interpreted or acted upon by them with the inmate. In some instances where stress was identified by staff, the inmate was rapidly referred to the consulting psychiatrist when the nature of the problem was such that it could have been handled by the institutional physician and did not need treatment by a specialist. Overall, emphasis appeared to be placed on the organic aspects of the inmates' complaints. The result was that, at times, physical treatment and a wide range of medications would be employed to the neglect of dealing with the mental health aspects of the inmates' problems. Modern quality primary care of patients demands significant skills at identifying, understanding and attempting to help the patient deal with these problems, difficult as it is to do so successfully in a prison setting.

Trained psychiatric nurses, registered nurses, and general physicians, have a real role to play in counselling, supporting and teaching inmates, thus helping them to deal more effectively with some of the problems encountered in prison life. In many health care centres, these and other preventive mental health activities were not emphasized to the extent they should have been by the health care staffs. Staff who reported as an activity, the counselling of inmates,

stated that inmates readily used their service. Generally, the low profile of personal counselling services represents a major shortcoming in the range of clinical services provided by the health care staff.

Increased collaboration between the psychiatric consultant to the institution and the professional staff of the health care centre, backed by expanded psychiatric education of the general medical and nursing staff, would do much to improve the situation (Recommendation 36). This should result in all inmates with suspected psychiatric problems being evaluated and, if appropriate, being treated by the institutional health care staff with the support of the psychiatric consultant (Recommendation 37).

3.5 Dental Services

Inmates had access to dental services, located in almost all institutions, and when this was not so, inmates were taken to another institution for their dental care. For the most part dental facilities were located in the health care centre in the larger medium and maximum security institutions and in the Ontario Regional Reception Centre. There is no facility for dental care at the Quebec Regional Reception Centre and no dental care is provided in this institution. Any inmate requiring dental care has been referred to the dentist in the adjacent Archambault Institution.

A special section of the First Report was devoted to dental services. It is worth reemphasizing the following points:

- (a) The importance of complete dental assessment, including dental x-rays on reception in the C.P.S.
- (b) The need for modern dental operatories.
- (c) The utilization of dental auxiliary personnel.

- (d) The need for dentists to be available to treat painful dental emergencies as promptly as in civilian life.
- (e) The importance of the early appointment of a national dental consultant to the C.P.S.

3.6 Emergency Treatment Resources in Institutions

Lists of the emergency equipment available in each institution show considerable variation from institution to institution and more striking variation from region to region. It is not clear why these variations in equipment should exist. Generally the list of equipment seems adequate but in some instances, additional materials are necessary. It is also clear that many of the health care centre staff who might be called upon in an emergency have not the necessary qualifications and training to use this equipment.

A standard emergency kit should be available for use in each type of C.P.S. institution. As well, a list of equipment should be provided to nursing staff serving in an extended role and visiting minimum security institutions, e.g., camps, where there is no health care centre.

The deficiency in the training of health care centre personnel and nurses should be remedied so all health care centre staff are competent to treat emergencies using the emergency kit, and especially those emergencies encountered in prisons (Recommendation 42).

3.7 Nursing Care

The senior nurse has "line" responsibility to the institutional physician (Assistant Director, Health Care) and must be professionally responsible to the institutional physician. The senior nurse should have responsibility for the day-to-day administration of the institutional medical health care program under the direction of the institutional physician, Assistant Director, Health Care. This

would include supervision of staff; responsibility for the standard and quality of nursing care carried out by nurses, nursing assistants, and health care officers; responsibility for the distribution of medications, delegated if necessary to other registered nurses; responsibility for screening the sick parade or doctor's clinic under the physician's authority and responsibility; development, in consultation with duty nurses, of the nursing care program for inpatients; provision of emergency patient care or its delegation to registered nurses and registered nursing assistants as authorized by the institutional physician (Recommendation 72). The senior nurse shall receive "functional guidance" from the Regional Nurse.

It has been observed and stated that functioning as a member of the health care team in a federal institution offers unusual psychological difficulties and necessitates considerable prior nursing experience. Emotional maturity and some significant prior nursing experience, preferably in an ambulatory setting and in psychiatric nursing, should be among the criteria for selection of registered nurses for employment in the C.P.S. For nurses entering the C.P.S., a period of indoctrination should be mandatory and this should include instruction in forensic psychiatry.

Throughout the twenty-four hour period, bedside nursing care is provided for inmates admitted to the health care centre. Services administered in the health care centre consist of follow-up treatments previously ordered by the physician, observation of inmates' health status, and the provision of personal hygiene care. Many inmates in the health care centre have been observed to be capable of and in fact carried out their own personal hygiene under supervision.

There are numerous tasks in the health care centres which require clinical judgment. These must remain the province of the physician, and the

registered nurse with the physicians' responsible support. Evaluation of inmates' complaints and symptoms should be screened by the registered nurse qualified to function in an "extended role" as a nurse practitioner. The nurse should carry out urgent or emergency medical and nursing care. In addition the nurse should provide health counselling and health instruction. Diagnostic and therapeutic procedures should be carried out only by a physician or a registered nurse.

Many functions in the ambulatory health care centre could be carried out by a qualified registered nursing assistant, under the supervision of a registered nurse. The registered nursing assistant benefits from a standardized education where the curriculum must be approved by the provincial nursing college or the registered nurses' association of that province, and where the education is provided in approved schools and hospitals (Recommendation 73).

Registered nursing assistants could carry out minor nursing procedures, under the supervision of the registered nurse, such as dressings, etc. They can provide personal care to patients in infirmary beds, they can assist the physician by measuring various physical parameters, e.g., visual acuity, blood pressure, height and weight, etc.

3.8 Surgical Services

Some major surgery has been carried out for many years in at least one institutional health care centre in each of three C.P.S. regions. Patients might be referred there from other institutions in the region.

One health care centre in the system is in the process of developing a new operating room facility. High quality surgical care can only exist in the context of high quality anaesthetic practice, regularly updated surgical equipment, specially trained nursing personnel, adequate peer review, tissue committees and other characteristics generally existing only in fully accredited hospitals.

The Committee judges it is inappropriate for the C.P.S. to develop its own secondary medical care resources, e.g., major surgery should not be carried out in C.P.S. institutions. Most C.P.S. institutions are located relatively close to accredited general hospitals. Surgical teams working in isolated facilities with limited resources and without peer review are unlikely to provide consistently high levels of care (Recommendation 39).

In some health care centres patients were returned from civilian hospitals for post-operative care. A section of the health care centre was used for pre and post-operative care and for convalescent care and was staffed by health care officers, often with assistance from inmate orderlies.

3.9 Convalescence

The spur to the C.P.S. of fiscal economy and to the surgeon of creating an empty bed in a hard-pressed civilian hospital, together with security problems, may result in increasingly early transfer of post-operative patients to a C.P.S. institution, although distance from hospital and availability of professional staff and facilities may be inadequate for early post-operative care. Itinerant surgeons should not be replaced by itinerant patients.

The Committee has concluded that the C.P.S. should guard against unduly early return of post-operative patients from a civilian general hospital to institutional health care centres, where professional staff and medical facilities may be inadequate (Recommendation 5).

3.10 Solitary Confinement; Punitive Dissociation

Some health care staff reported that they were responsible for monitoring the health of inmates in solitary confinement but this activity appeared to be inconsistently performed in those institutions visited. In its First Report, the Committee made two recommendations (Recommendations 31 and 31) with respect to

inmates in solitary confinement, punitive dissociation, and these are reemphasized. The Committee considers that regular visits to the dissociation cell block by a physician or a registered nurse under the direction of the physician, are necessary in order to assess the health of the inmates in relation to continuing dissociation. The physician's or nurse's report should be forwarded by the Assistant Director, Health Care, to the director of the institution and to the Deputy Regional Director of Medical and Health Care Services. As well, and apart from the treatment of his patients, the psychiatrist should make rounds not less than once weekly.

At the time of completion of this report, the facts surrounding dissociation, punitive and protective, are under investigation by a Committee of the C.P.S. Information will be sought from this Committee with a view to evaluating further the needs for medical and health care services for inmates undergoing dissociation.

3.11 Institutional Health Care Centre Beds in Relation to Cell Capacity, Bed Occupancy and Bed Needs

While only 21 institutions have beds for health care, most of these institutions have a relatively large number of beds which seemed in most instances to be significantly underutilized. The number of beds in these 21 institutions range from 2 to 37, and beds per 100 cell institutional capacity have a nine-fold range, 1.1 to 9.2, in comparison with the cell capacity range of less than 5 times. Relevant data are presented in Tables 7, 8, and 9. Of special importance are the figures concerning overall average bed occupancy, 40% in 1974 and 44.9 in 1975.

Generally, these are regular hospital beds identified or organized as a hospital, sick bay or infirmary, but in at least three of the institutions visited, these hospital bed areas were simply old and obsolete cell blocks designated for medical care.

TABLE 7 - BEDS IN RELATION TO CELL CAPACITY OF INSTITUTION

Cell Capacity		Hospital Beds		Beds/100 Cells	
No. of Cells	No. of Institut.	No. of Beds	No. of Institut.	Ratio	No. of Institut.
100-199	5	Under 10	7	0-1.9	3
200-299	0	10-14	2	2-2.9	3
300-399	4	15-19	10	3-3.9	5
400-499	10	20-24	1	4-4.9	6
500 and over	<u>2</u>	Over 24	<u>1</u>	Over 5	<u>4</u>
TOTAL	21	TOTAL	21	TOTAL	21

The question of the number of hospital beds needed is a difficult one. Factors such as security requirements, relative geographic isolation, treatment of psychiatrically ill patients, provision of convalescent care and lack of accessibility to other hospitals suggest a higher bed/population ratio than for the general "outside" population. On the other hand, the fact that major surgery and other second level medical services are not generally to be provided in the institutions would reduce bed requirements. A determining factor might be the bed occupancy experienced in the C.P.S. institutions. Some illustrative data are available for 1974 and the first quarter of 1975 and these are presented in Table 8.

TABLE 8 - BED OCCUPANCY IN C.P.S. INSTITUTIONS - 1974 AND 1975

1974 ¹		1975 ¹ (Jan., Feb., Mar.)	
(1) Institutions Included	17	Institutions Included	17
(2) Beds Set Up	265	Bed Capacity	265
(3) Bed Occupancy March 31/1974	106	Occupancy-Jan. 115 Feb. 120 Mar. 122	Ave. 119
(4) Occupancy % = $(100 \times 106)/265$ = 40.0%		Occupancy % = $(100 \times 119)/265$ = 44.9%	

¹In general, health services data are from Health Services Questionnaires distributed to institutions, through the Director General, Medical and Health Care Services, in 1974, and data are for the fiscal year ending March 31, 1974, but 1975 data were obtained directly from the Director General or his Director of Nursing Operations.

More detailed information about hospital beds in relation to institutional cell capacity and occupancy of the beds is given in Table 9.

In general, those C.P.S. institutions which have over 400 inmates in their populations have from ten to twenty infirmary beds. This is from four to eight times as many beds per capita as the population at large. Moreover, the inmates of the C.P.S. are generally males in the second to fourth decade of life and this population group statistically requires relatively less care from physicians and hospital than the older and younger age group in the population at large.

Frequently, throughout the C.P.S., Committee visits showed these ten to twenty bed infirmaries were less than half-full and some had from one to four

TABLE 9 - CELL CAPACITY, BED CAPACITY AND BED OCCUPANCY, 1974 AND 1975
(Illustrative Data)

Institution	Cell ¹ Cap. 1/4/75	1974 Data ² (H.S.Q.)					1975 Data ³ - First Quarter - DGMS					
		Beds Set Up	Patient Days	Patients 31/3/74	Occupancy -%		Bed Cap.	Beds Per 100 Cells	Occupancy			Occup. % 100 Ave (3)* Beds
					PD (1)*	100 P/B (2)*			Jan	Feb	Mar	
Atlantic												
Dorchester	401	37	8,735	33	64.7	89.2	37	9.2	24	23	23	63.1
Springhill	442	18	963	1	14.7	5.6	18	4.1	2	5	4	20.4
Quebec												
Archambault	429	16	-	4	-	25.0	16	3.7	10	11	14	72.9
Reg. Rec. Centre	175	2	-	-	-	-	2	1.1	0	0	0	-
Cowansville	433	19	1,517	3	21.9	15.8	19	4.4	15	8	16	68.4
Fed. Training Cen.	372	10	1,244	6	34.1	60.0	12	3.2	4	6	3	36.1
Leclerc	514	15	850	3	15.5	20.0	15	2.9	13	12	10	77.8
Ontario												
Millhaven	429	16	2,076	7	35.6	43.8	16	3.7	5	6	2	27.1
Reg. Rec. Centre	312	20	1,992	3	27.3	15.0	15	4.8	-	-	-	-
Collins Bay	422	8	1,460	4	50.0	50.0	8	1.9	-	-	-	-
Joyceville	470	21	1,124	5	13.4	23.8	21	4.5	2	0	2	6.3
Warkworth	437	18	889	3	13.5	16.7	17	3.9	0	3	1	7.8
Prison for Women	124	8	1,109	5	38.0	62.5	7	5.6	2	2	6	47.6
Prairies												
Stony Mountain	478	14	1,758	0	34.4	-	14	2.9	5	8	6	45.2
Saskatchewan	359	19	4,886	17	70.4	89.5	19	5.3	14	17	18	86.0
Drumheller	443	18	1,418	4	21.6	22.2	18	4.1	5	5	4	25.9
Bowden	125	-	-	-	-	-	6	4.8	1	1	1	16.7
Pacific												
British Columbia	543	9	1,801	5	54.8	55.6	9	1.7	4	6	5	55.6
Matsqui	337	18	-	8	-	44.4	18	5.3	7	6	6	35.2
Mountain	186	6	402	2	18.4	33.3	6	3.2	2	1	1	22.2
William Head	150	3	127	0	11.6	-	3	2.0	1	1	1	33.3
TOTAL	7581	295	32,251	113	30.0	38.3	296	3.9				

Sources: ¹Inmate Population Weekly Return - week ending April 1, 1975

²Health Services Information Questionnaire 1974 (August)

³1975 Data from Regions in response to letter from Director General, Medical and Health Care Services, (May 1975).

- * (1) PD - (patient days x 100) / Beds Set Up x 365
 (2) 100 P/B - (patients x 100) / Beds Set Up
 (3) 100 Ave. - (average occupancy x 100) / Bed Cap.
 Beds



patients occupying beds. The basis for these inmates being housed in infirmary beds as opposed to their own cells seemed dubious in a number of cases and sometimes was a matter of institutional expediency. For example, in some institutions, patients with plaster casts are housed in the infirmary as it is more convenient from the point of view of the custodial service. In civilian life very few of the diagnoses for which inmates are admitted to the infirmary would merit hospitalization. Against this is the difficulty of any sort of care in cell blocks.

The very presence of an under-utilized area invites its utilization for non-medical reasons. Thus, troublemakers are known to be housed by the institutional director in the health care centre, as well as inmates who have fallen afoul of the prison sub-culture.

This activity seriously detracts from the health care centre's primary goal, which is to provide high quality medical and health care. Where living unit arrangements are in force, many situations which in other institutions might result in placing the inmate in an infirmary bed, are dealt with by confining the inmate to his cell and receiving regular visits from a health care officer.

The maximum rate for hospital beds in relation to institutional capacity is judged by the Committee to be 2% for all ordinary needs with an increase to 3% for various combinations of geographic isolation, care of psychiatrically ill patients, or post-operative care and convalescence (Recommendation 40). Infirmary beds should be used only for patients with a specific medical condition which precludes remaining in cell or dormitory and only upon the recommendation of the health care centre medical staff, nursing staff (R.N.), or health care officer (Hospital Officer Technician or Registered Psychiatric Nurse) acting on the specific instruction of the physician (Recommendation 41).

3.12 Chronically Ill and Permanently Disabled Patients

While studying C.P.S. institutional health care services, chronically ill and permanently disabled patients were noted occasionally who by reason of their illness, were permanent residents of the health care centre. These might include patients with strokes, chronic congestive heart failure, chronic respiratory insufficiency and terminal cancer. These patients clearly no longer presented a risk to society. Parole might make the last stage of their lives more peaceful and less stressful in a hospital close to their family. The question could appropriately be studied by the Law Reform Commission, the Parole Board and the Parole Service.

This group of patients constitutes a major source of expense because of the need to provide medical and health care services in a "secure" institution instead of a hospital or nursing home for the chronically ill.

The Committee has reached the conclusion that chronically ill and permanently disabled patient-inmates who are confined to bed in the health care centre and no longer present a risk to society should be candidates for parole to a civilian hospital for the chronically ill (Recommendation 6).

SECTION 4
ROLE, RESPONSIBILITIES AND
CHARACTERISTICS OF HEALTH CARE PERSONNEL

The problems of caring for ill and for sick or injured inmates as patients is difficult, time consuming and emotionally trying for doctors and nurses. Medical and nursing staff working in correctional institutions, prisons and penitentiaries have in other years felt themselves to be regarded as something less than first class professional citizens. If this ever was the case, it can no longer be said to be true. The medical, dental and nursing resources available for the care of the sick have improved and are on a par with those available to civilians. It is equally true that only the sustained and determined efforts on the part of the Director General, Medical and Health Care Services, ensuring the professional independence of all professional health care services staff in all matters of treatment services, will maintain a professional staff of the first quality.

There follows in Table 10 data on the health care personnel in C.P.S. institutions as at March 31, 1974. The data were derived from Health Services Questionnaires returned by 24 institutions, but they cover personnel caring for 8,287 inmates out of 9,227 in some 50 C.P.S. institutions on April 2, 1974, i.e., over 90% of all inmates. In addition Table 10 has been revised as indicated on the basis of information provided by the Director General, Medical and Health Care Services.

TABLE 10 - HEALTH PERSONNEL IN 24 C.P.S. INSTITUTIONS CARING
FOR 8,287 INMATES - MARCH 31, 1974*

Category	Full-Time	Part-Time Incl. Contract	TOTAL
<u>Medical Staff (MDs)</u>			
Physicians (G.P. or Family Practice)	10	18	28
Psychiatrists	8	16	24
Other MDs	1	11	12
TOTAL MDs	19	45	64
<u>Nursing Staff</u>			
Registered Nurses	37	3	40
Other Graduate Nurses (incl. Registered Psychiatric Nurses)	102	1	103
Registered Nursing Assistants	29	2	31
Other Nursing Staff	117	12	129
TOTAL Nursing	285	18	303
<u>Dental Staff</u>			
Dentists	8	10	18
Others	7	1	8
TOTAL Dental	15	11	26
<u>Other Categories</u>			
Optometrists, and Oculists	1	4	5
Physiotherapists	0	1	1
Pharmacists	2	0	2
Psychologists	3	0	3
X-Ray Technicians	1	1	2
Clerks (in hospital)	4	0	4
Others	1	1	2
TOTAL Other Categories	12	7	19
GRAND TOTAL	331	81	412

*NOTE: The Director General has advised the Committee (April 24, 1975) that "we employ 8 full-time physicians out of a total of 26 institutional physicians".

SOURCE: Health Services Questionnaires distributed to institutions through the Director General, Medical and Health Care Services, August 1974. Data was received from 24 institutions caring for 8,287 inmates out of 9,227 inmates in 50 institutions; revised on basis of information from the Director General re full-time physicians and registered nurses.

It should be appreciated that the nursing staff generally were employed as full-time public servants and provided a 24-hour service in the institutions. Physicians, psychiatrists and dentists were generally not full-time in the institutions (Table 10), see also Section 2.5, pages 25 and 26.

4.1 The Institutional Physician and Health Care Services

The institutional physician, the major source of medical care, personally provided medical treatment and arranged for medical coverage on a twenty-four hour basis. When he was not in the building, he, or his replacement could be reached by phone in the event of an emergency. As reported in the institutions visited the above arrangement proved effective.

Penitentiary medicine is largely the care of ambulatory patients. At clinic or "doctor's sick parade", the institutional physician's activities consisted of obtaining medical histories, performing partial and complete physical examinations, performing diagnostic and therapeutic procedures, ordering treatments and prescribing medications. For the most part, surgical treatment provided to inmates consisted of suturing simple lacerations, (in some institutions carried out by health care officers), incision and drainage of superficial infections, and treatment of simple minor fractures. Additionally, the physician reviewed the results of diagnostic procedures and consultation reports from medical specialists, and provided health counselling and psychological support to inmates. In some institutions the physicians provided psychotherapy for inmates. The institutional physician looked after patient-inmates admitted to the infirmary beds in the health care centre. The physicians were conducting a full range, not only of primary contact medicine but continuing general practice with the additional problem that the population is one with peculiar and frequently difficult and disagreeable characteristics. These include

manifestations of inmates using sick parade for secondary gains, and of the inmates emotional reactivity to incarceration.

Health care officers and nurses consulted the physician with respect to their clinical work. Decisions regarding specialized treatment and referral of inmates for consultation were made by the physician and followed through by the senior nurse or senior health care officer.

The C.P.S. providing medical and health care services for this societal group naturally hopes that those services will be of a high calibre. The importance of a thorough analysis of the patient's symptoms by means of a careful history and a thorough physical examination, leading to a specific diagnosis and specific therapy are emphasized as the cornerstone of good medical practice (Recommendation 14).

4.2 Periodic Evaluation of Health Care Personnel

The professional effectiveness of physicians, dentists, nurses and allied health professionals comprising the medical and health care team, must be regularly evaluated so that the Director General, Medical and Health Care Services, can fulfill his mandate of providing high quality and properly available medical and health care services. Regular evaluation of the Assistant Director, Health Care, and all the members of the health care team should be carried out by the Deputy Regional Director, Health Care Services, or his nominee, by the institutional director and by the appropriate national consultant; copies of these evaluations should go on a confidential basis to the Director General, Medical and Health Care Services (Recommendation 15).

Recently, the regular procedure for the evaluation of public servants has been proposed for the evaluation of the physicians' professional work performance and administrative activities. There has been little evidence to suggest

that evaluation of the institutional physicians' professional performance and that of the members of the health care centre staff has been undertaken successfully. The general performance appraisal used in all government departments does not replace the procedure, which has been proposed by the Committee, for the evaluation of the institutional physician and the health care team.

4.3 Quality of Medical Care and Records

To encourage and ensure a high standard of health care and medical practice by C.P.S. physicians, nurses and dentists, a number of supporting measures should be instituted. Regular visits by national consultants will contribute substantially to patient care (Recommendation 17).

Record review, as is done in hospitals at the time of accreditation visits and is now being developed for evaluation of office medical practice, will enhance the quality of histories and physical examinations and their documentation. With introduction of the problem oriented record system, chart audits should be initiated (Recommendation 18).

The Medical and Health Care Services Branch should support and where feasible participate in the development of a system of accreditation of "office practice" with a view to seeking accreditation of ambulatory patient practice in C.P.S. institutions as the system develops (Recommendation 22).

High quality professional medical and nursing care which the physician and the health care centre staff can provide to patient-inmates should create an important opportunity for the establishment of trust between patient and doctor. Between patient-inmate and the doctor or nurse, the adversary situation, commonly characteristic of the relationship between correctional officer and inmate should be avoidable save in the face of some psychotic emotionally disturbed patients, mentally retarded patients, the incorrigible seeker after secondary gains, and

the sociopaths. The achievement of trust, difficult as it may be to establish, provides a decent humane interpersonal relationship, a contribution to the patient-inmates' efforts toward rehabilitation.

4.4 Security in the Health Care Centre

The issue of adequate security coverage in health care centres has not been worked out satisfactorily. Medical, dental and nursing professionals must have the care of the individual patient as their fundamental responsibility and, as far as possible, divorced from the adversary situation between guard and inmate. Health professionals should not be used for purposes of security; early action should be taken to correct unsatisfactory situations (Recommendation 43). Health professionals should be conscious at all times of the needs of security and support it.

Health care centre staff regularly express apprehension about inadequate security provisions for the health care centre. There are not uncommonly a number of inmates in the health care centres unaccompanied by security personnel. In some institutions, guards are posted at the access to the health care centre but this is not always the case.

The above observation was particularly noted in those health care centres which were not regular security postings, to the end that some health care staff positions were used to provide security. One regional psychiatric centre has never had internal security so all security posts within the centre have been covered by nursing personnel. Considering that the apparently adequate nurse-patient ratio assumes that all nursing staff are performing nursing duties, the use of eight or so nursing staff daily for security either has had a deleterious effect on the quality of care provided, or alternatively the nursing establishment is too large by eight positions.

In some centres the senior health care officers and senior nurses were seeking additional health care staff, but several acknowledged that the underlying reason for requesting additional nursing personnel was related more to the need for adequate security in the centre than to the requirements of the health service per se. This problem may be intensified as female registered nursing personnel become more prevalent in the C.P.S.

Security arrangements in C.P.S. institutional health care centres should be upgraded (Recommendation 43).

4.5 Medical Services for Correctional Staff

Although the National Health Services Advisory Committee is not officially aware of a policy whereby the resources of the C.P.S. institutional health care centre would operate as an occupational health facility for the penitentiary employees, there are frequent rumours that pre-employment physicals and related staff medical services should be provided by the health care centre. The adversary system, correctional staff vs. inmates, prevails in penitentiaries and the health care centre's "raison d'être" is to care for inmates. Patient-inmate/physician relationships are likely to be damaged if the institutional physician is identified as the guards' doctor by the inmates through conducting an institutional practice caring for the guards and other penitentiary staff, save in emergencies (Recommendation 33).

4.6 Sanitation and Sanitary Inspections of the Institution

Sanitary inspection of the institution has been one responsibility of the physician. In some instances he personally inspected various areas of the institution but frequently this task was delegated to the senior nurse or senior health care officer (Hospital Officer Technician or Registered Psychiatric Nurse). The findings have been reported to the institutional physician and subsequently to the director of the institution.

The personal observations of Members of the Committee have established the inadequacy of sanitary inspection as presently carried out. Senior health care officers were unqualified in public health; with one or two exceptions, they were without any experience in public health save in C.P.S. institutions. The Assistant Director, Health Care, the institutional physician, or delegated by him the senior health care officer if a registered nurse with training in public health, should conduct a sanitary inspection of the institution at weekly intervals with the director of the institution or his deputy (Recommendation 47).

An additional health problem arises when because of extraordinary security and administrative needs, cleanliness deteriorates and kitchen hygiene is deficient. The threat of an outbreak of communicable disease implicit in such a situation is a health problem requiring the responsible evaluation by the Assistant Director, Health Care, the Deputy Regional Director of Medical and Health Care Services, supported if necessary by the opinion of a consultant in public health and hygiene.

Reliable arrangements must be established for the regular inspection of the whole institution by public health authorities at monthly or bimonthly intervals. The report of the inspection should be transmitted to the director of the institution, the Assistant Director, Health Care, and to the Regional Director and the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services (Recommendation 48).

Standing arrangements should be established to ensure the ready availability of a consultant in public health and hygiene in the event of a breakdown in regular measures supporting sanitation or in case of an epidemic (Recommendation 49).

SECTION 5 NURSING SERVICES

5.1 Nursing Services - Introduction

The nursing services constitute an integral part of health care delivery in the C.P.S. institutions as they do in the civilian hospital and in community health services. When the nucleus of the present National Health Services Advisory Committee first met in March 1973, it requested the Commissioner to ask the Canadian Nurses' Association to nominate individuals from whom the Solicitor General could choose a representative to sit on the Committee.

Professionalization of the health care centre staff has been defined as an urgent priority. A reorganization of the health care centre nursing services, as part of the proposed reorganization of the Medical and Health Care Services Branch is required equally urgently (Recommendation 69).

5.2 Nursing Resources

A variety of health care workers provide the nursing services in the Canadian Penitentiary Service under the all embracing term of Health Care Officer. They belong to two major Public Service Classification groups, the Hospital Officer Technician Category (HOT) and the Nurses Category (NU), with the majority of the workers belonging to the former group.

There were two types of workers in the health care centres belonging to the HOT category and the Committee identifies hospital officer technicians and registered psychiatric nurses as "health care officers". Registered nurses and registered nursing assistants are the second group. The group referred to here as health care officers predominated in the Penitentiary Service health care facilities. From Ontario east inclusively, the health care officers (HOT) were generally without recognized civilian professional qualifications; registered

psychiatric nurses predominated from Manitoba west. The H0T category workers belong to the Engineering and Scientific Support Group of the Public Service Alliance of Canada.

The second major public service category providing nursing services in the Penitentiary Service health care centres was the registered nurse or NU group. This category belongs to the Scientific and Professional Workers Group of the Professional Institute of the Public Service of Canada. However, registered nurses constituted a minority of the workers providing nursing services in the Penitentiary Service institutions visited. It is to be noted that the recommendation to introduce registered nurses was made relatively recently as a result of the McLean-Riddell Report to the Commissioner of the Canadian Penitentiary Service in 1971. The National Health Services Committee fully supports the recommendation mentioned above and further endorses the concept that a majority of the registered nurses be women. Prior to that Report, "nursing services" for the almost exclusively male population (approximately 98 percent) were provided entirely by men, with the exception of female registered nurses employed in the Prison for Women. Health care officers referred to as hospital officers and registered psychiatric nurses, predominately males, provided the "nursing services". They are still a majority but a decreasing one.

Increasingly the system is recruiting and employing registered nurses. This policy has been strongly supported by this Committee (Recommendation 73). By attrition of the health care officer, Hospital Officer Technician Group, registered nurses and registered nursing assistants working under their supervision will be employed in growing numbers in the institutional health care centres.

There are a number of indications of the improvement in the nursing staff situation in the last year or so while the Committee has been at work. In August 1974, the Health Services Information Questionnaire showed (Table 10) that

about one-sixth of the nursing staff were registered nurses; a year later, the proportion was nearly one-quarter. There was an increase in registered nurses from about 53 to 76 in the year. At the time the Committee's study was initiated, almost all the registered nurses employed in the penitentiary service were located in the regional psychiatric centres; proportionately fewer were employed in the institutional health care centres. Progress has been significant and encouraging. One or more registered nurses are now employed in nearly all the maximum and medium security institutions and these major institutions have about half the registered nurses. In September 1975, the 76 registered nurses were equally divided between the 3 regional psychiatric centres, with approximately 400 patient-inmates, and all other C.P.S. institutions. The senior health care officers in 8 institutions were registered nurses and these were located in 3 of the 5 regions; 9 registered nurses were attending nursing unit administration courses. The Medical and Health Care Services Branch intends that every registered nurse who is a senior health care officer will have a course in administration and management.

A large infusion of registered nurses is still needed in the health care centres of the institutions (Recommendation 70). Registered nurses are now working in one or more prisons in every region. Their impact has been positive in terms of improved patient care.

The senior health care officer in each institution should be a registered nurse prepared and qualified to function in an extended role¹ as a nurse practitioner. This is in keeping with the McLean-Riddell Report which specifically recommended; "The person in charge of each hospital and the person in charge of each shift should be a registered nurse" (Recommendation 71). The position should be henceforth described as senior nurse.

¹Page 5 of the First Report of the National Health Services Advisory Committee, 1974.

5.3 Registered Psychiatric Nurses

Registered psychiatric nurses are registered by the Registered Psychiatric Nursing Associations of the provinces of Manitoba, Saskatchewan, Alberta, and British Columbia. This category of nurse was originally created to assist in staffing the western provincial psychiatric hospitals. This group consists of those with formal educational preparation in psychiatric nursing, and others who had been registered in the past in their respective provinces on the basis of their experience working in psychiatric hospitals. They were employed and have functioned as health care officers in the C.P.S. institutions in the western provinces although their medical and surgical nursing qualifications were insufficient to classify them as NUs (Public Service Category - Scientific and Professional Workers). Their nursing education far exceeded the educational requirements for hospital officers prior to the change in their position description in 1974.

So long as registered psychiatric nurses can be registered in the western provinces, the C.P.S. should establish a revised job description re-developing their public service classification. The responsibilities and duties of psychiatric nurses should be limited as far as possible to psychiatric nursing. In keeping with Recommendation 3 of the First Report of the National Health Services Advisory Committee, psychiatric nurses should only be eligible to serve the C.P.S. in the provinces in which they are legally registered psychiatric nurses in good standing (Recommendation 73).

5.4 Evaluation of Health Care Officers (Hospital Officer Technicians and Registered Psychiatric Nurses) in Terms of Nursing Skills and Other Activities

Health care officers' backgrounds in nursing varied widely, some having had neither previous experience nor formal educational preparation in any area of health service including nursing. Others were formerly Armed Forces Medical Corpsmen trained on the job for a variety of technical and health care tasks. Another group consisted of those who previously had been employed as security

officers in the Penitentiary Service, or who came to the health service to assume nursing positions, having work backgrounds unrelated to health care. At one time prerequisites for nursing positions in the health services were minimal. By 1966 the requirements had increased to grade 10 or an acceptable equivalent, and a varying period of "practical experience in an approved hospital"; this could vary from 2 to 7 years depending on whether the Candidate had any previous experience as a correctional officer, in a hospital unit of the C.P.S., or had a St. John Ambulance First Aid course certificate. By 1974, the requirements had stiffened considerably and required "completion of secondary school and a registered nursing assistant's course or a registered psychiatric nurse's course. The knowledge may also be obtained by a number of years work in nursing under the supervision of registered nurses with an extended period of formal training such as that given to military medical personnel".¹

In the C.P.S. institutions visited, registered psychiatric nurses and hospital officer technicians carried out a wide range of activities for which some had had no formal educational preparation or training and thus had learned on the job. Their nursing activities included organizing and providing direct nursing care to patients, independently prescribing or distributing controlled drugs, understanding medical orders, dispensing drugs, and coordinating inmate health care with outside agencies and services. In addition, some of the tasks delegated to the senior health care officers included such unusual tasks as administration and direction of the health care centre, personnel management, preparation of the operating budget of the centre.

The standards of the practice of nursing care varied so widely from institution to institution as to be unacceptable, as did the use of drugs. This is probably due to:

¹Position Description, Health Care Officer Classification EG-HOT-6, effective date 1974.

- (a) Widely differing education standards and lack of formal education and training of health care officers carrying out these complex professional responsibilities.
- (b) Lack of a policy in the C.P.S. demanding professional qualifications for health care officers serving as nurses, and
- (c) The failure of the C.P.S. to establish proper standards of the practice of nursing care.

Many health care officers worked very conscientiously in exacting circumstances and are ingenious and capable people who have given the C.P.S. many years of loyal service. In a number of instances senior health care officers, through their own initiative, had learned to deal with the organizational and administrative tasks delegated to them. At present nearly all the institutional health care centres are administered by these senior health care officers.

The decision of the C.P.S. to employ registered nurses and registered nursing assistants is supported as timely and positive action. Hospital officer technicians unqualified as registered nurses or registered nursing assistants should not have any nursing role.

5.5 Upgrading Health Care Officers - (Hospital Officer Technicians and Registered Psychiatric Nurses)

In 1973 the Penitentiary Service developed and established an elementary nursing education program for health care officers and registered psychiatric nurses ranging in length from three to six weeks. The short period of time allocated for covering the curriculum precluded learning the material proposed save in a sharply limited way. It was an in-service education program and did not meet the standards established by official provincial nursing bodies in relation to registration for nurses or nursing assistants in the provinces of Canada. Individuals successfully completing the course were not eligible to obtain registration

status and thus could not transfer to other health care agencies. Some of the HOTs stated they thought that the program would prepare them for official nursing positions in the Penitentiary Service in the future. Successfully completing the course provided no financial benefits to the HOT category workers. No operational studies were included in the project evaluation and it is unknown whether or not the course resulted in improvement in the nursing services. Notwithstanding these difficulties, this attempt at in-service training was a progressive development. Such efforts are to be encouraged but with more complete recognition of the implications for planning, resources and anticipated benefits.

Other mechanisms have been established to promote individual development of the health care staff. Personnel have been encouraged to undertake formal nursing or nursing assistant education programs in civilian institutions. Selected health care officers have been granted leave of absence and financial support. At the time of the September 1975 Meeting of the Committee there were 9 health care officers (HOT 6) on registered nurse courses. Supporting selected health care officers so they may upgrade their nursing qualifications is a program of major importance and deserves the maximum possible encouragement. With appropriate education, this select group, long experienced in the problems of health care in correctional institutions, should contribute greatly to patient care (Recommendation 74).

This Committee strongly supports this approach of doing justice to these men who for so long provided the nursing services in the C.P.S. institutions and at the same time utilizing their experience to the best advantage.

5.6 Determination of Staff Ratios and Staffing Patterns

An evaluation of the activities and tasks in the health care centre must be carried out by the Medical and Health Care Services Branch to arrive at a breakdown of nursing activities requiring clinical judgment as well as other

nursing functions. Determination of staff ratios in health care centres, i.e., number of hospital officer technicians, registered psychiatric nurses and registered nursing assistants, to registered nurses, should be preceded by an analysis of patients' needs for nursing care to establish nursing staff-patient ratios. The Director General of Medical and Health Care Services should initiate the necessary studies (Recommendation 75).

In the future, the system of provision of medical and health care to patient-inmates must constantly be critically assessed from within the C.P.S. to ensure that it is achieving its goals.

Staffing patterns in the health care centres varied. In determining numbers and kinds of personnel needed, no clear cut criteria had been developed in relation to the workload as regards daily or weekly volumes of patients seen, the number of medications distributed, and the differences inherent in maximum and medium security institutions. The Monthly and Quarterly Statistical Reports of the institutional health care centres, a potentially useful tool in estimating projected staffing requirements, have not yet been used for that purpose.

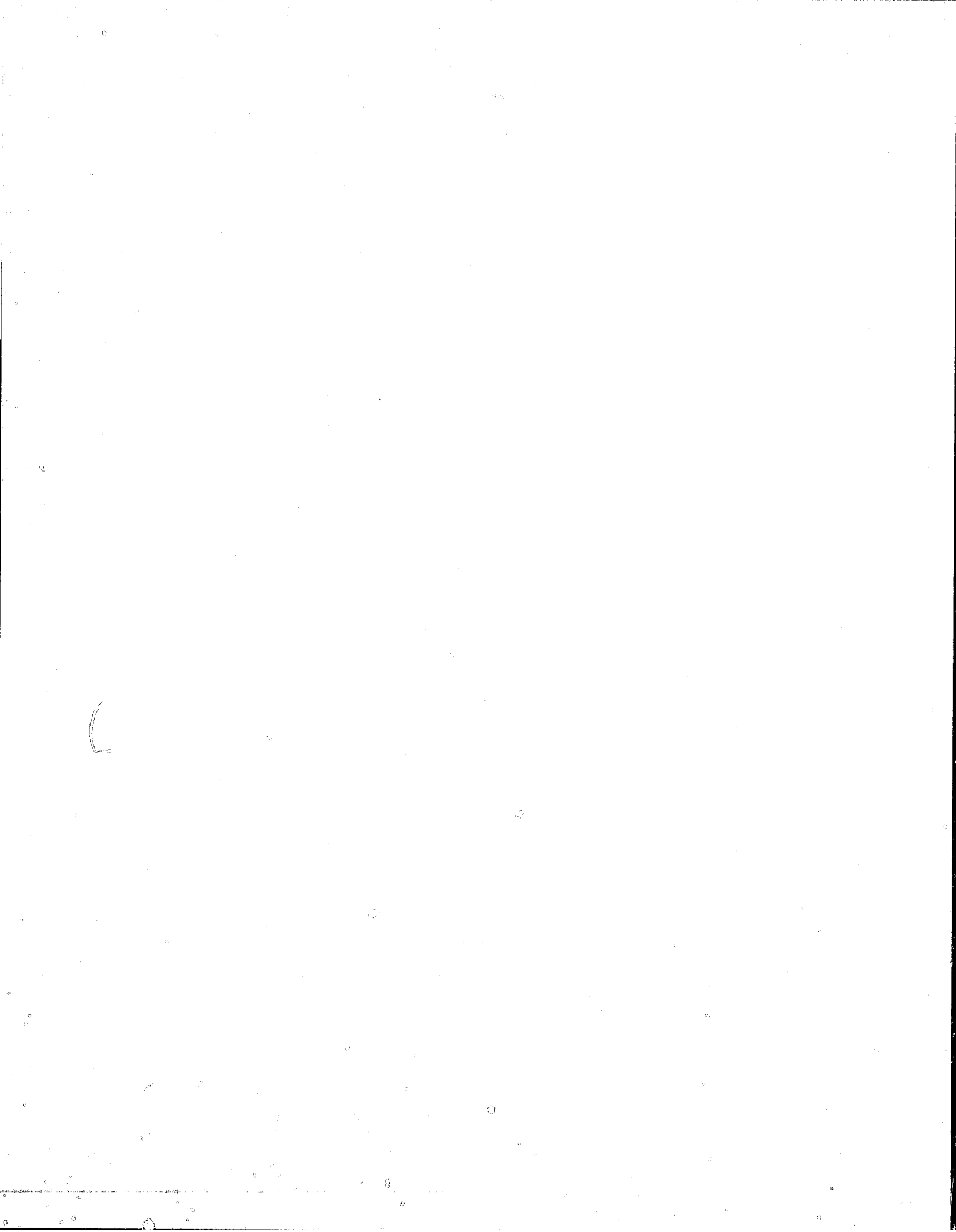
SECTION 6

SELECTED HEALTH SERVICES - ADMINISTRATIVE PROBLEMS

6.1 Inmates Employed in Health Care Centres

In some health care centres, inmates were employed in a variety of roles. These roles included that of hospital orderly, dental assistant, medical records clerk-typist, working in the hospital kitchen and as cleaners. Their presence in the health care centre raises the question of confidentiality both of medical records and of patient-doctor and patient-nurse conversations. In addition, it raises the issue of the ability of the inmate-orderlies to disengage themselves from the social pressures of life as an inmate and of the inmate society. This also relates to their effectiveness in the health care setting. With the advent of registered nurses and registered nursing assistants as well as registered psychiatric nurses, the usefulness of inmate-orderlies is increasingly open to question. Records clerk-typists are clearly contra-indicated; dental technicians have been trained with advantage to inmates and to institution; inmate cleaners must achieve a high civilian standard to maintain proper hygienic standards in a health care centre.

Great care, thought, and attention are needed if inmates are to be employed at all in any capacity in the health care centre. The strong conviction is expressed that the only potentially appropriate role for an inmate in the medical area of the health care centre is as a strictly supervised cleaner (Recommendation 76). In the dental area, inmates have a potential role as a dental technician.



CONTINUED

1 OF 5

6.2 Integration with Provincial Medicare Systems

"To explore the integration of penitentiary health services with the medicare programs of each province"¹, was one of the original terms of reference of the National Health Services Advisory Committee. This subject has been thoroughly explored and it seems not feasible at this time to have an integrated health care program in the C.P.S. with suitable supervision at all levels and with headquarters' support based in Ottawa, that could mesh with the medicare regulations of each province. Therefore arrangements should be initiated and encouraged so that patient-inmates in minimum security institutions as well as inmates in community correctional centres seek medical care as ambulatory patients from civilian doctors and clinics. This should be covered by provincial health insurance plans and could be developed to serve as another link with the community prior to discharge or parole.

The Committee has become aware of the need to ensure that inmates have ready access to health care on leaving the Canadian Penitentiary Service.

The Canadian Penitentiary Service has taken steps to ensure that discharged or fully paroled inmates obtain full medicare and hospital insurance coverage immediately on release from the Penitentiary Service and these arrangements should be regularly reviewed and updated (Recommendation 4).

6.3 Medical Records

The inmate's clinical record was begun at the time he was examined initially on being admitted to the system. The history and physical examination were entered on a form designed for that purpose, C.P.S. 169A - Medical History and Examination Form. Both the physician and the health care officer or the nurse participated in completing that form. Past health information was secured, when appropriate, following the inmate's signed consent. When the inmate was transferred

¹First Report of the National Health Services Advisory Committee, page XIII, item 7.

to his assigned institution from a reception centre the expected procedure was that his medical record would accompany him. However, it was reported that frequently the patient's medical record arrived from the other institution incomplete with rather long delays after his arrival.

Inmates' medical records were secured in locked filing cabinets in the health centre and brought out when the physician or other health staff were working with him. The quality of the information recorded on the clinical records varied greatly throughout the system. Various types of clinical record forms were in use in the health care centres visited, some of them having been designed by an institutional physician for that specific centre's use. Examples of these were medical history forms, progress notes, and count sheets for narcotics and control drugs. The variety of forms complicates the collection of data in uniform fashion which could assist in planning the institutional health care programs in the system.

Provision should be made for doctors and nurses to keep clinical notes regarding inmates undergoing diagnostic investigations or treatment at the health care centre. However, at the end of each episode of illness, only a summary is needed for the permanent health record.

While a new "Problem Oriented Record" system is under development and will be introduced gradually by the Medical and Health Care Services Branch, the fact remains that existing medical health care records in the C.P.S. are a catastrophe.

The separation of general medical records from the psychiatric records of patients handicaps both general medical and psychiatric treatment of inmates because of troublesome, time consuming unavailability of psychiatric records to the general physician and medical records to the psychiatrist. The need is for

one confidential comprehensive medical-dental-psychiatric health care services record¹ using the problem oriented system (Recommendations 25 and 26).

An attempt is made, universally, to maintain the confidentiality of inmates' personal health records. There may, however, be several occasions throughout his stay in the system when as the inmate moves to other institutions, the health record may be passed through several persons; confidential health data could potentially have a wide circulation. Such breaches of confidentiality must be prevented (Recommendation 27). In some institutions, where inmates fulfill health care centre clerical jobs, they did have opportunity for access to other inmates' health records. This represents an unassailable argument for discontinuing the employment of inmates as clerks and patient care orderlies in the health care centres.

To ensure continuity of treatment for the patient-inmate upon parole, or upon completion of his sentence, a summary of his medical record should be prepared and forwarded with the inmate's written permission, to a physician or clinic of his choice (Recommendation 28).

6.4 Administrative Records - Health Care Data

Medical and health care data accurately reflecting the provision of services by the Medical and Health Care Services Branch is inadequate, although there were two major health centre reporting forms observed, the Health Services Quarterly Report and a Monthly Report. These required numerical accounting of out-patient services ("sick parade", "doctor's parade"), consultations, hospitalizations, special procedures, medications, laboratory procedures and so on, each a very detailed report. The Quarterly Report was stated to be signed by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services and the Regional Director,

¹ Recommendation 21 of the First Report of the National Health Services Advisory Committee, 1974.

while the Monthly Report was to be signed by the institutional physician and the director of the institution. Apparently not all institutions or regions forward these forms regularly to national headquarters of the Medical and Health Care Services Branch. The extent to which these reports are used within the institution and by the regional and central administrations may be quite limited. It may be unnecessary to report quarterly when the same data is contained in the monthly reports.

The Branch requires an information system capable of delivering specific, regular, and up-to-date information to the director of the institution, regional headquarters and national headquarters. The kinds of information that must be regularly and promptly available for analysis and use in planning, administration and evaluation include the following: the size and frequency of the doctor's sick parades; the number of patients who were treated; the health care officer's sick parades; the number of inmates occupying health care centre beds; the number of inmates on prescribed medication, the number of inmates receiving psychotropic, hypnotic or analgesic drugs, the quantity of these drugs used in each institution, the number of patient-inmates in hospital facilities outside the C.P.S., and the number of inmates requiring emergency treatment; the number of self-inflicted wounds, the number of attempted suicides, and the number of suicides. The data should be organized by institution and by region and should be related to corresponding inmate population, staff and expenditure data (Recommendation 23).

The Committee has concluded that the value of the existing system of the health care services Quarterly Report and Monthly Report should be reviewed at institutional, regional and national headquarters, in the development of the information system to meet the needs of the Medical and Health Care Services Branch (Recommendation 24).

SECTION 7

PHYSICAL FACILITIES IN HEALTH CARE CENTRES

In a number of the institutions visited, the physical facilities in which the health centres were located constituted a major impediment to delivering health care. In the older institutions, the facility was generally a poorly designed remodelled section of the institution, ill-adapted to primary health care for ambulatory patient-inmates.

The treatment areas will often consist of a large room, unfurnished save perhaps for a table in a corner where quasi-physiotherapy treatments are given.

Some of the health care centres, notably those in older institutions are dirty and dismal. This impression is often reinforced by inadequate lighting and ventilation, deterioration of interior materials such as floors, absent tiles or plaster, peeling plaster, and interior colour schemes featuring dark and heavy colours. Cleaning is often carried out by inmate-orderlies who obviously have a minimal commitment to their job.

The impression conveyed by a centre dispensing medical and health care services is important to patient and staff alike. If confidence is inspired by the bright and clean surroundings in many Canadian hospitals, what impression must be conveyed by dark, often dirty penitentiary health care centres. Where appropriate, the interior appearance of health care centres should be brightened and improved by the use of new floor tiles, new interior colour schemes, and improved lighting, and the health care centres should be maintained in an impeccably clean condition (Recommendation 46).

In most centres the infirmary or in-patient section of the health care centre consisted of a large ward holding several beds or a number of individual

cells side by side along a corridor. Less than half of the beds were observed to be in use and extra space in the infirmaries observed was often used for storage of equipment and supplies, giving them a cluttered disorderly appearance.

The office accommodation for the institutional physician was often cramped and small with little or no privacy, with crowded examining facilities and no wash basins.

Only 4 of the 24 major institutions completing the Health Services Questionnaire said that there was no office for the senior institutional physician physically separate from other rooms. In about one-third of the institutions there was additional office space for other physicians. In nearly half the institutions the senior institutional physician had an examining room in addition to his office. In over half the institutions there was an examining room for patient-inmates attending sick parade, but 9 institutions lacked this specific accommodation. Space and facilities were almost uniformly inadequate for medical interviews, personal counselling and psychiatric services. Space is needed for medical and nurses' interviews with patient-inmates where conversations cannot be overheard by other inmates, correctional staff, or health care officers (HOT 6).

There appeared to be a real deficiency with respect to nursing staff accommodation as only half the institutions provided a room for the head or senior nurse for examinations, interviews, or other health purposes. In at least one case, the nurse used the physician's office when he was not present. Many institutions did not provide rooms for other nurses. Ambulatory patient care requires small office-examining rooms if physicians, psychiatrists and nurses are to engage effectively in counselling patients. An insufficient number of small office-examining rooms is a serious deficiency. The design of institutional health care centres requires constant updating and revision in the light of advice from the

Medical and Health Care Services Branch. Input from the users, the clinical staff of physicians, nurses and dentists is required from the earliest phase of the planning process (Recommendations 44 and 45).

7.1 X-Ray Facilities

Many institutional health care centres also contain x-ray facilities. A radiological consultant to the Committee, Dr. H. Fransman, studied Canadian Penitentiary Service radiology equipment in the Ontario Region and his Report is appended to this study (Appendix D). The Committee was in agreement with Dr. Fransman's Report regarding the Ontario area, the recommendations of which may be summarized as follows. Institutions of the magnitude of Collins Bay, Joyceville and Millhaven, should have both a general purpose x-ray machine with chest stand, and a dental unit along with wet processing equipment. X-ray equipment should not include the capacity for special examinations requiring the introduction of foreign material intravenously by mouth or rectum. Radiation protection arrangements should be in accordance with the provincial regulations prevailing both as far as construction of the x-ray room and the individual protection of the patient and the operator are concerned.

SECTION 8
RECOMMENDATIONS

The Committee considered that it would be useful to collect and present in this Section of the Report the Recommendations reached on the basis of: i) the informed and authoritative views and suggestions given to the Committee; ii) the study of statistics and other information made available to it, and especially, iii) the observations of Committee Members on visits made to C.P.S. institutions (see Appendix C for list), including conversations with inmates.

The Recommendations derived from all the evidence, study and discussion of the Committee as presented in the whole Report. The relevant page numbers of the discussion in the body of the Report are given in parenthesis after each Recommendation; in the text, the number of each relevant Recommendation is indicated. The 76 Recommendations in this Report should be considered in conjunction with the 48 Recommendations of the Committee's First Report. They have been grouped into the following major topics according to general subject and not according to the sections of the index of the Report.

Medical and Health Care Services
Branch Policy and Administration - Recommendations 1 to 6.

Regional Reception Centres or Units - Recommendations 7 and 8.

Budgets and Cost-Effectiveness - Recommendations 9 to 13.

Staff Performance and Evaluation - Recommendations 14 to 22.

Management Information System
(Records, Reports, Statistics) - Recommendations 23 to 28.

The Institutional Health Care Centre -
Policy, Administration, and Scope of Services - Recommendations 29 to 39.

Beds - Recommendations 40 and 41.

Emergency Kits - Recommendation 42.

Security - Recommendation 43.

Facilities and Design - Recommendations 44 to 46.

Hygiene and Sanitation - Recommendations 47 to 49.

Medicine (Drugs) - Recommendations 50 to 57.

Health Care Centre Staff
Personal and Professional Requirements - Recommendations 58 to 62.

Institutional Physician and
Assistant Director Health Care - Recommendations 63 to 67.

Nursing Services and Staff - Recommendations 68 to 76.

MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES
BRANCH POLICY AND ADMINISTRATION

1. It is recommended again as in the First Report of the Committee (Recommendation 12), that a single unified system of administration, including psychiatric services, be developed urgently throughout the Medical and Health Care Services Branch through the Deputy Regional Directors (15).
2. It is recommended again as in the First Report of the Committee (Recommendation 9), that the Director General, Medical and Health Care Services must be provided with a group of consultants (National) representing at the outset general medical care, psychiatry, dentistry and nursing, on the basis of approximately 5 half-day sessions per week. The term of appointment should be for a period of 3 years, renewable (2).
3. It is recommended that arrangements for medical and health care services for inmates isolated in minimum security institutions, such as community correctional centres, farms, forestry camps, dormitories and trailers should be reviewed to ensure that appropriate services are readily available from other C.P.S. institutions or from civilian sources (4).
4. It is recommended that the C.P.S. continue to take steps to ensure that discharged or fully paroled inmates obtain full medicare and hospital insurance coverage immediately on release from the Penitentiary Service (75).
5. It is recommended that the C.P.S. should guard against unduly early return of post-operative patients from a civilian general hospital to institutional health care centres, where professional staff and medical facilities may be inadequate (51).

6. It is recommended that chronically ill and permanently disabled patient-inmates who are confined to bed in the health care centre and no longer present a risk to society should be candidates for parole to a civilian hospital for the chronically ill (57).

REGIONAL RECEPTION CENTRES OR UNITS

7. It is recommended that high priority should be given to the prompt development of regional medical and health care services reception centres or units with modern facilities and a full complement of medical and health care services staff. These units should be located in the closest proximity and seek affiliation with a university health sciences centre or university affiliated general hospital, including psychiatry (17).
8. It is recommended again as in the First Report of the Committee (Recommendation 20), that the medical and health care services staff at the regional reception centres or reception units should produce a comprehensive multidisciplinary medical report, i.e., a functional assessment of physical, mental and emotional status for purposes of classification of inmates and for subsequent use in health care centres. This report should then be further classified by a medical board (18).

BUDGETS AND COST-EFFECTIVENESS

9. It is recommended that the development and the management of the total budget for medical and health care services in the C.P.S. be the responsibility of the Director General of the Medical and Health Care Services Branch (33).
10. It is recommended that the Director General of Medical and Health Care Services be provided with sufficient and appropriate resources at Headquarters in order to develop and administer the budget of the Branch (33).

11. It is recommended that the Assistant Director, Health Care, in consultation with the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, and the director of the institution, be responsible for the development of the annual budget for the institutional health care centre, including the salaries of all medical, dental, nursing, and other allied health personnel and the acquisition of medical and dental equipment, supplies and drugs (32).
12. It is recommended that the proposed budgets for all health care centres in addition to being submitted to and approved by the institutional director for inclusion in the institutional budget, be received and approved by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, for inclusion in his regional budget for medical and health care services (33).
13. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch should develop internal administrative systems permitting the application of strict controls concerning the medical and dental effectiveness of existing treatment services and the development of new resources, and cost-effectiveness in the acquisition of medical and dental equipment, supplies and drugs (33).

STAFF PERFORMANCE AND EVALUATION

14. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch of the C.P.S. must encourage and insist on a high standard of practice from its physicians, emphasizing the value of the full and careful problem oriented history, a complete physical examination, and a specific diagnosis and treatment (61).

15. It is recommended that regular evaluation of institutional physicians, dentists, nurses and allied health personnel constituting the health care centre staff should be carried out, with a view to improving professional services, by the Deputy Regional Director Medical and Health Care Services or his nominee, the institutional physician and the appropriate national consultant. It is further recommended that the Director General of Medical and Health Care Services be made aware on a regular basis of the work performance of the medical and health care staff throughout the institutions of the C.P.S. (61).
16. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch of the C.P.S. must reserve the option of maintaining only effective incumbents as full-time public servants with mutually agreeable terms of reference (29).
17. It is recommended that the consultants in general medicine, psychiatry, nursing and dentistry be appointed at an early date and that the consultants visit and meet with the staff of health care centres reviewing their clinical activities and special problems, both professional and administrative (62).
18. It is recommended that, after an integrated, comprehensive problem-oriented medical record has been introduced into the C.P.S., chart audits should take place regularly, either by a peer review committee or by a national consultant, as a method of evaluating and improving the quality of care (62).
19. It is recommended that regular meetings of the regional medical staff should take place for the joint study of the common clinical problems of patient-inmates and of administrative problems (29).

20. It is recommended that regular staff meetings of the institutional health care centre ("rounds") should be organized, including the physician, nursing staff and psychiatrist, as well as any other person deemed likely to contribute to the advancement of treatment services for patients, the efficient operation of the institutional health care centre, and the development of the health care staff (30).
21. It is recommended that either the classification officer or the medical social worker should attend the health care centre staff meetings at regular stated intervals and as necessary (30).
22. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch should support and where feasible participate in the development of a system of accreditation of "office practice" or ambulatory patient care in institutional health care centres with a view to seeking accreditation by the appropriate body as the system develops (62).

MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM
(RECORDS, REPORTS, STATISTICS)

23. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch develop an information system capable of delivering for analysis and use in planning, administration and evaluation, specific regular and up-to-date information. This information should concern the operation of the medical and health care services and the health of the inmates; it should include the number of inmates reporting sick and the number treated by nurses, by health care officers or by physicians; the number of self-inflicted wounds; the number of attempted suicides and suicides; the status of drug use; and any medical, including psychiatric, problems of special importance in prisons. The data should be organized by institution and by region and be related to corresponding inmate population, staff and expenditure data (78).

24. It is recommended that in the development of the information system to meet the needs of the Medical and Health Care Services Branch the value of the existing system of the health care services Quarterly Report and Monthly Report should be reviewed at institutional, regional and national headquarters (78).
25. It is recommended again as in the First Report of the Committee (Recommendation 21), that the inmate's medical, dental and psychiatric history be kept as one comprehensive medical-dental-psychiatric health care services record (77).
26. It is recommended that the medical-dental-psychiatric record be maintained using the problem oriented system and only the forms approved and provided by the Medical and Health Care Services Branch; and that this record system be used exclusively throughout the Medical and Health Care Services Branch for recording all medical and health care data (77).
27. It is recommended that portability of the inmate's integrated comprehensive health record in the C.P.S. be facilitated; that the record should be directly transferred from one health care centre to another concurrently as the patient is transferred from one institution to another or from one level of care to another; that the confidentiality of the inmate's health record should not be breached during transfer (77).
28. It is recommended that when an inmate is paroled or upon completion of his sentence, a summary of his medical record should be prepared and forwarded with the inmate's written permission to a physician or clinic of the inmate's choice (77).

THE INSTITUTIONAL HEALTH CARE CENTRE -
POLICY, ADMINISTRATION, AND SCOPE OF SERVICES

29. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch establish, as soon as possible, well-defined medical policies governing the function of institutional health care centres (20).
30. It is recommended that the Assistant Director, Health Care, the senior nurse and the dentist should be encouraged by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, to develop professional and administrative guidelines concerning institutional treatment services; institutional medical and health care guidelines must be in keeping with the policies of the Medical and Health Care Services Branch, and consistent with high quality medical and nursing practice and with the overall policies in the individual institution (20).
31. It is recommended that new administrative arrangements be implemented at an early date to improve the efficiency and organization in institutional health care centres (20).
32. It is recommended that a physician be available on call on a twenty-four hour basis and that a member of the nursing staff, (registered nurse, registered psychiatric nurse or registered nursing assistant) be on duty in the health care centres around-the-clock, and that the services of physicians, nurses and dentists must be available around-the-clock for inmates in case of emergencies (16).

33. It is recommended that the resources of the institutional health care centres, the institutional physician, and the health care services staff, be devoted exclusively to the care of inmates and that C.P.S. staff occupational health services be separate, except in the case of medical emergencies, from the functions of the institutional health care centre which has as its primary role the medical and health care of inmate-patients (64).
34. It is recommended that guidelines be established for the organization and control of physicians' sick parades, leading to the control of the number and flow of patients in relation to patients' needs, the availability of staff and other resources, as well as security requirements (38).
35. It is recommended that screening of patients for the detection of medical problems which may require the physician's attention be carried out, whenever feasible, by a registered nurse trained to function in "an extended role" - nurse-practitioner, under the responsible supervision of the institutional physician (37).
36. It is recommended that expanded psychiatric education of the general medical and nursing staff should be undertaken by the psychiatric services under the direction of the regional psychiatric consultant in order to improve the identification and treatment of psychiatrically ill patient-inmates (47).
37. It is recommended that all inmates with suspected psychiatric problems be evaluated and if appropriate, treated by the institutional health care staff, as an initial step, with the support of the psychiatric consultant (47).

38. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch of the C.P.S., through its national consultants and appropriate medical specialists, re-evaluate the need and adequacy of specialist services and related special equipment in the institutional health care centre; for example, x-ray, ophthalmological and optometry services, otolaryngology and audiology (45).
39. It is recommended that major surgery should not be carried out in C.P.S. institutions (51).

BEDS

40. It is recommended that the bed entitlement in the health care centre of an institution should be 2% of the inmate capacity served by the institution, increased to 3% for various combinations of geographic isolation, care of psychiatrically ill patients, post-operative care and convalescent care (56).
41. It is recommended that health care centre hospital beds be used only for inmates with an identified medical condition which precludes the patient remaining in his cell and upon the recommendation of the health care centre medical and nursing staff (R.N.); or health care officer (hospital officer technician or registered psychiatric nurse) acting on the specific instruction of the physician (56).

EMERGENCY KITS

42. It is recommended that the national consultants develop a standardized emergency "kit" containing medications and materials appropriate for use in each type of C.P.S. institution, and that subsequently, training programs be developed so that all health care centre personnel are competent to treat emergencies using the emergency kit (48).

SECURITY

43. It is recommended that security arrangements in the C.P.S. health care centres be upgraded, that health professionals (doctors, dentists, and nurses) and allied health personnel not be used for purposes of security, and that early action be undertaken to correct unsatisfactory situations (63 & 64).

FACILITIES AND DESIGN

44. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch develop criteria for health care centre design, bearing in mind the C.P.S. policy of creating smaller institutions for a maximum of 200 inmates, the primary health care role of these centres and the need for adequate office and examining room facilities to implement fully this primary health care role (81).
45. It is recommended that when existing health care centres are undergoing re-development or new health care centres are being designed, user committees made up of medical, nursing and dental staff should have a significant input from the earliest phase of the planning process (81).
46. It is recommended that where indicated, the interior appearance of health care centres be brightened and improved by replastering, the use of new floor tiles, new interior colour schemes, and improved lighting and that the health care centres be maintained in an impeccably clean condition (79).

HYGIENE AND SANITATION

47. It is recommended that the Assistant Director, Health Care, or his delegate, if a registered nurse with training in public health, should conduct a sanitary inspection of the institution at weekly intervals with the director of the institution or his deputy (65).

48. It is recommended that reliable arrangements must be established for a monthly or bimonthly inspection of the whole institution by federal, provincial, or municipal public health authorities; that a report of the inspection should be transmitted to the director of the institution, the Assistant Director, Health Care, and to the Regional Director and the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, and that the recommendations be closely followed (65).
49. It is recommended that standing arrangements should be established ensuring the ready availability of a public consultant in hygiene in the event of a breakdown in regular measures supporting sanitation or in the case of an epidemic (65).

MEDICINE (DRUGS)

50. It is recommended that top priority should be given to the development of a policy in the Medical and Health Care Services Branch concerning the use and distribution of medications - drugs (44).
51. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch drastically curtail the use of symptomatic medication in the C.P.S. by limiting it to those cases where there is convincing evidence of patient need (40).
52. It is recommended that all physicians' prescriptions in the C.P.S. must be for a specific period of time, which will be no longer than medically necessary and shorter than in civilian life, that all patients on long-term medication be regularly reviewed in terms of their need to continue the medication, and that renewal of prescriptions require the signature of the physician (44).

53. It is recommended that no drug other than acetylsalicylic acid (ASA) be dispensed to C.P.S. inmates save as a result of a physician's specific prescription, or in the event of an emergency, and that standing orders shall not be permitted which authorize health care officers to dispense drugs, especially controlled drugs, to C.P.S. inmates (44).
54. It is recommended that the Medical and Health Care Services Branch constantly monitor drug use in C.P.S. institutions and investigate and remedy those situations where drug use is significantly higher than the expected average (44).
55. It is recommended that no request by a patient for hypnotic or sedative medication be prescribed by the institutional physician without a search for evidence that the patient's sleep is disturbed in reports from correctional officers, nurses or health care officers (43).
56. It is recommended that large carts and trays of drugs and medications in a highly visible central distribution point should be abolished (41).
57. It is recommended that pharmacists' services be extended to those regions where they do not exist to control the purchase, storage and dispensing of drugs (44).

HEALTH CARE CENTRE STAFF
PERSONAL AND PROFESSIONAL REQUIREMENTS

58. It is recommended that the criteria for selection of doctors and nurses in the C.P.S. include emotional maturity and a full understanding of the wider implications of health care in a federal prison so that they may function to their own satisfaction as effective members of the health care teams, able to handle gratuitous insults, and deal with constant active or passive manipulation, etc., occurring daily in penitentiary society (23).

59. It is recommended that a demonstrated ability to work as a member of a health care team should be one criterion for selection of the institutional physician (24).
60. It is recommended that physicians holding certificates of the College of Family Physicians of Canada or of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada be preferred as candidates for institutional physicians (24).
61. It is recommended that a period of orientation or other specific introductory training be mandatory for new institutional physicians, dentists, nurses and allied health personnel to acquaint them with the special complexities of prison medicine; this should include instruction in forensic psychiatry (24).
62. It is recommended that physicians, nurses, dentists, and allied health personnel serving in C.P.S. institutions be members of the Canadian Association on Medicine in Correctional Institutions, and participate in their appropriate provincial/national and international associations (25).

INSTITUTIONAL PHYSICIAN AND
ASSISTANT DIRECTOR HEALTH CARE

63. It is recommended that notwithstanding the nature of the institutional physician's arrangements with the C.P.S. he must maintain his professional responsibility and authority as Assistant Director Health Care, relative to patient care, to supervision of medical and health care staff, to development of the budget, and for recommendations concerning the acquisition of medical equipment, supplies and drugs (21).

64. It is recommended that the terms of reference of the senior institutional physician be rewritten to describe completely his change in function, in keeping with the proposed title, Assistant Director, Health Care. This will include the necessary authority for the acquisition of medical equipment, supplies and drugs for the institutional health care centre in keeping with the policies of the Medical and Health Care Services Branch, and the budgetary responsibility (Recommendation 11) of the Assistant Director, Health Care (20 & 31).
65. It is recommended that the Assistant Director, Health Care, should participate in all institutional management meetings, on behalf of the medical health care program in the institution and have an equal status with the other assistant directors, e.g., the assistant director of inmate programs, assistant director of supplies and services, and assistant director of security (22).
66. It is recommended that initially each existing institutional physician undergo an individual evaluation by the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services, or in his absence by a nominee of the Director General, Medical and Health Care Services, and the director of the institution with respect to his suitability and interest in administration before assuming the responsibilities of the Assistant Director, Health Care, in the institution (23).
67. It is recommended that:
- (a) Future appointments to the position of institutional physician and Assistant Director, Health Care, should be made on a part-time basis whether by contract or as a public servant (28).
 - (b) The C.P.S. should define the terms of employment of the institutional physician whatever the method of employment, e.g., employed part-time under contract, as a part-time public servant, or a regular full-time public servant (26 & 28).

- (c) Part-time duties for institutional physicians should be not less than the minimum period promoting commitment to the C.P.S. and not more than a period which leaves sufficient time for maintaining outside professional activities, a minimum of three half-days and a maximum of six half-days per week, exclusive of emergency services (27).
- (d) The system of appointing and paying part-time physicians for C.P.S. should continue to be phased in gradually and that it be applied to positions becoming vacant (29).
- (e) An attractive income schedule be developed with respect to part-time institutional physicians bearing in mind the difficult character of their work, their numerous responsibilities and the need to compete effectively for capable physicians within the civilian market place (29).

NURSING SERVICES AND STAFF

- 68. It is recommended that the terms of reference of the regional nurse be changed to include functional (professional) responsibility for all nursing services in the region, including nursing services in the regional psychiatric centres, and that the regional nurse be functionally (professionally) accountable for the quality of nursing services to the Director of Nursing as well as having line responsibility to the Deputy Regional Director, Medical and Health Care Services (19).
- 69. It is recommended that reorganization of the health care centre nursing services as part of the proposed reorganization of the Medical and Health Care Services Branch is required urgently (66).

70. It is recommended that the introduction of registered nurses into the Medical and Health Care Services of the C.P.S. should be continued and accelerated, particularly in the institutional health care centres (68).
71. It is recommended that the senior health care officers in the health care centres be registered nurses, trained to function in an "extended role" as nurse-practitioners and that whenever possible future appointments as senior health care officer be confined to this group of registered nurses and that they should be officially entitled "senior nurse" (68).
72. It is recommended that under the authority of the institutional physician (Divisional Instruction No. 1106 5 a.), the responsibilities of the senior nurse include the carrying out of day-to-day administration of the health care program, i.e., supervision of nursing staff; the maintenance of the standards and quality of nursing care carried out by registered nurses, registered nursing assistants, and hospital officer technicians and registered psychiatric nurses; the responsibility for the distribution of medications, delegated if necessary to other registered nurses; the development, in consultation with duty nurses, of the nursing care program for in-patients; the provision of emergency patient care by the staff of registered nurses and registered nursing assistants, with the support of the institutional physician (49).
73. It is recommended that future nursing needs of the institutional health care centre be met by employing registered nurses and qualified registered nursing assistants to complement the staff of registered nurses; and that registered psychiatric nurses be employed, where consistent with provincial licensing regulations, to help meet the need for psychiatric nursing services (50, 67 & 69)

74. It is recommended that selected registered psychiatric nurses and other hospital officer technicians wishing to pursue a career in the Medical and Health Care Services Branch of the C.P.S. be offered the opportunity and receive financial support so they can undertake the appropriate education in recognized nursing education facilities in order that they may become registered nurses or registered nursing assistants (72).
75. It is recommended that the determination of the number of registered nurses and the determination of staff ratios in health care centres, i.e., the ratio of the total number of hospital officer technicians, registered nursing assistants and registered psychiatric nurses to registered nurses, be preceded by an analysis of patients' needs for nursing care, and that to establish this ratio the Director General should initiate the necessary studies (73).
76. It is recommended that inmates not be employed in any medical or nursing service or medical or nursing related service in the health care centre save as cleaners and in this capacity they require careful supervision (74).

BIBLIOGRAPHY¹

1. Advisory Board of Psychiatric Consultants, Canadian Penitentiary Service - "The General Program for the Development of Psychiatric Services in Federal Correctional Services in Canada", Dr. F.C.R. Chalke, Chairman, 1972.
2. Management Consulting Services, Department of the Solicitor General, Canada; "Health Care Services in the Canadian Penitentiary Service", Report #35, May 1972.
3. McLean, Margaret D. and Riddell, Betty, "Report of Visit to Six Penitentiaries", July 1, 1971. Unpublished Report to Commissioner of Penitentiary Service.
4. National Health Services Advisory Committee, Canadian Penitentiary Service, "First Report to the Commissioner of the Canadian Penitentiary Service", June 7, 1974. Chairman, Dr. E.H. Botterell.
5. Ministry of Correctional Services Ontario, "Enquiry into the Health Care System, Ministry of Correctional Services, Ontario". November 28, 1972. Dr. E.H. Botterell. Committee of One.
6. U.S.A., Bureau of Prisons, Health Services Division, "Federal Prison Medical Program", January 1973.
7. Harvard Medical Alumni Bulletin, July/August 1975, Vol. 49, No. 6 , pp. 17-20 "From Harvard to Walpole Prison (and Back)" by Curtis Prout.

¹See also bibliography of the First Report of the National Health Services Advisory Committee.

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS

April 11, 1975

le 11 avril 1975

DIVISIONAL INSTRUCTION
No. 1105INSTRUCTION DIVISIONNAIRE
N° 1105

Medical and Health Care Services
Branch Administration Function -
National Headquarters and
Regional Psychiatric Centres

Services médicaux et services de soins
de santé. Fonction d'administration
de la Direction - Administration
centrale et centres psychiatriques
régionaux

1. PURPOSE

This instruction establishes the administrative structure of the Medical and Health Care Services Branch and the activities carried out in the discharge of the function.

2. RESPONSIBILITY

The Medical and Health Care Administration function shall be discharged at four levels within the Medical and Health Care Services Branch:

- a. National Headquarters;
- b. Regional Headquarters;
- c. Regional Psychiatric Centres;
- d. Institutions (as distinguished from c. above).

3. NATIONAL HEADQUARTERS
STRUCTURE AND ORGANIZATION

- a. The Medical and Health Care Administration function at National Headquarters of the CPS shall be discharged through a section of Administration. This

1. OBJET

La présente instruction établit la structure administrative de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé ainsi que les activités exécutées dans l'exercice de la fonction d'administration.

2. RESPONSABILITÉ

La fonction d'administration des Services médicaux et des services de soins de santé s'exerce à quatre niveaux au sein de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé:

- a. Administration centrale;
- b. Administration régionale;
- c. Centres psychiatriques régionaux;
- d. Institutions (autres que celles dont il est fait mention en c. ci-dessus).

3. STRUCTURE ET ORGANISATION DE
L'ADMINISTRATION CENTRALE

- a. La fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé à l'Administration centrale du S.C.P. est exercée par la section de l'Administration. Cette section est dirigée

section shall be headed by a Chief, accountable to the Director General for the efficient and effective operation of all managerial support service, including budgetary and financial control and performance of relevant staff involved in these matters. The Chief shall exercise line authority over staff in his section and functional supervision over the Hospital Administrator at the Regional Psychiatric Centres.

b. Major objectives are:

- (1) Planning, developing, implementing and administering a Medical Services Management Information System.
- (2) Branch administrative management, including budget control.
- (3) Long range accommodation planning.
- (4) Review and evaluation of existing policies, procedures and programs.

c. To achieve these objectives, the Branch Administration Section comprises two sub-sections:

(1) Medical Management Information

The major objective of this sub-section

par un chef qui est responsable envers le directeur général de l'efficacité de tous les services de soutien de la gestion, notamment le contrôle budgétaire et financier ainsi que le rendement du personnel préposé à ces activités. Le chef exerce une autorité hiérarchique sur le personnel de sa section et une surveillance sur l'administrateur des services hospitaliers au Centre psychiatrique régional.

b. Les principaux objectifs sont:

- (1) L'élaboration, l'organisation, l'implantation et l'administration d'un système intégré de gestion des services médicaux.
- (2) La gestion de la direction, notamment le contrôle du budget.
- (3) La planification à long terme des installations.
- (4) L'examen et l'évaluation des politiques, des méthodes et des programmes actuels.

c. La réalisation de ces objectifs sera assurée par les deux sous-sections de la section de l'Administration:

(1) Informatique médicale

Cette sous-section a pour objectif principal

is to establish and maintain a formal and effective communication network for all medical documents and other records in the manner established by the Canadian Council on Hospital Accreditation.

d'établir et d'entretenir, de la manière prescrite par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, un réseau officiel et efficace de communications concernant tous les documents médicaux et autres archives.

(2) Administrative Services

(2) Services administratifs

The major objective of this sub-section is to provide efficient and effective management of support services in:

Cette sous-section a pour objectif principal d'assurer une gestion efficace des services de soutien pour ce qui concerne:

(a) Office Administration;

(a) L'administration des bureaux;

(b) Branch Administrative Policies and Procedures;

(b) Les politiques et les méthodes administratives de la direction;

(c) Financial Management;

(c) La gestion financière;

(d) Immediate and Long Range Accommodation Planning.

(d) La planification immédiate et à long terme des installations.

4. REGIONAL PSYCHIATRIC CENTRES

4. CENTRES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX

a. The Medical and Health Care Administration function at the Regional Psychiatric Centre is the responsibility of the Hospital Administrator accountable to the Director for the efficient and effective operation of his activities.

a. La fonction d'administration des Services médicaux et des services de soins de santé au Centre psychiatrique régional incombe à l'administrateur des Services hospitaliers responsable envers le directeur de l'efficacité de ses activités.

b. Major objectives are:

b. Les principaux objectifs sont:

(1) Medical Management Information Program - designed for the

(1) Programme d'informatique médicale - destiné à maintenir un réseau de

maintenance of the communication network for all medical documents and other records.

communications concernant tous les documents médicaux et autres archives.

(2) Medical Records Library

(2) Centre des archives médicales

(a) To establish and maintain all medical documents and records in the manner established by the Canadian Council on Hospital Accreditation.

(a) Pour établir et tenir tous les documents médicaux et les archives de la manière prescrite par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux.

(b) To provide support in legal admission and discharge of patients.

(b) Pour appuyer l'admission et le départ des malades dans les formes judiciaires.

(3) Administrative Services - to provide service in office accommodation, procedures, material management, property, maintenance of grounds, buildings and engineering equipment, telephone and stenographic services, personnel.

(3) Services administratifs - pour rendre les services relatifs aux locaux de bureaux, aux méthodes, à la gestion du matériel, aux biens, à l'entretien des terrains, des édifices et de l'outillage, au téléphone, à la sténographie et au personnel.

(4) Financial Management - determination of financial requirements, controlling costs in relation to operational accomplishment and exercising spending authority to approve charges against the budget.

(4) Gestion financière - pour déterminer les exigences financières, exercer un contrôle sur les frais relatifs à l'exécution des activités et exercer le pouvoir d'engagement de dépenses pour approuver les imputations au budget.

c. The Hospital Administrator will be assisted in the

c. L'administrateur des Services hospitaliers est aidé dans

discharge of his responsibilities by the following personnel:

- (1) Laundry Manager;
- (2) Procurement and Stores Officer;
- (3) Personnel Officer;
- (4) Assistant Hospital Administrator;
- (5) Financial Administrator;
- (6) Food Services Supervisor;
- (7) Plant Maintenance Supervisor.

The Hospital Administrator at the Regional Psychiatric Centre receives his line authority from the Medical Director and has line authority over staff in his section. He receives his functional supervision from the Chief, Medical Administration at National Headquarters.

l'exercice de ses fonctions par les fonctionnaires suivants:

- (1) le gérant des services de buanderie;
- (2) l'agent des approvisionnements et des magasins;
- (3) l'agent du personnel;
- (4) l'administrateur adjoint des services hospitaliers;
- (5) l'administrateur des services financiers;
- (6) le surveillant des services d'alimentation;
- (7) le surveillant de l'entretien des installations.

L'administrateur des services hospitaliers au Centre psychiatrique régional relève du directeur médical et exerce une autorité hiérarchique sur le personnel de sa section. Il travaille sous la surveillance du chef, Administration des services médicaux, à l'Administration centrale.

5. ORGANIZATION CHARTS

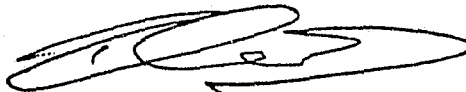
Annexes "A", "B", "C", "D" and "E", to be read in conjunction with this D.I., indicate the various levels of organization within the Medical and Health Care Services Branch.

Director General,
Medical and Health Care
Services Branch.

5. ORGANIGRAMMES

Les annexes "A", "B", "C", "D" et "E", qui doivent être lues concuremment avec cette I.D., indiquent les divers niveaux de l'organisation au sein de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé.

le Directeur général,
Direction des Services
médicaux et des services
de soins de santé.



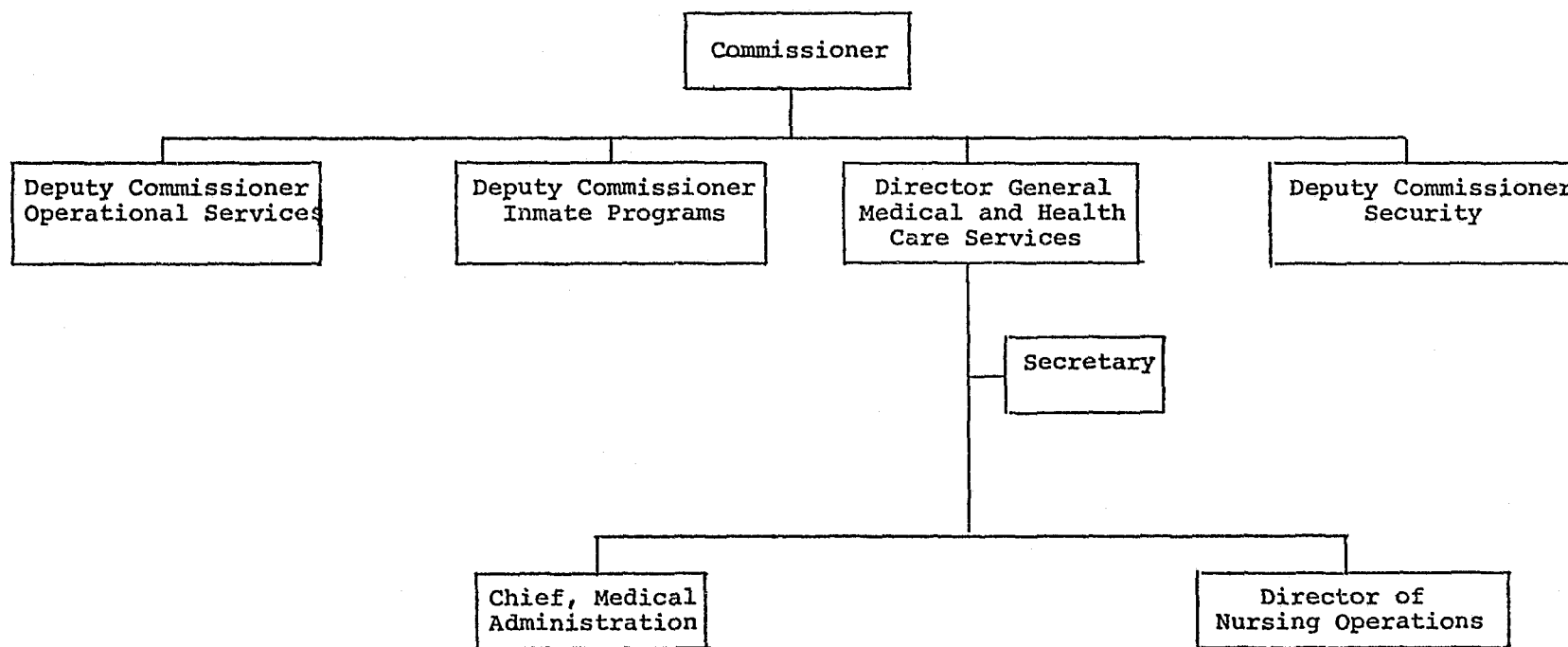
D. Craigen

Annex "A" to D.I. No.11

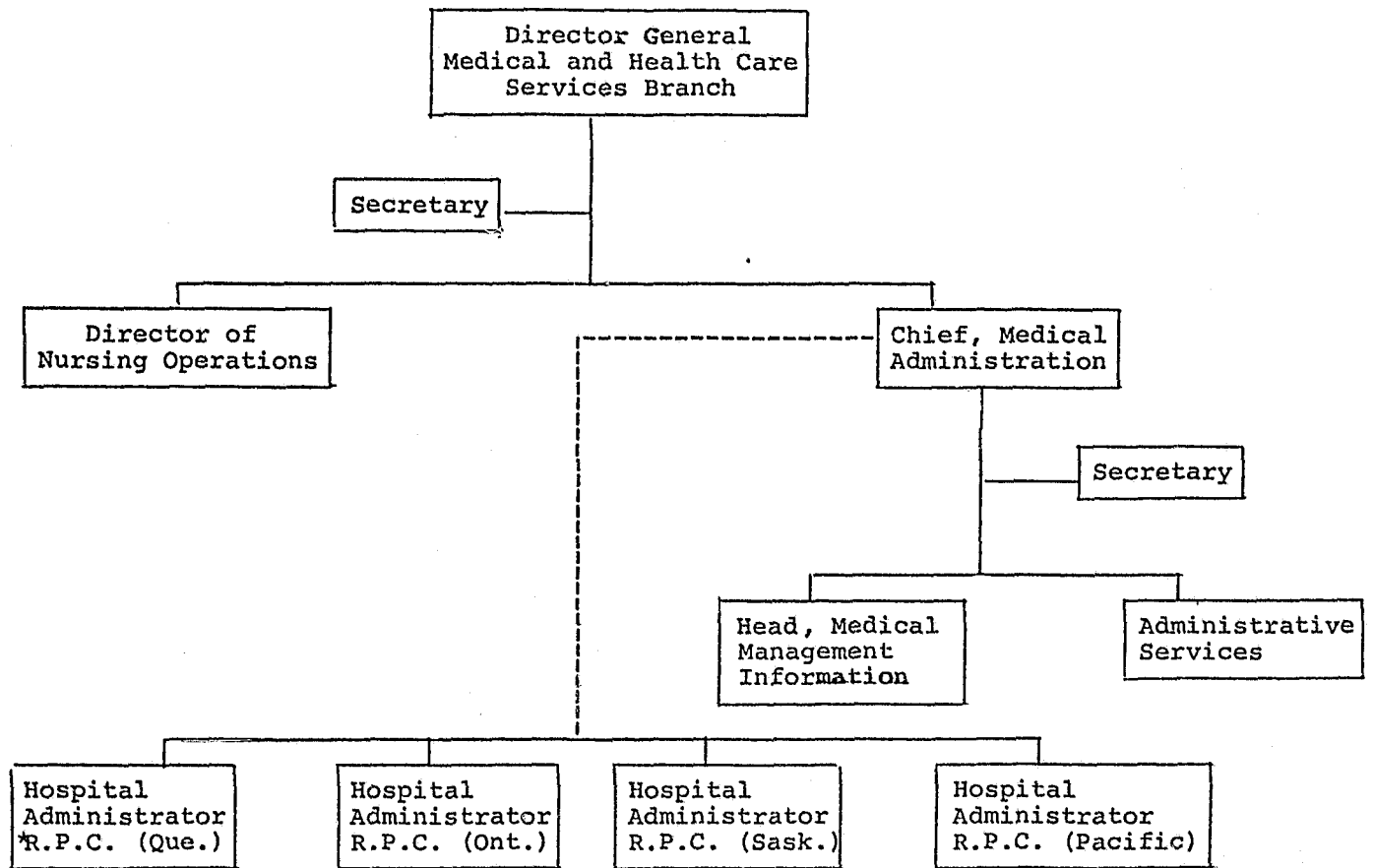
National Headquarters

Branch Organization

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



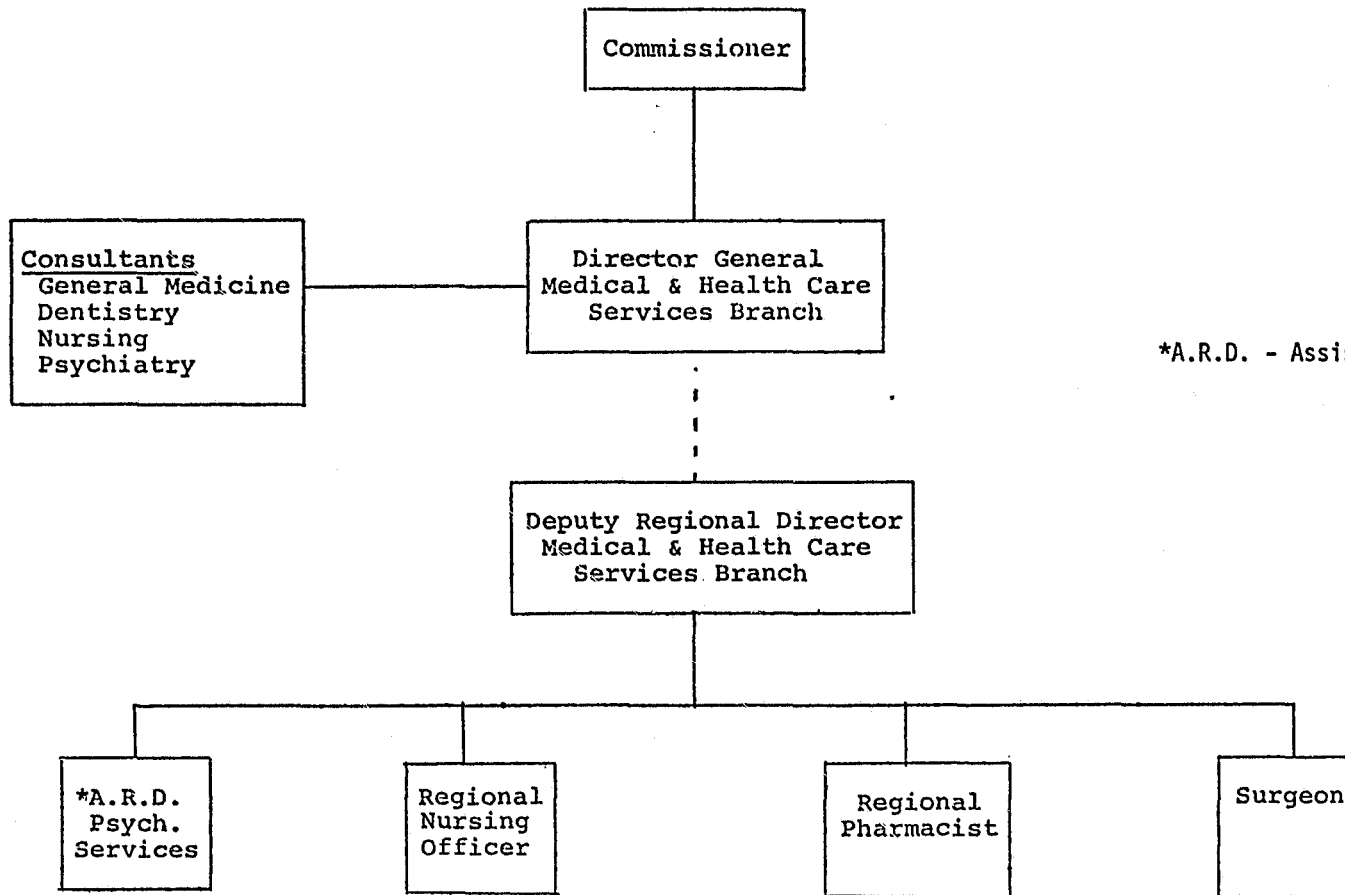
CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



*Regional Psychiatric Centre

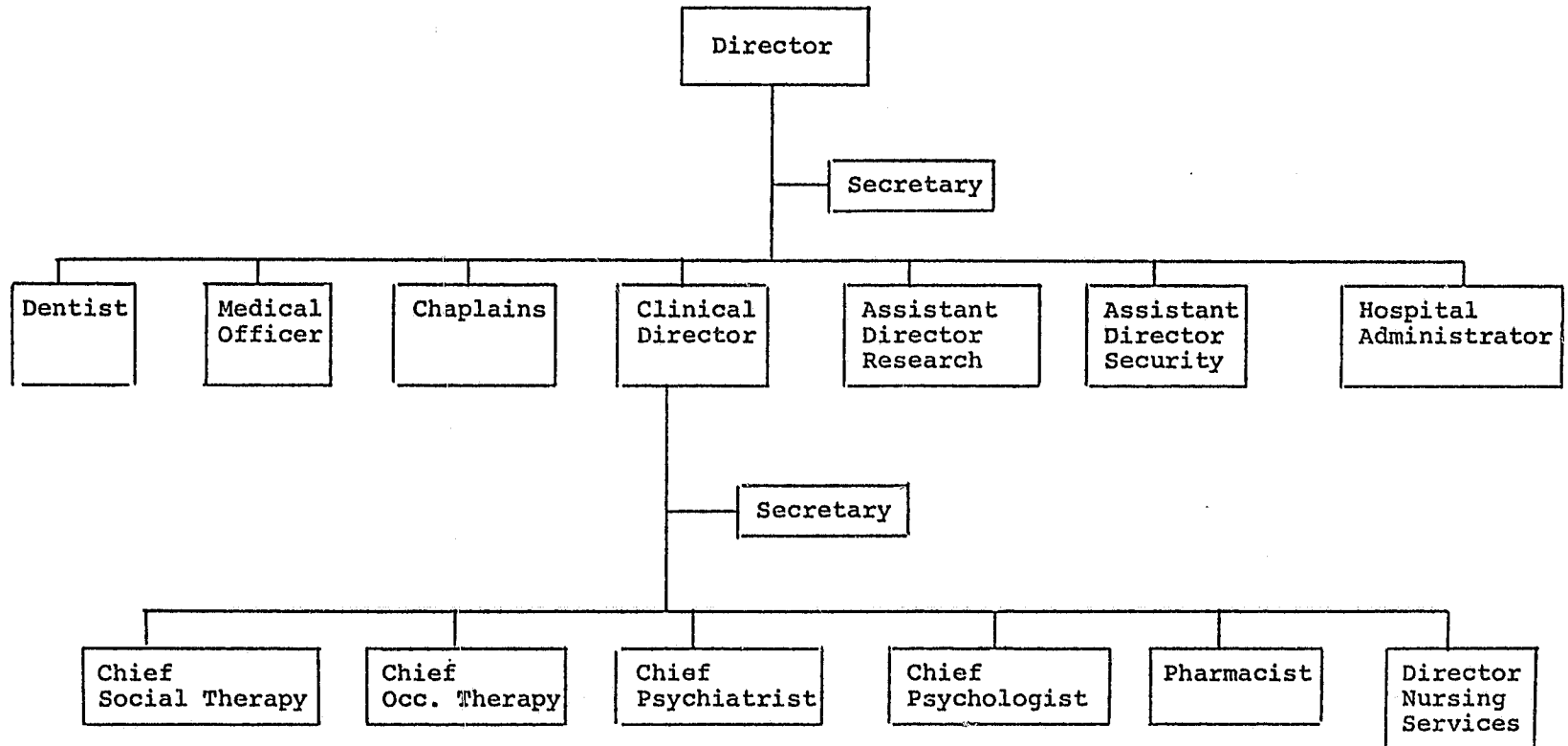
Line Authority

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



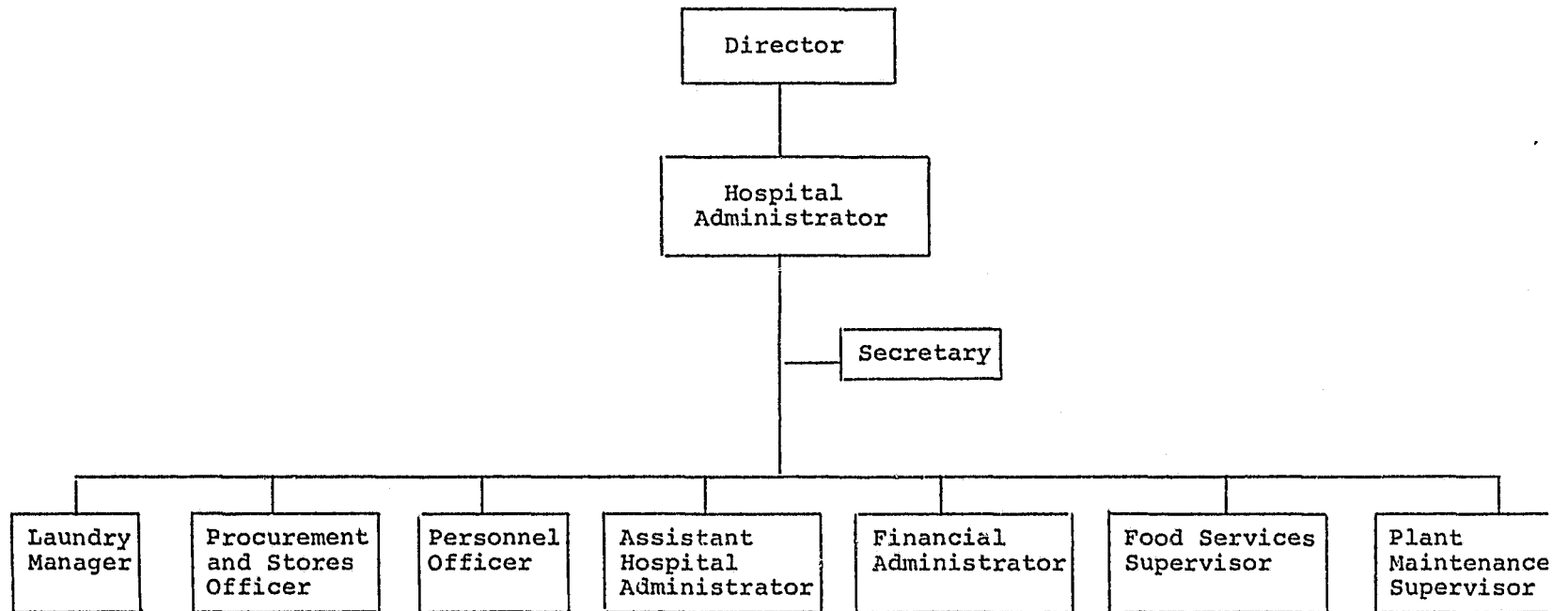
*A.R.D. - Assistant Regional Director

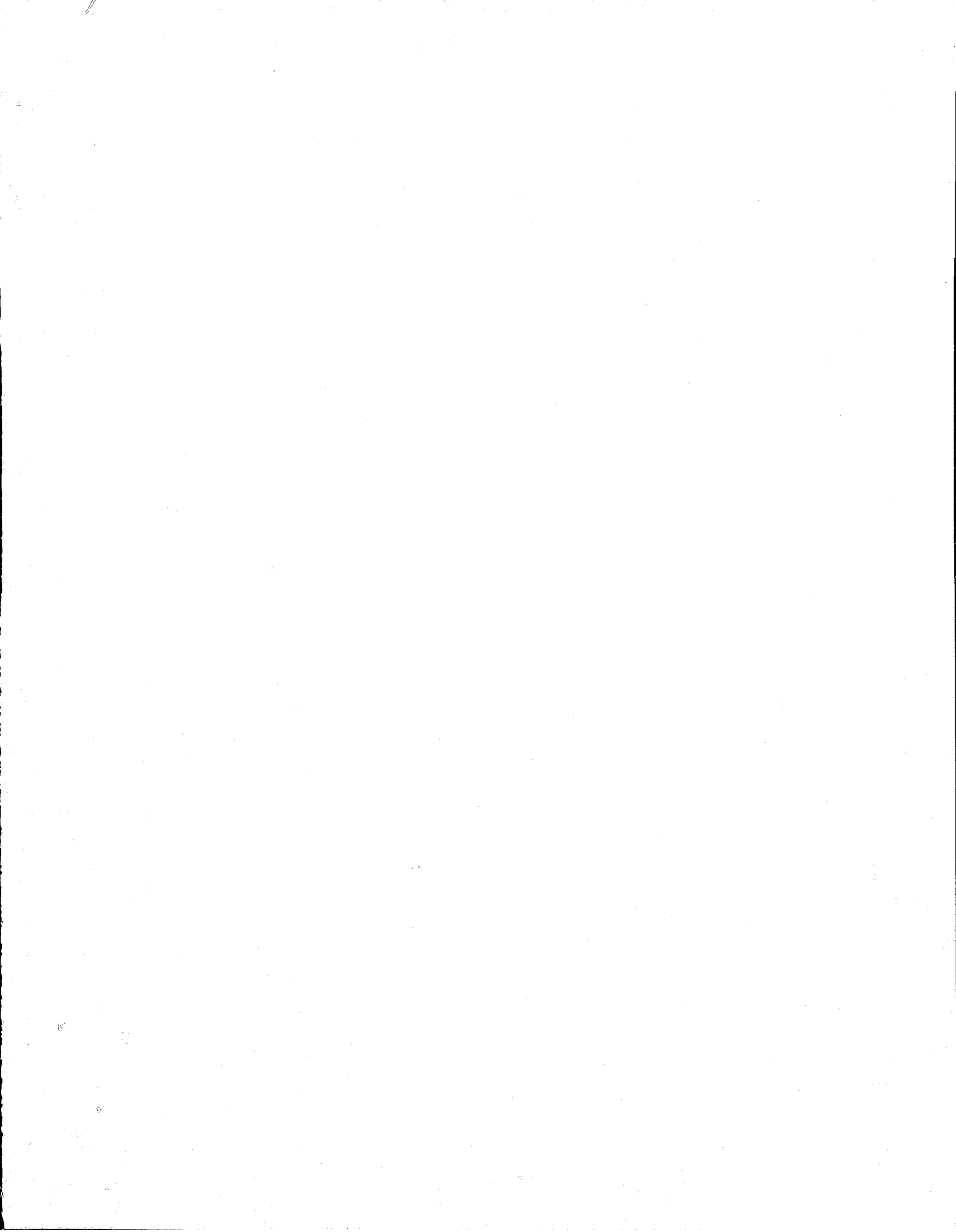
CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



Annex "E" to D.I. No. 1105
Regional Psychiatric Centre
Hospital Administration

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH





April 11, 1975

le 11 avril 1975

DIVISIONAL INSTRUCTION
No. 1106

INSTRUCTION DIVISIONNAIRE
N° 1106

Medical and Health Care Services
Branch Administration Function -
Regional Headquarters and
Institutions

Services médicaux et services de soins
de santé. Fonction d'administration
de la Direction - Administration
régionale et institutions

1. PURPOSE

This instruction establishes the administrative structure of the Regional Headquarters and Institutional Health Care Centres of the Medical and Health Care Services Branch and the activities carried out in the discharge of the function.

2. RESPONSIBILITY

The Medical and Health Care Administration function shall be discharged at four levels within the Medical and Health Care Services Branch:

- a. National Headquarters (See D.I. No. 1105);
- b. Regional Headquarters;
- c. Regional Psychiatric Centres (See D.I. No. 1105);
- d. Institutions (as distinguished from c. above).

1. OBJET

La présente instruction établit la structure administrative de l'Administration régionale et des Centres de soins de santé des institutions, qui font partie de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé, ainsi que les activités exécutées dans l'exercice de la fonction d'administration.

2. RESPONSABILITÉ

La fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé s'exerce à quatre niveaux au sein de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé:

- a. Administration centrale (Voir l'I.D. n° 1105);
- b. Administration régionale;
- c. Centres psychiatriques régionaux (Voir l'I.D. n° 1105);
- d. Institutions (autres que celles dont il est fait mention en c. ci-dessus).

3. REGIONAL HEADQUARTERS
STRUCTURE AND INSTITUTIONAL
HEALTH CARE CENTRES

a. Ontario, Prairie and
Atlantic Regions

The Medical and Health Care Administration function at Regional Headquarters (Ontario) shall be the responsibility of the Deputy Regional Director, Health Care Services (DRD), (previously ARD, Health Care Services), accountable to the Regional Director for the efficient and effective operation of his activities. In the Prairie and Atlantic Regions, the DRD, Health Care Services, shall be directly accountable to the Regional Director for efficient and effective operation of his activities.

b. Pacific and Quebec
Regions

Until otherwise instructed, the Medical and Health Care Administration function at Regional Headquarters shall be the responsibility of the Assistant Regional Director, (ARD) Health Care Services, reporting directly to the Regional Director.

c. All Regions

- (1) The major objectives of the DRD Health Care Services, in the Ontario, Prairie and Atlantic Regions, and the ARD, Health Care Services,

3. STRUCTURE DE L'ADMINISTRATION
RÉGIONALE ET CENTRES DE SOINS DE
SANTÉ DES INSTITUTIONS

a. Régions de l'Ontario, des
Prairies et de l'Atlantique

Le Sous-directeur régional, Services de soins de santé (S.-D.R.), (antérieurement le D.R.A., Services des soins de santé), est chargé de la fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé à l'Administration régionale (Ontario) et est responsable envers le directeur régional de l'efficacité de ses activités. Dans les régions des Prairies et de l'Atlantique, le S.-D.R., Services de soins de santé, est directement responsable envers le directeur régional de l'efficacité de ses activités.

b. Régions du Pacifique et
du Québec

À moins d'avis contraire, c'est au directeur régional adjoint, (D.R.A.) Services des soins de santé, qui relèvera directement du directeur régional, qu'il incombera d'assumer la fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé à l'Administration régionale.

c. Toutes les régions

- (1) Les objectifs principaux des S.-D.R., Services des soins de santé, des régions de l'Ontario, des Prairies et de l'Atlantique, et des D.R.A.

in the Pacific and
Quebec Regions are:

- (a) To achieve and maintain for each inmate that relevant level of physical, dental and mental well-being regarded as essential for the individual concerned.
- (b) By preventive medicine, to promote his positive health.
- (c) To prevent departure from health and to prevent disabling illness after the onset of disease.
- (d) To contribute to the development of the overall treatment and training philosophy.
- (e) The establishment of a milieu that is conducive to the development of satisfactory health motivation in the inmates.
- (f) To participate in planning, evaluation and decisions relating to the nature and operation of the various inmate programs, as requested.

Services de soins de
santé, des régions du
Pacifique et du Québec,
sont les suivants:

- (a) Réaliser et maintenir pour chaque détenu le niveau pertinent de bien-être physique, dentaire et mental jugé essentiel pour l'individu en cause.
- (b) Favoriser un bon état de santé du détenu en pratiquant la médecine préventive.
- (c) Prévenir les écarts de santé et l'incapacité à la suite du début d'une maladie.
- (d) Contribuer à l'élaboration des principes généraux de traitement et de formation.
- (e) Établir un milieu propice au développement d'une motivation satisfaisante des détenus pour ce qui est de leur santé.
- (f) Participer à la planification, à l'évaluation et aux décisions relativement à la nature et à la mise en oeuvre des divers programmes pour les détenus, tel que requis.

- (g) To provide advice and counsel to officers responsible for such programs, as requested.
- (h) To participate with the Staff Training Section in the preparation and implementation of training programs for the various Health Care employees in the region.
- (2) The DRD (Ontario, Prairie and Atlantic Regions) and the ARD (Pacific and Quebec Regions) shall be assisted in the discharge of their responsibility by the Regional Nursing Officer. DRD's and ARD's receive their functional supervision from the Director General, Medical and Health Care Services, at National Headquarters. They shall have line authority over their staff at Regional Headquarters and provide functional supervision to all institutional medical and health care personnel.
- (g) Donner des avis et des conseils aux agents responsables de ces programmes, tel que requis.
- (h) Participer avec la Section de la Formation du personnel à la préparation et à l'implantation des programmes de formation destinés aux divers préposés aux services de soins de santé dans la région.
- (2) Les S.-D.R. (des régions de l'Ontario, des Prairies et de l'Atlantique) et les D.R.A. (des régions du Pacifique et du Québec) sont aidés dans l'exercice de leurs fonctions par l'agent régional des soins infirmiers. Les S.-D.R. et les D.R.A. travaillent sous la surveillance fonctionnelle du directeur général, Services médicaux et services de soins de santé, à l'Administration centrale. Ils exercent une autorité hiérarchique sur leur personnel à l'Administration régionale et une surveillance fonctionnelle sur tout le personnel des services médicaux et services de soins de santé dans les institutions.

4. REGIONAL HEADQUARTERS
STRUCTURE AND ADMINISTRATION,
PSYCHIATRIC SERVICES

a. Ontario, Prairie and
Atlantic Regions

The ARD, Psychiatric Services, in the Ontario, Prairie and Atlantic Regions shall be responsible to the DRD, Medical and Health Care Services, for:

- (1) operating the Regional Psychiatric Centre as Medical Director;
- (2) operating the Regional Psychiatric Services;
- (3) providing consulting service to senior officials in the region and institutions;
- (4) developing and maintaining close-working relationships with Universities, private organizations and other government agencies, as they relate to the Regional Psychiatric Centre;
- (5) directing an outpatient program at regional institutions;
- (6) participating in the planning, evaluation and decisions relating to the nature and operation of the various inmate programs;
- (7) providing advice and counsel to officers responsible for such programs.

4. STRUCTURE ET ADMINISTRATION
DE L'ADMINISTRATION RÉGIONALE,
SERVICES PSYCHIATRIQUES

a. Régions de l'Ontario, des
Prairies et de l'Atlantique

Les D.R.A., Services psychiatriques, des régions de l'Ontario, des Prairies et de l'Atlantique sont responsables envers le S.-D.R., des Services médicaux et services de soins de santé:

- (1) du fonctionnement du Centre psychiatrique régional, à titre de directeur médical;
- (2) du fonctionnement des Services psychiatriques régionaux;
- (3) de la prestation de service de consultation aux cadres supérieurs de la région et des institutions;
- (4) de l'établissement et du maintien des relations de travail étroites avec les universités, les organismes privés et les autres organismes du gouvernement qui sont en rapport avec le Centre psychiatrique régional;
- (5) de la direction du programme de consultation externe aux institutions régionales;
- (6) de la participation à la planification, à l'évaluation et aux décisions relativement à la nature et au fonctionnement des divers programmes pour les détenus;
- (7) de la prestation d'avis et de conseils aux fonctionnaires responsables de ces programmes.

b. Pacific and Quebec Regions

The ARD, Psychiatric Services, in the Pacific and Quebec Regions shall be directly responsible to the Regional Director for:

Refer to 4.a.(1) through (7).

c. All Regions

(1) The ARD, Psychiatric Services, is assisted in the discharge of his responsibility by staff at the Regional Psychiatric Centre.

(2) The ARD, Psychiatric Services, has line authority over the staff of the Regional Psychiatric Centre and functional authority over staff in the region in his areas of responsibility.

5. INSTITUTIONAL HEALTH CARE CENTRE

a. In institutions, the discharge of Medical Administration is the responsibility of the institutional physician, accountable to the Director of the institution for the efficient and effective operation of all Health Care activities, including Dental Health. The major objectives are as described in paragraph 3.c.(1) (a) to (h). The institutional

b. Régions du Pacifique et du Québec

Les D.R.A., Services psychiatriques, dans les régions du Pacifique et du Québec relèvent directement du directeur régional pour ce qui concerne:

Voir 4.a.(1) à (7).

c. Toutes les régions

(1) Le D.R.A., Services psychiatriques, est aidé dans l'exercice de ses fonctions par le personnel au Centre psychiatrique régional.

(2) Le D.R.A., Services psychiatriques, exerce une autorité hiérarchique sur le personnel du Centre psychiatrique et une autorité fonctionnelle sur le personnel de la région qui relève de sa compétence.

5. CENTRE DE SOINS DE SANTÉ DES INSTITUTIONS

a. Dans les institutions, l'administration des services médicaux incombe au médecin qui est comptable au directeur de l'efficacité de toutes les activités relatives aux soins de santé, y compris les soins dentaires. Les objectifs principaux sont les mêmes que ceux qui sont énoncés en 3.c.(1) (a) à (h). Le médecin de l'institution travaille sous la surveillance fonctionnelle du S.-D.R. ou du D.R.A., Services de soins de santé, selon le

physician receives his functional supervision from the DRD or ARD, Health Care Services, as appropriate. He has line authority over his Health Care Staff. Functional supervision of Nursing Staff is provided through the office of the Director of Nursing Operations and Staff Development at National Headquarters.

- b. In institutions where a position of institutional physician has not been established or where the position is staffed by contract, the administrative direction and responsibilities are assumed by the Senior Health Care Officer.

6. ORGANIZATION CHARTS

Annexes "A", "B", "C" and "D", to be read in conjunction with this D.I., indicate the various levels of organization within the Medical and Health Care Services Branch.

Director General,
Medical and Health Care
Services Branch.

cas, et exerce une autorité hiérarchique sur le personnel affecté aux soins de santé. La surveillance fonctionnelle du personnel infirmier est assurée par l'entremise du bureau du Directeur des Activités infirmières et du perfectionnement du personnel à l'Administration centrale.

- b. Dans les institutions où il n'y a pas de poste de médecin ou où ce poste a été comblé en vertu d'un contrat, la direction administrative et les responsabilités dans ce domaine sont assumées par l'agent principal des soins de santé.

6. ORGANIGRAMMES

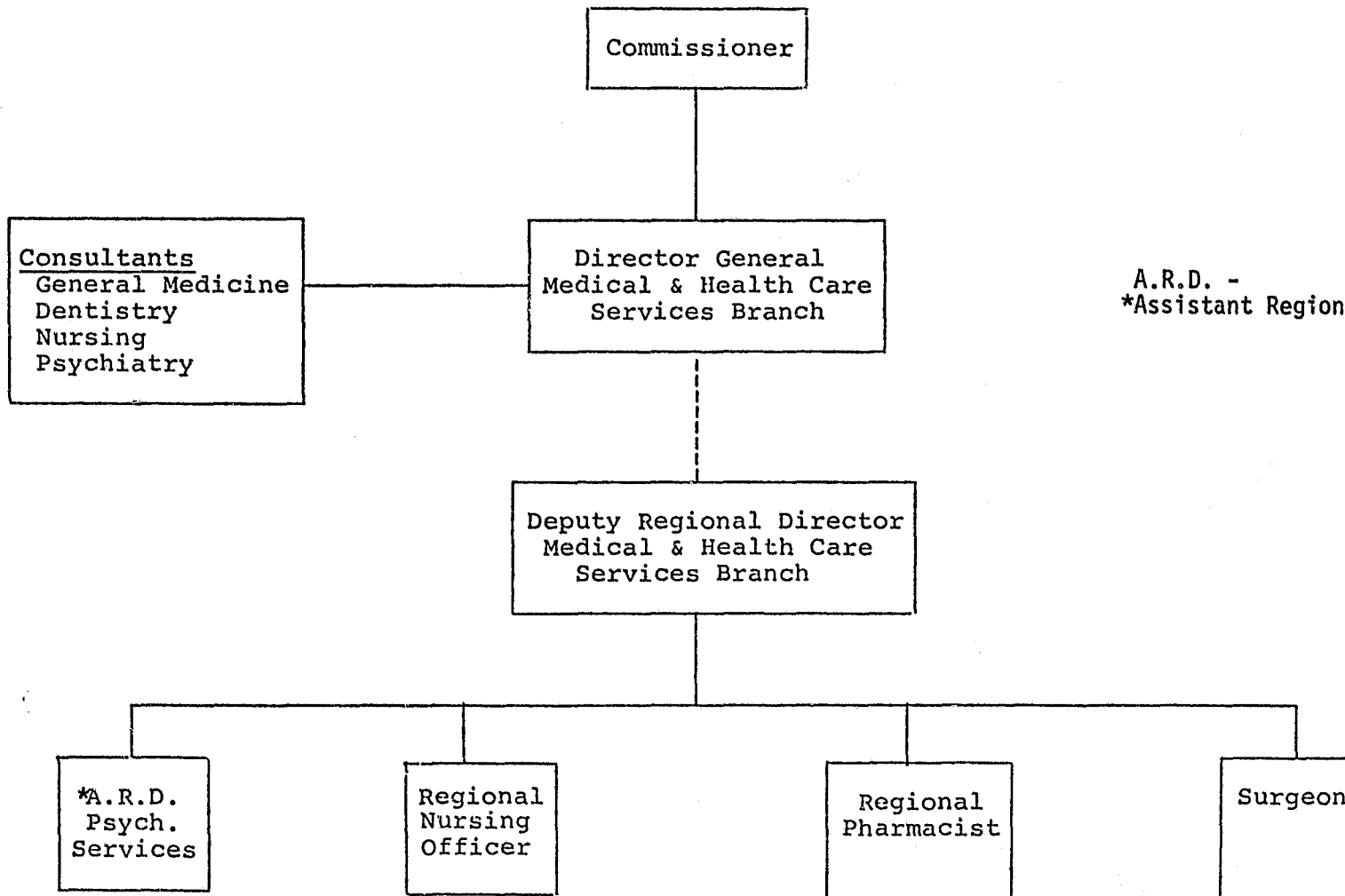
Les annexes "A", "B", "C" et "D", qui doivent être lues concurremment avec cette I.D., indiquent les divers niveaux de l'organisation au sein de la Direction des Services médicaux et services de soins de santé.

le Directeur général,
Direction des Services
médicaux et des services
de soins de santé.



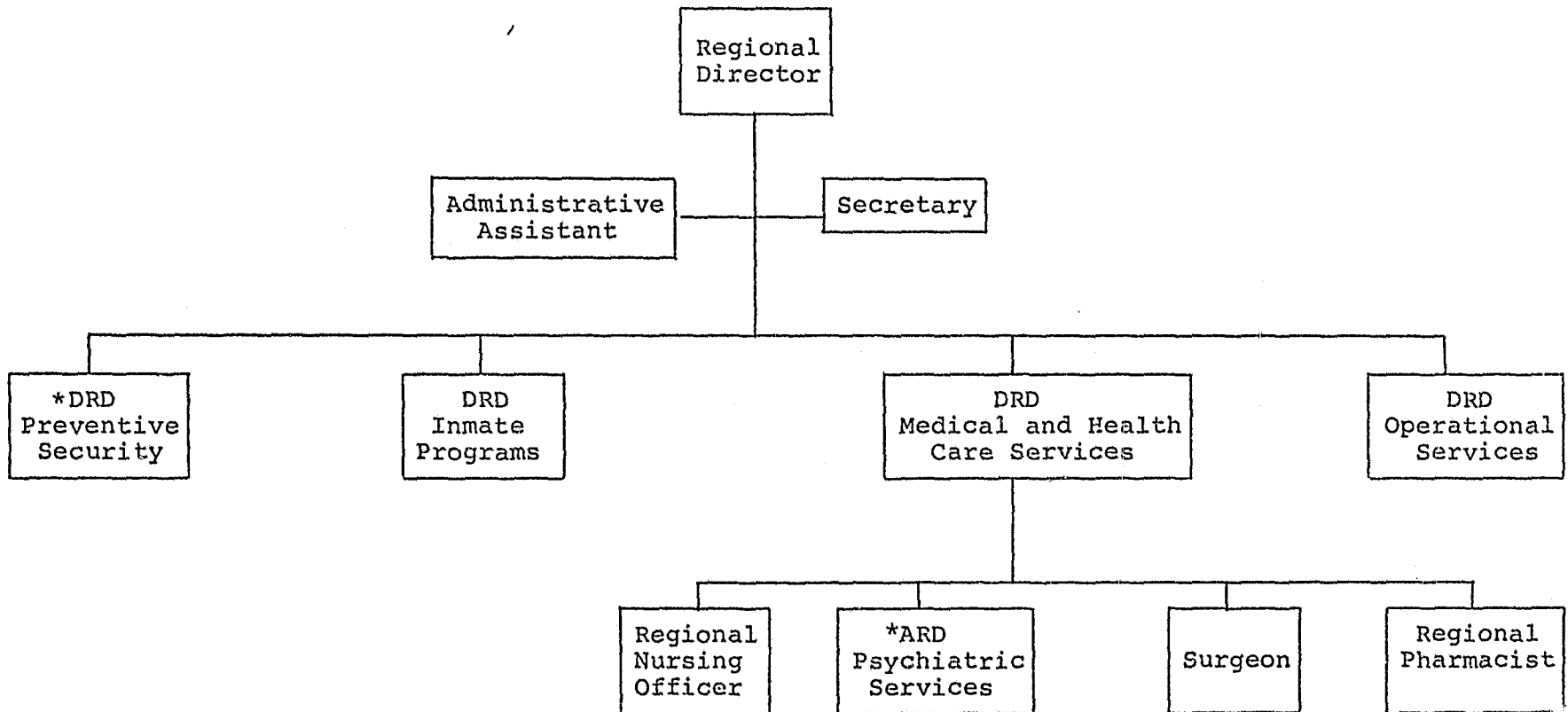
D. Craigen

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



A.R.D. -
*Assistant Regional Director

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



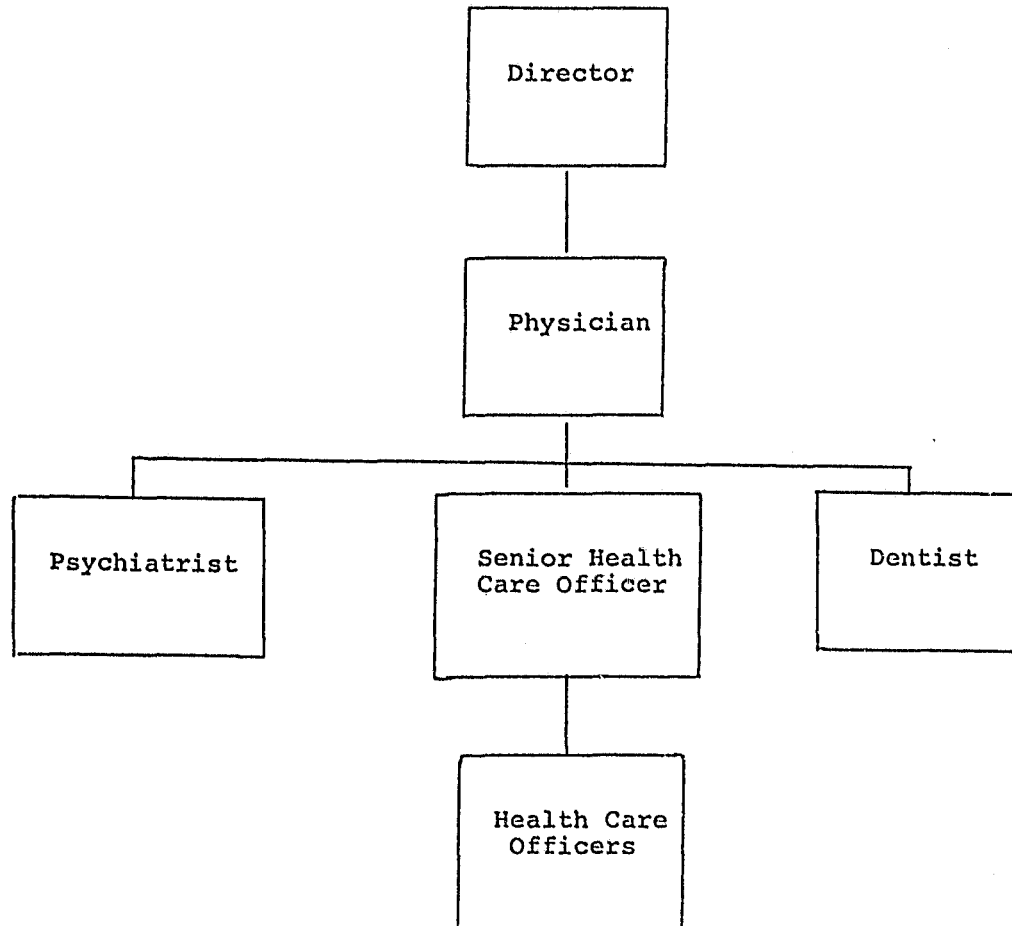
*D.R.D. - Deputy Regional Director
A.R.D. - Assistant Regional Director

Annex "C" to D.I. No. 1106

Health Care Services

Institution(s) where position
of Physician is filled by a
full time employee.

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH



Annex "D" to D.I. No. 1106

Health Care Services

Institution(s) where positions of Physician, Psychiatrist and Dentist are filled by contract.

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
MEDICAL AND HEALTH CARE SERVICES BRANCH

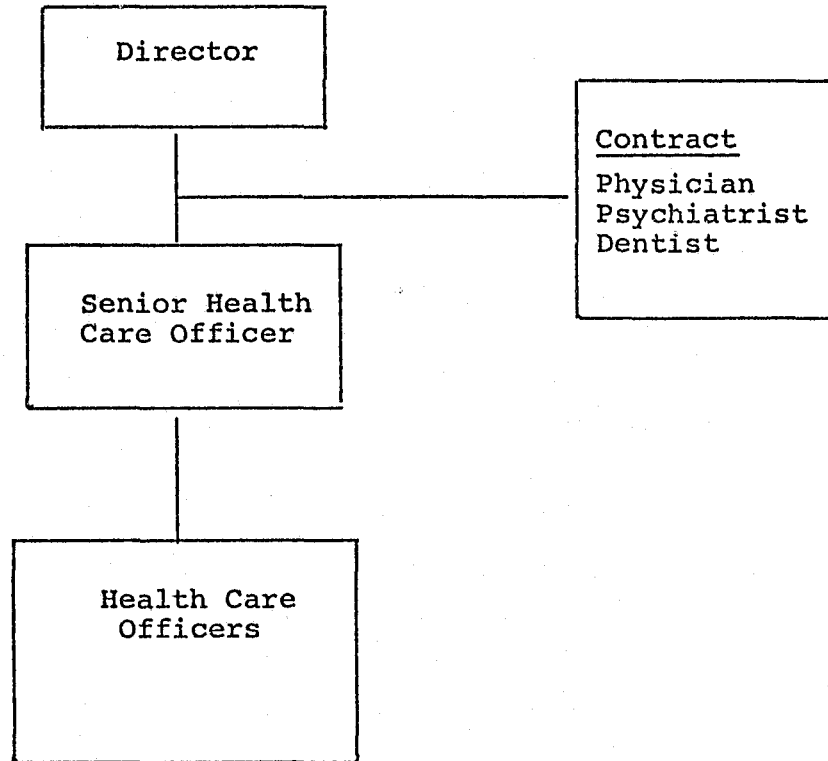


TABLE I - TRENDS IN AGE ON ADMISSION - MALES, 1964/65 TO 1972

(Calendar Years or Fiscal Years as Indicated)

Percentage distribution by age group, and total numbers of inmates for specified years

Age Group	1972 %	1971 %	1970 %	1969 %	1968/69 %	1967/68 %	1966/67 %	1965/66 %	1964/65 %
Under 20 yrs	11.70	9.44	10.68	9.91	10.07	10.81	13.08	15.05	15.38
20-24 yrs	32.60	33.14	33.52	32.56	32.57	31.20	29.73	31.22	28.45
25-29 yrs	23.28	23.28	20.41	21.69	19.82	21.18	21.43	19.01	20.05
30-34 yrs	12.59	13.40	12.89	14.00	13.03	13.43	13.32	12.24	13.14
35-39 yrs	7.40	8.07	8.47	8.16	9.20	9.15	8.26	9.11	9.03
40-49 yrs	8.75	9.58	9.93	9.69	9.39	9.29	9.88	9.42	9.72
50-59 yrs	2.79	2.67	3.12	2.96	3.56	3.87	3.38	3.07	3.42
60 yrs & over	0.89	0.42	0.98	0.99	0.72	0.96	0.91	0.85	0.80
Unspecified	-	-	-	0.05	0.03	0.12	-	0.03	-
TOTAL %	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
NUMBER OF INMATES	4162	4312	4391	4057	3738	3433	3401	3514	3621

Source: Statistics Canada, Correctional Institution Statistics - 1968/69 for years 1964/65 to 1967/68 incl;
 1969/70 for years 1968/69 and 1969; and
 1970, 1971, 1972 (Table 11 in all years).

APPENDIX B-II

TABLE II - INMATE POPULATION BY INSTITUTION, 1974 AND 1975

Institution	Population 2/4/74		Population 1/4/75	
	No.	%	No. (F) ¹	%
Atlantic				
Dorchester (Max.)	409	4.43	331	3.87
Springhill (Med.)	398	4.31	366	4.28
Westmorland (Min.)	-	-	75	0.88
Other Atlantic Institutions	115	1.25	47 (1)	0.55
TOTAL	922	9.99	819 (1)	9.58
Quebec				
Archambault (Max.)	394	4.27	401	4.68
Regional Psychiatric Centre (Max.) ²	126	1.37	49	0.57
Regional Reception Centre (Max.)	139	1.51	174 (15)	2.03
Cowansville (Med.)	421	4.56	409	4.78
Federal Training Centre (Med.)	354	3.84	332	3.88
Leclerc (Med.)	496	5.38	468	5.47
Laval (Min.) ³	130	1.41	168 - (Max.)	1.96
Montée St. Francois Inst. (Min.) ³	-	-	99	1.16
Ste Anne des Plaines (Min.)	101	1.09	82	0.96
Other Quebec Institutions	171	1.85	72	0.84
TOTAL	2332	25.28	2254 (15)	26.33
Ontario				
Millhaven (Max.)	378	4.10	281	3.28
Regional Psychiatric Centre (Max.) ²	120	1.30	122	1.42
Regional Reception Centre (Max.)	238	2.58	223	2.60
Collins Bay (Med.)	438	4.75	420	4.91
Joyceville (Med.)	459	4.97	422	4.93
Warkworth (Med.)	427	4.63	411	4.80
Other Ontario Institutions	489	5.30	348 (120)	4.06
TOTAL	2549 (161)	27.63	2227 (120)	26.00
Prairies				
Saskatchewan (Max.)	444	4.81	427	4.99
Drumheller (Med.)	442	4.79	425	4.96
Stony Mountain (Med. & Max.) ⁴	450	4.88	437 (1)	5.10
Other Prairie Institutions	392	4.25	410	4.79
TOTAL	1728	18.73	1699 (1)	19.84
Pacific				
British Columbia (Max.)	527	5.71	489 (1)	5.71
Regional Psychiatric Centre (Max.) ²	119 (3)	1.29	115 (1)	1.34
Matsqui (Med.)	368	3.99	338	3.95
Mountain (Med.)	192	2.08	167	1.95
William Head (Min. 1974; Med. 1975)	147	1.59	126	1.47
Other Pacific Institutions	179	1.94	189	2.21
TOTAL	1532 (3)	16.60	1424 (2)	16.63
NATIONAL TOTAL (MALES & FEMALES)	9227 (164)	100.00	8562 (139)	100.00

¹(F) Females shown in brackets are not included, except in National Total.

²Regional Psychiatric Centres were formerly known as Regional Medical Centres.

³Laval is now max.; Laval (min.) has become Montée St. Francois (min.).

⁴Stony Mountain: max. for reception process but med. for inmate programs (1975).

Source: C.P.S. Inmate Population Weekly Return for April 2, 1974 and April 1, 1975.

APPENDIX B-III

TABLE III - LIST OF C.P.S. INSTITUTIONS BY REGION WITH SECURITY DESIGNATION AND CELL CAPACITY AS AT APRIL 1, 1975

Region & Institution	Sec.	Cell Cap.	Region & Institution	Sec.	Cell Cap.
<u>Atlantic</u>			<u>Prairies</u>		
-- Newfoundland	Max.	-	1. Stony Mountain ²	Max.	478
1. Dorchester	Max.	401	2. Saskatchewan	Max.	359
2. Springhill	Med.	442	-- Temp. Dorm.	-	125
3. Westmorland	Min.	88	-- Temp. Dorm.	-	-
-- Temp. Dorm.	-	20	3. Drumheller	Med.	443
4. Carlton	CCC	15	-- Trailer Unit	-	50
5. Parr Town Centre	CCC	22	4. Bowden	Med.	125
6. Dungarvon F.C.	Min.	20	5. Stony Mountain	Min.	88
SUB-TOTAL (6 & 2)		1008	6. Saskatchewan F.A.	Min.	88
<u>Quebec</u>			7. Osborne	CCC	20
1. Archambault	Max.	429	8. Oskana	CCC	12
2. Reg. Psych. Centre ¹	Max.	275	9. Grierson	CCC	70
3. Reg. Rec. Centre	Max.	175	10. Scarboro	CCC	22
4. Laval	Max.	318	SUB-TOTAL (10 & 3)		1880
5. Cowansville	Med.	433	<u>Pacific</u>		
6. Fed. Trng. Centre	Med.	372	1. British Columbia ¹	Max.	543
7. Leclerc	Med.	514	2. Reg. Psych. Centre ¹	Max.	140
8. Montée St. Francois	Min.	139	3. Matsqui	Med.	337
9. Ste Anne des Plaines	Min.	96	-- Trailer Unit	-	25
10. St. Hubert	CCC	30	4. Mountain	Med.	186
11. Duvernay	CCC	20	5. William Head	Med.	150
SUB-TOTAL (11)		2801	-- Temp. Dorm.	-	5
<u>Ontario</u>			6. Agassiz Camp	Min.	80
1. Millhaven	Max.	429	7. Ferndale F.C.	Min.	50
2. Reg. Psych. Centre ¹	Max.	115	8. Burrard	CCC	30
3. Reg. Rec. Centre	Max.	312	9. Pandora	CCC	16
4. Collins Bay	Med.	422	SUB-TOTAL (9 & 2)		1562
5. Joyceville	Med.	470	<u>NOTES:</u> F.A. - Farm Annex		
6. Warkworth	Med.	437	F.C. - Forestry Camp		
7. Bath	Min.	92	C.C.C. - Community Correctional Centre		
8. Frontenac	Min.	88			
9. Pittsburgh	Min.	88			
10. Beaver Creek Camp	Min.	100			
11. Landry Crossing Camp	Min.	80			
12. Montgomery	CCC	14			
13. Portsmouth	CCC	20			
SUB-TOTAL (13)		2667	<u>SUMMARY</u>		
<u>Women</u>			TOTAL - MALE	(49)	9918
1. Prison for Women	Spec.	124	TOTAL - FEMALE	(2)	137
2. - King Street	-	13	<u>NATIONAL TOTAL</u>		
SUB-TOTAL (2)		137		(51)	10,055

¹Regional Psychiatric Centres were formerly known as Regional Medical Centres.

²Stony Mountain: max. for reception process but med. for inmate programs (1975).

Source: C.P.S. Inmate Population Weekly Return, April 1, 1975.

LIST OF INSTITUTIONS VISITED BY COMMITTEE MEMBERS

Since the First Report of the National Health Services Advisory Committee, a number of return visits have been made to correctional institutions by all Members of the Committee. Miss Shirley Smale, R.N., B.ScN., M.P.H., who has joined the Committee since the First Report, has visited the following institutions. Dr. L. B. McNally visited the Quebec Institutions with Miss Smale.

The list of institutions visited by the Members of the Committee up to that time is recorded fully in Appendix 2 of the First Report.

Ontario

- Collins Bay
- Millhaven
- Regional Reception Centre
- Regional Psychiatric Centre
- Warkworth
- Joyceville
- Prison for Women
- Portsmouth Community Correctional Centre

Quebec

- Leclerc
- Federal Training Centre
- Regional Reception Centre
- Archambault
- Regional Psychiatric Centre
- Laval Maximum Security Institution

British Columbia

- British Columbia Penitentiary
- Matsqui
- Regional Psychiatric Centre

Manitoba

- Stony Mountain

In addition, a visit was also made on behalf of the Committee by Dr. A. L. Kerr to the Medical Centre for federal prisoners in Springfield, Missouri, U.S.A.

Kingston General Hospital

APPENDIX D



JAMES B. FLETT
EXECUTIVE DIRECTOR

KINGSTON, ONTARIO, CANADA
K7L 2V7
PHONE 613 547-2121
23rd August 74

The Chairman,
Health Care Committee.

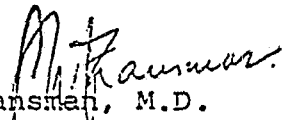
Dear Sir:

Please find enclosed the Survey of X-Ray Facilities
in C.P.S. in Ontario.

If there are any questions regarding the recommend-
ations, I would be very pleased to try to answer those.

I would also like to recommend that similar surveys
in the Federal Penitentiaries Services in other provinces be
carried out by the heads of the University Departments or
their representatives in the areas involved. It would be
useful if they would use the same investigative form that was
used in this survey, as shown in appendix I.

Yours sincerely,


S.L. Fransman, M.D.
Professor of Radiology,
Queen's University.

Encl.

Kingston, Ontario
23 August 1974.

SURVEY OF X-RAY FACILITIES IN C.P.S. IN THE KINGSTON AREA

A survey was carried out of federal correctional institutions during May and June to assess:

1. The X-ray facilities in the area of Kingston, including Warkworth, and the extent and nature of the workload.
2. The qualification of the staff operating the X-ray equipment.
3. The arrangements for authorizing and reporting the X-ray examination and the methods of filing the films and the reports.
4. Protective measures with reference to radiation hazards.

Recommendations will be made for changes to improve the service at the lowest possible cost.

Drs. Botterall, Callingham, Currie and Fransman, accompanied by Mr. N. Robinson (Assistant Chief technician at Kingston General Hospital) visited the Regional Medical Centre (R.M.C.) at the Kingston Penitentiary, Millhaven and Warkworth on the 15th of May 1974, and also Campbellford Memorial Hospital which is one of the referral centres for Warkworth.

Mr. Robinson and Dr. Fransman visited Collins Bay and Joyceville on the 5th of June 1974.

The Penitentiary for Women is adjacent to R.M.C., and shares its X-ray facilities.

A form was designed to tabulate the acquired information and Mrs. S. Eastenbrook, R.N., visited all the above named institutions, including the prison for women, as well as the Canadian Forces Hospital in Barriefield, Kingston General Hospital and Hotel Dieu Hospital,

which are referral centres for all the Federal Correctional Institutions in this area. The form and Mrs. Eastenbrook's findings are shown in Appendix I.

ADDENDUM I

X-RAY FACILITIES, Etc.

Collins Bay has no X-ray equipment.

Joyceville has a dental machine only.

The other institutions have both basic X-ray equipment, wet processing facilities, and a dental machine. The X-ray machines are all 200 ma units (one Picker, one General Electric, and one Westinghouse), all in good working order.

The year of installation varies from 1964 to 1972; they all have Bucky tables without fluoroscopic attachments.

The dental machines vary from 7 - 15 ma units; manufacturers S. White, Siemens and two Ritters, all in good working order; date of installation from 1966 - 1973.

EXTENT AND NATURE OF THE WORKLOAD

The case load per annum in the Institutions with X-ray equipment excluding dental X-rays was: Millhaven 600 - 700, R.M.C. 500 - 600, Warkworth 200 - 300. They consist mostly of routine X-ray examinations, not requiring fluoroscopy or contrast media.

In the past year a small number of intravenous pyelograms and gall bladder series, requiring contrast media, have been done at Millhaven and Warkworth. At R.M.C. some gall bladder series were done, but no I.V.P.'s. The latter requires the presence of the medical officer, as an intravenous injection is required, and adverse reactions rather commonly occur. No other procedures requiring contrast media

have been carried out.

The wording - basic examination - will be used for those examinations that can be done in the institutions.

Re: X-ray procedures which cannot be done in the Institutions: Basic examinations are referred, mostly to the Regional Medical Centre from Joyceville and Collins Bay. Other procedures are usually referred to Canadian Forces Hospital in Barriefield, and some to the two General Hospitals in Kingston. Warkworth refers part of its examinations to the nearby Campbellford Memorial Hospital.

The number of examinations by outside agencies during the past year was: R.M.C. 43, Millhaven 114, Warkworth 72, Prison for Women 120, Collins Bay 150, and Joyceville 294. Of the total examinations of 579 at R.M.C., 205 were for inmates of K.P., the others for Collins Bay, Joyceville and the Prison for Women.

ADDENDUM II

QUALIFICATION OF THE STAFF

The technicians at the R.M.C. and Millhaven are registered by their Society under the Grandfather clause. They were exempted from writing the examinations because of the many years of practical experience prior to the introduction of the examinations. They are well qualified for the type of work done at the Institutions.

A registered technician from Campbellford comes in one morning a week at Warkworth and is available for most emergency cases. If she is not available the inmate is referred to one of the outside agencies. The dental machines are operated by the dentists, providing dental care for the inmates.

ADDENDUM III

AUTHORIZATION, REPORTING AND FILING

At all the Institutions th examination is requested by the medical officer.

All the reports are incorporated in the inmate's health care record.

All the films from Millhaven, R.M.C. and the Prison for Women are reported by the radiologist of the Canadian Forces Hospital (an occasional one by those from the General Hospitals).

At Warkworth, the films done locally, are reported by the medical officer, whilst the radiologists of the outside agencies (mostly Campbellford Memorial Hospital and Canadian Forces Hospital) report those done at their Institutions.

Joyceville: In the past year 113 examinations were done at Canadian Forces Hospital and reported by its radiologist. 195 examinations were done at R.M.C.; films went back with the inmate to Joyceville and then were sent to the Canadian Forces Hospital for reporting.

In emergency cases, reports are phoned in by the radiologist of the Canadian Forces Hospital and sometimes by the technician at R.M.C. It is inadequate and illegal for a technician to report and diagnose X-ray films.

Collins Bay: From April 1973 to March 1974, 160 examinations were done, mostly at R.M.C. and some at C.F.H. In June 1974 (only) 64 examinations and in July 1974, 46 examinations, indicating an increase in requests by the new Medical Officer. All films were reported by the radiologist of C.F.H., but the delay between the request and the report averages one week.

ADDENDUM IV

RADIATION PROTECTION

All the machines inspected were in good working order. A survey by the Radiation Protection Bureau, 25 February 1974, showed a possible leak between the collimator and tube housing of the Picker unit at R.M.C. It does not present a radiation hazard and has been corrected. Lead barriers were used by the technicians during the exposures and aprons were available for gonadal shielding of the patients and were regularly used. The lead barrier at Warkworth was not in optimal position, but this can be easily corrected.

DISCUSSION

The number of inmates in the Institutions surveyed was in the range of 400 - 500. R.M.C., Millhaven and Warkworth have a general purpose X-ray unit and a dental unit. Joyceville has a dental unit only and Collins Bay has none. The number of examinations per X-ray unit varies from 20 to 60 a month, and is understandably and inevitably smaller than optimal use of a machine would warrant. As it is not practical to have fluoroscopies carried out locally and often undesirable to perform examinations requiring contrast media, a limited number of patients will always have to be referred to outside agencies. However, in the presence of standard X-ray equipment, most of the basic X-ray examinations can be done locally.

The problems associated with moving inmates to outside agencies, often requiring restraints and one to two correctional officers and a driver, have to be considered.

There is also a significant waiting period between the request for an X-ray by an outside agency, and the time that it is actually

carried out, with further delays before the report is received by the medical officer (an exception is an obvious emergency).

The medical officer at Joyceville was satisfied with the existing arrangement.

The medical officer at Collins Bay felt that X-rays are more frequently indicated than actually requested, because of the problems involved in transporting inmates and in obtaining authorization to do so. X-rays would be more often requested, particularly on those inmates where objective findings are rather questionable, and one has to weigh the time and cost involved in requesting an "outside" examination against the likely negative finding. However, the absence of an X-ray examination increases the incidence of malingering, reinforcing the no-work and stalling policy.

There is also the concern of medico-legal action, if an abnormality is overlooked. In Court the absence of X-ray examinations may be a factor in the ultimate decision.

Dental X-rays are now considered essential for modern dental treatment. A complete dental survey at the induction centre at R.M.C. could best be achieved by a single panoramic view. Those films could also be part of the identification process. Areas suspected of pathology would still require special intra-oral dental views.

The total number of X-ray examinations at the Institutions in the immediate Kingston area is well under 2000 a year. A single technician provided with transport facilities, would be able to handle this load.

At Warkworth the present arrangement, using a qualified technician from Campbellford Memorial Hospital one morning a week and on stand-by,

is satisfactory. The dental examinations are usually done by the dentists and this could apply to the operation of the panorex machine. However, a qualified X-ray technician can quickly learn to operate this machine.

The arrangements for radiation protection were satisfactory and should be rigidly adhered to.

There is a need to make X-ray examinations more readily available in those Institutions that do not have basic X-ray equipment on the premises. X-ray examinations by outside agencies should be done quickly after the request has been initiated and reporting by a qualified radiologist should be expedited.

An automatic processor cannot be economically operated with the small daily workload per Institution.

RECOMMENDATIONS

1. All Institutions of the size involved in this survey should have both a general purpose X-ray machine with chest stand, and a dental unit, along with wet processing equipment. ^{R.R.C.} R.M.C. should have, in addition, a dental machine for panoramic views.

Appendix 2 shows the quotation from Philips, General Electric and Picker as for August 1974. The cost of an additional chest stand is about \$100.00. Also, a quotation of a Panelipse Dental Unit for panoramic dental X-rays is shown. A Ritter Dental Unit, as used in Joyceville and Warkworth, is recommended for Collins Bay.

2. One qualified technician suffices to service the Institutions in the Kingston area, with provisions to be made for holiday and sickness coverage. The arrangement for technical service at Warkworth is satisfactory.

3. All examinations requiring contrast media and/or fluoroscopy to be referred to outside agencies. An exception may be made for gall bladder examinations; these may be conclusive without fluoroscopy and are not considered hazardous. If inconclusive, the examination should be repeated by an outside agency. I.V.P.'s require an intravenous injection which may be associated with serious reactions. They should be done by outside agencies by a radiologist.

4. All examinations should be readily and promptly reported by a qualified radiologist, (N.B. Warkworth) and filed in the area where the examination has been carried out; a copy of the report should be attached to the health care record of the inmate. Emergencies should be reported over the telephone, with written confirmation. Non emergencies should be reported within 48 hours.

5. Radiation protection arrangements should be in accordance with the prevailing regulations, both as far as construction of the X-ray rooms and the individual protection of the patient and the operator are concerned.

An annual inspection of the X-ray facilities and equipment by a qualified radiologist, e.g. from the Canadian Forces Hospital, is recommended.



Solliciteur général
Canada

Solicitor General
Canada

**LA PRESTATION DE SERVICES MÉDICAUX ET DE
SERVICES DE SOINS DE SANTÉ AUX DÉTENUS
DES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX**

Deuxième Rapport du Comité consultatif national des services
de santé présenté au
Commissaire des pénitenciers



LA PRESTATION DE SERVICES MÉDICAUX ET DE SERVICES DE SOINS DE SANTÉ
AUX DÉTENUS DES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX

Deuxième rapport
du Comité consultatif national
des services de santé
présenté au Commissaire
des pénitenciers

(Tel qu'il a été adopté à la réunion du Comité consultatif national
des services de santé, le 13 novembre 1975)

Une publication de la Division des communications,
Secrétariat du Ministère



AVANT-PROPOS

Le Comité consultatif national des services de santé auprès du Commissaire des pénitenciers existe depuis plus de quatre ans. Ce second Rapport du Comité traite précisément de questions pratiques, des moyens de rendre les services de santé plus efficaces et de faire en sorte que continue l'amélioration régulière qui a caractérisé nos services de santé au cours du mandat du Comité.

J'aimerais remercier le Président, le docteur E.H. Botterell, de l'Association canadienne médicale et les membres du Comité pour leur travail et pour le rapport qu'ils ont produit.

Le rapport reflète autant la compétence professionnelle du Comité que la connaissance de première main du système que les membres du Comité ont acquise au moyen de visites à plusieurs de nos établissements, en observant ce qui s'y fait et en discutant avec notre personnel professionnel.

Je suis sûr que les membres du Comité estimeront comme moi que leurs conclusions pourraient gagner à être largement diffusées auprès des organismes intéressés, des groupes et des particuliers. C'est pourquoi je rends ce rapport disponible gratuitement.

De cette façon, nous espérons atteindre les plus hautes normes possibles de services médicaux dans nos établissements correctionnels.

Francis Fox,
Solliciteur général du Canada

MANDAT

DU

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DES SERVICES DE SANTÉ

1. Étudier les changements possibles en matière de politique, d'organisation et d'administration des services de santé dans le domaine correctionnel qui relève du gouvernement fédéral, et faire des recommandations à ce sujet au Commissaire des pénitenciers qui devra les présenter au Solliciteur général.
2. Examiner le système actuel de fiches médicales et faire des recommandations concernant la mise sur pied d'un système plus approprié.
3. Aider à établir des rapports avec les organismes professionnels et les collègues compétents.
4. Étudier la coordination des ressources disponibles au ministère du Solliciteur général et dans d'autres ministères et organismes.
5. Donner des conseils et faire des recommandations en vue d'offrir des services de santé de grande qualité dans les cinq régions.
6. Au besoin, mettre sur pied des sous-comités chargés de traiter de questions précises.
7. Examiner la possibilité d'intégrer les services de santé des pénitenciers aux régimes d'assurance-maladie de chaque province.

8. Étudier le traitement et les conditions de travail du personnel des services de santé dans leur propre contexte pour cerner les problèmes particuliers du Service des pénitenciers.

MEMBRES DU COMITÉ*

Docteur E. H. Botterell (président) - Association médicale canadienne
Docteur Ashton Kerr (secrétaire) - Association médicale canadienne
Docteur J. R. Callingham - Association des dentistes du Canada
Docteur F. C. R. Chalke - Association des psychiatres du Canada
Docteur J. W. Ibbott - Association médicale canadienne
Docteur L. B. McNally - Collège des médecins de famille du Canada
**Mlle Shirley Smale, Baccalauréat en sciences infirmières, M.
en santé pub. - Association des infirmières canadiennes

EXPERT-CONSEIL EN RECHERCHE POUR LE COMITÉ

Docteur Gordon H. Josie, Sc. D., M. en santé pub., M. Sc.

MEMBRE D'OFFICE

Docteur D. Craigen - Directeur général des Services médicaux et
des services de soins de santé, Service
canadien des pénitenciers

MEMBRES DU SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
QUI ONT ASSISTÉ AUX RÉUNIONS DU COMITÉ

**Mlle M. Carroll, I.A., Maîtrise en pédagogie - Directrice des Services
infirmiers, Direction générale des
services médicaux et des services de
soins de santé

**Docteur E. A. Currie - Sous-directeur régional, Services médicaux et
services de soins de santé (Ontario)

Docteur G. D. Scott - Directeur régional adjoint, Services
psychiatriques (Ontario)

Mme D. Sarazin - Secrétaire-archiviste

* Les membres du Comité ont été choisis par le Ministère parmi les candidats désignés par les diverses associations énumérées ci-dessous. Les membres ne représentent pas ces associations, et, en vertu du mandat du Comité, ne doivent rendre compte de leurs activités qu'au Ministère.

** Mlle Smale a remplacé Mlle F. Strilaeff en septembre 1974
Mlle M. Carroll a remplacé M. R. Arrowsmith en septembre 1974
Le Docteur Currie a remplacé le Docteur F. Bissonnette en septembre 1974

TABLE DES MATIERES

SECTION 1 - INTRODUCTION.....	
1.1 But et portée du rapport.....	1
1.2 Récapitulation générale des soins de santé offerts par les établis- sements du Service canadien des pénitenciers (S.C.P.).....	3
1.3 Particularités de la population carcérale et des établissements du S.C.P.....	6
1.3.1 Répartition selon le sexe et l'âge.....	7
1.3.2 Durée de l'incarcération au sein des établissements du S.C.P.....	10
1.3.3 Emplacement - Selon la région et l'établissement.....	13
1.3.4 Autres considérations influant sur les particularités de la population carcérale.....	15
SECTION 2 - STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ.....	17
2.1 Structure administrative des services médicaux et des services de soins de santé.....	17
2.2 Centre de réception régional.....	20
2.3 Centre de soins de santé de l'établissement.....	24
2.4 Médecin d'établissement- directeur adjoint, Soins de santé.....	27
2.5. Conditions d'emploi du médecin d'établissement- Directeur adjoint, Soins de santé.....	34
2.6 Conférences cliniques et réunions des cadres de gestion aux niveaux régional et institutionnel.....	41
2.7 Services médicaux et de soins de santé - Achat de l'équipement, des fournitures et des médicaments par les centres de soins de santé.....	44
2.8 Lignes de conduite générales - Les services médicaux et de soins de santé de l'établissement et leur budget.....	46

SECTION 3 - DESCRIPTION ET ANALYSE DES SOINS ASSURÉS AUX DÉTENU ^S MALADES ET DU CENTRE DE SOINS DE SANTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT.....	49
3.1 Rassemblement des malades et "distribution des médicaments".....	50
3.2 L'usage et la distribution de médicaments - Drogues - dans les établissements du S.C.P.....	56
3.3 Experts-conseils locaux et gamme de services de traitement des centres de soins de santé.....	65
3.4 Le rôle des spécialistes en psychiatrie aux centres de soins de santé.....	68
3.5 Services dentaires.....	70
3.6. Ressources pour les traitements d'urgence au sein des établissements.....	71
3.7 Soins infirmiers.....	72
3.8 Services chirurgicaux.....	74
3.9 Convalescence.....	76
3.10. Isolement cellulaire; dissociation punitive	76
3.11 Nombres de lits aux centres de soins de santé, en regard de la capacité en cellules, du nombre de lits occupés et du nombre de lits nécessaires.....	77
3.12 Patients souffrant de maladies chroniques et d'incapacité permanente...	82
 SECTION 4 - RÔLE, RESPONSABILITÉS ET PARTICULARITÉS DU PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ.....	 84
4.1 Le médecin d'établissement et les Services de soins de santé.....	88
4.2 Évaluation périodique du personnel des Soins de santé.....	90
4.3 Qualité des soins médicaux et des dossiers.....	91
4.4 Sécurité au sein du centre de soins de santé.....	92
4.5 Services médicaux pour le personnel des services correctionnels.....	94
4.6 Salubrité et surveillance sanitaire des établissements.....	95

SECTION 5 - SOINS INFIRMIERS.....	97
5.1 Soins infirmiers - Introduction.....	97
5.2 Ressources en soins infirmiers.....	97
5.3 Infirmiers psychiatriques autorisés.....	101
5.4 Évaluation des agents de soins de santé (Techniciens d'hôpital et infirmiers psychiatriques autorisés) du point de vue aptitudes professionnelles et autres activités.....	102
5.5 Perfectionnement des agents de soins de santé (Techniciens d'hôpital et infirmiers psychia- triques autorisés).....	104
5.6 Établissement des rapports proportionnels d'employés et modèles de dotation en personnel.....	106
 SECTION 6 - SERVICES DE SANTÉ CHOISIS - PROBLÈMES ADMINISTRATIFS	
6.1 Détenus employés au centre de soins de santé.....	108
6.2 Intégration aux régimes d'assurance-maladie provinciaux.....	110
6.3 Dossiers médicaux.....	111
6.4 Dossiers administratifs - Données sur les soins de santé.....	114
 SECTION 7 - INSTALLATIONS MATÉRIELLES DES CENTRES DE SOINS DE SANTÉ.....	117
7.1 Installations du service de radiologie.....	121
 SECTION 8 - RECOMMANDATIONS.....	122
 BIBLIOGRAPHIE.....	152

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE A-1.....INSTRUCTION DIVISIONNAIRE N° 1105
- ANNEXE A-2.....INSTRUCTION DIVISIONNAIRE N° 1106
- ANNEXE B-1.....TABLEAU I - TENDANCES DANS L'ÂGE A L'INCARCÉRATION -
HOMMES, 1964/1965 à 1972
- ANNEXE B-II.....TABLEAU II - POPULATION CARCÉRALE SELON L'ÉTABLIS-
SEMENT, 1974 et 1975
- ANNEXE B-III.....TABLEAU III - LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P.
SELON LA RÉGION, AVEC DÉSIGNATION
SÉCURITAIRE ET CAPACITÉ EN CELLULES
AU 1^{er} AVRIL 1975
- ANNEXE C.....LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS PAR LES MEMBRES
DU COMITÉ
- ANNEXE D.....RAPPORT DU DOCTEUR FRANSMAN

LISTE DES TABLEAUX

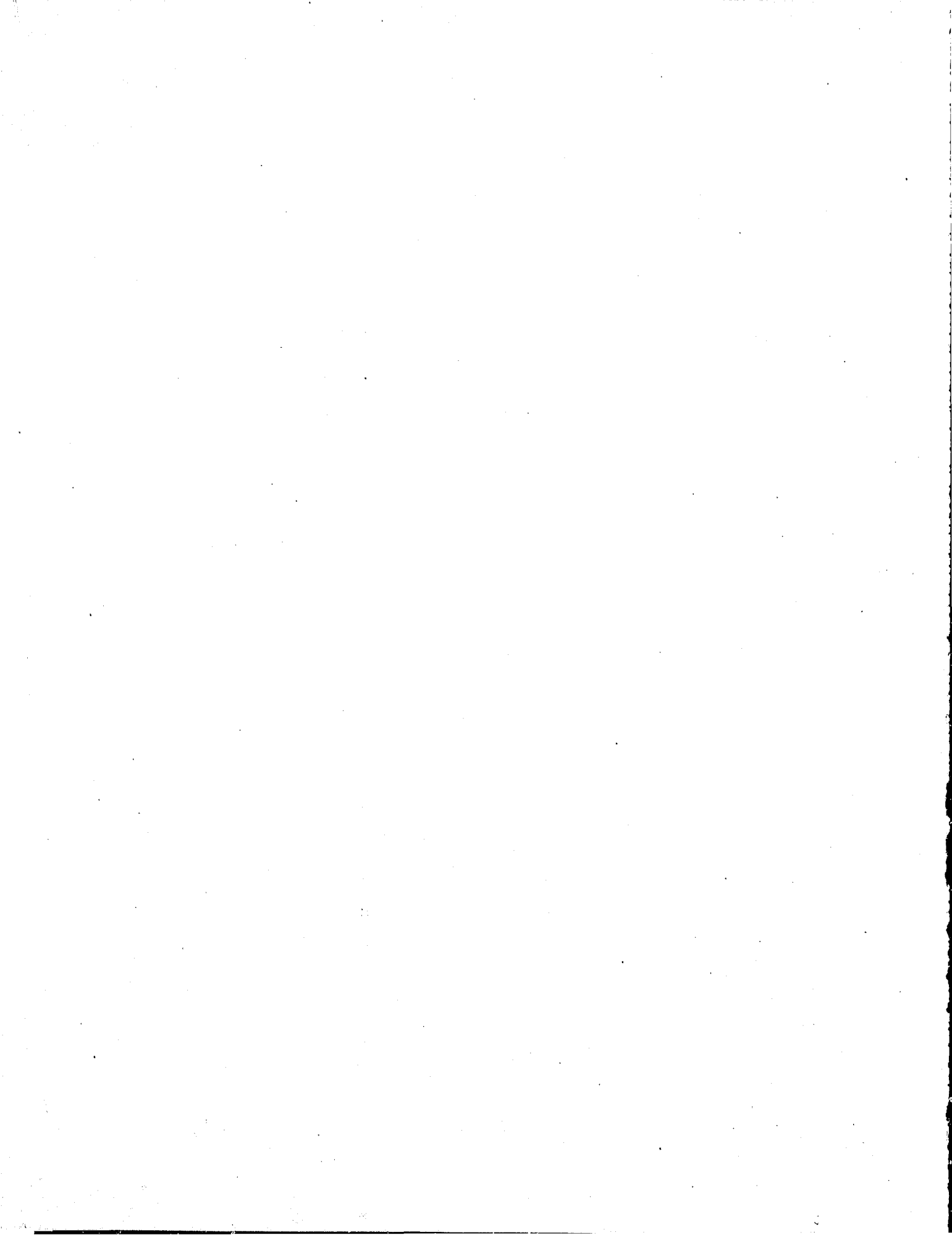
TABLEAU 1 - RÉPARTITION DE LA POPULATION CARCÉRALE SELON L'ÂGE ET LE SEXE.....	9
TABLEAU 2 - TEMPS FAIT PAR LES DÉTENUS INSCRITS AU REGISTRE AU 8 AOUT 1974.....	10
TABLEAU 3 - TEMPS FAIT PAR LES DÉTENUS LIBÉRÉS 1970 - 1974.....	12
TABLEAU 4 - LIEU D'INCARCÉRATION SELON LA RÉGION EN 1974 ET 1975.....	13
TABLEAU 5 - POPULATION CARCÉRALE SELON LE NIVEAU DE SÉCURITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT - 1974 ET 1975.....	14
TABLEAU 6 - DONNÉES EXPLICATIVES CONCERNANT LES MÉDICAMENTS PRESCRITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P. - RÉGION DE L'ONTARIO, JANVIER - MARS 1975.....	61
TABLEAU 7 - NOMBRE DE LITS PAR RAPPORT À LA CAPACITÉ EN CELLULES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	78
TABLEAU 8 - TAUX D'OCCUPATION DES LITS DES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P. - 1974 ET 1975.....	79
TABLEAU 9 - CAPACITÉ EN CELLULES, CAPACITÉ EN LITS ET TAUX D'OCCUPATION DES LITS, 1974 ET 1975.....	80
TABLEAU 10 - PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ DE 24 ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P. S'OCCUPANT DE 8 287 DÉTENUS - AU 31 MARS 1974.....	86

ANNEXE B-I - TABLEAU I - TENDANCES DANS L'ÂGE À L'INCARCÉRATION - HOMMES
1964/1965 À 1972

ANNEXE B-II - TABLEAU II - POPULATION CARCÉRALE SELON L'ÉTABLISSEMENT,
1974 ET 1975

ANNEXE B-III - TABLEAU III - LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P. SELON
LA RÉGION, AVEC DÉSIGNATION SÉCURITAIRE ET
CAPACITÉ EN CELLULES AU 1^{er} AVRIL 1975

DIAGRAMME I - EMPLACEMENT DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P.



SECTION 1

INTRODUCTION

1.1 But et portée du rapport

Le Service canadien des pénitenciers (S.C.P.) poursuit la réforme pénale entreprise en 1946. L'amélioration de la qualité, de la nature et de la disponibilité des services médicaux et services de soins de santé est à l'heure actuelle un objectif primordial, C'est la Direction des services médicaux et des services de soins de santé du Service canadien des pénitenciers qui assure ces services. Le Comité consultatif national des services de santé, créé au printemps de 1973, se composait de membres choisis par le ministre parmi une liste de candidats nommés par d'importantes associations professionnelles de médecins, de dentistes et d'infirmiers du Canada.

Le premier rapport du Comité, publié avec l'autorisation de l'honorable Warren Allmand, Solliciteur général du Canada, s'appliquait en grande partie à préciser le rôle et les responsabilités de la Direction des services médicaux et des services de soins de santé, ainsi que des médecins, dentistes et infirmiers¹ du S.C.P. On a proposé une structure administrative et une définition de la responsabilité professionnelle (fonctionnelle) et quarante-huit recommandations furent formulées. Après que le Solliciteur général eut accepté le premier rapport, bon nombre des recommandations furent adoptées et une nouvelle structure fut mise au point pour assurer des services médicaux et des services de soins de santé aux détenus des établissements fédéraux (voir les Instructions divisionnaires 1105 et 1106 en date du 11 avril 1975, Annexe A).

1. Note du traducteur. Dans tout le rapport, "Infirmier" comprend également les infirmières travaillant dans les établissements du S.C.P.

Selon le Comité la recommandation suivante est de toute première importance: "Il est recommandé que le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé soit assisté d'un groupe d'experts-conseils (à l'échelle nationale) représentant diverses disciplines, telles que la médecine générale, la psychiatrie, l'art dentaire et les soins infirmiers, à raison de cinq séances hebdomadaires d'une demi journée. La durée de la nomination est de trois ans et peut être renouvelée.", (Recommandation 9 du premier rapport). Il s'agit là d'une des recommandations qui n'ont pas été mises en oeuvre. Si nous en soulignons l'importance et le caractère urgent, c'est que tout au long du deuxième rapport, le Comité fait allusion au rôle et aux responsabilités de tels experts-conseils nationaux (Recommandation 2).

Comme l'indique le premier rapport, "Le Comité consultatif national des services de santé est d'avis que le centre de soins de santé des établissements doit assurer tous les services médicaux et les services de soins de santé, exerçant ainsi une influence positive et pratique sur les détenus qui s'efforcent de se réadapter eux-mêmes", (page 5). Les docteurs, les infirmiers et les autres membres du personnel de santé ont l'obligation professionnelle de prendre soin des détenus qui sont malades au sein du S.C.P., quels qu'ils soient. Pour assumer cette tâche, les médecins et infirmiers ne doivent se mêler à aucune activité antagoniste des détenus et doivent appuyer sans réserve les règlements du S.C.P. et les mesures de sécurité. Ce deuxième rapport résulte donc d'une étude approfondie effectuée de 1973 à 1975 sur les moyens dont dispose le détenu pour obtenir des services médicaux

et des services de soins de santé, et sur la nature et la qualité des services et des traitements qui lui sont offerts. Les recommandations visent à améliorer les services médicaux et les services de soins de santé fournis aux détenus des établissements du S.C.P.

1.2 Récapitulation générale des soins de santé offerts par les établissements du S.C.P.

Récemment encore, les services de soins de santé dans les pénitenciers canadiens jouissaient d'une grande autonomie et variaient considérablement d'un établissement à l'autre sur le plan de la qualité des soins médicaux, dentaires et de santé. Les grands établissements font ordinairement subir un examen physique à tout nouveau détenu. Le détenu, s'il veut d'autres soins, se présente à l'infirmerie (rassemblement des malades) où son mal ou ses plaintes peuvent être examinés et "tamisés" par un agent de soins de santé, qui peut ou non posséder les titres de compétence requis. Son état de santé le justifiant, le détenu sera renvoyé au médecin traitant de l'établissement. Les médicaments sont ordinairement distribués au cours d'une autre visite à l'infirmerie, appelée normalement la "distribution de médicaments". Les soins d'urgence ou à court terme peuvent être dispensés à l'infirmerie du pénitencier où il y a quelques lits, mais les opérations importantes et autres procédés de diagnostic ou de traitement exigent le transfert du détenu dans un hôpital de l'extérieur.

Le présent régime de soins de santé du S.C.P. est, dans une certaine mesure, analogue aux services de soins de santé offerts dans les Forces armées, les grandes écoles qui hébergent des élèves et les établissements industriels. On y trouve, par exemple, le "tamisage" effectué par une infirmière autorisée dans des écoles ou des usines, le renvoi à un médecin, et la disponibilité de quelques lits dans un poste de malades ou une infirmerie. Il semblerait cependant que la "distribution de médicaments" soit propre aux prisons car elle est faite par des agents de soins de santé qui ne possèdent souvent aucun titre de compétence dans le domaine infirmier.

Le régime de soins de santé change quelque peu, mais les améliorations se sont fait sentir jusqu'ici principalement à l'Administration centrale, et plus particulièrement au niveau des fonctions administratives des services de santé régionaux. Elles atteignent peu à peu les établissements. Deux des cinq régions disposent maintenant d'un centre régional de réception chargé de l'examen complet et du classement du détenu. La question de l'examen des nouveaux détenus et celle des centres de réception sont étudiées à fond plus loin.

Depuis sa création, le Comité n'a remarqué que très peu de changements dans les services offerts par les établissements, sauf en ce qui concerne le recrutement d'infirmiers autorisés et le remplacement graduel des agents de soins de santé par des infirmiers autorisés au fur et à mesure que se produit la réduction naturelle des effectifs.

Les soins médicaux et les soins de santé sont fournis, dans les pénitenciers, dans des installations désignées collectivement et diversement par le passé sous le nom d'hôpitaux, d'infirmiers ou de postes de malades. Puisque la majorité des patients qui ont besoin de soins primaires à ce niveau sont des patients sur pied (c.-à-d. non alités), le Comité a proposé, dans son premier rapport, que ces installations soient appelées "Centre de soins de santé de l'établissement".

Ces centres existent dans tous les établissements à sécurité maximale et moyenne, centres de réception régionaux et centres psychiatriques régionaux. Par contre, les camps forestiers, les annexes agricoles et les autres établissements à sécurité minimale, ainsi que les centres correctionnels communautaires, n'en ont pas; toutefois, diverses mesures sont prises pour satisfaire aux besoins de soins de santé des détenus qui s'y trouvent. Ainsi, on pourra avoir recours aux services de santé dispensés dans des pénitenciers à sécurité maximale situés à proximité. La plupart des centres correctionnels communautaires et des camps forestiers éloignés ont conclu une entente avec des médecins à clientèle privée des communautés avoisinantes pour les soins de santé généraux. Il est évident que les dispositions des ententes ne sont pas toujours aussi bien définies ou organisées qu'il le serait souhaitable.

Les mécanismes ou les dispositions prévus pour que les détenus des plus petits établissements puissent participer au rassemblement des malades ou à la distribution des médicaments, voir un médecin ou une infirmière non pénitentiaire, ou être

admis à un hôpital non pénitentiaire ne sont pas bien définis et doivent être mis au point et clarifiés. (Recommandation 3).

1.3 Particularités de la population carcérale et des établissements du S.C.P.

Il est évidemment important de tenir compte de certaines particularités, par exemple, le sexe et l'âge des détenus, dans la planification, la mise en application et l'évaluation des services de santé.

La population carcérale, qui s'élève à presque 9 000 personnes (8 562 au 1^{er} avril 1975), se compose surtout d'hommes - 98%, et principalement de jeunes hommes - 30% ont moins de 25 ans et 73% ont moins de 35 ans. Contrairement à ce que peuvent croire les gens, une grande proportion de la population carcérale n'y est que depuis quelque temps; en effet, 63% des détenus n'y sont que depuis moins de 2 ans.

La proportion de détenus plus âgés et de ceux qui ont été incarcérés depuis longtemps est relativement faible. Toutefois, il faut accorder une attention particulière à la planification d'un système de soins de santé efficace pour ces détenus; par exemple, au 8 août 1974, plus de 100 détenus étaient âgés de 60 ans et plus et environ 50 détenus avaient été incarcérés depuis 15 ans ou plus.

Le corollaire qui ressort de cette période d'emprisonnement qui dans l'ensemble est relativement courte est qu'il y a un roulement ou un mouvement important de détenus vers le système, depuis le système et d'un établissement à un autre. Par exemple, les statistiques des établissements correctionnels (Statistique Canada) de 1973 démontrent qu'au cours de cette

année-là il y a eu 4 319 admissions et 3 461 mises en liberté. La population carcérale inscrite au registre au 31 décembre 1973 s'élevait à 9 111 détenus. 8 459 transfèrements ont été effectués d'un établissement à un autre au cours de cette année-là.

Un facteur déterminant dont il est important de tenir compte dans la planification des soins de santé est la distribution géographique de détenus à travers le Canada, dans quelque 50 établissements de types divers. Cela signifie qu'il faut assurer des soins médicaux et des soins de santé dans une grande variété d'établissements, dispersés ici et là, et de dimensions variées, les petits pouvant accueillir des groupes de 10 détenus et les plus importants plus de 400 détenus.

Les données de base concernant ces facteurs ayant trait à la population et aux établissements figurent aux tableaux (n^{os} 1 à 5) qui suivent et à l'Annexe "B" avec quelques commentaires donnés ici, à titre de données générales pour qui veut examiner les besoins des services médicaux et services de soins de santé du Service canadien des pénitenciers et des détenus des établissements.

1.3.1 Répartition selon le sexe et l'âge

Les femmes ne comportent qu'une petite proportion de la population carcérale, soit une constante de moins de 2%. La répartition selon le sexe figure au tableau 1. Presque toutes les détenues sont incarcérées à la prison des Femmes à Kingston en Ontario. L'éventuelle dispersion des détenues à travers le système entraînerait des problèmes particuliers pour la prestation de services de santé.



CONTINUED

2 OF 5

La population carcérale est relativement jeune; presque la moitié des détenus sont dans la vingtaine et plus de 80% ont moins de 40 ans. La répartition des âges selon le sexe, qui figure également au tableau 1, a été dressée à partir de chiffres de recensement, c'est-à-dire à partir du nombre de détenus inscrits au registre à une date particulière, soit le 8 août 1974.

La répartition selon l'âge semble avoir été relativement stable au cours de la dernière décennie. Il y a eu une proportion légèrement supérieure de détenus âgés de moins de 20 ans lors de l'admission que par les années précédentes, mais dans l'ensemble, il n'y a eu que très peu de changements. Les rapports annuels ont fait état de la répartition des détenus masculins selon l'âge à l'admission et les tendances à cet égard figurent à l'annexe B - tableau I.

TABLEAU 1 - REPARTITION DE LA POPULATION CARCERALE SELON L'AGE
ET LE SEXE

a) Répartition de la population carcérale selon le sexe, 1974 et 1975*

Sexe	2 avril 1974		1 ^{er} avril 1975	
	Nombre	%	Nombre	%
Hommes	9,063	98.22	8,423	98.38
Femmes	164	1.78	139	1.62
TOTAL - les deux sexes	9,227	100.00	8,562	100.00

b) Nombre de détenus inscrits au registre au 8 août 1974, selon le sexe et le groupe d'âge**

Groupe d'âge (Age actuel)	Hommes	Femmes	Total- les deux sexes		
	Nombre	Nombre	Nombre	%	% Cumulatif
Moins de 20 ans	416	5	421	4.70	4.70
20-24 ans	2,239	52	2,291	25.59	30.29
25-29 ans	2,345	34	2,379	26.57	56.86
30-34 ans	1,408	32	1,440	16.08	72.94
35-39 ans	903	12	915	10.22	83.16
40-49 ans	1,021	18	1,039	11.60	94.76
50-59 ans	359	5	364	4.07	98.83
60 ans et plus	101	4	105	1.17	100.00
TOTAL-tous les âges	8,792	162	8,954	100.00	

Sources:

* Relevé hebdomadaire de la population carcérale du S.C.P. pour les semaines finissant à minuit le 2 avril 1974 et le 1^{er} avril 1975.

** Données tirées du Centre des dossiers des détenus du S.C.P.

1.3.2. Durée de l'incarcération au sein des établissements du S.C.P.

Il a déjà été fait mention du fait qu'une grande partie des détenus ne demeurent dans les établissements que pour relativement très peu de temps; par exemple, quelle que soit la date, plus de 60% des détenus qui sont au pénitencier n'y sont que depuis moins de deux ans. De plus, environ 80% n'y auront séjourné que pendant moins de trois ans. Il est important de noter que si un libéré conditionnel est réincarcéré en raison du bris d'une des modalités de sa libération conditionnelle ou au cours de sa période de surveillance obligatoire, le Centre de dossiers des détenus considère qu'il commence une nouvelle période d'emprisonnement. Il faut faire la distinction entre le temps fait par un détenu et la durée de la peine d'emprisonnement. Les données pertinentes figurent au tableau 2.

TABLEAU 2 - TEMPS FAIT PAR LES DÉTENUS INSCRITS AU REGISTRE
AU 8 AOÛT 1974¹

Temps fait (années)	Détenus inscrits au registraire		
	Nombre	%	% cumulatif
Moins d'un an	2625	29.32	29.32
1 an et moins de 2 ans	3042	33.98	63.30
2 ans et moins de 3 ans	1466	16.37	79.67
3 ans et moins de 4 ans	484	5.41	85.08
4 ans et moins de 5 ans	485	5.42	90.50
5 ans et moins de 7 ans	449	5.02	95.52
7 ans et moins de 11 ans	286	3.19	98.71
11 ans et moins de 15 ans	66	0.74	99.45
15 ans et plus	49	0.55	100.00
TOTAL	8952	100.00	

¹Nota: Temps fait jusqu'au 8 août par des détenus présents ce jour-là (voir aussi le tableau 3). Les libérés conditionnels ou les libérés en surveillance obligatoire sont considérés, s'ils sont réincarcérés, comme s'ils commençaient une peine d'emprisonnement nouvelle et distincte.

Source: Données tirées du Centre des dossiers des détenus du S.C.P.

On a dressé des données sur la durée totale de l'emprisonnement des détenus qui sont libérés des établissements du S.C.P. et, comme l'indique le tableau 3, presque les trois quarts de ces détenus ont fait moins de 2 ans. La mise en liberté comprend la libération conditionnelle, la libération sous surveillance obligatoire et la libération inconditionnelle. Environ 10% seulement ont fait trois ans ou plus alors que presque le tiers ont fait moins d'un an. Le problème que présente la prestation de services de soins de santé aux détenus incarcérés pendant un an ou moins n'est pas du tout le même que celui de la prestation de services adéquats aux détenus incarcérés plus longtemps.

TABLEAU 3 - TEMPS FAIT PAR DES DÉTENUS LIBÉRÉS DE 1970 À 1974¹
(AU 5 SEPTEMBRE 1974)

Période purgée (années)	Détenus inscrits au registre		
	Nombre	%	% cumulatif
Moins d'un an	5397	32.53	32.53
1 an et moins de 2 ans	6893	41.55	74.08
2 ans et moins de 3 ans	2600	15.67	89.75
3 ans et moins de 4 ans	838	5.05	94.80
4 ans et moins de 5 ans	375	2.26	97.06
5 ans et moins de 10 ans	414	2.50	99.56
10 ans et moins de 15 ans	61	0.37	99.93
15 ans et moins de 20 ans	8	0.05	99.98
20 ans et plus	4	0.02	100.00
TOTAL	16590	100.00	

¹Nota: Les libérés conditionnels ou les libérés en surveillance obligatoire sont considérés, s'ils sont réincarcérés, comme commençant une peine d'emprisonnement nouvelle et distincte.

Source: Données tirées du Centre de dossiers des détenus du S.C.P.

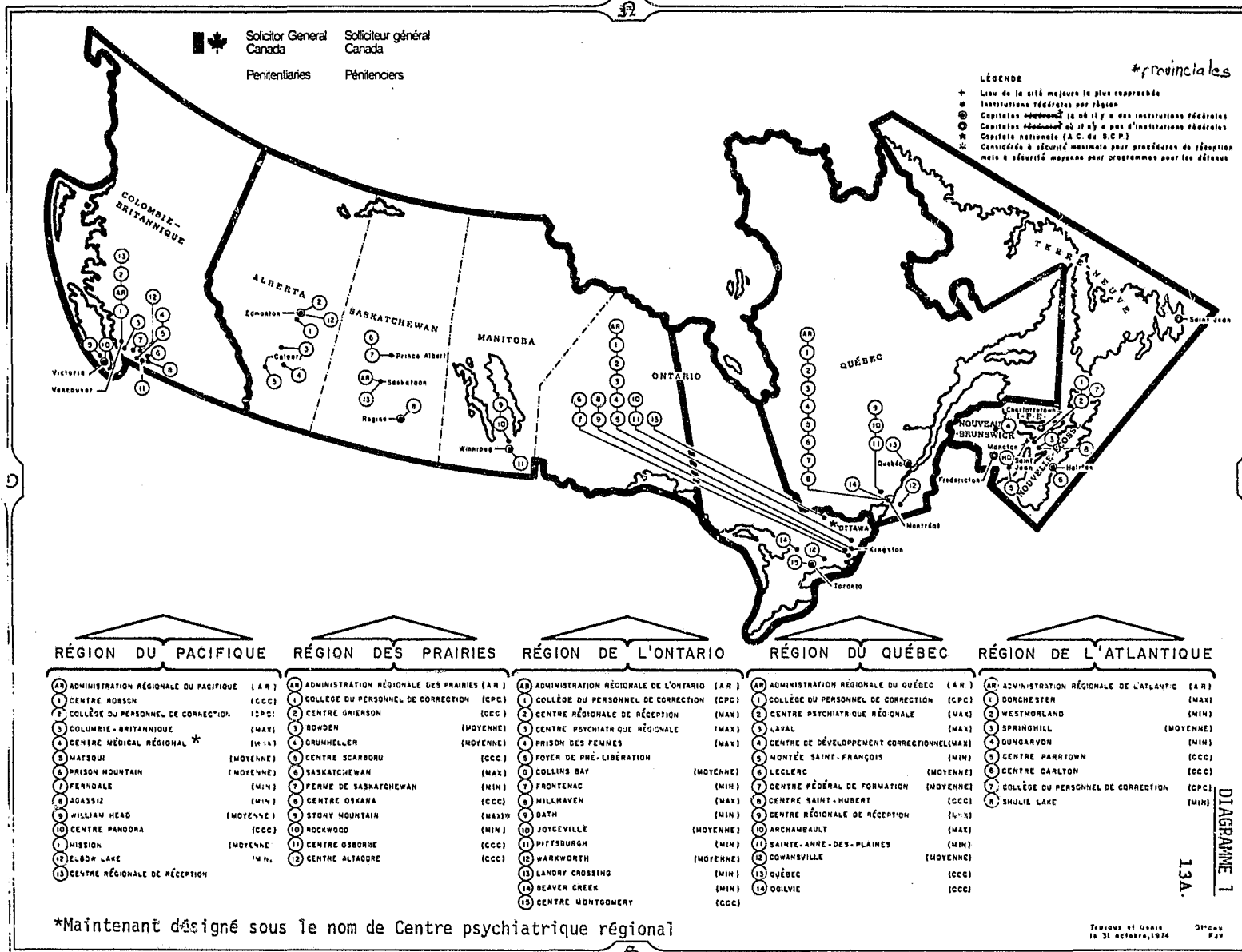
1.3.3 Emplacement - Selon la région et l'établissement

Le S.C.P. est doté d'une organisation régionale, et la population carcérale, comme la population générale, se concentre dans les provinces centrales, l'Ontario et le Québec. Approximativement 50% de tous les détenus sont incarcérés dans la région de l'Ontario et du Québec. La répartition régionale de la population carcérale des deux dernières années figure au tableau 4 et l'emplacement de tous les établissements est indiqué sur la carte (Diagramme 1 - page 13A).

TABLEAU 4 - LIEU D'INCARCÉRATION SELON LA RÉGION, EN 1974 ET 1975

Région	Population carcérale au 2/4/74		Population carcérale au 1/4/75	
	Nombre	%	Nombre	%
Atlantique	922	9.99	819	9.57
Québec	2332	25.27	2254	26.33
Ontario	2549	27.63	2227	26.01
Prairies	1728	18.73	1699	19.84
Pacifique	1532	16.60	1424	16.63
TOTAL DES HOMMES	9063	98.22	8423	98.38
TOTAL DES FEMMES	164	1.78	139	1.62
TOTAL NATIONAL	9227	100.00	8562	100.00

Source: Relevé hebdomadaire de la population carcérale du S.C.P. pour les semaines finissant le 2 avril 1974 et le 1^{er} avril 1975.



Locations: Canadian Penitentiary Service/ National Parole Service

Institutions: Service canadien des pénitenciers et Service national des libérations conditionnelles

A Pacific/Pacifique

- 1 Burrard CCC
- 3 British Columbia Penitentiary Max
Pénitencier de la Colombie-Britannique
- 4 Regional Psychiatric Centre Max
Centre psychiatrique régional
- 5 Matsqui Med/Moy
- 6 Prison Mountain Prison Med/Moy
- 7 Fernside Min
- 8 Agassiz Min
- 9 William Head Med/Moy
- 10 Robson CCC

B Prairies

- 1 Correctional Staff College
Collège du personnel de correction
- 2 Gterson CCC
- 3 Bowden Med/Moy
- 4 Drumheller Med/Moy
- 5 Scarboro CCC
- 6 Saskatchewan Penitentiary Max
Pénitencier de Saskatchewan
- 7 Saskatchewan Farm Min
Ferme de Saskatchewan
- 8 Oskana CCC
- 9 Stony Mountain Max*
- 10 Rockwood Min
- 11 Oshawa CCC

C Ontario

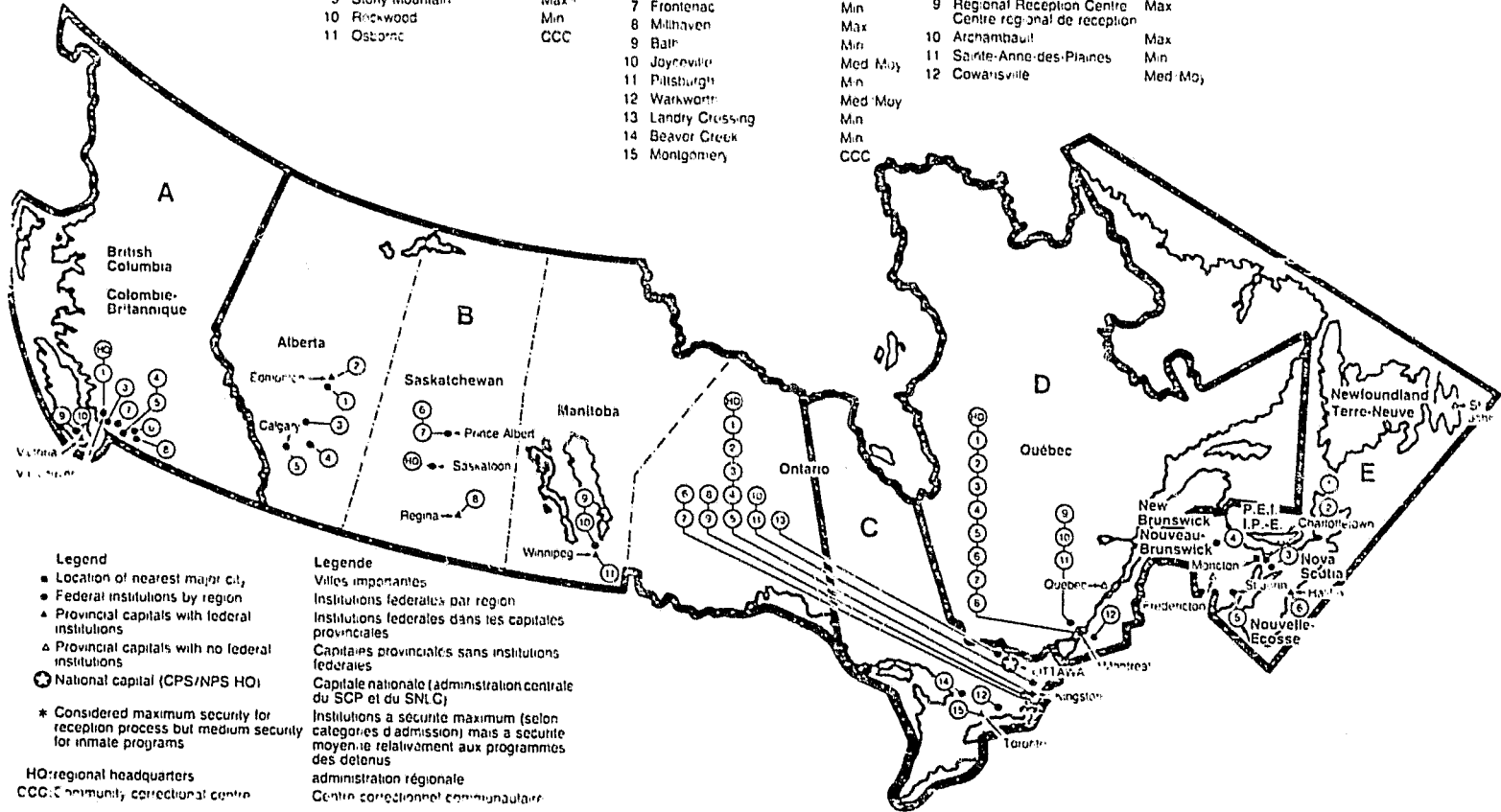
- 1 Correctional Staff College
Collège du personnel de correction
- 2 Regional Reception Centre Max
Centre régional de réception
- 3 Regional Psychiatric Centre Max
Centre psychiatrique régional
- 4 Prison for Women Max
Prison des femmes
- 5 Pre-release hostel
Centre de prélibération
- 6 Collins Bay Portsmouth Med/Moy
CCC
- 7 Frontenac Min
- 8 Milhaven Max
- 9 Bath Min
- 10 Joyceville Med/Moy
- 11 Pittsburg Min
- 12 Warkworth Med/Moy
- 13 Landry Crossing Min
- 14 Beaver Creek Min
- 15 Montgomery CCC

D Québec

- 1 Correctional Staff College
Collège du personnel de correction
- 2 Regional Psychiatric Centre Max
Centre psychiatrique régional
- 3 Laval Max
- 4 Duvernay CCC
- 5 Montée Saint-François Min
- 6 Leclerc Med/Moy
- 7 Federal Training Centre
Centre fédéral de formation
- 8 Saint Hubert CCC
- 9 Regional Reception Centre Max
Centre régional de réception
- 10 Archambault Max
- 11 Sainte-Anne-des-Plaines Min
- 12 Cowansville Med/Moy

E Atlantic/Atlantique

- Regional Personnel Administrator
Moncton N.B.
Administrateur régional du personnel
Moncton N.B.
- 1 Dorchester Max
- 2 Westmorland Min
- 3 Springhill Med/Moy
- 4 Dunganville Max
- 5 Parrtown CCC
- 6 Carlton CCC



Les établissements sont classés selon le niveau de sécurité et la majeure partie des détenus, soit presque la moitié, sont dans des établissements à sécurité moyenne. La deuxième plus grande catégorie se trouve dans les établissements à sécurité maximale, qui contiennent de 25 à 30% des détenus. Les autres catégories logent moins de détenus, soit 5% ou moins du nombre total des détenus. Les relevés pertinents figurent au tableau 5.

TABLEAU 5 - POPULATION CARCÉRALE SELON LE NIVEAU DE SÉCURITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT - 1974 ET 1975

Niveau de sécurité	Population carcérale au 2/4/74		Population carcérale au 1/4/75	
	Nombre	%	Nombre	%
Maximale - Ordinaire	2416	26.18	2644	30.88
- Psychiatrique*	365	3.96	313	3.66
- Centre de réception	377	4.09	397	4.64
Maximale, sous-total	3158	34.23	3354	39.18
Moyenne, sous-total	4504	48.81	3971	46.38
Minimale - Ordinaire	471	5.10	308	3.60
- Ann. agricoles et camps**	713	7.73	508	5.93
- C.C.C.**	217	2.35	282	3.29
Moyenne, Sous-total	1401	15.18	1098	12.82
TOTAL DES HOMMES	9063	98.22	8423	98.38
Femmes - (Ontario)	161	1.75	120	1.40
- Autre	3	.03	19	0.22
TOTAL DES FEMMES	164	1.78	139	1.62
TOTAL NATIONAL	9227	100.00	8562	100.00

*Les centres psychiatriques régionaux étaient auparavant désignés sous le nom de centres médicaux régionaux

**Annexes agricoles, camps forestiers et centres correctionnels communautaires.

Source: Relevé hebdomadaire de la population carcérale pour les semaines finissant le 2 avril 1974 et le 1er avril 1975.

Les établissements les plus importants sont énumérés par région à l'Annexe B - tableau II. La catégorie de sécurité et la population carcérale correspondante pour les deux dernières années y figurent également.

Une liste complète des établissements et de la capacité en cellules correspondante apparaît à l'Annexe B - tableau III. Il est entendu que la politique du S.C.P. est d'avoir de plus petits établissements pouvant accueillir un maximum de 200 détenus. Les services médicaux et les services de soins de santé doivent être élaborés à la lumière d'un nombre croissant de plus petits établissements et de l'utilisation accrue des principes administratifs afférents à des services médicaux et de soins de santé régionaux, tels qu'il a été recommandé dans le Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé.

1.3.4. Autres considérations influant sur les particularités de la population carcérale.

Certaines remarques de la publication de 1973 du Solliciteur général intitulée "Les criminels et la société canadienne, une vue d'ensemble du processus correctionnel", sont pertinentes. Ayant mentionné que la majorité des délinquants ne sont pas incarcérés, le rapport fait allusion à l'alcoolisme et à l'usage de drogues et au récidivisme, d'importants problèmes qui sont très répandus, et remarque à cet effet (page 17): "Au palier fédéral, les services de correction traitent surtout avec des habitués des activités criminelles.", et en outre (page 18), "ces statistiques¹ démontrent que le processus correctionnel fédéral est la dernière

¹ Ces statistiques ont trait aux incarcérations antérieures dans des établissements fédéraux et/ou provinciaux, et à l'expérience vécue en matière de libération conditionnelle.

ressource de justice pénale. Les délinquants y arrivent souvent après l'échec des efforts à d'autres paliers pour les détourner de la criminalité et les ramener à une conduite socialement acceptable."

SECTION 2

STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET ORGANISATION DES SERVICES
MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ2.1 Structure administrative des services médicaux et des
services de soins de santé

Le Comité consultatif national des services de santé a effectué une étude approfondie sur la structure administrative des services médicaux et des services de soins de santé. Le Premier rapport du Comité consultatif national a proposé une nouvelle organisation pour les services médicaux et services de soins de santé et par la suite, soit le 11 avril 1975, les instructions divisionnaires n° 1105 et 1106 ont été établies dans le but de mettre en oeuvre une nouvelle structure administrative.

La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé est devenue une direction autonome au sein du Service canadien des pénitenciers, "devant fournir des services médicaux et des services de soins de santé de haute qualité" (Recommandation 7)¹. Cette direction est responsable devant trois autorités dans l'exercice de son mandat, soit le Commissaire (Recommandation 7) , le directeur régional (Recommandation 17) , et le directeur d'établissement (Recommandation 28) .

¹Premier rapport du Comité consultatif des services de santé, 1974.

Le Service canadien des pénitenciers est en train d'élaborer une organisation régionale bien définie qui comprendra cinq régions dont chacune sera administrée par un directeur régional et un personnel oeuvrant à une Administration régionale (Diagramme 1-page 13A). À ce jour, les quatre régions qui sont ainsi constituées sont la région du Québec, la région de l'Ontario, la région des Prairies qui, elle, contient les établissements du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta, et la région du Pacifique. La région de l'Atlantique, lorsqu'elle sera entièrement constituée, comprendra les établissements du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, et, en plus de servir la population de ces deux provinces, servira les besoins des populations de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve.

La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé est dotée d'une organisation régionale qui est parallèle à l'organisation générale du S.C.P. décrite ci-dessus. Les régions du Québec, de l'Ontario et du Pacifique possèdent chacune un sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, qui est responsable envers le directeur régional S.C.P. en matière d'administration et relève, sur le plan professionnel (fonctionnel) du directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé, à Ottawa.

Des nominations semblables sont prévues pour la région des Maritimes et la région des Prairies. Ce n'est qu'en Ontario que le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, est chargé des services psychiatriques, médicaux, dentaires et infirmiers. Au Québec et en Colombie-Britannique, le personnel psychiatrique et les services infirmiers des centres psychiatriques régionaux relèvent directement, sur le plan professionnel (fonctionnel), du directeur général des Services médicaux et services de soins de santé, et du personnel de ce dernier à l'Administration centrale à Ottawa, qui est des plus restreint. Le Comité a remarqué que cette séparation, ou dualité, du système d'administration au sein de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé, créait d'importantes difficultés. Le Comité encourage encore fortement et avec insistance l'élaboration d'un système d'administration intégré qui passerait par le sous-directeur régional pour tous les services médicaux et les services de soins de santé y compris la psychiatrie (Recommandation 1)¹.

Au sein de chaque établissement, le médecin d'établissement a relevé directement du directeur de l'établissement, mais sur le plan clinique seulement, et il a relevé du sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, sur le

¹ Recommandation 12 du Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé.

plan professionnel (fonctionnel). Jusqu'à ce jour, le médecin d'établissement n'a joué qu'un rôle purement nominal dans l'administration du centre de soins de santé. Il faut préciser que, dans la pratique, ses responsabilités ont été de dispenser des services cliniques aux patients-détenus et à l'établissement, et d'assurer la disponibilité de services médicaux vingt-quatre heures sur vingt-quatre; le S.C.P. a la responsabilité claire d'assurer pour les détenus, en cas d'urgence, la disponibilité de services d'infirmier, ou de médecin et de dentiste vingt-quatre heures sur vingt-quatre. (Recommandation 32).

Les services médicaux et de santé primaires se trouvent assurés à partir des centres de soins de santé dans tout le Service canadien des pénitenciers.

2.2 Centre de réception régional

Pour les besoins du détenu en fait de traitement (médical, psychiatrique et dentaire), et pour son classement, il est essentiel de tenir compte de son état de santé physique et mental. Par exemple, la schizophrénie paranoïde, les troubles de comportement associés à l'épilepsie incontrôlée (lobe temporal), l'arriération mentale, les troubles endocriniens, et les déficiences audio-visuelles ou motrices, peuvent déterminer quel genre particulier de traitement, de programme ou de logement conviendrait le mieux au détenu malade.

Dans des situations idéales, le détenu est d'abord envoyé dans un centre de réception régional¹ après sa condamnation. Le centre de réception régional est un genre particulier d'établissement au S.C.P.; le détenu y passe les premières quatre ou huit semaines de sa peine. Le but de ce séjour est de permettre au centre de procéder à l'évaluation complète et détaillée de chaque détenu, dont notamment son classement sécuritaire, une évaluation de sa santé (fonction motrice, vision, ouïe et fonction mentale), une évaluation de son état émotif et psychologique, de sa motivation, de ses aptitudes professionnelles, etc. C'est à ce moment-ci que l'on choisit le genre d'établissement où le détenu devra purger sa peine.

Le rôle du centre de soins de santé du centre de réception est d'effectuer, et de documenter, pour tous les nouveaux détenus, une évaluation médicale et psychiatrique complète, ainsi qu'un examen dentaire, et de commencer et d'administrer autant de soins que le permet la durée du séjour. Une fois que le détenu a été classé et transféré à l'établissement désigné, le centre de soins de santé de l'établissement doit lui faire subir un examen de rappel et le traiter pour tout problème médical ou dentaire diagnostiqué au centre de réception et pour lequel on n'a pu terminer le traitement.

¹ La lettre du Conseil du Trésor en date du 10 août 1966 a approuvé le programme.

À l'heure actuelle, il n'y a que deux centres de réception régionaux; ces deux centres sont situés dans les régions du Québec et de l'Ontario. Dans les trois autres régions, l'examen médical, psychiatrique et dentaire d'entrée est effectué au sein des divers établissements pénitentiaires des régions. Dans ces cas, comme nous en discuterons plus loin, l'évaluation médicale d'entrée est donnée par le centre de soins de santé de l'établissement où le détenu doit purger sa peine.

La diligence avec laquelle on fait subir un examen médico-dentaire qui soit complet et de qualité varie tellement d'un établissement à un autre et d'un centre de réception à un autre que l'on juge que la situation n'est pas du tout satisfaisante.

Il faudrait accorder la priorité à la mise sur pied immédiate, dans les régions, de centres de réception ou d'unités possédant des installations modernes et un personnel complet pour les services médicaux et les services de soins de santé. Les installations du centre de réception régional et du centre psychiatrique régional, en Ontario, sont si déplorables qu'il convient de les remplacer immédiatement. Ce jugement s'applique aux installations médicales et aux installations dentaires.

En outre, ces unités devraient être situées le plus près possible d'un centre universitaire de services de santé ou d'un hôpital général affilié (comprenant la psychiatrie) à une université. Ce n'est qu'avec l'appui professionnel d'une large gamme de spécialistes en médecine et en biologie médicale que l'on pourra assurer aux détenus un examen médical qui soit efficace et complet, quels que soient les problèmes médicaux, psychiatriques ou dentaires de ces détenus. Si le centre de réception n'est pas situé suffisamment près d'un hôpital affilié à une université, il devient difficile ou impossible d'élaborer un tel soutien professionnel. Si l'on veut assurer une direction et un traitement médical optimum au détenu, il est souvent nécessaire d'avoir recours à un élément spécialisé pour effectuer un examen médical (y compris psychiatrique) complet (Recommandation 7).

En résumé, il faut assurer au détenu de plus complètes évaluations fonctionnelles multidisciplinaires, et des examens et rapports multidisciplinaires plus complets. Le détenu devrait ensuite être classé par un "comité médical" dès son admission au S.C.P. et avant le classement. Le S.C.P. ne peut pas refuser des détenus pour des raisons médicales et il est tenu de les traiter (Recommandation 8).¹

¹ Recommandation 20 du Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé.

2.3 Centre de soins de santé de l'établissement

Les visites que les membres du Comité ont effectuées auprès des établissements avant et depuis la publication du Premier rapport ont révélé que l'administration des centres des soins de santé relève encore de l'agent principal de soins de santé; à l'occasion, l'infirmier autorisé est l'agent principal de soins de santé. Dans les établissements visités, sauf quelques exceptions, l'infirmier principal ou l'agent principal de soins de santé relevait, sur le plan hiérarchique, directement du directeur adjoint, Programmes ou du directeur adjoint, Approvisionnement et services. Dans certains cas, il relevait directement du directeur de l'établissement. L'intégration du programme de soins de santé à des unités administratives de l'établissement qui n'étaient pas reliées aux services médicaux et aux services de soins de santé a engendré des problèmes continuels dans l'administration des soins de santé; on prenait des décisions sans vraiment connaître à fond le domaine de la prestation de soins de santé.

De cette façon, les décisions relatives à l'équipement des services médicaux et des services de santé, l'achat et le contrôle des produits pharmaceutiques, la gestion du personnel spécialisé et l'administration quotidienne des services médicaux et des services de santé, relevaient et continuent de relever de l'agent principal de soins de santé en même temps que d'unités administratives de l'établissement qui ne sont pas reliées aux services de santé. De façon générale, ces agents principaux de soins de santé n'ont que très peu de formation, sinon aucune, dans

l'administration de services médicaux. Les agents principaux de soins de santé, et quelques infirmiers autorisés principaux, ont affirmé qu'ils se sentaient souvent très frustrés dans le rôle d'administrateur de facto du service de soins de santé. Dans l'ensemble, le personnel du centre de soins de santé, composé en majeure partie de personnes qui, elles aussi, étaient des agents de soins de santé, ne jugeait pas que les agents principaux de soins de santé qui étaient techniciens-agents d'hôpital avaient des aptitudes administratives supplémentaires. Dans un certain nombre d'établissements, les infirmiers principaux et les agents principaux de soins de santé ont tous deux souvent signalé que le médecin de l'établissement ne leur donnait que très peu de directives et d'encouragement, sur le plan administratif.

Bien qu'ils pussent avoir recours à l'infirmier régional, les infirmiers et agents principaux de soins de santé du centre des soins de santé n'avaient pas appris à utiliser convenablement cette source d'aide. Certaines régions n'avaient pas d'infirmier régional. Puisque le poste d'infirmier régional n'était en vigueur que depuis très récemment au moment des visites effectuées par les membres du comité auprès des établissements, le rôle de l'infirmier régional n'avait pas encore été défini à fond. Dans certains cas, les infirmiers régionaux n'étaient pas certains de leur autorité ou de leurs responsabilités concernant les soins infirmiers au sein des établissements. De façon semblable, les directeurs des établissements ne s'étaient pas encore rendu compte du potentiel sensible d'assistance de ces infirmiers qui devaient être responsables sur le plan fonctionnel (professionnel) de la qualité des services

infirmiers de toute la région, y compris les services infirmiers du centre psychiatrique régional (Recommandation 68).

Toutefois, outre la participation de l'infirmier régional et du sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, le médecin de l'établissement, lui, sera appelé comme dans le passé à guider et à encourager le personnel du centre de santé des établissements au niveau local, car ce personnel continuera à avoir besoin de cet appui. Il est à noter que là où le médecin d'établissement participait plus activement à l'administration et avait établi des lignes de conduite claires et précises au sujet de la distribution de médicaments par les agents de soins de santé, les employés avaient moins de problèmes, leur moral était meilleur et les services assurés aux patients semblaient être plus efficaces, plus personnels et plus humains.

Il faut établir des lignes de conduite médicales bien définies sur le rôle des centres de soins de santé (Recommandation 29). Le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, et l'infirmier régional, devraient encourager le médecin d'établissement et l'infirmier principal à élaborer des lignes directrices professionnelles et médicales relativement aux services de traitement institutionnels. Ces lignes directrices devront concorder avec les lignes de conduite de la direction générale, avec l'établissement, et avec des normes élevées de services médicaux et infirmiers (Recommandation 30).

L'administration quotidienne, particulièrement en ce qui a trait à l'achat et au contrôle de produits pharmaceutiques et d'autres fournitures et équipement, pourrait entraîner, en l'absence d'une direction médicale et de critères diagnostiques bien définis, d'autres conséquences contraires aux bons soins que l'on doit assurer aux patients. La simple vérité est que tous ces domaines doivent être encore examinés et étudiés à fond de sorte que des décisions puissent être prises tôt concernant de nouvelles mesures administratives au sein des centres de soins de santé des établissements (Recommandation 31). Les attributions du médecin d'établissement qui travaille à temps plein ou à temps partiel doivent être rédigées à nouveau de sorte qu'elles décrivent les responsabilités nouvelles et le rôle administratif nouveau d'un médecin d'établissement qui serait aussi directeur adjoint, Soins de santé (Recommandation 64).

2.4 Médecin d'établissement - directeur adjoint - Soins de santé¹

La structure administrative décrite ci-dessus appelle un changement majeur dans le rôle du médecin d'établissement au sein des établissements visités. Le médecin, le seul membre qualifié et indispensable du personnel du centre de soins de santé, n'assumait que rarement le rôle d'administrateur des services médicaux et des

¹ Afin d'éviter toute confusion, il a fallu désigner ce poste comme étant celui de directeur adjoint, Soins de santé, au lieu d'employer la désignation de "Directeur, Centre de soins de santé" qu'utilise le Premier rapport du Comité.

services de soins de santé. À l'avenir, le médecin d'établissement sera directeur "de facto" du centre de soins de santé, et il y sera chargé de tous les aspects des fonctions médico-dentaires et des services de santé¹. Conformément aux recommandations relatives aux titres, le médecin d'établissement sera donc désigné dans le présent rapport par le titre de directeur adjoint, Soins de santé.

Le médecin d'établissement (Recommandation 28 et Instruction divisionnaire 1106, article 5 a., Annexe A) relèverait du directeur d'établissement à titre de chef du centre de soins de santé de l'établissement (directeur adjoint, Soins de santé), et serait responsable sur le plan professionnel (fonctionnel) devant le sous-directeur régional ou directeur régional adjoint, Services médicaux et services de soins de santé (Recommandation 27). Le Comité remarque que l'Instruction divisionnaire 1106, 5 b. dit que dans les établissements où il n'y a pas de poste de médecin d'établissement, ou dans ceux où ce poste a été comblé en vertu d'un contrat, la direction et la responsabilité administrative sont assumées par l'agent principal de soins de santé. Dans le but d'assurer les meilleurs services médicaux et services de soins de santé possibles aux malades et à la population carcérale, le Comité consultatif national des services de santé a résolu que "nonobstant la nature de l'entente conclue entre le S.C.P. et le médecin d'établissement, ce dernier, en sa qualité de directeur adjoint, Soins de santé, maintienne sa responsabilité et son autorité

¹ Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé, 1974.

professionnelles relativement au soin des patients, à la surveillance du personnel des services médicaux et des services de soins de santé, à la préparation du budget, et à la formulation de recommandations concernant l'achat d'équipement médical, de fournitures, et de médicaments" (Recommandation 63).

Conformément à la ligne de conduite du S.C.P., le médecin de l'établissement embauché soit à temps complet, soit à temps partiel en vertu d'un contrat, doit être responsable de la direction administrative et des soins de santé assurés par le personnel des services médicaux et des services de soins de santé.

En sa qualité de directeur adjoint, Soins de santé, le médecin d'établissement doit tenir le directeur de l'établissement au courant de tout ce qui a trait aux soins de santé assurés aux détenus et doit l'aider de toutes les façons possibles à s'acquitter de ses responsabilités relatives à la santé et au bien-être des détenus en conformité des modifications proposées pour le Règlement sur le Service des pénitenciers (Recommandations 5 et 6)¹.

Le Comité n'est pas du tout d'accord avec l'Instruction divisionnaire 1105, 5 b., où il est dit que dans les établissements où il n'y a pas de poste de médecin d'établissement, ou dans ceux où ce

¹ Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé, pages 17 et 18.

poste a été comblé en vertu d'un contrat, la direction et la
responsabilité administratives sont assumées par l'agent principal
de soins de santé. Les médecins d'établissement sont de plus
en plus embauchés en vertu d'un contrat. Cela veut dire que
pour un nombre imprévisible d'années, l'administration des services
médicaux et des services de soins de santé relèvera dans une
grande mesure des agents principaux de soins de santé, qui souvent
n'ont pas de diplôme d'infirmier autorisé ou d'auxiliaire infirmier
autorisé. Les agents principaux de soins de santé seront, dans
x années, des infirmiers autorisés. Une telle situation laisse
beaucoup à désirer car même les infirmiers autorisés qui sont formés
pour remplir un rôle élargi d'infirmier-patricien ne peuvent être
considérés compétents pour élaborer et surveiller des programmes
médicaux.

Il faut établir des dispositions pour assurer que
le directeur adjoint, Soins de santé, participe à toutes les réunions
des cadres de gestion concernant le programme des services médicaux
et des services de soins de santé, et qu'il soit traité sur le
même pied que les autres directeurs adjoints des établissements, par
ex. le directeur adjoint, Programmes pour les détenus, le directeur
adjoint, Sécurité, et le directeur adjoint, Approvisionnements
et services (Recommandation 65).

L'importance et la complexité du rôle du directeur adjoint, Soins de santé, sont telles que chaque médecin d'établissement existant devrait, avant que d'assumer ses responsabilités de directeur adjoint, Services de soins de santé, dans l'établissement (Recommandation 66), être évalué individuellement par le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, et le directeur de l'établissement, quant à sa compétence administrative et à l'intérêt qu'il porte à l'administration.

Tous les membres du comité reconnaissent les difficultés qu'éprouvent sur le plan professionnel les médecins qui oeuvrent au sein du S.C.P. et qui essaient de satisfaire aux besoins médicaux de Canadiens reconnus coupables d'avoir commis à l'endroit de leurs compatriotes des infractions d'une gravité telle qu'on a dû les incarcérer dans le système pénitentiaire fédéral.

Par conséquent, afin d'assurer un rendement satisfaisant, le médecin d'établissement, outre sa compétence technique, doit faire preuve "de maturité émotive", être capable d'accepter "des insultes non provoquées", de s'occuper de crises, de résister à la "manipulation", et il doit être capable aussi de faire face à d'autres situations intéressantes mais difficiles qui sont "toutes monnaie courante dans une société pénitentiaire"¹. Les infirmiers doivent posséder les mêmes qualités (Recommandation 58). Le médecin

¹ D^r D.G. Workman, médecin de Millhaven, Communication personnelle au D^r E.H. Botterell, 11 décembre 1973.

d'établissement doit posséder des qualités de chef et doit connaître à fond les incidences globales du poste de directeur adjoint, Soins de santé, dans une prison fédérale.

Le comité n'a relevé que peu d'exemples de mauvaise gestion médicale au cours de ses deux ans d'étude du Service canadien des pénitenciers. Par contre, il a vu des cas où des centres de soins de santé ou des médecins fonctionnaient de toute évidence de façon très limitée. L'inefficacité venait principalement du fait que les médecins d'établissement se retiraient des activités d'ensemble de leur poste et se limitaient à assurer des soins cliniques aux détenus qui souffraient de maladies organiques identifiables.

Au fur et à mesure que le régime de soins médicaux et de soins de santé évoluera et se perfectionnera, un nombre croissant de travailleurs spécialisés de la santé (infirmiers autorisés, infirmiers-auxiliaires autorisés) oeuvreront avec le médecin d'établissement au centre de soins de santé. Les infirmiers autorisés occuperont les postes d'infirmier principal; ils assumeront de plus en plus de responsabilités dans la prestation quotidienne des soins de santé. L'aptitude démontrée à travailler à titre de membre d'une équipe de soins de santé doit devenir une des exigences régissant le choix de médecin d'établissement - directeur adjoint, Soins de santé (Recommandation 59).

Le rassemblement des malades du médecin représente la médecine de contact primaire traditionnelle. Tout porte à croire qu'une formation spécialisée dans cette forme de médecine serait un atout pour travailler avec une telle population. Une formation spécialisée en psychiatrie et en psychologie pénale serait tout aussi importante. Lors de la nomination des médecins d'établissement, la préférence devrait être accordée aux médecins détenant des certificats du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (Recommandation 60).

Les médecins d'établissement sont recrutés au Service canadien des pénitenciers par le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé. Ce dernier ne les voit qu'avant leur nomination et ils sont ensuite pratiquement laissés à eux-mêmes sauf qu'ils peuvent compter sur le personnel du centre de soins de santé et que le directeur de l'établissement les voit au moment où ils entrent en fonction. Une période d'endoctrinement ou "d'internat" faciliterait et améliorerait leur intégration au système, tant à titre de cliniciens qu'à titre de directeurs adjoints, Soins de santé (Recommandation 61). Il serait également important de prévoir des périodes d'éducation permanente.

À l'heure actuelle, le médecin d'établissement est isolé, sur le plan professionnel, de ses collègues de la collectivité, bien qu'il puisse avoir des activités médicales autres que celles du S.C.P. Il est aussi isolé des autres

médecins d'établissement de sa région, avec lesquels il ne semble avoir que très peu de contacts réels, sinon aucun, sauf pour la région de l'Ontario. Bien que le médecin ait une pratique "accaparante", l'enseignement supérieur et l'actualité médicale demeurent des aspects qui sont importants. La tenue périodique de réunions professionnelles où le personnel médical, dentaire et infirmier du S.C.P. pourrait rencontrer des collègues correctionnels provinciaux, nationaux et étrangers contribuerait à améliorer sensiblement la qualité des soins assurés aux détenus malades.

Les médecins d'établissement, les dentistes et les infirmiers devraient être des membres actifs de la Canadian Association on Medicine in Correctional Institutions, et des membres actifs de leurs associations nationales et provinciales (Recommandations 62).

2.5 Conditions d'emploi du médecin d'établissement -

Directeur adjoint, Soins de santé

L'horaire de travail varie entre les régions et entre les établissements. Parmi les 12 médecins qui nous ont envoyé des formules d'inventaire du personnel de santé et qui n'étaient pas embauchés à titre de fonctionnaires à plein temps, les "heures de service" en établissement variaient considérablement. Le tableau suivant indique la répartition approximative de leurs heures travaillées en établissement.

Heures travaillées par les médecins à temps partiel¹

<u>Nombre des médecins</u>	<u>Heures/jour</u>	<u>Jours/semaine</u>
1	2	1
1	2	5
2	3	5
2	3	1
1	3½	5
1	3½	3
1	4	2
2	4	5
1	5	5

Il est important de noter que ces médecins ont indiqué dans l'ensemble qu'ils étaient "disponibles" en tout temps, c'est-à-dire, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

Six cliniciens, 5 médecins et 1 chirurgien, qui étaient tous fonctionnaires à temps plein, nous ont également fait parvenir des formules d'inventaire du personnel de santé. Les heures normales travaillées au sein de l'établissement par les 5 médecins fonctionnaires à temps plein étaient approximativement comme ci-dessous; dans l'ensemble, ces médecins étaient également "disponibles" en tout temps.

¹ Formule d'inventaire du personnel de santé, août 1974, et données fournies par le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé.

Heures travaillées par les 5 médecins fonctionnaires
à temps plein¹

<u>Nombre de médecins</u>	<u>Heures/jour</u>	<u>Jours/semaine</u>
1	2	5
2	3½	5
1	4	5
1	5-7	5

Un chirurgien était fonctionnaire à temps plein et rapporte qu'il est employé dans les établissements du S.C.P. ou dans les hôpitaux 25 heures par semaine.

Des 12 psychiatres dont on a reçu des formules d'inventaire du personnel de santé, 5 étaient embauchés à titre de fonctionnaires à temps plein et travaillaient de 7 à 8 heures par jour approximativement, ou si l'on veut, de 9 heures du matin à 4 heures de l'après-midi. Les 7 autres psychiatres étaient inscrits sur la formule d'inventaire du personnel de santé à titre d'employés à temps partiel, d'employés embauchés en vertu d'un contrat, ou d'employés "d'autres" catégories, et ils rapportent un service de 2 à 3 demi-journées ou soirées par semaine.

Un psychiatre a rapporté un service de 15 heures par semaine, un autre, un service de 2 jours par mois. Plusieurs psychiatres ont inscrit qu'ils étaient "en disponibilité" une nuit par semaine et une fin de semaine par mois. Les heures de travail des 7 psychiatres à temps partiel se résument comme suit.

¹ Formule d'inventaire du personnel de santé, août 1974, et données fournies par le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé.

Heures de travail des psychiatres à temps partiel

<u>Nombre de psychiatres</u>	<u>Heures de travail</u>
1	Non spécifié
1	2 jours par mois
1	3 soirées par semaine
2	2 séances d'une demi-journée par semaine
2	15 heures par semaine

Il est clair que le S.C.P. a besoin d'établir les conditions d'emploi du médecin d'établissement qu'il embauche à titre de fonctionnaire à temps plein (Recommandation 67 (b)). Il semble, à quelques exceptions près, que le médecin d'établissement ne soit au service de l'établissement comme "médecin dans la maison" qu'un maximum de 5 demi-journées par semaine. Le facteur "temps plein" représente le fait de devoir veiller à ce que lui-même, ou un remplaçant, soit "en disponibilité" en tout temps. Une nomination à temps plein s'imposait peut-être par le passé alors que les prisons avaient une population de deux ou de trois fois supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui et que le soin des patients pouvait peut-être exiger la totalité ou presque de la journée de travail du médecin. La classification à plein temps avait l'avantage d'assurer une présence médicale 24 heures sur 24 au sein même de l'établissement. Cependant, avec les plus petits établissements qui caractérisent présentement le S.C.P. et qui sont prévus pour l'avenir, les responsabilités administratives, le

soin des patients et la formation du personnel ne nécessitent pas les services d'un médecin nommé à plein temps. Le S.C.P. a reconnu ces faits et embauche de plus en plus de médecins à temps partiel en vertu d'un contrat.

Quarante-cinq des 64 médecins, y compris 16 des 24 psychiatres et 10 des 18 dentistes, tableau 10, page sont embauchés à temps partiel ou en vertu d'un contrat, ce qui requiert supposément un horaire régulier de visites et des heures de disponibilité et de service d'urgence.

Les ressources, les qualifications et le temps dont disposent les médecins qui sont embauchés à titre de fonctionnaires à temps plein aux conditions présentement acceptées par le S.C.P., ne désavantagent pas le médecin à temps partiel¹ tel que ce dernier est défini par le Comité, lors qu'il s'agit de nommer un directeur adjoint, Soins de santé.

À temps partiel ne doit pas être moins que le minimum de temps requis pour permettre une participation active au S.C.P., ni être si long qu'il n'est plus possible de vaquer à des activités professionnelles à l'extérieur de l'établissement; nous proposons un minimum de 3 demi-journées et un maximum de 6 demi-journées par semaine, à l'exclusion des services d'urgence (Recommandation 67(c)).

¹ À temps partiel désigne les médecins qui sont embauchés en vertu d'un contrat avec le S.C.P.

Le S.C.P. doit établir et décrire les conditions d'emploi du médecin d'établissement à temps partiel, qu'il soit embauché en vertu d'un contrat ou à titre de fonctionnaire à temps partiel (Recommandation 67 (b)).

Le Comité appuie la nomination de plus en plus de médecins à temps partiel pour les raisons suivantes:

- a) Cela respecte davantage les vrais besoins cliniques et administratifs de la population carcérale.
- b) Cela permet au médecin d'établissement de rester intégré au milieu médical de sa région, y compris le fait de pouvoir travailler dans un hôpital général.
- c) Cela lui permet de voir et de traiter un groupe plus diversifié de patients souffrant d'une plus grande variété de maladies que celles qu'on voit dans le pénitencier.
- d) Cela lui permet de traiter plus ouvertement dans une pratique privée avec des Canadiens qui ne sont pas des criminels et qui veulent de l'aide médicale sans chercher à obtenir des bénéfices secondaires.
- e) Cela aide le médecin à pratiquer ses aptitudes cliniques en traitant des patients.
- f) Cela peut coûter moins cher au S.C.P.

g) Cela permet à l'administration médicale régionale de relier de plus près les besoins en soins médicaux primaires des établissements à la prestation des services médicaux.

À l'avenir, les titulaires du poste de directeur adjoint, Soins de santé, devraient être nommés à temps partiel soit en vertu d'un contrat soit à titre de fonctionnaires (Recommandation 67 (a)).

Le présent rapport a fait ressortir les nombreuses responsabilités du directeur adjoint, Soins de santé, les qualifications professionnelles et personnelles qu'il doit posséder pour s'acquitter efficacement de ses fonctions, et certains des ennuis majeurs qui sont associés à la médecine pénitentiaire. Il faut offrir des salaires qui sont aussi

intéressants que ceux de l'extérieur si l'on veut recruter des médecins et des directeurs adjoints à temps partiel ou à temps plein qui sont efficaces pour les Soins de santé. (Recommandation 67 (e)).

Dans certains établissements, les services médicaux assurés aux patients et la gestion administrative du centre de soins de santé sont déjà très efficaces. Nous ne voulons pas que cela soit mis en péril par une modification soudaine des conditions d'emploi faite sans consulter les titulaires de ces postes.

On doit continuer à introduire graduellement le système sessionnel de rémunération des médecins du S.C.P. au service des détenus des établissements existants; ce système devrait être appliqué aux postes qui deviennent vacants et aux établissements dont le centre de soins de santé ne fonctionne pas efficacement (Recommandation 67 (d)). La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé doit se réserver le droit de ne garder à son service à titre de fonctionnaires permanents que des titulaires efficaces dont les attributions sont établies d'un commun accord (Recommandation 16).

2.6 Conférences cliniques et réunions des cadres de gestion aux niveaux régional et institutionnel

La coutume des "tournées" médicales, c'est-à-dire ces activités périodiques qui permettent d'enseigner et d'apprendre en même temps et d'étudier conjointement d'intéressants problèmes cliniques qui se posent dans la pratique, est une tradition à la

fois durable et utile. Une telle pratique est considérée comme une activité d'enseignement essentielle dans tous les hôpitaux canadiens qui sont bien organisés, y compris les cliniques pour patients non hospitalisés. Des réunions régulières du personnel médical régional - les "tournées" - sont essentielles à une étude conjointe des problèmes cliniques usuels des détenus malades (Recommandation 19).

Les réunions régionales des médecins d'établissement ne se tiennent régulièrement que dans la région de l'Ontario. D'une certaine façon, on attribue cette lacune au fait que l'appareil administratif des Services médicaux et des services de soins de santé n'en est qu'à sa phase préliminaire. Au moment où le rapport a été rédigé, la région du Québec, la région de l'Atlantique et la région des Prairies ne possédaient pas de sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé.

En sa qualité de directeur adjoint, Soins de santé, le médecin d'établissement doit veiller au perfectionnement permanent de tous les membres de l'équipe des soins de santé de l'établissement. Par la communication rapide des nouvelles techniques et méthodes de la médecine et des sciences infirmières, par la discussion des problèmes techniques de l'établissement dans le but d'améliorer les soins assurés aux patients et la santé des détenus, et par l'enrichissement du personnel sur le plan professionnel. Des réunions de gestion dans lesquelles on examinerait le fonctionnement quotidien du centre de santé encourageraient l'identification des problèmes et entraîneraient la prise de mesures correctives, et, à la longue, l'amélioration des soins assurés aux patients. Il faudrait organiser des réunions périodiques du personnel du centre de soins de santé, dont notamment les médecins, les dentistes, le personnel infirmier et le psychiatre. Des conseillers et tout autre employé susceptible de contribuer à l'amélioration des services médicaux et des services de soins de santé assurés aux patients, et de contribuer au perfectionnement du personnel des soins de santé, devraient être invités à

participer aux réunions (Recommandation 20).

Après avoir mené une enquête approfondie, le Comité n'a pu savoir si le personnel des centres de soins de santé avait tenu des conférences, avec ou sans participation de l'agent de classement ou du travailleur social médical. On devrait tenir de telles réunions périodiquement et y inviter l'agent de classement à des intervalles prévues et au besoin (Recommandation 21).

2.7 Services médicaux et de soins de santé

Achat de l'équipement, des fournitures et des médicaments par les centres de soins de santé.

Lors de leurs visites aux établissements, les membres du Comité ont remarqué que le centre de soins de santé n'avait pas de lignes de conduite ou de critères d'ensemble régissant l'achat d'équipement médical et d'équipement de soins de santé, de fournitures et de médicaments. Ils ont relevé plusieurs cas où il y avait un excédent de médicaments, où l'équipement n'était pas nécessaire, où on avait de l'équipement en double alors qu'on pouvait s'en procurer facilement tout près dans la région, où l'on aménageait des salles d'opération alors qu'aucun besoin précis n'avait été établi. Le Comité a relevé des exemples d'achats non planifiés et non contrôlés de matériaux et d'équipement pour les installations médicales du S.C.P.

Le Comité est d'avis que l'une des principales raisons pour ce désordre était qu'il n'y avait pas au sein du Service canadien des pénitenciers une Direction générale des services médicaux et de soins de santé efficace et intégrée pouvant élaborer et contrôler le budget des services médicaux et des services de soins de santé. La réorganisation de la direction médicale en

tant que Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé a débuté en août 1974. La deuxième de ces raisons a été les anomalies administratives au niveau local, où l'unité des soins de santé était administrée par un agent principal de soins de santé qui ne connaissait pas l'ensemble des lignes de conduite régissant les soins de santé au sein du S.C.P.; ce dernier était responsable devant un directeur adjoint dont le poste n'avait rien à voir avec les soins de santé, par exemple un directeur adjoint, "Programmes", ou un directeur adjoint, "Approvisionnement et services", ce qui ne pouvait qu'augmenter la confusion. Fondamentalement, chaque établissement a eu des services médicaux et de soins de santé autonomes à l'excès.

Si on veut établir une ligne de conduite convenable régissant l'acquisition de l'équipement, des fournitures et des médicaments pour les Services médicaux et les services de soins de santé, le directeur adjoint, Soins de santé, doit en accepter la responsabilité. Il doit avoir l'autorité nécessaire pour mettre en oeuvre la ligne de conduite en conformité des lignes de conduite locales, régionales et nationales du S.C.P. qui sont applicables aux Services médicaux et aux services de soins de santé (Recommandation 64).

Les recommandations professionnelles visant l'achat d'équipement et de fournitures dentaires doivent émaner du dentiste de l'établissement, du dentiste régional et du consultant dentaire.

2.8 Lignes de conduite générales - Les services médicaux et de soins de santé de l'établissement et leur budget

À l'heure actuelle, le budget d'exploitation du centre de soins de santé est préparé par l'agent principal de soins de santé, qui à l'heure actuelle est rarement un infirmier autorisé. Le budget est ensuite soumis soit au directeur adjoint, Approvisionnement et services, soit au directeur adjoint, Programmes pour les détenus, selon l'établissement. Finalement, il devient un article du budget de l'établissement. La réorganisation du soutien financier de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé doit être parallèle aux vastes changements recommandés au sujet de l'administration de ces services dans le Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé. Ces recommandations ont été amorcées par les instructions divisionnaires 1105 et 1106 du S.C.P.; mais ces dernières proposent pour l'agent principal de soins de santé un rôle qui est inacceptable. La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé ne pourra s'acquitter de ses responsabilités relatives au soin des malades et à la santé au sein de l'établissement que si elle peut se servir du budget des Services médicaux et des services de soins de santé comme d'un instrument au service des grandes orientations. Relier les lignes de conduite générales et l'allocation de fonds disponibles à l'ordre de priorités des services médicaux, dentaires, infirmiers et paramédicaux, constitue une opération qui est essentielle et difficile.

Le directeur adjoint, Soins de santé, en consultation avec le directeur de l'établissement et le sous-directeur régional,

Services médicaux et services de soins de santé, doit être responsable de la préparation du budget du centre de soins de santé, en ce qui concerne tous les services médicaux et dentaires et soins de santé de l'établissement (pour les recommandations relatives au salaire des spécialistes, y compris l'infirmier-auxiliaire autorisé, l'agent de soins de santé et le personnel paramédical, par ex. les psychologues et les physiothérapeutes qui participent au soin des détenus malades, et en ce qui concerne les dépenses relatives aux matériaux des services de santé, y compris l'équipement médical, les fournitures et les médicaments (Recommandation 11).

Le budget devrait être approuvé par le directeur de l'établissement afin d'être inséré dans le budget de l'établissement, et par le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, afin d'être inséré dans le budget régional des services médicaux et des services de soins de santé. De cette façon, on arrivera à l'intégration maximale de tous les services régionaux de médecine et de soins de santé (y compris la psychiatrie) et on améliorera ainsi et la qualité et l'efficacité-coûts. (Recommandation 12).

Il est prévu qu'un des avantages initiaux et majeurs de la réorganisation des services médicaux et des services de soins de santé sera l'émergence de lignes de conduite rationnelles et rentables en matière d'achat de médicaments et d'équipement médical et dentaire, et l'émergence de nouvelles ressources médicales et de soins de santé sur un plan régional (Recommandation 13). Cette idée d'une responsabilité médicale professionnelle

(fonctionnelle) pour l'élaboration du budget des services médicaux et des services de soins de santé est fondée sur la conviction que la préparation et la gestion du budget global des services médicaux et des services de soins de santé du S.C.P. doit relever du directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé (Recommandation 9). Ce n'est qu'en préparant et en administrant le budget que le directeur général pourra s'acquitter de ses responsabilités de façon convenable et efficace (Recommandation 10).

SECTION 3

DESCRIPTION ET ANALYSE DES SOINS ASSURÉS AUX DÉTENUS MALADES
ET DU CENTRE DE SOINS DE SANTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

En dernier ressort, c'est par le biais du centre de soins de santé de l'établissement que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé sert les détenus directement et indirectement. Conscient de cette réalité, le Comité a mené une étude approfondie échelonnée sur une période de deux ans et portant sur les activités et le fonctionnement des centres de soins de santé; le Comité a visité à cet effet un grand nombre¹ d'établissements du S.C.P. Les centres de réception ont été examinés séparément.

Comme nous l'avons déjà mentionné (pages), nous voulons que le détenu fasse l'objet d'une évaluation médicale complète, y compris un examen médical, psychiatrique et dentaire, au cours de son séjour au centre de réception régional. Toutefois, cette pratique n'est en vigueur que dans deux régions. Pour ce qui est des autres régions, l'examen d'entrée se fait au sein de l'établissement initialement assigné au détenu. Les examens d'entrée varient sensiblement d'un établissement à un autre.

¹ Voir l'annexe C pour la liste des établissements du S.C.P. visités par les membres du Comité consultatif des services de santé.

Huit des 24 établissements ont signalé dans leur questionnaire sur les services de santé qu'ils faisaient subir d'office un "examen physique complet" dès l'admission. Quinze établissements, dont notamment ces huit-là, ont précisé qu'ils pesaient et qu'ils mesuraient les détenus. Des détails à ce sujet et au sujet de toute autre composante d'un examen physique figurent dans la partie du questionnaire intitulée "Services de laboratoire et autres services de diagnostic" et comprennent les suivants:

24 établissements y compris 2 centres de réception régionaux et 5 établissements servant d'unités de réception

Services habituels assurés au moment de l'admission

<u>Genre de service</u>	<u>Nombre d'établissements</u>
Analyses de sang	7
Analyses d'urine	9
Radiographies	3
Épreuves de syphilis	9
Examens de la vue	2
Examens de l'ouïe	2

3.1 Rassemblement des malades et "distribution des médicaments"

Les services cliniques pour patients sur pied ou "rassemblements des malades" et la "distribution des médicaments", méritent une attention particulière puisque ces activités étaient deux des composantes majeures du programme et posaient des problèmes spéciaux.

Tous les établissements observés avaient établi des procédures courantes pour faciliter aux détenus l'accès

aux soins de santé. Ces procédures étaient intégrées aux activités quotidiennes de l'établissement en tenant compte de l'heure des repas, du nombre de détenus, et du travail et des activités des détenus.

Distribution des médicaments. Les activités quotidiennes au sein des centres de soins de santé commençaient tôt le matin, entre 6h et 8h, par la distribution des médicaments effectuée par les agents de soin de santé ou les infirmiers. Les médicaments prescrits auparavant par le médecin, les médicaments prescrits par l'agent de soins de santé conformément aux ordonnances permanentes du médecin, ou les médicaments courants non prescrits qui sont dispensés à la discrétion de l'agent de soins de santé étaient tous distribués à ce moment-là. Cette activité, communément désignée sous le nom de "distribution des médicaments", donnait en outre aux détenus la possibilité d'exprimer leurs inquiétudes au sujet de problèmes de santé. L'agent des soins de santé, l'infirmier psychiatrique autorisé et un rare infirmier autorisé, tamisaient les patients.

Rassemblement des malades. Cette expression désigne les visites que faisaient au médecin, à l'infirmier ou à l'agent de soins de santé les patients sur pied, car il ne faut pas oublier que les visites des détenus au centre de soins de santé se faisaient en groupe habituellement.

Accès et tamisage. Les détenus étaient admis au centre de soins de santé suite à une demande écrite ou verbale qui était acheminée par l'agent correctionnel au centre de

soins de santé, à l'infirmier principal ou à l'agent principal des soins de santé qui était de service, ainsi que suite aux demandes formulées lors de la "distribution des médicaments". Dans la majorité des cas, on inscrivait le nom du détenu dans un registre et on lui demandait de se rendre au centre au cours de la journée, ou, si le médecin ne pouvait le recevoir cette journée-là, le détenu pouvait le voir un des jours suivants. De plus, un tamisage des malades était fait par l'infirmier autorisé, par l'agent principal de soins de santé ou très souvent par son délégué, et on décidait si le problème du détenu nécessitait qu'il soit ou non vu par le médecin, et à quel moment. Ce rôle de tamiseur qu'assumait le personnel pour le médecin variait d'un établissement à un autre. Dans certains établissements, on a rapporté que tous les détenus qui en faisaient la demande pouvaient voir le médecin. Il en est résulté que dans certains de ces établissements, non dans tous, le "rassemblement des malades du médecin" était assez considérable.

On a obtenu des données de 24 établissements au sujet du rassemblement des malades et de la distribution des médicaments. Rassemblement des malades comprend le rassemblement des malades des médecins et le rassemblement mené par les agents de soins de santé, dans lequel ces derniers peuvent filtrer les demandes de voir le médecin d'établissement. En outre, l'agent de soins de santé prodigue des soins à certains détenus malades. Les données semblent indiquer que le tamisage des personnes désireuses de voir le médecin

d'établissement se fait au moins dans douze des 24 établissements mais la proportion de ceux qui voient le médecin varie de 10 à 100%. De façon générale, le nombre des demandes est réduit du tiers ou de la moitié. D'autre part, le régime veut que de façon générale, le détenu puisse voir le médecin s'il en fait la demande. Même cette situation est précaire car cela dépend de la personnalité du détenu et de celle de l'agent correctionnel qui reçoit la demande, et des qualifications ou du manque de qualifications de l'agent de soins de santé.

Si on a décidé de procéder à un tamisage, le médecin peut fort bien ne pas être avisé des noms de ceux qui ont été tamisés, de leurs problèmes de santé et des mesures prises par l'agent de soins de santé. À notre connaissance, le médecin n'est souvent pas renseigné à ce sujet. Le Comité est d'avis que, de façon générale, le système existant ne renseigne pas de façon suffisante le médecin sur les activités médicales et infirmières des agents de soins de santé; il semble donc que ces derniers ne sont pas suffisamment surveillés et contrôlés.

La question du manque de formation officielle chez les agents de soins de santé a été décrite, et, après avoir assisté à la "distribution des médicaments", il est clair pour le Comité que bon nombre des agents de soins de santé (techniciens-agents d'hôpital et infirmier psychiatriques autorisés) n'ont pas la compétence ou les installations

nécessaires pour différer ou rejeter les demandes à voir un médecin faites par les détenus. Le triage des patients pour dépister les problèmes médicaux nécessitant les soins du médecin doit se faire, lorsque cela est praticable, par un infirmier autorisé qui a reçu une formation spéciale en vue de s'acquitter des fonctions d'un "rôle accru", à savoir le rôle de l'infirmier-praticien (Recommandation 35).

De façon générale, les services des médecins étaient aisément disponibles pour les détenus dans la plupart des établissements. La disponibilité de tels services semble être comparable à celle que connaît l'ensemble de la population canadienne.

Le médecin tient régulièrement un rassemblement des malades dans la plupart des établissements. La fréquence de ces visites varie d'une par semaine à 5 par semaine. Le taux de présences à tous les rassemblements des malades des médecins ou agents de soins de santé, au 31 mars 1974, variait entre 3 et 24% de la population carcérale selon l'établissement. L'infirmier principal ou l'agent principal de soins de santé assistait le médecin au cours de la séance.

Les rassemblements de malades entraînent beaucoup de travail, par exemple des renvois ou des consultations avec des organismes de l'extérieur, des traitements et médications de relance, et le soin des patients en cause.

Lignes directrices. Bien qu'il y eût plusieurs niveaux d'aptitude à conduire le "rassemblement des malades", il ne semblait y avoir que peu de lignes directrices établies

pour organiser et contrôler cette activité. Dans certains centres, le "rassemblement des malades" était bien organisé et le personnel pouvait contrôler le nombre et la circulation de patients en fonction de leurs besoins, de la disponibilité de personnel et d'autres ressources cliniques, ainsi qu'en fonction des exigences de sécurité. Dans d'autres établissements, les "rassemblements des malades" étaient difficiles à gérer et désorganisés (Recommandation 34).

Sécurité. Le personnel des établissements où le rassemblement des malades était difficile à gérer et désorganisé, ont signalé que les détenus profitaient de cette occasion pour échanger des renseignements, de la marchandise de contrebande et des médicaments, surtout lorsque les mesures de sécurité étaient minimales. Cette situation avait tendance à créer de l'appréhension chez le personnel du centre de soins de santé, l'antithèse d'une prestation sereine de bons soins de santé. Le personnel des soins de santé assumait souvent des fonctions de sécurité qui étaient préjudiciables à la profession de médecin ou d'infirmier. Il en est résulté que dans de tels cas, le personnel des soins de santé n'était pas utilisé convenablement.

Concurremment, d'autres infirmiers ou agents de soins de santé tenaient un "rassemblement des malades" dans une des salles de traitements, en donnant des conseils à des détenus au sujet de problèmes de santé peu graves ou en administrant des traitements prescrits auparavant par le médecin. Il n'y avait pas de rassemblements de malades à proprement parler les samedis, les dimanches ou les jours de fête.

Ordinairement, les patients sur pied continuaient à être amenés au centre de soins de santé au cours de l'après-midi pour y recevoir leurs soins des infirmiers et des agents de soins de santé. Les détenus pouvaient recevoir des soins médicaux et infirmiers 24 heures sur 24. Le personnel des centres de soins de santé était aussi chargé de donner les premiers soins aux détenus souffrant de blessures mineures et de prendre les dispositions nécessaires pour transférer les détenus qui étaient gravement malades.

3.2 L'usage et la distribution de médicaments - Drogues - dans les établissements du S.C.P.

L'ordonnance, la préparation et la distribution de pilules et de médicaments au sein des établissements pénitenciers est une des plus importantes activités du personnel des soins de santé, et peut fort bien être l'activité principale de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé au sein de l'établissement. Il n'existe pas de données sur les vrais bienfaits pour la santé, s'il en est, de cette activité.

Dans l'exercice de la médecine non pénitentiaire, un patient obtient des médicaments soit au moyen d'une ordonnance médicale, soit en achetant lui-même des produits exclusifs ou relativement inoffensifs, ce qu'on est convenu d'appeler les "produits grand public". Dans les prisons, les médicaments sont aussi prescrits par les médecins suivant une plainte particulière ou une maladie, mais dans bon nombre des établissements, les médicaments sont aussi distribués sur la

propre initiative des agents de soins de santé ou des infirmiers psychiatriques.

Dans une société non pénitentiaire, en raison de la vaste publicité des compagnies pharmaceutiques, les médecins, en pratique, sont encouragés de prescrire librement des médicaments aux patients. De son côté, le patient est exhorté par la publicité faite à la radio, à la télévision et dans les journaux, de consommer une grande variété de substances médicales ou pseudomédicales pour soulager une multitude de plaintes. En dernière analyse, les recherches des compagnies pharmaceutiques ont découvert une grande variété de médicaments dont certains sont vraiment thérapeutiques pour des maladies particulières mais dont la plupart ne sont que symptomatiques en ce sens qu'ils allègent les symptômes sans traiter les problèmes fondamentaux. Les tranquillisants sont probablement le meilleur exemple de cette dernière catégorie.

Bon nombre des critiques sociaux, de même que le présent comité, s'alarment de l'usage répandu des drogues, d'où l'expression "société croqueuse de pilules". Le nombre des interrèactions et effets secondaires qu'engendrent les drogues devient de plus en plus connu et des recommandations de plus en plus nombreuses sont faites en vue d'une prescription de drogues se limitant à celles qui sont vraiment nécessaires.

Cet usage abusif et répandu de médicaments est plus prononcé dans les établissements pénitentiaires canadiens en raison du manque de lignes de conduite bien établies concernant l'usage de drogues dans les établissements et de la prédominance de la sous-culture pénitentiaire. Dans bon nombre des établissements,

sinon dans la majorité, il n'y a pas de restrictions réelles sur la pratique courante selon laquelle les agents de soins de santé donnent divers genres de médicaments symptomatiques, et les restrictions concernant les tranquillisants sont insuffisantes. Bien qu'il soit souhaitable d'éviter l'usage de médicaments symptomatiques dans la société, il devient obligatoire de réduire le traitement symptomatique à son minimum dans les prisons. La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé devrait réduire rigoureusement l'usage de médicaments symptomatiques au sein de l'établissement (Recommandation 51). La nature inévitable et conflictuelle de l'établissement incite bon nombre de détenus à essayer d'exploiter le système. L'une des façons de l'exploiter est d'obtenir des médicaments des agents de soins de santé, des infirmiers et des médecins. Au sein de l'établissement, le détenu accorde la même importance aux drogues légales et illégales qu'à l'argent.

Presque tous les établissements ont des distributions de médicaments, ordinairement 3 ou 4 fois par jour; dix établissements ont indiqué qu'ils avaient 4 distributions par jour, 7 en ont rapporté 3 et 1 établissement en a signalé une. Un des centres médicaux régionaux a dit qu'il n'avait pas de distribution de médicaments. D'autres établissements (5) ont soit indiqué qu'ils avaient la distribution de médicaments sans respecter d'horaire fixe soit donné aucun renseignement à ce sujet.

La présence à la distribution de médicaments est élevée et une importante proportion de détenus, y compris les récidivistes, y participent apparemment à un moment quelconque de la journée. L'extrême écart qui existe dans les pourcentages de la population carcérale qui se rend à cette distribution, par exemple, de 74.5% à l'établissement de Dorchester à 1.5% à l'établissement Archambault, démontre que les services de santé des établissements ne suivent aucune ligne de conduite concernant l'usage de médicaments. Il est particulièrement remarquable de relever le pourcentage élevé de détenues de la Prison des femmes qui participent quotidiennement à la distribution des médicaments, à savoir 116.4% de la population carcérale, pour qui des médicaments sont prescrits.

L'impression qu'il semble y avoir un usage élevé de médicaments dans les établissements du S.C.P. est fondée sur les données tirées des rapports trimestriels des services de santé d'une région. Les données du Tableau 6 indiquent les genres de médicaments qui sont dispensés dans plusieurs établissements dans une région. Ce tableau d'ailleurs fait ressortir l'important usage d'une grande variété de médicaments à des fins thérapeutiques. Dans l'évaluation de ces statistiques relatives aux médicaments, il est impossible de ne pas se dire que l'usage de médicaments suppose également, ici, l'abus de médicaments. Il y a évidemment un usage très prononcé de médicaments et l'écart qui existe entre les établissements à ce sujet est intéressant et important.

Les causes d'un usage si élevé de diverses catégories de médicaments dans certains établissements ne sont pas apparentes.

Dans certains établissements, entre le tiers et presque la moitié de la population carcérale recevait un genre quelconque de médicament. Un tel usage ne semblait pas se concilier avec le fait qu'un fort pourcentage de la population carcérale des établissements du S.C.P. se composait d'hommes âgés de moins de 40 ans (tableau 1), un groupe d'âge qui dans une société non pénitentiaire a un taux de maladie relativement faible et qui, dans l'ensemble, a recours aux services médicaux relativement moins souvent que dans une société pénitentiaire. Outre le rôle thérapeutique établi, les médicaments sont utilisés à bien d'autres fins dans les établissements correctionnels. Les détenus qui sollicitaient des médicaments à des fins secondaires ont vraiment mis à l'épreuve le personnel des centres de soins de santé.

La "distribution des médicaments" à titre d'activité quotidienne de l'établissement se faisait très visiblement devant les détenus et devant le personnel. Les méthodes actuelles de distribuer les médicaments s'étaient élaborées au cours des années. Dans certains établissements on installait les gros chariots ou les cabarets de médicaments dans un centre de distribution qui était bien en vue. Cette pratique semble être des moins souhaitable puisqu'elle ne peut qu'encourager l'usage de médicaments (Recommandation 56). Les détenus y prenaient leurs médicaments soit avant d'aller à une activité quelconque, soit à

TABLEAU 6 (suite)

¹Connu auparavant sous le nom de Centre médical régional

²Extrait de la Procédure établie pour les rapports:

- Médicaments prescrits - "nombre de patients: le nombre des différents patients traités, et de médicaments spécifiés reçus selon la catégorie."
- Ligne de médicaments - "multiplier le nombre total de patients par le nombre de fois qu'ils ont reçu des médicaments."

³Total des médicaments, et non la présence.

Source: Rapports trimestriels de services de santé, Région de l'Ontario, janvier-mars 1975.

leur retour. Les détenus à qui on n'avait pas prescrit de médicaments s'arrêtaient près des chariots pour demander une grande variété d'articles tels que des antacides, du sirop pour la toux, des laxatifs, de l'aspirine, des "292", des sédatifs, des tranquilisants et ainsi de suite. Ces médicaments, souvent, étaient régulièrement stockés sur le chariot. Les détenus demandaient des médicaments symptomatiques pour soulager un mal de tête, un mal de dos, un mal d'épaule, des troubles gastro-intestinaux et divers autres sujets de plaintes. Les agents de soins de santé et les infirmiers avaient souvent le droit, et on a remarqué qu'ils usaient de ce droit, de donner de tels médicaments et d'autres genres de médicaments, y compris des drogues contrôlées, pour traiter de telles plaintes. On a aussi remarqué que les détenus, souvent, omettaient de venir chercher nombre de médicaments prescrits qu'on leur avait mis de côté.

Le médecin d'établissement ne devrait prescrire des soporifiques ou des sédatifs que s'il y a des preuves objectives que le patient a de la difficulté à dormir (Recommandation 55). Les agents de soins de santé ne devraient pas délivrer ou donner des soporifiques aux détenus, que ce soit de leur propre chef ou suivant une ordonnance permanente d'un médecin.

Les médicaments sont distribués aux détenus soit selon une ordonnance médicale, soit à la discrétion d'agents de soins de santé, infirmiers psychiatriques autorisés compris, agissant suivant une ordonnance permanente d'un médecin ou

de façon ponctuelle. En reconstituant la situation concernant les médicaments, nous nous sommes rendu compte que sans direction médicale, sans une surveillance appropriée du personnel par le directeur adjoint, Programmes ou directeur adjoint, Approvisionnements et services, les agents de soins de santé s'étaient pliés aux pressions inhérentes au milieu pénitentiaire. Le système a favorisé un usage excessif de drogues et encourageait souvent l'exploitation du personnel et des médicaments. En outre, il encourageait davantage les détenus à adopter un mode de comportement déplacé pour traiter de leurs problèmes de santé. À force d'exploiter avec succès le système, les détenus n'avaient plus autant confiance dans le service de santé.

L'usage répandu de médicaments était manifeste dans presque tous les établissements visités. Dans les autres établissements, le médecin d'établissement, en collaboration avec les autres membres du personnel des soins de santé, avait établi des critères sévères pour la distribution de médicaments aux détenus, et la consommation de médicaments par la population carcérale était selon toute évidence très faible.

Il convient d'accorder la priorité à l'élaboration d'une ligne de conduite positive et améliorée pour le S.C.P. en ce qui concerne l'ordonnance et la distribution de toutes les drogues contrôlées et de tous les "produits grand public" aux détenus (Recommandation 50).

À titre d'exemple, tous les médicaments ne doivent être prescrits par un médecin que pour une période particulière, période qui doit être plus courte que celle d'une pratique

non pénitentiaire (Recommandation 52). Aucun analgésique ou sédatif, outre l'acide acétyl-salicylique, ne devrait être donné à un détenu sans prescription spécifique (non itérative) d'un médecin (Recommandation 53). La quantité de médicaments utilisée doit toujours être vérifiée par le S.C.P., et ce, établissement par établissement (Recommandation 54).

Délivrance de médicaments: Rôle du pharmacien

Tous les établissements ont indiqué qu'ils utilisaient une chambre à part comme dispensaire, mais dans quelques cas on gardait des médicaments ailleurs, par exemple dans un magasin fermé à clé, dans un bureau général, ou dans la pièce ou le poste des infirmiers. Les établissements du S.C.P. sont tenus de garder tous les médicaments dans un lieu sûr. Le Comité n'a pas fait de rapport sur le système de délivrance et de contrôle des médicaments et le rôle du pharmacien. Ce domaine appelle une étude spéciale (Recommandation 57).

3.3 Conseillers et gamme de services de traitement des centres de soins de santé

Les spécialistes médicaux visitaient plusieurs établissements périodiquement. Toutefois, la fréquence et le genre de services médicaux spéciaux qui y étaient assurés variaient sensiblement. Cela semblait dépendre des besoins des détenus de l'établissement. de la disponibilité des services au sein de la collectivité, de l'intérêt des spécialistes à travailler dans un établissement du S.C.P.,

des problèmes de transport des détenus et de sécurité,
et de l'intérêt et de l'enthousiasme de l'agent principal
de soins de santé.

Les services spécialisés les plus perfectionnés du système étaient les services psychiatriques. Les détenus étaient renvoyés aux psychiatres ou aux autres spécialistes par le médecin d'établissement; dans certains établissements, les détenus-patients étaient renvoyés aux psychiatres directement par l'agent de classement ou par le directeur de l'établissement. On fixait la visite au centre de soins de santé à des heures où le médecin d'établissement ne se servait pas des installations. Les soins psychiatriques du centre de soins de santé feront l'objet d'une étude plus approfondie dans les sections qui suivent.

Parmi les autres consultants et spécialistes qui utilisent le centre de soins de santé sont les ophtalmologistes et les optométristes qui examinent les yeux et vérifient la vue, les orthopédistes, les spécialistes en chirurgie plastique, les otolaryngologistes et les audiologistes. La pratique courante est d'appeler le consultant lorsque tout un groupe de patients a besoin de ses services. L'équipement et le service de radiologie sont traités à part, de même que les services et l'équipement dentaires.

Divers services spéciaux des centres de soins de santé ont besoin d'équipement spécial. On peut trouver des pièces coûteuses et peu utiles dans la majorité des centres, par exemple, des machines pour la diathermie et des bains tourbillons pour la physiothérapie, de l'équipement de salle d'opération pour la chirurgie.

Une des premières activités des conseillers nationaux, secondés au besoin par des experts compétents, est de réévaluer

la nécessité de chaque service spécialisé, médical, diagnostique ou thérapeutique. En tenant compte des coûts et de la nécessité d'avoir des soins spécialisés de haute qualité, et des exigences de transport et de sécurité à l'extérieur de l'établissement, il faut décider quels services de conseillers spécialistes et quel équipement spécial il convient d'assurer dans un établissement et quels services devraient être assurés dans une clinique ou dans un hôpital non pénitentiaire (Recommandation 38). Les avantages-coûts devraient être établis région par région.

3.4 Le rôle des spécialistes en psychiatrie aux centres de soins de santé

Dans la pratique non pénitentiaire, il est reconnu qu'un fort pourcentage de patients qui veulent obtenir des soins médicaux primaires souffrent de problèmes d'origine psychosomatique. Les chiffres cités varient de 5% à 60% des patients, selon qu'on a utilisé tel ou tel critère.

Lors des rassemblements des malades, en observant les symptômes et les plaintes des détenus et l'usage généralement élevé de médicaments, on a relevé beaucoup d'exemples de gens qui avaient besoin qu'on leur aide à soulager le stress émotif causé par l'adaptation quotidienne et les contraintes de la vie pénitentiaire. Très souvent, ce stress émotif ne se manifestait pas ouvertement et les membres du personnel ne pouvaient s'en rendre compte, ils ne pouvaient donc l'interpréter ou y voir avec le détenu. Dans certains cas où le personnel sentait que

le détenu était en proie au stress, il l'envoyait aussitôt au conseiller psychiatrique alors que le problème aurait pu être traité par le médecin d'établissement sans avoir recours aux services d'un spécialiste. Dans l'ensemble, on semblait accorder plus d'importance à l'aspect organique des plaintes des détenus. Il en résultait quelquefois qu'au lieu de traiter l'aspect psychologique des problèmes du détenu, on avait recours à un traitement physique et à une large gamme de médicaments. Si on veut assurer des soins primaires aux détenus qui soient modernes et de qualité, il faut posséder beaucoup d'aptitudes à identifier, à comprendre et à aider le détenu à faire face à ces problèmes, bien qu'il soit difficile de s'acquitter de cette tâche avec succès dans un milieu pénitentiaire.

Les infirmiers spécialisés en psychiatrie, les infirmiers autorisés et les omnipraticiens ont un vrai rôle à jouer pour orienter, encourager et instruire les détenus, et leur aider ainsi à traiter plus efficacement des problèmes qu'ils rencontrent dans la vie pénitentiaire. Dans bon nombre de centres de soins de santé, le personnel ne poursuivait pas ces activités et d'autres activités visant à prévenir la maladie mentale au point où ils auraient pu le faire. Les membres du personnel qui ont indiqué que l'orientation était une des activités du centre, ont dit que les détenus utilisaient volontiers ce service. De façon générale, la faible part réservée aux services d'orientation personnelle est une des lacunes majeures de l'éventail des services cliniques assurés par le personnel des soins de santé.

Une collaboration accrue entre le consultant psychiatrique attaché auprès de l'établissement et le personnel spécialisé du centre de soins de santé, en plus d'une formation psychiatrique plus poussée pour l'ensemble du personnel médical et infirmier, améliorerait de beaucoup la situation (Recommandation 36). De telles mesures devraient assurer que tous les détenus qu'on soupçonne de souffrir de problèmes psychiatriques, sont évalués et, au besoin, traités par le personnel du centre de soins de santé de l'établissement avec la collaboration du consultant psychiatrique (Recommandation 37).

3.5 Services dentaires

Les détenus pouvaient obtenir des services dentaires dans presque tous les établissements, sinon, on les envoyait dans un autre établissement pour recevoir ces soins. Pour la majeure partie, les installations dentaires étaient situées au centre de soins de santé des établissements à sécurité moyenne et à sécurité maximale les plus importants ou au Centre de réception régional de l'Ontario. Le Centre de réception régional du Québec n'est pas doté d'installations dentaires. Un détenu qui avait besoin de soins dentaires était renvoyé au dentiste de l'établissement Archambault qui y est adjacent.

Une section spéciale du premier rapport était consacrée aux services dentaires. Il est important de souligner de nouveau les points suivants:

- a) L'importance d'un examen dentaire complet, y compris des radiographies dentaires dès l'admission au S.C.P.

- b) La nécessité d'avoir des installations dentaires modernes
- c) L'utilisation d'auxiliaires dentaires
- d) La nécessité d'avoir des dentistes disponibles pour traiter des urgences dentaires douloureuses aussi promptement qu'à l'extérieur.
- e) L'importance de nommer promptement un conseiller dentaire national au S.C.P.

3.6 Ressources pour les traitements d'urgence au sein des établissements

Les listes d'équipement d'urgence disponible dans chaque établissement varient sensiblement d'un établissement à un autre et encore plus d'une région à une autre. Nous ne savons pas pourquoi il devrait y avoir une telle variation dans l'équipement. Dans l'ensemble, la liste d'équipement semble suffisante mais dans certains cas, il faudrait y ajouter des articles supplémentaires. De plus, il est évident que bon nombre des employés du centre de soins de santé n'ont pas les titres et la formation nécessaires pour se servir de cet équipement s'ils devaient le faire dans une situation critique.

Une trousse d'urgence normalisée devrait être disponible pour chaque genre d'établissement du S.C.P. En outre, une liste d'équipement devrait être fournie au personnel infirmier qui assume un rôle accru et qui visite des établissements à sécurité minimale, par exemple des camps, où il n'y a pas de centre de soins de santé.

On devrait pallier aux lacunes de la formation du personnel du centre de soins de santé et des infirmiers en leur

montrant comment faire face à une situation critique en utilisant la trousse d'urgence, plus particulièrement quand il s'agit des situations critiques qui se produisent souvent dans les prisons (Recommandation 42).

3.7 Soins infirmiers

L'infirmier principal relève sur le plan "hiérarchique" du médecin d'établissement, (directeur adjoint, Soins de santé) et doit être responsable devant le médecin d'établissement sur le plan professionnel. Sous la direction du médecin de l'établissement, directeur adjoint, Soins de santé, l'infirmier principal devrait être chargé de l'administration quotidienne du programme des soins médicaux et des soins de santé de l'établissement. Une telle tâche comprend la surveillance du personnel; la responsabilité de veiller aux normes et à la qualité des soins infirmiers prodigués par les infirmiers, les infirmiers auxiliaires et les agents de soins de santé; la responsabilité de la distribution des médicaments, à déléguer au besoin à d'autres infirmiers autorisés; la responsabilité du tamisage des patients lors du rassemblement des malades ou de la visite régulière du médecin, mais sous l'autorité et la responsabilité de ce dernier; l'élaboration, de concert avec les infirmiers de service, des programmes de soins infirmiers pour les patients hospitalisés au centre; la prestation de soins d'urgence aux patients, ou la délégation de cette tâche aux infirmiers autorisés ou aux infirmiers auxiliaires autorisés conformément aux instructions du médecin d'établissement (Recommandation 72). L'infirmier principal est

guidé sur le plan "fonctionnel" par l'infirmier régional.

On a remarqué et affirmé que le travail du membre de l'équipe des soins de santé dans un établissement fédéral comporte des difficultés psychologiques peu ordinaires et exige que le candidat possède beaucoup d'expérience en soins infirmiers. La maturité émotive et une vaste expérience en soins infirmiers, obtenue de préférence dans un milieu où les patients ne sont pas ailités, de même qu'une expérience des soins infirmiers psychiatriques, devraient compter parmi les critères de sélection pour embaucher des infirmiers autorisés au sein du S.C.P. Une période d'endoctrinement y compris des cours en psychiatrie légale, devraient être obligatoires pour les infirmiers entrant en fonction au S.C.P.

Les détenus qui sont admis au centre de soins de santé reçoivent des soins infirmiers au chevet 24 heures sur 24. Les services qui sont assurés au centre de soins de santé comprennent les traitements de post-observation ordonnés au préalable par le médecin, l'observation de l'état de santé des détenus, et les soins d'hygiène personnelle. On a remarqué que bon nombre des détenus du centre de soins de santé pouvaient s'occuper de leurs soins d'hygiène et qu'effectivement, ils s'en occupaient sous surveillance.

De nombreuses tâches au centre de soins de santé exigent un jugement clinique. Ces tâches doivent toujours rester du domaine du médecin, et de l'infirmier autorisé qui agit de concert avec le médecin. L'évaluation des plaintes et

des symptômes des détenus devrait être tamisée par l'infirmier autorisé qui est qualifié pour assumer un "rôle accru" d'infirmier-praticien. L'infirmier devrait prodiguer les soins médicaux et infirmiers qui sont urgents. Il devrait en outre donner des conseils et des instructions en matière de santé. Les actes thérapeutiques ou les diagnostics ne devraient être posés que par un médecin ou un infirmier autorisé.

Plusieurs fonctions du centre de soins de santé pour malades non hospitalisés pourraient être remplies par un infirmier auxiliaire autorisé compétent agissant sous la surveillance d'un infirmier autorisé. L'infirmier auxiliaire autorisé possède une formation normalisée, dont le programme de cours doit être approuvé par le Collège provincial des infirmiers ou l'Association des infirmiers autorisés de la province, et se donner dans des écoles et des hôpitaux approuvés (Recommandation 73).

Sous la surveillance de l'infirmier autorisé, les infirmiers auxiliaires autorisés pourraient poser des actes infirmiers mineurs, comme le pansement des plaies. Ils peuvent prodiguer des soins personnels aux patients qui sont alités, assister les médecins en mesurant divers paramètres physiques, par exemple, l'acuité visuelle, la tension artérielle, la hauteur et le poids, etc.

3.8 Services chirurgicaux

Pendant bien des années, au moins un des centres de soins de santé dans chacune des trois régions du S.C.P. a pratiqué

des interventions chirurgicales majeures. Des patients peuvent y être envoyés par d'autres établissements de la région.

Un centre de soins de santé du système est en train de mettre au point une nouvelle salle d'opération. Les soins chirurgicaux de haute qualité ne peuvent être assurés que dans un milieu où les services d'anesthésie sont de qualité supérieure, où l'équipement chirurgical est renouvelé périodiquement, où le personnel infirmier a reçu une formation spécialisée, où il existe un processus de revue par des pairs, où il y a des comités de prélevement de tissus, et d'autres particularités qui n'existent que dans les hôpitaux qui sont entièrement accrédités.

Le Comité est d'avis qu'il ne convient pas que le S.C.P. se dote de ressources médicales secondaires, par exemple, les interventions chirurgicales majeures ne devraient pas être pratiquées au sein des établissements du S.C.P. La majorité des établissements du S.C.P. sont relativement rapprochés des hôpitaux généraux agréés. Les équipes chirurgicales qui travaillent dans des installations isolées dont les ressources sont limitées et où il n'existe pas de processus de revue par des pairs peuvent difficilement assurer de façon constante des soins de qualité supérieure (Recommandation 39).

Certains centres de soins de santé accueillent les patients opérés dans des hôpitaux non pénitentiaires pour leur prodiguer des soins post-opératoires. Une section des centres de soins de santé était réservée aux soins post-opératoires et aux soins de convalescence. Cette section était

dotée d'agents de soins de santé qui souvent étaient aidés par des détenus employés comme auxiliaires d'infirmier.

3.9 Convalescence

Les pressions exercées, d'une part, sur le S.C.P. pour qu'il réduise ses dépenses et, d'autre part, sur le chirurgien pour qu'il libère des lits dans un hôpital non pénitentiaire débordé de travail, sans oublier les problèmes de sécurité, peuvent entraîner des transfèrements de plus en plus précoces de malades post-opératoires aux établissements de S.C.P., même si la distance entre l'hôpital et l'établissement et la disponibilité d'un personnel et d'installations spécialisées sont telles qu'il est difficile d'assurer les premiers soins post-opératoires. Il ne faudrait pas remplacer les chirurgiens itinérants par des détenus itinérants.

Le Comité est d'avis que le S.C.P. devrait éviter tout retour précoce de patients post-opératoires d'un hôpital non pénitentiaire à un centre de soins de santé d'un établissement, où le personnel spécialisé et les installations médicales peuvent être inadéquates. (Recommandation 5).

3.10 Isolement cellulaire; dissociation punitive

Quelques membres du personnel de soins de santé ont indiqué qu'ils étaient chargés de surveiller la santé des détenus qui étaient en isolement cellulaire mais il semble que cette activité ne se faisait pas de façon constante dans les établissements visités. Dans son premier rapport, le Comité a formulé deux recommandations (Recommandation 30 et 31) au sujet des détenus mis en isolement, ou mis en isolement disciplinaire; ces recommandations sont de nouveau

soulignées. Le Comité est d'avis qu'afin d'évaluer la santé de détenus qui sont en isolement continu, un médecin ou un infirmier relevant du médecin doit visiter périodiquement l'aile où se trouvent les cellules d'isolement. Le directeur adjoint, Soins de santé, devrait faire parvenir le rapport du médecin ou des infirmiers au directeur de l'établissement et au sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé. De plus, outre le traitement habituel de ses patients, le psychiatre devrait faire une visite au moins une fois par semaine.

Lorsque le présent rapport a été terminé, un comité du S.C.P. étudiait les faits concernant l'isolement disciplinaire et l'isolement protecteur. Nous nous renseignerons auprès de ce comité afin d'évaluer davantage les besoins qu'éprouvent les détenus mis en isolement en matière de services de soins médicaux et de soins de santé.

3.11 Nombre de lits au centre de soins de santé en regard de la capacité en cellules, du nombre de lits occupés et du nombre de lits nécessaires.

Bien que seulement 21 établissements aient des lits réservés aux soins de santé, la plupart de ces établissements ont un nombre relativement élevé de lits qui dans la majorité des cas ne sont pas utilisés au maximum. Le nombre des lits de ces 21 établissements varie de 2 à 37, et les lits par capacité d'établissement de 100 cellules ont un rapport échelonné sur 9, c.-à-d. de 1.1 à 9.2, en comparaison de l'échelonnement de capacité en cellules de moins de 5 fois. Les données pertinentes figurent aux tableaux 7, 8 et 9. Les chiffres concernant le taux d'occupation global des lits sont d'une importance particulière, à savoir 40% en 1974 et 44.9% en 1975. -

Dans l'ensemble, ce sont des lits d'hôpital ordinaires désignés ou organisés en tant qu'hôpital, poste de malades ou infirmerie, mais dans au moins trois des établissements visités, ces aires à lits n'étaient que des blocs cellulaires vieux et périmés qu'on avait affectés au soins médicaux.

TABLEAU 7 - NOMBRE DE LITS PAR RAPPORT À LA CAPACITÉ EN CELLULES DE L'ÉTABLISSEMENT

Capacité en cellules		Lits d'hôpital		Lits par 100 cellules	
Nombre de cellules	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre d'établissements	Proportion	Nombre d'établissements
100-199	5	Moins de 10	7	0-1.9	3
200-299	0	10-14	2	2-2.9	3
300-399	4	15-19	10	3-3.9	5
400-499	10	20-24	1	4-4.9	6
500 et plus	<u>2</u>	Plus de 24	<u>1</u>	Plus de 5	<u>4</u>
TOTAL	21	TOTAL	21	TOTAL	21

Il est difficile d'établir le nombre nécessaire de lits d'hôpital. Des facteurs tels que les normes de sécurité, l'isolement géographique relatif, le traitement de cas psychiatriques, les soins assurés aux convalescents, et le fait qu'il est difficile de faire admettre des détenus dans les hôpitaux non pénitentiaires, laisse entendre que la proportion de lits par rapport à la population est plus élevée que pour la population civile. D'un autre côté, le fait que, de façon générale, on ne doit pas pratiquer des interventions chirurgicales majeures ou assurer d'autres services médicaux secondaires dans les

établissements devrait réduire le nombre des lits requis. Un facteur déterminant a été peut-être le taux d'occupation des lits rapporté dans les établissements du S.C.P. Des données explicatives pour l'année 1974 et pour le premier trimestre de 1975 figurent au tableau 8.

TABLEAU 8. - TAUX D'OCCUPATION DES LITS DES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P. - 1974 et 1975

1974 ¹		1975 ¹ (Janv., fév., mars)	
1) Nombre d'établissements visés	17	Nombre d'établissements visés	17
2) Nombre de lits installés	265	Nombre de lits disponibles	265
3) Taux d'occupation des lits Au 31 mars 1974	106	Taux d'occupation -Janv. 115 Fév. 120 Mars 122	Moyenne 119
4) Taux d'occupation = (100 X 106) / 265 = 40.0%		Taux d'occupation = (100 X 119) / 265 = 44.9%	

¹Dans l'ensemble, les données relatives aux services de santé proviennent des questionnaires sur le service de santé distribués aux établissements par le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé en 1974 et portent sur l'année financière finissant le 31 mars 1974. Les données pour 1975 toutefois ont été obtenues directement du directeur général ou de son directeur des Services infirmiers.

De plus amples détails sur le nombre de lits d'hôpital par rapport à la capacité en cellules et au taux d'occupation des lits sont indiqués au tableau 9.

TABLEAU 9 - NOMBRE DE CELLULES, NOMBRE DE LITS ET TAUX D'OCCUPATION DES LITS, 1974 et 1975

(Données explicatives)

	Cap. en cellules 1/4/75	Données de 1974 ² (G.S.S.)					Données de 1975 ³ - Premier trimestre-DGSM					
		Nombre de lits ins- tallés	Jours- patients	Patients 31/3/74	Occupation - %		Nombre de lits	Lits par 100 cel- lules	Occupation			Taux d'occupation 100 moyenne (3)* Lits
					JP (1)*	100 L/P (2)*			Janv.	Fév.	Mars	
<u>Atlantique</u>												
Dorchester	401	37	8,735	33	64.7	89.2	37	9.2	24	23	23	63.1
Springhill	442	18	963	1	14.7	5.6	18	4.1	2	5	4	20.4
<u>Québec</u>												
Archambault	429	16	-	4	-	25.0	16	3.7	10	11	14	72.9
Centre de réception régional	175	2	-	-	-	-	2	1.1	0	0	0	-
Cowansville	433	19	1,517	3	21.9	15.8	19	4.4	15	8	16	68.4
Centre fédéral de formation	372	10	1,244	6	34.1	60.0	12	3.2	4	6	3	36.1
Leclerc	514	15	850	3	15.5	20.0	15	2.9	13	12	10	77.8
<u>Ontario</u>												
Millhaven	429	16	2,076	7	35.6	43.8	16	3.7	5	6	2	27.1
Centre de réception régional	312	20	1,992	3	27.3	15.0	15	4.8	-	-	-	-
Collins Bay	422	8	1,460	4	50.0	50.0	8	1.9	-	-	-	-
Joyceville	470	21	1,024	5	13.4	23.8	21	4.5	2	0	2	6.3
Warkworth	437	18	889	3	13.5	16.7	17	3.9	0	3	1	7.8
Prison des Femmes	124	8	1,109	5	38.0	62.5	7	5.6	2	2	6	47.6
<u>Prairies</u>												
Stony Mountain	478	14	1,758	0	34.4	-	14	2.9	5	8	6	45.2
Saskatchewan	359	19	4,886	17	70.4	89.5	19	5.3	14	17	18	86.0
Drumheller	443	18	1,418	4	21.6	22.2	18	4.1	5	5	4	25.9
Bowden	125	-	-	-	-	-	6	4.8	1	1	1	16.7
<u>Pacifique</u>												
Colombie-Britannique	543	9	1,801	5	54.8	55.6	9	1.7	4	6	5	55.6
Matsqui	337	18	-	8	-	44.4	18	5.3	7	6	6	35.2
Mountain	186	6	402	2	18.4	33.3	6	3.2	2	1	1	22.2
William Head	150	3	127	0	11.6	-	3	2.0	1	1	1	33.3
TOTAL	7581	295	32,251	113	30.0	38.3	296	3.9				

Sources: ¹Rapport hebdomadaire sur la population carcérale - semaine finissant le 1^{er} avril 1975

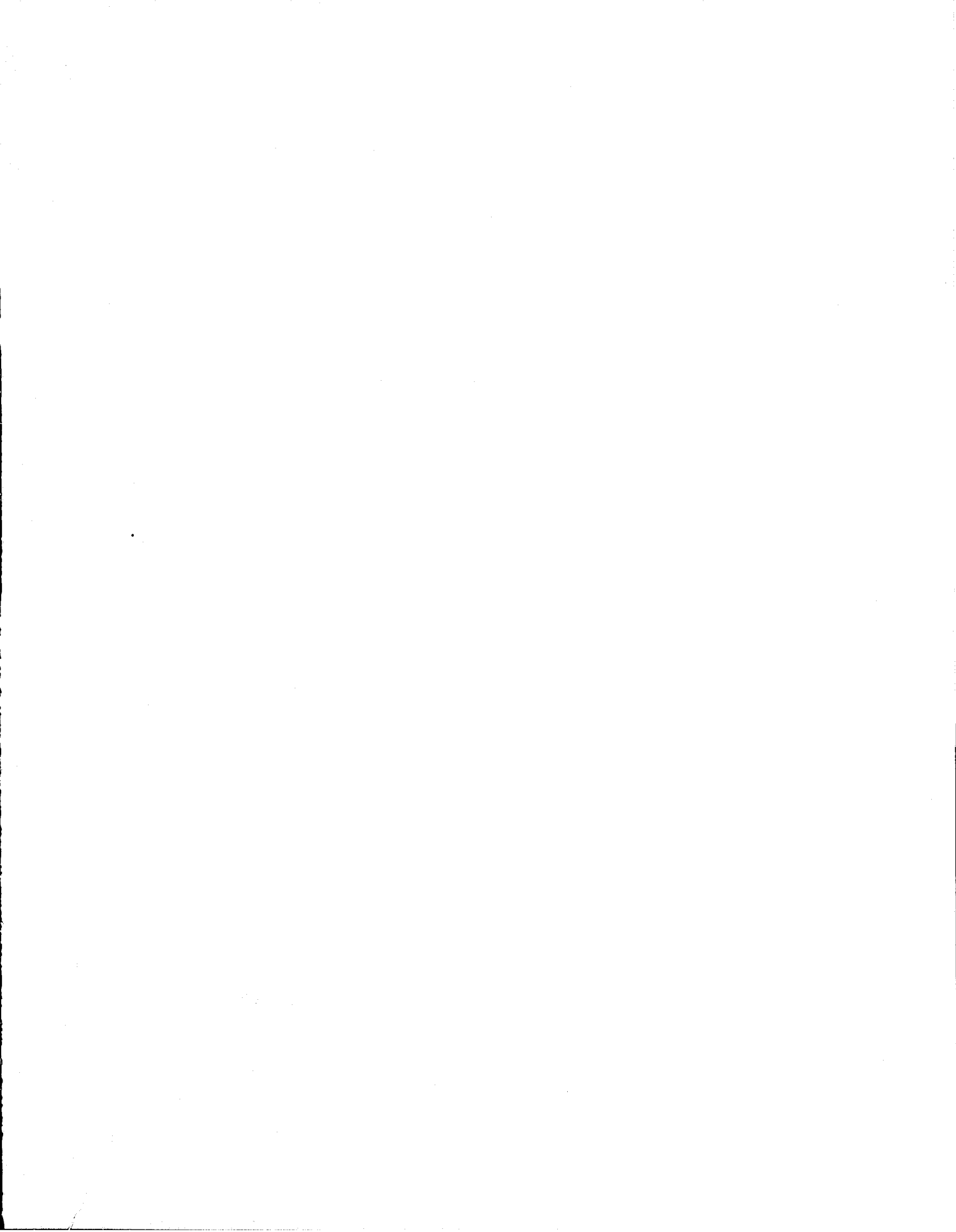
²Questionnaire sur les services de santé 1974 (août)

³Données de 1975 présentées par les régions en réponse à une lettre du Directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé, (Mai 1975).

*(1) J.P. - (jours-patients X 100) / Nombre de lits installés X 365

*(3) 100 moyenne - (occupation moyenne X 100) / Nombre de lits.
lits

*(2) 100 L/P - (patients X 100) / Nombre de lits installés



De façon générale, les établissements du S.C.P. qui ont une population carcérale de plus de 400 détenus ont de 10 à 20 lits d'infirmierie. Ce chiffre est de 4 à 8 fois supérieur au nombre de lits par habitants de la population civile. De plus, les détenus du S.C.P. sont dans l'ensemble des hommes âgés de 20 à 40 ans et, du point de vue statistique, ce groupe requiert relativement moins de soins médicaux et hospitaliers que le groupe d'âge plus jeune et plus vieux de la population de l'extérieur.

Les visites effectuées par le Comité auprès de tous les établissements ont très souvent révélé que l'on n'utilisait que moins de la moitié de ces 10 ou 20 lits d'infirmierie, et que certains établissements n'avaient qu'un à quatre lits d'occupés. Les raisons invoquées pour installer les détenus dans des lits de l'infirmierie plutôt que dans leur propre cellule semblaient douteuses dans certains cas et quelquefois n'étaient motivées que par des facteurs de commodité institutionnelle. Par exemple, dans quelques établissements, les détenus qui ont un plâtre sont logés dans l'infirmierie puisque cela est plus facile du point de vue du service de garde. Dans une société non pénitentiaire, très peu de diagnostics pour lesquels des détenus sont admis à l'infirmierie seraient retenus comme justifiant une hospitalisation. À cela il faut opposer la difficulté qu'il y a de donner quelque soin que ce soit dans des blocs cellulaires.

La présence même d'une aile sous-utilisée invite qu'on l'utilise à des fins non médicales. Il en résulte donc que le directeur de l'établissement place les têtes fortes au centre

de soins de santé, de même que les détenus qui se sont brouillés avec la subculture pénitentiaire.

Cette activité s'éloigne sensiblement du but premier du centre de soins de santé qui est d'assurer des services médicaux et des services de soins de santé de haute qualité. Dans les établissements où les unités résidentielles sont en vigueur, bon nombre des situations qui, dans d'autres établissements, nécessiteraient que le détenu soit installé dans un lit de l'infirmérie, sont réglées en isolant le détenu dans sa cellule et en veillant à ce qu'un agent de soins de santé le visite périodiquement.

Le Comité estime que le taux maximal de lits d'hôpital par rapport au nombre de cellules dans les établissements serait de 2% pour les besoins habituels avec augmentation jusqu'à 3% pour diverses combinaisons de facteurs: isolement géographique, soins psychiatriques, soins post-opératoires et de convalescence. (Recommandation 40). Les lits de l'infirmérie ne devraient être utilisés que par des détenus qui ont une maladie particulière qui les empêche de rester dans leur cellule ou dans le dortoir et seulement sur la recommandation du personnel médical du centre de soins de santé, du personnel infirmier (I.A.), ou de l'agent de soins de santé (Technicien-agent d'hôpital ou infirmier psychiatrique autorisé) agissant suivant les instructions spécifiques du médecin (Recommandation 41).

3.12 Patients souffrant de maladies chroniques et d'incapacité permanente

Au cours de l'étude effectuée sur les services de soins de santé dans le S.C.P., on a relevé à l'occasion des patients atteints de maladie chronique ou d'incapacité permanente qui

étaient des résidents permanents du centre de soins de santé. Entre autres, il y avait là des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque congestive chronique, d'insuffisance respiratoire chronique et de cancer terminal. Il était évident que ces patients ne constituaient plus un danger pour la société. Une libération conditionnelle pourrait rendre les derniers moments de leur vie plus paisibles et moins stressants dans un hôpital situé près de leur famille. La Commission de la réforme du droit, la Commission nationale des libérations conditionnelles et le Service national de libérations conditionnelles pourraient étudier à fond cette question.

Ce groupe de patients occasionne d'importantes dépenses car les services médicaux et les services de soins de santé doivent lui être assurés dans un établissement "sécuritaire" et non dans un hôpital ou un foyer pour malades chroniques.

Le Comité est d'avis que les détenus souffrant de maladie chronique ou d'incapacité permanente qui sont alités au centre de soins de santé et qui ne sont plus considérés dangereux pour la société devraient être admissibles à une libération conditionnelle purgée dans un hôpital non pénitentiaire pour malades chroniques (Recommandation 6).

SECTION 4

RÔLE, RESPONSABILITÉS ET PARTICULARITÉS

DU PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ

Soigner des détenus indisposés, malades ou blessés crée des difficultés, exige beaucoup de temps et taxe, sur le plan émotif, les médecins et les infirmiers. Le personnel médical et infirmier oeuvrant au sein d'établissements correctionnels, de prisons et de pénitenciers ont senti par le passé qu'ils n'étaient pas considérés comme des citoyens professionnels de premier ordre. Si telle était la situation par le passé, elle ne l'est plus aujourd'hui. Les ressources médicales, dentaires et infirmières qui sont disponibles pour les soins des malades se sont améliorées et sont sur un pied d'égalité avec les services qui sont mis à la disposition des citoyens. Il est également vrai que l'on ne parviendra à garder un personnel spécialisé de premier ordre qu'avec des efforts soutenus et déterminés du directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé, visant à assurer l'indépendance professionnelle de tous les membres des services de soins de santé relativement à toutes les facettes des services de traitement.

Le tableau 10 qui suit montre des données sur le personnel des soins de santé au sein des établissements au 31 mars 1974. Les données ont été tirées de questionnaires sur les services de santé remis par 24 établissements, mais elles portent sur le

personnel qui s'occupait de 8 287 des 9 227 détenus de quelque 50 établissements du S.C.P. au 2 avril 1974, c.-à-d. plus de 90% de tous les détenus. De plus, le tableau 10 a été révisé tel qu'indiqué suite aux renseignements fournis par le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé.

TABLEAU 10 - PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ DE 24 ÉTABLISSEMENTS
 DU S.C.P. S'OCCUPANT DE 8 287 DÉTENUIS - AU
 31 MARS 1974*

Catégorie	Temps complet	Temps partiel y compris les contractuels	TOTAL
<u>Personnel médical (Docteurs)</u>			
Médecins (médecine générale ou médecine familiale)	10	18	28
Psychiatres	8	16	24
Autres docteurs	1	11	12
TOTAL DES DOCTEURS	19	45	64
<u>Personnel infirmier</u>			
Infirmiers autorisés	37	3	40
Autres infirmiers diplômés (y compris les infirmiers psychiatriques autorisés)	102	1	103
Infirmiers auxiliaires autorisés	29	2	31
Autre personnel infirmier	117	12	129
TOTAL DU PERSONNEL INFIRMIER	285	18	303
<u>Personnel dentaire</u>			
Dentistes	8	10	18
Autres	7	1	8
TOTAL du personnel dentaire	15	11	26
<u>Autres catégories</u>			
Optométristes, et oculistes	1	4	5
Physiothérapeutes	0	1	1
Pharmaciens	2	0	2
Psychologues	3	0	3

Techniciens de radiologie	1	1	2
Commis (à l'hôpital)	4	0	4
Autres	1	1	2
TOTAL des autres catégories	12	7	19
GRAND TOTAL	331	81	412

*NOTA: Le directeur général a fait savoir au Comité (24 avril 1975) que "des 26 médecins d'établissement que nous embauchons, 8 travaillent à temps complet".

SOURCE: Questionnaires des Services de santé distribués aux établissements en août 1974 par le biais du directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé. Nous avons reçu des statistiques de 24 établissements qui s'occupaient de 8 287 des 9 227 détenus de 50 établissements; révisé suite aux renseignements fournis par le directeur général au sujet de médecins et d'infirmiers autorisés embauchés à temps complet.

Il est à noter que les membres du personnel infirmier dans l'ensemble étaient embauchés à titre de fonctionnaires à temps complet et assuraient des services 24 heures sur 24 au sein des établissements. De façon générale, les médecins, les psychiatres, et les dentistes n'étaient pas embauchés à temps complet dans les établissements (Tableau 10), voir aussi la Section 2.5, pages 34 à 41.

4.1 Le médecin d'établissement et les Services de soins de santé

Le médecin d'établissement, la source principale de soins médicaux, assurait personnellement les traitements médicaux et prenait les dispositions nécessaires pour que des services médicaux soient assurés 24 heures sur 24. S'il n'était pas sur les lieux au moment d'un cas urgent, on pouvait communiquer avec lui ou avec son remplaçant par téléphone. Comme on l'a indiqué dans les établissements visités, cette méthode s'est avérée efficace.

La médecine pénitentiaire comprend en grande partie le soin de malades sur pied. Lors des séances cliniques ou du "rassemblement des malades", les activités du médecin d'établissement étaient d'obtenir les antécédents médicaux, d'effectuer des examens physiques complets ou partiels, de poser des diagnostics ou d'effectuer des procédures thérapeutiques, d'ordonner des traitements et de prescrire des médicaments. En majeure partie, les traitements chirurgicaux assurés aux patients comprenaient les points de suture pour les blessures simples, (tâche effectuée

dans certains établissements par les agents de soins de santé), l'incision et le drainage des infections superficielles, le traitement des fractures fermées mineures. En outre, le médecin étudiait le résultat des procédures diagnostiques et les rapports de consultation des spécialistes médicaux, et donnait des conseils en hygiène et encourageait les détenus sur le plan psychologique. Même que dans certains endroits les médecins faisaient un peu de psychothérapie. Le médecin d'établissement s'occupait des patients admis au centre de soins de santé. Outre les soins médicaux de premier contact, les médecins assuraient toute la gamme des services de médecine générale, avec la difficulté supplémentaire que présente une population qui a des particularités spéciales et qui est souvent difficile et désagréable. Parmi ces particularités mentionnons, entre autres, la ruse de certains détenus à utiliser le rassemblement des malades à des fins secondaires, et la réactivité émotive à l'incarcération.

Les agents de soins de santé et les infirmiers consultaient le médecin au sujet de leur travail clinique. Les décisions concernant le traitement spécialisé et le renvoi de détenus à d'autres spécialistes étaient prises par le médecin et mises en oeuvre par l'infirmier principal ou l'agent principal de soins de santé.

Le S.C.P., qui assure des services médicaux et des services de soins de santé à ce groupe de la société, espère naturellement que ces services seront de première qualité. L'importance d'une

analyse complète des symptômes du patient au moyen d'une observation médicale méticuleuse et d'un examen physique complet permettant un diagnostic et un traitement particulier, est la pierre d'assise de l'exercice efficace de la profession médicale (Recommandation 14).

4.2 Évaluation périodique du personnel des Soins de santé

Afin de respecter son mandat d'assurer des services médicaux et des services de soins de santé de premier ordre et aisément disponibles, le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé doit évaluer périodiquement l'efficacité professionnelle des médecins, des dentistes, des infirmiers et des spécialistes paramédicaux qui font partie de l'équipe de soins médicaux et de soins de santé. Le sous-directeur régional, Services de soins de santé, ou son représentant, ainsi que le directeur de l'établissement et le conseiller national compétent devraient évaluer périodiquement le directeur adjoint, Soins de santé, ainsi que tous les membres de l'équipe des soins de santé. Il faudrait envoyer des exemplaires de ces évaluations sous le sceau du secret au directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé (Recommandation 15).

Pour évaluer le rendement professionnel et les activités administratives des médecins, on a récemment proposé d'adopter la procédure habituelle prévue pour l'évaluation des fonctionnaires. Rien n'indique vraiment que l'on ait entrepris avec succès

l'évaluation du rendement professionnel des médecins d'établissement et des membres du personnel des Soins de santé. L'évaluation habituelle du rendement utilisée dans tous les ministères du gouvernement ne pourrait, autant que nous puissions en juger, remplacer la procédure proposée par le comité pour évaluer le médecin d'établissement et l'équipe des soins de santé.

4.3 Qualité des soins médicaux et des dossiers

Afin d'encourager et de maintenir un idéal élevé de qualité dans les soins de santé et médicaux offerts par les médecins, les infirmiers ou les dentistes du S.C.P., il faudrait établir certaines modalités de soutien. Des visites périodiques par des conseillers nationaux contribueraient sensiblement au soin des patients (Recommandation 17).

La revue des dossiers, tel qu'elle se fait dans les hôpitaux lors des visites d'accréditation et qu'elle est en train d'être mise au point pour l'évaluation des procédures de bureau de la pratique médicale, rehaussera la qualité des histoires médicales et examens physiques ainsi que celle de la documentation connexe. Avec l'adoption du système de dossiers utilitaires, il faudrait entreprendre des vérifications de dossiers (Recommandation 18).

La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé devrait donner son encouragement et, là où c'est faisable, offrir sa participation à l'élaboration d'un système d'accréditation de "procédures de bureau" en vue de rechercher

l'accréditation des procédures de clinique pour patients sur pied dans les établissements du S.C.P. à mesure que le système se perfectionne. (Recommandation 22).

Le niveau supérieur de la qualité des soins médicaux et infirmiers que les médecins et le personnel des centres de soins de santé peuvent assurer aux détenus malades devrait permettre que s'établisse un sentiment de confiance entre patients et médecins. On devrait pouvoir éviter, et on peut éviter, sauf s'il s'agit de détenus atteints de troubles émotifs et psychiatriques, de patients souffrant d'arriération mentale, d'incorrigibles opportunistes, et d'inadaptés sociaux, que surgissent des antagonismes entre détenu malade et docteur ou infirmier, c.-à-d. des tensions comme celles qui caractérisent ordinairement les relations entre agent correctionnel et détenu. La création d'une atmosphère où règne la confiance, aussi difficile que cela puisse paraître, assure de solides liens interpersonnels entre les humains, ce qui aide le détenu à se réadapter lui-même.

4.4 Sécurité au sein du centre de soins de santé

La question d'assurer une sécurité convenable au centre de soins de santé n'a pas été réglée de façon satisfaisante. Les spécialistes médicaux, dentaires et infirmiers doivent avoir comme première responsabilité le soin de chaque patient et, dans la mesure du possible, cette tâche doit être dissociée de la situation d'opposition qui existe entre gardes et détenus. Il ne faut pas

utiliser ces spécialistes à des fins de sécurité; il faudrait remédier tout de suite aux situations qui ne sont pas satisfaisantes (Recommandation 43). Les spécialistes des soins de santé devraient toujours respecter les exigences de la sécurité et devraient seconder les mesures prises à cette fin.

Le personnel du centre de soins de santé ressent souvent de l'appréhension parce que les mesures de sécurité du centre sont inadéquates. Très souvent, un certain nombre de détenus du centre ne sont pas accompagnés de membres du personnel de sécurité. Dans certains établissements, des gardes sont postés à l'entrée du centre de soins de santé, mais tel n'est pas toujours le cas.

On a remarqué que cette situation existait particulièrement dans les centres de soins de santé qui n'étaient pas des postes de sécurité habituels de sorte que dans ces centres, on a dû affecter des employés du centre à des postes de sécurité. Un des centres psychiatriques régionaux n'a jamais eu de sécurité interne comme telle de sorte que tous les postes de sécurité au sein du centre ont été complés par le personnel infirmier. Étant donné qu'une proportion supposément adéquate d'infirmiers en regard des patients suppose que tout le personnel infirmier remplit des tâches de nursing, ou bien l'affectation quotidienne de quelques 8 employés infirmiers à des fonctions de sécurité a un effet délétère sur la qualité des soins assurés ou bien l'effectif infirmier a 8 postes de trop.

Dans quelques centres, les agents principaux de soins de santé ou les infirmiers principaux demandaient du personnel supplémentaire pour le centre; cependant, plusieurs ont admis que la raison fondamentale de cette demande tenait plus au besoin de mesures de sécurité adéquates dans le centre qu'aux exigences du service de soins de santé en soi. Il est probable que le problème s'accentuera au furet à mesure que le S.C.P. embauchera plus de personnel infirmier féminin.

Les arrangements relatifs à la sécurité au sein des centres de soins de santé des établissements du S.C.P. devraient être améliorés (Recommandations 43).

4.5 Services médicaux pour le personnel des services correctionnels

Bien que le Comité consultatif national de services de santé ne sache pas de source officielle qu'il existe une politique selon laquelle des ressources des centres de soins de santé des établissements du S.C.P. serviraient d'installations de services de santé pour les employés pénitentiaires, on dit souvent que le centre de soins de santé devrait être chargé de l'examen physique de pré-embauchage et des services médicaux connexes. Le système conflictuel opposant personnel correctionnel et détenus, est celui qui prévaut dans les pénitenciers et la "raison d'être" du centre de soins de santé est de soigner les détenus. Les liens qui existent entre les détenus malades et le médecin sont susceptibles de se rompre si le médecin, en s'occupant des gardes et des autres employés pénitentiaires, est perçu par le détenu

comme étant le médecin des gardes; sauf situations d'urgence (Recommandation 33).

4.6 Salubrité et surveillance sanitaire des établissements

La surveillance sanitaire de l'établissement a été l'une des responsabilités du médecin. Dans certains cas, il inspectait lui-même divers secteurs de l'établissement mais très souvent, cette tâche était déléguée à l'infirmier principal ou à l'agent principal de soins de santé (Technicien-agent d'hôpital ou infirmier psychiatrique autorisé). Les résultats de l'inspection étaient signalés au médecin de l'établissement et par la suite au directeur de l'établissement.

Les observations personnelles des membres du Comité ont établi que la surveillance sanitaire telle qu'elle se fait actuellement est inadéquate. Les agents de soins de santé n'avaient aucune formation professionnelle en hygiène publique et, sauf une ou deux exceptions, ils n'avaient aucune expérience en hygiène publique si ce n'est celle acquise dans les établissements du S.C.P. Le directeur adjoint, Soins de santé, le médecin d'établissement ou, délégué par lui, l'agent principal de soins de santé, si ce dernier est un infirmier autorisé détenant un diplôme en hygiène publique, devraient assurer la surveillance sanitaire de l'établissement avec le directeur de l'établissement ou son représentant à raison d'une fois par semaine (Recommandation 47).

Un autre problème d'ordre sanitaire se présente lorsque, pour satisfaire à des besoins spéciaux de sécurité et d'administration, la propreté se détériore et la salubrité de la cuisine ne répond plus aux normes. La menace d'une épidémie due à une contagion dans une telle situation est un problème qui mérite d'être minutieusement évalué par le directeur adjoint, Soins de santé, et le sous-directeur, Services médicaux et services de soins de santé, secondés au besoin par l'avis d'un conseiller en santé et hygiène publiques.

Des solides mesures doivent être prises pour que les autorités de la santé publique inspectent régulièrement tout l'établissement une fois ou deux par mois. Le rapport de l'inspection devrait être renvoyé au directeur de l'établissement, au directeur adjoint, Soins et santé, au directeur régional, et au sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé (Recommandation 48).

Il faudrait établir des dispositions permanentes assurant la prompte disponibilité d'un conseiller en santé et hygiène publiques si les mesures de salubrité ordinaires s'avèrent inefficaces ou si une épidémie se produit (Recommandation 49).

SECTION 5
SOINS INFIRMIERS

5.1 Soins infirmiers - Introduction

Tout comme dans un hôpital non pénitentiaire ou au sein de services de santé communautaires, les soins infirmiers sont une partie intégrante des soins de santé assurés dans les établissements du S.C.P. Lors de la première réunion, en mars 1973, de ceux qui ont constitué le noyau du Comité consultatif national des services de santé, il fut résolu de prier le Commissaire de bien vouloir demander à l'Association des infirmières canadiennes de nommer des personnes parmi lesquelles le Solliciteur général pourrait choisir un représentant pouvant siéger sur le Comité.

Il a été établi que la professionnalisation du personnel du centre de soins de santé doit venir en priorité. La réorganisation des soins infirmiers au centre de soins de santé, laquelle s'insère dans la réorganisation proposée pour la Direction des services médicaux et des services de soins de santé, est tout aussi pressante (Recommandation 69).

5.2 Ressources en soins infirmiers

Divers genres d'employés assurent les soins infirmiers au Service canadien des pénitenciers sous la désignation générique d'agents de soins de santé. Ils font partie de deux grands groupes de classification de la Fonction publique, la catégorie des techniciens-agents d'hôpital (HOT) et la catégorie des infirmiers (NU); la plupart appartiennent à la première.

Nous considérons que les techniciens-agents d'hôpital

CONTINUED

3 OF 5

et infirmiers psychiatriques autorisés sont des "agents de soins de santé". Les infirmiers autorisés et les infirmiers auxiliaires autorisés, eux, sont dans la deuxième catégorie (NU). Au sein des installations de soins de santé du Service canadien des pénitenciers, les agents de soins de santé susmentionnés constituaient le groupe le plus important. De l'Ontario vers l'est inclusivement ces agents de soins de santé (HOT) n'avaient pas, dans l'ensemble, de formation professionnelle; du Manitoba vers l'ouest, les agents de soins de santé étaient surtout des infirmiers psychiatriques autorisés. Les employés de la catégorie HOT font partie du groupe du soutien technologique et scientifique de l'Alliance de la Fonction publique du Canada.

La deuxième plus importante catégorie de la Fonction publique assurant des soins infirmiers au sein des centres de soins de santé du Service canadien des pénitenciers était celle des infirmiers autorisés, groupe NU. Cette catégorie fait partie du groupe scientifique et professionnel de l'Institut professionnel de la Fonction publique du Canada. Toutefois, les infirmiers autorisés ne constituaient qu'une minorité des employés assurant des soins infirmiers au sein des établissements du Service canadien des pénitenciers visités. Il est à noter que la recommandation d'embaucher des infirmiers autorisés n'a été formulée que très récemment suite à la présentation du Rapport McLean-Riddell au Commissaire du Service canadien des pénitenciers en 1971. Le Comité national des services de santé seconde pleinement la recommandation ci-dessus mentionnée et appuie de plus l'idée que la majorité des infirmiers autorisés soient des femmes. Avant ce rapport-là, les "soins infirmiers" de la population carcérale,

presque uniquement masculine (environ 98%), n'étaient assurés que par des hommes, sauf pour les infirmiers autorisés travaillant à la prison des Femmes. Des agents de soins de santé désignés techniciens-agents d'hôpital et infirmiers psychiatriques autorisés et dont la plupart étaient des hommes, assuraient les "soins infirmiers" dans les établissements. Ils constituent toujours une majorité, mais une majorité décroissante.

De plus en plus, le système recrute et embauche des infirmiers autorisés. Le Comité a fortement encouragé cette recommandation (Recommandation 73). Au fur et à mesure de la réduction naturelle de l'effectif "agent de soins de santé", groupe des techniciens-agents d'hôpital, les infirmiers autorisés et leurs infirmiers auxiliaires autorisés seront de plus en plus embauchés dans les centres de soins de santé des établissements.

La situation relative au personnel des soins infirmiers semble s'être améliorée quelque peu au cours des quelques derniers douze mois pendant que le Comité était au travail. En août 1974, le questionnaire sur les services de santé indiquait (tableau 10) qu'environ le sixième du personnel infirmier était des infirmiers autorisés; l'année suivante, la proportion s'élevait à presque un quart. Au cours de cette année-là, le nombre approximatif d'infirmiers autorisés est passé de 53 à 76. Au tout début de l'étude du Comité, presque tous les infirmiers autorisés embauchés au Service canadien des pénitenciers travaillaient dans des centres psychiatriques régionaux; un nombre proportionnellement moindre étaient affectés aux centres de soins de santé des établissements. On a fait d'importants et d'encourageants progrès en ce sens. Presque tous les établissements à sécurité maximale et à sécurité moyenne

ont maintenant un ou plus d'un infirmier autorisé à leur service; ces établissements majeurs embauchent presque la moitié des infirmiers autorisés. En septembre 1975, les 76 infirmiers autorisés étaient partagés également entre, d'une part, les trois centres psychiatriques régionaux desservant approximativement 400 détenus malades, et, d'autre part, tous les autres établissements du S.C.P. Les agents principaux de soins de santé dans 8 établissements étaient des infirmiers autorisés, et ces établissements se trouvaient dans 3 des 5 régions; 9 infirmiers autorisés participaient à des cours d'administration d'unité de soins infirmiers. La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé a l'intention de veiller à ce que tout infirmier autorisé qui est agent principal de soins de santé ait suivi un cours d'administration et de gestion. Les centres de soins de santé des établissements ont encore besoin d'un grand nombre d'infirmiers autorisés (Recommandation 70). Des infirmiers autorisés travaillent maintenant dans au moins une des prisons de chaque région. Ils ont eu un impact positif sur l'amélioration des soins assurés aux patients.

L'agent principal de soins de santé de chaque établissement devrait être un infirmier autorisé qui a reçu une formation et qui est qualifié pour remplir un "rôle accru" à titre de d'infirmier-praticien. Cette dernière recommandation est en conformité du rapport McLean-Riddell qui recommande spécifiquement que le responsable de chaque hôpital et le responsable de chaque quart

¹ Page 5 du Premier Rapport du Comité consultatif national des services de santé, 1974.

de service "soient des infirmiers autorisés" (Recommandation 71).

Le poste devrait donc s'appeler dorénavant infirmier principal.

5.3 Infirmiers psychiatriques autorisés

Les infirmiers psychiatriques autorisés sont régis par les Associations d'infirmiers psychiatriques autorisés des provinces du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Cette catégorie d'infirmiers a d'abord été créée pour aider à pourvoir en personnel les hôpitaux psychiatriques des provinces de l'Ouest. Ce groupe comprend ceux qui ont une formation professionnelle en nursing psychiatrique et d'autres qui ont été autorisés par leur province respective en raison de leur expérience antérieure dans des hôpitaux psychiatriques. Ils ont été embauchés et se sont acquittés de leurs tâches à titre d'agents de soins de santé au sein des établissements des provinces de l'Ouest même si leur compétence en nursing médical et chirurgical n'était pas suffisante pour les classer comme infirmiers (Catégorie NU - employés scientifiques et professionnels de la Fonction publique). Leur formation en science infirmière était de beaucoup supérieure aux exigences scolaires requises des techniciens-agents d'hôpital avant la modification de leur description de poste en 1974.

Tant et aussi longtemps que les infirmiers psychiatriques autorisés pourront exercer leur profession en tant que tels dans les provinces de l'Ouest, le S.C.P. devrait faire réviser leurs descriptions de poste de façon à refaire leur classification au sein de la Fonction publique. Les responsabilités et les fonctions des infirmiers psychiatriques devraient se limiter dans la mesure du possible aux soins psychiatriques.

Conformément à la Recommandation 3 du Premier Rapport du Comité consultatif national des services de santé, les infirmiers psychiatriques ne devraient exercer leur profession au sein du S.C.P. que dans les provinces où ils sont légalement autorisés en tant que tels et membres en règle de leur association (Recommandation 73).

5.4 Évaluation des agents de soins de santé (Techniciens-agents d'hôpital et infirmiers psychiatriques autorisés) du point de vue aptitudes professionnelles et autres activités

L'expérience des agents de soins de santé en soins infirmiers variait sensiblement, certains d'entre eux n'ayant aucune expérience ou aucune formation professionnelle dans le domaine des services de santé y compris les soins infirmiers. D'autres avaient fait auparavant partie du Corps médical des Forces armées et y avaient reçu une formation sur le tas pour diverses tâches techniques et divers services de santé. Un autre groupe comprenait ceux qui avaient auparavant été embauchés à titre d'agents de sécurité au sein du Service canadien des pénitenciers, ou ceux qui étaient venus au service de santé pour combler des postes de soins infirmiers et qui avaient de l'expérience dans des domaines autres que les soins de santé. Par le passé, les exigences des postes de soins infirmiers au sein des services de santé étaient minimales. En 1966, on a augmenté les exigences et le candidat devait avoir complété sa 10^e année ou un équivalent acceptable, et devait avoir passé "un stage pratique dans un hôpital approuvé", ce stage pouvait varier de 2 à 7 ans selon que le candidat avait eu de l'expérience à titre d'agent correctionnel, ou dans une unité hospitalière du S.C.P., ou qu'il détenait un certificat de cours de premiers soins des ambulanciers St-Jean. En 1974, on resserra davantage les exigences requises et le candidat devait avoir complété son école secondaire ou un cours d'infirmier auxiliaire autorisé ou d'infirmier psychiatrique autorisé, ou acquis les connaissances requises

par un travail de plusieurs années dans le domaine infirmier sous la surveillance d'infirmiers autorisés avec formation structurée prolongée semblable à "celle qui se donne au personnel médical militaire".¹

Au sein des établissements du S.C.P. que nous avons visités, les infirmiers psychiatriques autorisés et les techniciens-agents d'hôpital remplissaient une large gamme d'activités pour lesquelles ils n'avaient aucune formation ou préparation scolaire et dont ils avaient appris les fonctions en cours d'emploi. Leurs attributions infirmières étaient d'organiser et d'assurer des soins infirmiers directs aux patients, de prescrire et de distribuer eux-mêmes les drogues contrôlées, d'interpréter les ordonnances médicales, de distribuer les médicaments et de coordonner les services de santé des détenus avec les organismes et les services de l'extérieur. De plus, quelques-unes des tâches déléguées aux agents principaux de soins de santé étaient des tâches aussi peu habituelles que l'administration et la direction du centre de soins de santé, la gestion du personnel, la préparation et l'administration du budget du centre.

Les normes de soins infirmiers variaient tellement d'un établissement à l'autre qu'elles ont été jugées inacceptables, de même que l'usage que l'on faisait des médicaments. Cela résulte probablement du fait:

¹ Description de poste, Agent de soins de santé Classification EG-HOT-6, date d'entrée en vigueur 1974.

- a) que les normes scolaires variaient sensiblement et que les agents de soins de santé qui s'acquittaient de ces responsabilités professionnelles complexes manquaient d'instruction ou de formation professionnelle.
- b) Qu'il n'y a pas, au S.C.P., de ligne de conduite qui exige que les agents de soins de santé agissant à titre d'infirmiers aient des qualifications professionnelles, et
- c) Que le S.C.P. n'a pas réussi à établir des normes convenables en matière de soins infirmiers.

Bon nombre des agents de soins de santé ont travaillé très consciencieusement dans des situations astreignantes; ce sont des gens ingénieux et compétents qui ont donné de nombreuses années de bons et loyaux services au S.C.P. Dans un certain nombre de cas, les agents de soins de santé devaient apprendre d'eux-mêmes à s'occuper des tâches d'organisation et d'administration qui leur avaient été confiées. A l'heure actuelle, presque tous les centres de soins de santé des établissements sont administrés par de tels agents.

La décision du S.C.P. d'embaucher des infirmiers autorisés et des infirmiers auxiliaires autorisés est secondée comme étant une mesure opportune et positive. Le technicien-agent d'hôpital qui n'a pas de diplôme d'infirmier autorisé ou d'infirmier auxiliaire autorisé ne devrait pas exercer la profession d'infirmier.

5.5 Perfectionnement des agents de soins de santé (Techniciens-agents d'hôpital et infirmiers psychiatriques autorisés)

En 1973, le Service canadien des pénitenciers a élaboré

et mis sur pied un programme rudimentaire de formation en soins de santé d'une durée de trois à six semaines pour les agents de soins de santé et les infirmiers psychiatriques autorisés. La courte période prévue pour couvrir le programme d'études n'assurait qu'une connaissance très limitée de la matière. Le programme de formation se donnait en cours d'emploi et ne respectait pas les normes établies par les organismes provinciaux de soins infirmiers pour l'autorisation d'infirmiers et d'infirmiers auxiliaires dans les provinces du Canada. Les personnes qui complétaient le cours avec succès ne pouvaient être autorisées à porter le titre d'infirmier et ne pouvaient muter dans d'autres organismes de soins de santé. Certains des techniciens-agents d'hôpital ont déclaré qu'ils croyaient que le programme les préparait à combler des postes de nursing officiels au sein du Service canadien des pénitenciers. Le fait d'avoir complété avec succès le cours ne procurait pas d'avantages financiers aux employés de cette catégorie. L'évaluation de ce projet n'a pas comporté d'études du rendement opérationnel et on ne sait pas si le cours a amélioré ou non les soins infirmiers. Malgré ces difficultés, cette tentative de formation en cours d'emploi a été un progrès. De tels efforts doivent être encouragés, mais il faudrait tenir davantage compte de la planification des ressources et des avantages prévus.

D'autres mécanismes ont été établis pour encourager le perfectionnement individuel des employés du centre de soins de santé. On a encouragé le personnel à s'inscrire à des cours d'infirmier ou d'infirmier auxiliaire offerts par des établissements de l'extérieur du Service. On a accordé un congé d'études et un appui financier à un nombre choisi d'agents de soins de santé. Lors de la réunion du Comité en septembre 1975, 9 agents de soins de santé

(HOT) étaient inscrits à des cours d'infirmier autorisé. L'appui apporté aux agents de soins de santé choisis pour parfaire leur formation professionnelle en soins infirmiers constitue un programme de première importance et mérite le maximum d'encouragement possible. Ce groupe choisi, qui était bien versé dans les problèmes de soins de santé dans les établissements correctionnels, peut apporter une contribution sensible au soin des patients s'il reçoit la formation nécessaire. (Recommandation 74).

Le présent Comité encourage fortement cette façon de rendre justice à ces hommes qui depuis si longtemps assurent les soins infirmiers au sein des établissements du S.C.P. et qui, chemin faisant, ont utilisé le plus avantageusement possible leur expérience.

5.6 Etablissement des rapports proportionnels d'employés et modèles de dotation en personnel

La Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé se doit d'évaluer les activités et les fonctions du centre de soins de santé afin de faire la répartition des attributions infirmières nécessitant une appréciation clinique, ainsi que des autres attributions infirmières. Avant d'établir les proportions des postes au sein du centre de soins de santé, c.-à-d., le nombre de techniciens d'hôpital, d'infirmiers psychiatriques autorisés et d'infirmiers auxiliaires autorisés par rapport au nombre d'infirmiers autorisés, il faudrait analyser les besoins des patients afin d'établir les proportions patients-employés pour le nursing. Le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé devrait entamer les études nécessaires (Recommandation 75).

À l'avenir, la prestation des services médicaux et des

services de soins de santé aux détenus malades devrait être constamment réévaluée au sein même du S.C.P. afin de s'assurer que les buts sont atteints.

Les modèles de dotation en personnel varient dans les centres de soins de santé. En déterminant le nombre et le genre d'employés nécessaires, on n'avait pas établi de critères bien définis sur la charge de travail du point de vue du nombre quotidien ou hebdomadaire de patients vus, du nombre de médicaments distribués, et des différences inhérentes entre les établissements à sécurité maximale et les établissements à sécurité moyenne. Les rapports statistiques mensuels et trimestriels des centres de soins de santé, un instrument pouvant être utile pour évaluer les exigences futures en personnel, n'ont pas encore été utilisés à cette fin.

SECTION 6

SERVICES DE SANTÉ CHOISIS - PROBLÈMES ADMINISTRATIFS

6.1 Détenus employés au centre de soins de santé

Certains centres de soins de santé avaient employé des détenus pour remplir divers rôles dont notamment celui de préposé d'infirmierie, d'aide dentaire, de commis-dactylo aux archives médicales, d'employé de cuisine et de nettoyeur. Leur présence au centre de soins de santé pose le problème de sauvegarder l'aspect confidentiel des archives médicales et des conversations qui ont lieu entre le docteur et le patient et entre le patient et l'infirmier. De plus, ce genre de travail demande que l'employé puisse se dégager des contraintes sociales de la vie pénitentiaire et de la société pénitentiaire. Le détenu qui est embauché à titre de préposé d'infirmierie peut-il y arriver? Se pose également la question de son efficacité dans un tel milieu. Avec l'avènement des infirmiers autorisés, des infirmiers auxiliaires autorisés ainsi que des infirmiers psychiatriques autorisés, l'utilité du détenu embauché à titre de préposé d'infirmierie est de plus en plus contestable. Son utilité comme commis-dactylo aux archives est, certes, peu indiquée; comme technicien dentaire il reçoit une formation qui peut être bénéfique, à lui et à l'établissement; et le détenu qui est préposé à l'entretien ménager doit atteindre un haut niveau de travail comparable

aux normes de l'extérieur s'il veut maintenir des normes de salubrité convenables au sein du centre de soins de santé.

Beaucoup de soin, de réflexion et d'attention est nécessaire si l'on veut embaucher des détenus à quelque titre que ce soit au sein du centre de soins de santé. Le Comité a la ferme conviction que le seul rôle approprié qu'un détenu puisse éventuellement remplir dans le secteur médical du centre de soins de santé est celui de nettoyeur, et ce, sous une surveillance rigoureuse (Recommandation 76). Dans le domaine dentaire, les détenus peuvent éventuellement remplir le poste de technicien dentaire.

6.2 Intégration aux régimes d'assurance-maladie provinciaux

L'une des premières attributions de Comité consultatif national des services de santé était d'"Examiner la possibilité d'intégrer les services de santé des pénitenciers aux régimes d'assurance-maladie de chaque province."¹ On a examiné ce sujet à fond et il ne semble pas possible pour le moment d'avoir au S.C.P. un programme de soins de santé intégré doté d'une surveillance convenable à tous les paliers et d'un soutien d'administration centrale à Ottawa, et qui en même temps pourrait cadrer avec les règlements des régimes d'assurance-maladie de chaque province. Il faudrait donc amorcer et encourager la prise de dispositions visant à faire en sorte que les détenus-patients des établissements à sécurité minimale de même que les détenus des centres correctionnels communautaires puissent obtenir des soins médicaux auprès de médecins et de cliniques non pénitentiaires à titre de patients sur pied. Ces soins pourraient être couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et pourraient servir de lien additionnel avec la collectivité avant la mise en liberté ou la libération conditionnelle du détenu.

Le présent Comité s'est rendu compte qu'il est nécessaire de veiller à ce que les détenus puissent obtenir aisément des soins de santé lorsqu'ils quittent le Service canadien des pénitenciers.

Le Service canadien des pénitenciers a pris des mesures afin d'assurer que les détenus qui sont libérés ou qui sont en libération conditionnelle peuvent être couverts par un régime complet d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation dès qu'ils quittent le Service canadien des pénitenciers. Ces mesures devraient être examinées et mises à jour à intervalles réguliers (Recommandation 4).

6.3 Dossiers médicaux

On ouvre un dossier clinique pour les détenus lors de l'examen d'entrée. L'observation et l'examen médicaux sont inscrits sur la formule conçue à cette fin, formule dite de passé et d'examen médical. Le médecin et l'agent de soins de santé ou l'infirmier remplissent cette formule. On obtient les renseignements relatifs à l'état de santé antérieur du détenu suivant une permission écrite de ce dernier. Lorsque le détenu est transféré du centre de réception à l'établissement qu'on lui assigne, les procédures établies sont de faire suivre le dossier médical en même temps que le détenu.

¹Premier Rapport du Comité consultatif national des Services de santé, page XIII, article 7.

Toutefois, on nous a souligné que souvent le dossier médical du patient arrivait de l'établissement sans avoir été complété et très longtemps après l'arrivée du détenu.

Les dossiers médicaux des détenus sont gardés dans des classeurs fermés à clé et en sont sortis lorsque le médecin ou d'autres membres du personnel de soins de santé ont affaire au détenu. La qualité des renseignements inscrits sur le dossier clinique varie sensiblement dans tout le système. Divers genres de dossiers cliniques sont en usage dans les centres de soins de santé visités; certains d'entre eux ont été conçus par le médecin pour répondre aux besoins particuliers de son centre. Parmi ces formules, mentionnons entre autres les formules servant à l'observation médicale, aux notes d'évolution, et les feuilles servant au compte des narcotiques et des drogues contrôlées. La variété des formules rend difficile la centralisation uniforme des données qui pourraient aider à planifier les programmes de soins de santé des établissements du système.

Les docteurs et les infirmiers devraient pouvoir tenir des notes cliniques au sujet des détenus qui subissent des épreuves diagnostiques ou un traitement au centre de soins de santé. Toutefois, à la fin de chaque accès de maladie, il ne faudrait garder qu'un résumé pour le dossier de santé permanent.

Bien que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé soit en train d'élaborer un nouveau système de "dossiers utilitaires"

qu'elle introduira graduellement au service, il reste que les dossiers existants de soins médicaux et de soins de santé du Service canadien des pénitenciers sont déplorables.

Le fait que les dossiers médicaux généraux des détenus soient séparés des dossiers psychiatriques entrave le traitement médical et psychiatrique des détenus puisque les dossiers médicaux ne sont pas aisément et immédiatement disponibles aux psychiatres et vice versa. L'idéal serait d'avoir un dossier général unique des services de soins médicaux, dentaires et psychiatriques¹ en utilisant le système de dossiers utilitaires (Recommandations 25 et 26).

On essaie de façon générale de préserver l'aspect confidentiel des dossiers de santé personnels des détenus. Cependant, il peut y avoir au cours du séjour du détenu dans le système plusieurs occasions où le dossier de santé est susceptible de passer dans les mains de diverses personnes, par ex. lorsque le détenu est transféré d'établissement; les renseignements de santé confidentiels pourraient alors avoir une grande diffusion. Il faut éviter de telles indiscretions (Recommandation 27). Dans certains établissements où les détenus comblaient des postes de commis de bureau au centre de soins de santé, ils pouvaient avoir accès aux dossiers de santé des autres détenus. Ceci est un argument irréfutable pour cesser d'embaucher les détenus à titre de commis ou de préposés d'infirmerie aux centres de soins de santé.

¹ Recommandation 21 du Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé, 1974.

Afin d'assurer la continuité du traitement pour le détenu malade lors de sa libération conditionnelle ou lorsqu'il termine sa peine, il faudrait préparer un résumé de son dossier médical et le faire parvenir, moyennant la permission écrite du détenu, au médecin ou à la clinique de son choix (Recommandation 28).

6.4 Dossiers administratifs - Données sur les soins de santé

Les données relatives aux soins médicaux et aux soins de santé qui indiquent les services qui ont été fournis par la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé sont insuffisantes, même si on a relevé deux formules majeures de rapport du centre de soins de santé, à savoir le Rapport trimestriel des services de santé et le Rapport mensuel. Il fallait rendre compte, sur ces derniers, du nombre de services fournis aux malades, ("rassemblement des malades", "rassemblement des malades du médecin"), des consultations, hospitalisations, procédures spéciales, procédures de laboratoire, et ainsi de suite, chaque rapport devant être très détaillé. Le Rapport trimestriel devait, a-t-on dit, être signé par le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, et par le directeur régional, alors que le Rapport mensuel, lui, devait être signé par le médecin d'établissement et le directeur de l'établissement. Selon toute évidence,

ce ne sont pas tous les établissements ou toutes les régions qui font parvenir ces formules de façon périodique à l'Administration nationale de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé. La mesure dans laquelle ces rapports sont utilisés au sein des établissements et par les administrations régionales et centrale est peut-être très limitée. Il n'est peut-être pas nécessaire de présenter un rapport trimestriel si les mêmes données paraissent dans les rapports mensuels.

La Direction générale a besoin de systèmes d'information pouvant fournir des renseignements particuliers, ordinaires et récents au directeur de l'établissement, aux administrations régionales et à l'Administration centrale. Les genres de renseignements qui devraient être périodiquement et aisément disponibles aux fins d'analyse et d'application dans les activités de planification, d'administration et d'évaluation comprennent les suivants: le nombre et la fréquence des rassemblements de malades du médecin; le nombre de patients qui sont traités; le nombre de visites effectuées par l'agent de soins de santé; le nombre de détenus alités au centre de soins de santé, le nombre de détenus qui reçoivent des médicaments prescrits, le nombre de détenus recevant des psychotropes, des hypnotiques et des analgésiques, la quantité de ces médicaments utilisée dans chaque

établissement, le nombre de détenus malades qui sont dans des installations hospitalières à l'extérieur du S.C.P., et le nombre de détenus qui ont besoin de soins d'urgence; le nombre d'automutilations, le nombre de tentatives de suicide, et le nombre de suicides. Les données devraient être distribuées selon l'établissement et la région et être rattachées aux renseignements relatifs à la population carcérale, au personnel et aux dépenses correspondantes (Recommandation 23).

Le Comité est d'avis que la valeur du système existant de rapports trimestriels et de rapports mensuels sur les services de soins de santé devrait être examinée à l'établissement, à l'administration régionale et à l'administration nationale dans le but d'élaborer un système d'information pouvant satisfaire les besoins de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé (Recommandation 24).

SECTION 7

INSTALLATIONS MATÉRIELLES DES CENTRES DE SOINS DE SANTÉ

Dans un certain nombre des établissements visités, les installations matérielles dans lesquelles les centres de soins de santé étaient situés constituaient un empêchement majeur pour assurer des soins de santé. Dans les plus vieux établissements, le centre était ordinairement situé dans un secteur piètremment conçu et aménagé, secteur qui ne pouvait assurer convenablement des soins primaires de santé aux détenus-patients sur pied.

Les aires prévues pour le traitement consistent souvent en une grande pièce non meublée sauf peut-être pour une table installée dans un coin réservé aux traitements de quasi-physiothérapie.

Certains des centres de soins de santé, particulièrement ceux des établissements plus vieux, sont sales et lugubres. Cette impression est souvent renforcée par un éclairage et une ventilation insuffisante, par la détériorisation des matériaux d'intérieur, planchers, par des tuiles ou du plâtre qui manquent, du plâtre qui s'écaille, et par un intérieur peint en teintes foncées et sombres. Le nettoyage est fait souvent par des détenus préposés d'infirmierie qui selon toute évidence ne se sentent que peu engagés vis-à-vis de leur travail.

L'atmosphère qui règne dans un centre qui assure des services médicaux et des services de soins de santé est importante aux patients et au personnel. Si bon nombre des hôpitaux canadiens inspirent de la confiance par leur entourage gai et salubre, quelle impression peuvent laisser des centres de soins de santé pénitentiaires qui sont sombres et qui sont souvent sales. Là où nécessaire, l'intérieur des centres de soins de santé devrait être égayé et amélioré en installant de nouvelles tuiles au plancher, en repeinturant l'intérieur avec des couleurs plus claires, et en améliorant l'éclairage et en veillant à ce que les lieux soient toujours d'une propreté impeccable (Recommandation 46).

Dans la plupart des centres, l'infirmierie ou la section prévue pour les malades hospitalisés se composait d'une grande aire hospitalière contenant plusieurs lits ou d'un nombre de cellules individuelles disposées l'une à côté de l'autre le long d'un corridor. On a remarqué que moins de la moitié des lits étaient occupés et que l'espace libre était souvent utilisé pour entreposer l'équipement et les fournitures, donnant ainsi une apparence d'encombrement et de désordre.

Le bureau du médecin d'établissement était souvent exigu et petit, n'accordant très peu sinon aucune intimité. L'espace prévu pour les examens était encombré et il n'y avait pas de cuvettes de lavabo.

Seulement 4 des 24 établissements les plus importants qui ont répondu aux Questionnaires de services de santé ont indiqué qu'il n'y avait pas de bureau privé pour le médecin principal de l'établissement. Presque le tiers des établissements avaient de l'espace libre pour le bureau des autres médecins. Dans presque la moitié des établissements, le médecin principal de l'établissement avait une salle d'examen en plus de son bureau. Plus de la moitié des établissements étaient dotés d'une salle d'examen pour les détenus malades qui participaient au rassemblement des malades, mais 9 établissements ne disposaient pas d'une telle installation. L'espace et les installations prévus pour les entrevues médicales, l'orientation personnelle et les services psychiatriques étaient presque uniformément insuffisants. Il est nécessaire d'avoir des locaux insonorisés pour les entrevues entre les médecins ou infirmiers et les détenus malades de sorte que les autres détenus, le personnel correctionnel ou les agents de soins de santé (HOT 6) ne puissent entendre leur conversation.

Il semblait y avoir une véritable lacune quant aux installations du personnel infirmier puisque seulement la moitié des établissements offraient une pièce à l'infirmier chef ou à

l'infirmier principal pour les examens, les entrevues et les autres services de santé. Dans au moins un cas, l'infirmier utilisait le bureau du médecin lorsque ce dernier s'absentait. Plusieurs établissements n'offraient pas de pièce aux autres infirmiers. Les soins assurés aux patients sur pied devraient se donner dans de petits bureaux munis d'installations pour les examens si l'on veut que les médecins, les psychiatres et les infirmiers orientent efficacement les patients. Un nombre insuffisant de telles pièces constitue une grave lacune. Les plans des centres de soins de santé des établissements devraient être constamment renouvelés et examinés à la lumière de conseils de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé. Les usagers, le personnel médical, les infirmiers et les dentistes devraient participer aux processus de planification depuis le début (Recommandations 44 et 45).

7.1 Installations du service de radiologie

Bon nombre des centres de soins de santé des établissements sont dotés d'installations pour le service de radiologie. Le D^r H. Fransman, un conseiller radiologique du Comité, a examiné l'équipement radiologique de la région de l'Ontario du Service canadien des pénitenciers. Son Rapport est annexé à la présente étude (Annexe D). Le Comité était d'accord avec le Rapport du D^r Fransman au sujet de la région de l'Ontario. Les recommandations du Rapport peuvent se résumer comme suit. Les établissements de dimension supérieure comme l'établissement de Collins Bay, l'établissement de Joyceville et l'établissement de Millhaven devraient avoir un appareil radiologique à tous usages muni d'un cône localisateur pour radiogrammes pulmonaires, et une unité dentaire avec équipement pour développement par voie humide. L'équipement radiologique ne devrait pas être muni d'accessoires destinés à des examens spéciaux qui nécessitent l'introduction d'une substance étrangère par voie intraveineuse, buccale ou rectale. Les accessoires de protection contre la radiation devraient être conformes aux règlements provinciaux tant pour ce qui est de la construction de la salle de radiologie que pour la protection du patient et de l'opérateur.

SECTION 8
RECOMMANDATIONS

Le Comité a jugé qu'il serait utile de rassembler les recommandations qui ont été formulées et de les présenter dans cette section du rapport. Les recommandations sont basées sur: i) les opinions et les suggestions fournies au Comité par des sources bien renseignées et autorisées; ii) l'étude de statistiques et d'autres renseignements mis à sa disponibilité, et particulièrement, iii) les constatations des membres du Comité lors de visites d'établissements du S.C.P. (voir la liste à l'Annexe C), y compris les conversations qu'ils ont eues avec des détenus.

Les recommandations reposent sur la totalité des éléments recueillis, études et discussions du Comité tels qu'ils se trouvent consignés dans l'ensemble du rapport. Les pages du rapport qui sont pertinentes sont indiquées entre parenthèses après chaque recommandation; dans le texte, le numéro de chaque recommandation pertinente est également indiqué. Les 76 recommandations du présent rapport doivent être examinées en regard des 48 recommandations du premier rapport du Comité. Elles ont été regroupées sous les grands titres ci-dessous selon un sujet général et non selon les sections figurant à la table des matières.

Services médicaux et services de soins de santé
Lignes de conduite et administration de la direction générale-
Recommandations 1 à 6.

Centres ou unités de réception régionaux - Recommandations 7 et 8.

Budgets, et efficacités-coûts - Recommandations 9 à 13.

Rendement et évaluation du personnel - Recommandations 14 à 22.

Systeme intégré de gestion (information de gestion)
(Dossiers, rapports, statistiques) - Recommandations 23 à 28.

Centre de soins de santé des établissements -
Lignes de conduite, administration et envergure des services
Recommandations 29 à 39.

Lits - Recommandations 40 et 41.

Trousses d'urgence - Recommandations 42.

Sécurité - Recommandation 43.

Installations et aménagement - Recommandations 44 à 46

Hygiène et salubrité - Recommandations 47 à 49

Médicaments (drogues) - Recommandations 50 à 57

Personnel du Centre de soins de santé
Exigences personnelles et professionnelles - Recommandations 58 à 62.

Médecin d'établissement et directeur adjoint,
Soins de santé -

Recommandations 63 à 67.

Services et personnel infirmiers - Recommandations 68 à 76.

SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES DE SOINS DE SANTÉ
LIGNES DE CONDUITE ET ADMINISTRATION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

1. Il est recommandé une deuxième fois, tel qu'il a été recommandé dans le Premier rapport du Comité (Recommandation 12), qu'un seul système unifié d'administration, comprenant aussi les services psychiatriques, soit élaboré incessamment dans toute la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé par le biais des sous-directeurs régionaux (15).

2. Il est recommandé une deuxième fois, tel qu'il a été recommandé dans le Premier rapport du Comité (Recommandation 9), que le directeur général, Services médicaux et services de soins de santé, soit assisté d'un groupe de conseillers nationaux représentant diverses disciplines, telles que la médecine générale, la psychiatrie, l'art dentaire et les soins infirmiers, à raison de cinq demi-journées par semaine environ. La durée de la nomination devrait être de 3 ans et pourrait être renouvelée (2).

3. Il est recommandé que soit examinées les dispositions relatives aux services médicaux et aux services de soins de santé assurés aux détenus des établissements à sécurité minimale isolés, tels que les centres correctionnels communautaires, les annexes agricoles, les camps forestiers, les dortoirs et les roulottes, en vue de voir si les autres établissements du S.C.P. ou les services de la localité ne pourraient pas aisément assurer des services appropriés (4).

4. Il est recommandé que le S.C.P. continue de prendre des mesures afin d'assurer que les détenus qui sont en libération conditionnelle puissent profiter d'un régime d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation dès qu'ils sont libérés du Service canadien des pénitenciers (75).

5. Il est recommandé que le S.C.P. prenne les mesures nécessaires pour que les patients subissant des opérations dans un hôpital général de la localité ne soient pas renvoyés prématurément et indûment aux centres de soins de santé des établissements où le personnel spécialisé et les installations médicales ne sont peut-être pas adéquats (51).

6. Il est recommandé que les détenus atteints d'une maladie chronique ou d'invalidité qui sont alités au centre de soins de santé et qui ne sont plus considérés dangereux pour la société soient admissibles à une libération conditionnelle au sein d'un hôpital pour malades chroniques local (57).

CENTRES OU UNITÉ DE RÉCEPTION

7. Il est recommandé que la priorité soit accordée à la mise sur pied immédiate d'unités ou de centres de réception régionaux dotés d'installations modernes et d'un personnel assurant toute la gamme des services médicaux et services de soins de santé. Ces unités devraient être situées le plus près possible d'un centre médical universitaire ou d'un hôpital affilié, y compris les hôpitaux psychiatriques (17), et devraient essayer de s'affilier à de telles institutions.

8. Il est recommandé une deuxième fois, tel qu'il a été recommandé dans le Premier rapport du Comité (Recommandation 20), que le personnel médical des centres de réception régionaux ou des unités de réception régionales produisent un rapport médical multidisciplinaire, c'est-à-dire une évaluation fonctionnelle de l'état physique, mental et émotif du détenu, aux fins du classement et pour usage futur au sein des centres de soins de santé. Ce rapport devrait ensuite être reclassé par une commission médicale (18).

BUDGETS ET EFFICACITÉ-COÛTS

9. Il est recommandé que le directeur général de la Direction générale des soins médicaux et des soins de santé soit chargé de l'élaboration et de l'administration du budget global des services médicaux et des services de soins de santé du S.C.P. (33).
10. Il est recommandé que le directeur général des services médicaux et des services de soins de santé dispose de ressources suffisantes et adéquates à l'Administration centrale afin de préparer et d'administrer le budget de la Direction (33).

11. Il est recommandé que le directeur adjoint, Soins de santé, en consultation avec le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, et le directeur de l'établissement, soit chargé de préparer le budget annuel pour le centre de soins de santé de l'établissement, y compris le salaire du personnel médical, dentaire, infirmier et paramédical, et l'achat d'équipement médical et dentaire, de fournitures et de médicaments (32).

12. Il est recommandé que le budget proposé pour tous les centres de soins de santé, en plus d'être soumis au directeur de l'établissement et approuvé par ce dernier aux fins d'insertion au budget de l'établissement, soit envoyé au sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, et approuvé par ce dernier afin qu'il l'inclue dans son budget régional des services médicaux et des services de soins de santé (33).

13. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé élabore des systèmes d'administration internes permettant d'exercer de sévères contrôles sur l'efficacité médicale et dentaire des services de traitement existants et la création de nouvelles ressources, ainsi que l'efficacité-coûts de l'achat d'équipement médical et dentaire, de fournitures et de médicaments (33).

RENDEMENT ET ÉVALUATION DU PERSONNEL

14. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé encourage et exige chez ses médecins un idéal élevé de qualité dans l'exercice de leur profession tout en insistant sur la valeur d'une histoire médicale complète et utilitaire, d'un examen physique, et d'un diagnostic et traitement spécifique (61).

15. Il est recommandé que le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, ou son représentant, ainsi que le médecin de l'établissement et le conseiller national compétent évaluent périodiquement le personnel du centre de soins de santé de l'établissement, notamment les médecins, les dentistes, les infirmiers et le personnel paramédical, dans le but d'améliorer les services spécialisés. Il est de plus recommandé que le directeur général, Service médicaux et des services de soins de santé, soit périodiquement renseigné sur le rendement du personnel des Services médicaux et services de soins de santé de tous les établissements du S.C.P. (61).

16. Il est recommandé que la Direction des services médicaux et des services de soins de santé se réserve le droit de ne garder à son service, à titre de fonctionnaires permanents, que des titulaires efficaces dont les attributions seraient établies d'un commun accord (29).

17. Il est recommandé que les conseillers en médecine générale, en psychiatrie, en science infirmière et en art dentaire soient nommés tôt et que les conseillers visitent et rencontrent le personnel des centres de soins de santé dans le but d'examiner leurs activités cliniques et les problèmes particuliers, tant sur le plan professionnel qu'administratif (62).

18. Il est recommandé que, suite à l'adoption d'un dossier médical utilitaire complet et intégré au sein du S.C.P., les dossiers soient vérifiés périodiquement soit par un comité de révision interne, soit par un conseiller national, et ce comme moyen d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins (62).

19. Il est recommandé que le personnel médical régional se réunisse périodiquement dans le but d'étudier conjointement les problèmes cliniques usuels des détenus malades et les problèmes administratifs (29).

20. Il est recommandé que des réunions du personnel permanent du centre de soins de santé de l'établissement (tournées) soient organisées, auxquelles participeraient le médecin, le personnel infirmier et les psychiatres, ainsi que toute autre personne susceptible de contribuer au perfectionnement des services de traitement assurés aux détenus, à l'efficacité du fonctionnement du centre de santé de l'établissement, et au perfectionnement du personnel des Soins de santé (30).
21. Il est recommandé que l'agent de classement ou le travailleur social participe aux réunions du centre de soins de santé à des intervalles périodiques prescrits et au besoin (30).
22. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé accorde son appui, et, si praticable, participe, à l'élaboration d'un système d'accréditation des "procédures de bureau" ou des soins aux malades sur pied dans les centres de soins de santé des établissements, avec pour but de rechercher l'accréditation de l'organisme compétent au fur et à mesure que le système se perfectionnera (62).

SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION
(DOSSIERS, RAPPORTS, STATISTIQUES)

23. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé élabore un système d'information apte à fournir des renseignements particuliers, ordinaires et courants à des fins d'analyse et d'application dans les activités de planification, d'administration et d'évaluation. Ces renseignements devraient porter sur le fonctionnement des services médicaux et des services de soins de santé et sur l'état des détenus; ils devraient comprendre le nombre de détenus qui se déclarent malades et le nombre de ceux qui sont soignés par des infirmiers, par des agents de soins de santé ou par des médecins; le nombre d'automutilations, le nombre de tentatives de suicide et de suicides; décrire la situation relative à l'usage de drogues; et signaler tout problème médical ou psychiatrique qui est d'une importance particulière dans les prisons. Les données devraient être distribuées selon l'établissement et la région et être rattachées aux renseignements relatifs à la population carcérale, au personnel et aux dépenses correspondantes (78).
24. Il est recommandé qu'au cours de l'établissement du système d'information visant à satisfaire les besoins de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé, la valeur du rapport trimestriel et du rapport mensuel des services de soins de santé soit examinée à l'établissement, à l'administration régionale et à l'Administration centrale (78).

25. Tel que recommandé dans le Premier rapport du Comité (Recommandation 21), que soit établi pour les détenus un dossier complet et intégré des services de soins de santé médicaux, dentaires et psychiatriques (77).

26. Il est recommandé que ce dossier intégré médical, dentaire et psychiatrique soit tenu à jour en utilisant le système utilitaire (orienté vers des applications solutionnelles) et des formules approuvées et fournies exclusivement par la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé; et que seul ce système soit utilisé au sein de la Direction générale des services médicaux et des services de soin de santé pour inscrire toutes les données relatives aux services médicaux et aux services de soins de santé (77).

27. Il est recommandé que le transfert du dossier de santé intégré et complet du détenu soit facilité au sein du S.C.P.; que le dossier soit transféré directement d'un centre de soins de santé à un autre en même temps que le détenu est transféré d'un établissement à un autre ou qu'il change de niveau de soins; que l'aspect confidentiel du dossier de santé du détenu soit respecté au cours du transfert (77).

28. Il est recommandé que lorsqu'un détenu est libéré conditionnellement ou termine sa peine d'emprisonnement, un résumé de son dossier médical soit préparé et envoyé, avec une permission écrite du détenu, à un médecin ou à une clinique de son choix (77).

CENTRE DE SOINS DE SANTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT -

LIGNES DE CONDUITE, ADMINISTRATION ET ENVERGURE DES SERVICES

29. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé élabore, aussitôt que possible, des lignes de conduite médicales bien précises pour le fonctionnement des centres de soins de santé des établissements (20).
30. Il est recommandé que le directeur adjoint, Soins de santé, l'infirmier principal et le dentiste soient encouragés par le sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, à élaborer des lignes directrices d'ordre professionnel et administratif concernant les services de traitement institutionnels; les lignes directrices des soins médicaux et de santé des établissements devraient concorder avec les lignes de conduite de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé et

devraient favoriser une haute qualité et être conformes aux lignes de conduite générales des établissements (20).

31. Il est recommandé que de nouvelles dispositions administratives soient mises en oeuvre tôt afin d'améliorer l'efficacité et l'organisation des centres de soins de santé des établissements (20).
32. Il est recommandé que les médecins soient disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre et qu'un membre du personnel infirmier (un infirmier autorisé, un infirmier psychiatrique autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé) soit de service vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans les centres de soins de santé, et que les services médicaux, infirmiers et dentaires soient assurés vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux détenus dans les cas d'urgence (16).
33. Il est recommandé que les ressources des centres de soins de santé des établissements, les médecins d'établissement et le personnel des services de soins de santé ne soient affectés qu'aux soins des détenus exclusivement et que les services de santé occupationnelle du personnel soient séparés,

sauf dans les cas d'urgence médicale, des fonctions du centre de soins de santé, dont le rôle premier est le soin des détenus (64).

34. Il est recommandé que des lignes directrices soient établies pour l'organisation et le contrôle des rassemblements de malades, ce qui permettra d'exercer un contrôle sur le nombre et le mouvement des patients en fonction de leurs besoins, de la disponibilité du personnel et d'autres ressources, ainsi qu'en fonction des exigences de sécurité (38).

35. Il est recommandé que le tamisage de patients en vue de dépister les maladies qui doivent être signalées au médecin soit effectué, lorsque cela est pratique, par un infirmier autorisé qui a reçu une formation pour remplir un "rôle accru" à titre d'infirmier-praticien, sous la surveillance du médecin de l'établissement (37).

36. Il est recommandé que l'ensemble du personnel médical et infirmier reçoive une formation psychiatrique assurée par les services psychiatriques sous la direction du conseiller régional en

psychiatrie afin d'améliorer le dépistage et le traitement des détenus atteints de troubles mentaux (47).

37. Il est recommandé que tous les détenus qu'on croit atteints de troubles d'ordre psychiatrique, soient évalués et, au besoin, traités tout d'abord par le personnel du centre des soins de santé de l'établissement, en collaboration avec le conseiller en psychiatrie (47).
38. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé du S.C.P., par le biais de ses conseillers nationaux et spécialistes médicaux compétents, réévalue le besoin et la suffisance de services de spécialiste et de l'équipement spécialisé connexe dans les centres des soins de santé d'établissement; par exemple, de services de radiologie, d'ophtalmologie, d'optométrie, d'otolaryngologie et d'audiologie (45).
39. Il est recommandé qu'aucune intervention chirurgicale majeure ne soit pratiquée dans les établissements du S.C.P. (51).

LITS

40. Il est recommandé que le nombre prescrit de lits au sein du centre de soins de santé d'un établissement s'élève à 2% du nombre des détenus dans l'établissement, ce chiffre pouvant atteindre jusqu'à 3% lorsqu'interviennent certains des facteurs suivants: isolement géographique, détenus souffrant de troubles mentaux, soins post-opératoires et convalescence (56).
41. Il est recommandé que les lits du centre de soins de santé ne soient réservés qu'aux détenus diagnostiqués comme malades, et donc inaptes à demeurer dans leur cellule, et que sur la recommandation du personnel médical et infirmier (I.A.) du centre de soins de santé; ou de l'agent de soins de santé (le technicien agent-d'hôpital ou l'infirmier psychiatrique autorisé) qui agit suivant les instructions du médecin (56).

TROUSSES D'URGENCE

42. Il est recommandé que les conseillers nationaux mettent au point une "trousse" d'urgence normalisée contenant des médicaments et des articles pertinents pour chaque genre d'établissement du S.C.P. et que par la suite, des programmes de formation soient élaborés de sorte que tout le personnel du centre des soins de santé puisse être qualifié pour s'occuper des cas urgents en se servant de cette trousse (48).

SÉCURITÉ

43. Il est recommandé que les mesures de sécurité soient améliorées au sein des centres de soins de santé du S.C.P., que les professionnels de la santé (médecins, dentistes et infirmiers) et personnels paramédicaux ne soient pas utilisés à des fins de sécurité, et que des dispositions soient prises tôt pour rectifier toute situation non satisfaisante (63 et 64).

INSTALLATIONS ET AMÉNAGEMENT

44. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services des soins de santé élabore des critères d'aménagement pour les centres de soins de santé, en tenant compte de la politique du S.C.P. de créer de plus petits établissements pouvant accueillir au maximum 200 détenus, du rôle de soin de santé primaire de ces centres et de la nécessité d'avoir des installations de bureau et des salles d'exams adéquates pour réaliser pleinement ce rôle de soin de santé primaire (81).

45. Il est recommandé que, lorsque les centres de soins de santé existants sont réaménagés ou que de nouveaux centres sont conçus, des comités d'usagers composés de membres de personnels médicaux, infirmiers et dentaires puissent

participer de façon significative dès la planification initiale (81).

46. Il est recommandé que lorsque c'est indiqué, on rehausse et améliore le décor intérieur des centres de soins de santé en plâtrant de nouveau les murs, en installant de nouvelles tuiles de plancher, en repeignant l'intérieur, et en améliorant l'éclairage, et veille à ce que les centres de soins de santé soient toujours d'une propreté impeccable (79).

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

47. Il est recommandé que le directeur adjoint, Soins de santé, ou son délégué, si ce dernier est un infirmier autorisé possédant une formation en hygiène publique, fasse une inspection hebdomadaire de l'état de salubrité de l'établissement, en compagnie du directeur de l'établissement ou du représentant de ce dernier (65).
48. Il est recommandé que de solides mesures soient établies pour que les autorités fédérales, provinciales ou municipales en matière d'hygiène publique inspectent mensuellement ou bi-mensuellement tout l'établissement; qu'un rapport de l'inspection soit envoyé au directeur de l'établissement, au directeur adjoint, Soins de santé, au directeur régional, et au sous-directeur régional, Services médicaux et services de soins de santé, et que les recommandations soient fidèlement suivies (65).
49. Il est recommandé d'établir des dispositions permanentes pour qu'un conseiller public en hygiène soit facilement disponible lorsque les mesures de salubrité ordinaire s'avèrent inefficaces ou qu'une épidémie survient (65).

MÉDICAMENTS (DROGUES)

50. Il est recommandé d'accorder la priorité immédiate à l'élaboration d'une ligne de conduite au sein de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé en ce qui concerne l'usage et les distributions de médicaments et de drogues (44).
51. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé réduise rigoureusement l'usage des médicaments symptomatiques au sein du S.C.P. en réservant ces médicaments aux cas qui en ont vraiment besoin. (40).
52. Il est recommandé que tous les médicaments prescrits par des médecins au sein du S.C.P. ne soient administrés que pour une période déterminée, cette période ne devant pas dépasser la durée normale de traitement et devant être plus courte que la période normalement prescrite dans la société, que tous les patients recevant des médicaments à long terme soient périodiquement examinés pour qu'on détermine s'ils doivent continuer à prendre des médicaments, et que le renouvellement d'une prescription soit signé par le médecin (44).

53. Il est recommandé qu'aucun médicament sauf l'acide acétylsalicylique (ASA) ne soit dispensé aux détenus du S.C.P. sauf si un médecin l'a précisément prescrit, ou lors d'une urgence, et qu'il n'y ait pas d'ordonnance permanente autorisant les agents de soins de santé à dispenser des médicaments, particulièrement des drogues contrôlées, aux détenus du S.C.P. (44).
54. Il est recommandé que la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé surveille constamment l'usage de drogues au sein des établissements du S.C.P., fasse enquête sur les situations où l'usage de drogues est sensiblement supérieur que l'usage moyen prévu et apporte les correctifs nécessaires (44).
55. Il est recommandé que le médecin de l'établissement ne prescrive des sporifiques ou des sédatifs à un détenu qui en fait la demande que si les agents correctionnels, infirmiers ou agents de soins de santé signalent des faits qui indiquent que le détenu éprouve de la difficulté à dormir (43).

56. Il est recommandé que soit aboli l'usage selon lequel des chariots ou des plateaux de médicaments et de drogues sont placés dans un centre de distribution qui est bien à la vue des détenus (41).

57. Il est recommandé que des pharmaciens soient affectés aux régions qui n'en ont pas afin de contrôler l'achat, l'emmagasinage et la distribution de médicaments (44).

PERSONNEL DES CENTRES DE SOINS DE SANTÉ
EXIGENCES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

58. Il est recommandé que les critères régissant le choix de médecins et d'infirmiers au S.C.P. comprennent la maturité émotive et une connaissance approfondie des exigences et des soins de santé d'une prison fédérale de sorte que ces personnes puissent être des membres efficaces d'équipes de soins de santé, qu'elles puissent accepter des insultes non provoquées, résister à de constants efforts de manipulation et être en mesure de faire face à des situations du même genre, toute monnaie courante dans une société pénitentiaire (23).

59. Il est recommandé que l'aptitude démontrée à travailler à titre de membre d'une équipe de soins de santé soit un des critères régissant le choix du médecin de l'établissement (24).
60. Il est recommandé que lors de la nomination des médecins d'établissement, la préférence soit accordée aux médecins détenant des certificats du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (24).
61. Il est recommandé qu'une période d'orientation ou un genre particulier de formation initiale soit obligatoire pour les nouveaux médecins, dentistes, infirmiers et personnels paramédicaux, afin de les sensibiliser aux complexités particulières de la médecine pénitentiaire; cette formation devrait comprendre des cours de psychiatrie légale (24).
62. Il est recommandé que les médecins, infirmiers, dentistes et personnels paramédicaux desservant les établissements du S.C.P. soient membres de la Canadian Association on Medicine in Correctional Institutions, et participent à leurs associations provinciales, nationales et internationales (25).

MÉDECIN D'ÉTABLISSEMENT ET DIRECTEUR
ADJOINT, SOINS DE SANTÉ

63. Il est recommandé que nonobstant la nature de l'entente conclue entre le S.C.P. et le médecin d'établissement, ce dernier, en sa qualité de directeur adjoint, Soins de santé, maintienne sa responsabilité et son autorité professionnelles relativement au soin des patients, à la surveillance du personnel des services médicaux et des services de soins de santé, à la préparation du budget, et à la formulation de recommandations concernant l'achat d'équipement médical, de fournitures et de médicaments (21).
64. Il est recommandé que le mandat du médecin principal d'établissement soit rédigé de nouveau de sorte qu'il décrive complètement le changement de sa fonction, en conformité du titre proposé, à savoir le titre de directeur adjoint, Soins de santé. Cette description devra comprendre les pouvoirs nécessaires pour l'achat de l'équipement médical, des fournitures et des médicaments du centre de soins de santé de l'établissement conformément aux lignes de conduite de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé, et la responsabilité budgétaire (Recommandation 11) du directeur adjoint, Soins de santé (20 et 31).

65. Il est recommandé que le directeur adjoint, Soins de santé, participe à toutes les réunions des comités de gestion de l'établissement, à titre de représentant du programme de services médicaux et de services de soins de santé, et qu'il soit traité sur un pied d'égalité avec les autres directeurs adjoints, par exemple, le directeur adjoint, Programmes pour les détenus, le directeur adjoint, Approvisionnement et services, et le directeur adjoint, Sécurité (22).
66. Il est recommandé qu'au départ, chaque médecin d'établissement existant soit évalué individuellement par le sous-directeur régional, Services de soins médicaux et de soins de santé, ou en l'absence de ce dernier une personne qu'aura désignée le directeur général des Services médicaux et des services de soins de santé, et par le directeur de l'établissement quant à sa compétence et à son intérêt pour l'administration avant d'assumer les responsabilités de directeur adjoint, Soins de santé, dans l'établissement (23).
67. Il est recommandé que:
- a) Le poste de médecin d'établissement et celui de directeur adjoint, Soins de santé, soient à l'avenir comblés à temps partiel, soit par une personne embauchée en vertu d'un contrat, soit par un fonctionnaire (28).
 - b) Le S.C.P. établisse les clauses du contrat d'engagement du médecin d'établissement quelle que soit la méthode

d'embauchage, par exemple, embauche à temps partiel en vertu d'un contrat, embauche à titre de fonctionnaire à temps partiel, ou de fonctionnaire permanent (26 et 28).

- c) Les fonctions à temps partiel des médecins d'établissements ne soient pas moins que la période minimum requise pour permettre une participation active au S.C.P. mais pas plus qu'une période laissant suffisamment de temps pour poursuivre des activités professionnelles à l'extérieur de l'établissement, un minimum de trois demi-journées et un maximum de six demi-journées par semaine, à l'exclusion des services d'urgence (27).
- d) Le système de nommer et de payer des médecins à temps partiel pour le S.C.P. continue à être graduellement introduit et soit appliqué au fur et à mesure que des postes deviennent vacants (29).
- e) Soit établi un barème de salaire intéressant pour les médecins d'établissements à temps partiel, tenant compte de la difficulté de leur travail, de leurs nombreuses responsabilités et du fait qu'il est nécessaire de pouvoir concurrencer efficacement pour obtenir des médecins compétents sur le marché du travail (29).

SERVICES ET PERSONNEL INFIRMIERS

68. Il est recommandé que les attributions de l'infirmier régional soient modifiées de sorte que ce dernier soit chargé sur le plan fonctionnel (professionnel) de tous les services infirmiers de la région, y compris les services infirmiers des centres psychiatriques régionaux, et qu'il soit responsable sur le plan fonctionnel (professionnel) devant le directeur des services infirmiers de la qualité des services infirmiers, en plus de relever hiérarchiquement du sous-directeur régional, Services médicaux et de soins de santé (19).
69. Le comité est d'avis que la réorganisation des services infirmiers du centre de soins de santé qui fait partie de la réorganisation proposée pour la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé, est une nécessité pressante (66).
70. Il est recommandé que l'introduction d'infirmiers autorisés dans les Services médicaux et services de soins de santé du S.C.P. soit continuée et accélérée, particulièrement dans les centres de soins de santé des établissements (68).

71. Il est recommandé, que l'agent principal des soins de santé du centre soit un infirmier autorisé ayant reçu une formation lui permettant de remplir un "rôle accru" à titre d'infirmier-praticien, que, lorsque cela est possible, les nominations futures au poste d'agent principal de soins de santé se limitent au groupe "infirmier autorisé", et que le titre officiel du poste devienne celui d'"infirmier principal" (68).
72. Il est recommandé que sous l'autorité du médecin d'établissement (Instruction divisionnaire no 1106 5 a.), les responsabilités de l'infirmier principal comprennent l'administration quotidienne du programme de soins de santé, c'est-à-dire, la surveillance du personnel infirmier; le maintien des normes et de la qualité des soins infirmiers assurés par les infirmiers autorisés, les infirmiers auxiliaires autorisés, les techniciens-agents d'hôpital et les infirmiers psychiatriques autorisés; la distribution des médicaments, qui peut être déléguée au besoin à d'autres infirmiers autorisés; l'élaboration du programme de soins infirmiers pour les malades alités, de concert avec les infirmiers de service; la prestation de soins de santé d'urgence par le personnel d'infirmiers autorisés et d'infirmiers auxiliaires autorisés, avec le soutien du médecin d'établissement (49).

73. Il est recommandé que l'on satisfasse aux exigences futures des centres de soins de santé des établissements en embauchant des infirmiers autorisés et des infirmiers auxiliaires autorisés qualifiés pour compléter le personnel d'infirmiers autorisés; et que des infirmiers psychiatriques autorisés soient embauchés, en conformité des règlements provinciaux régissant l'autorisation, pour aider à assurer les services infirmiers psychiatriques nécessaires (50,67 et 69).
74. Il est recommandé que des infirmiers psychiatriques choisis ainsi que d'autres techniciens-agents d'hôpital désireux de faire carrière au sein de la Direction générale des services médicaux et des services de soins de santé aient la possibilité d'obtenir une aide financière leur permettant de suivre des cours de formation appropriée dans les institutions attitrées de formation d'infirmier de sorte qu'ils puissent devenir des infirmiers autorisés ou des infirmiers auxiliaires autorisés. (72).
75. Il est recommandé que la détermination du nombre d'infirmiers autorisés et des proportions d'employés au sein des centres de soins de santé, c'est-à-dire les rapports qui existent entre le nombre total de techniciens-agents d'hôpital,

d'infirmiers auxiliaires autorisés et d'infirmiers psychiatriques autorisés et le nombre total d'infirmiers autorisés, soit précédée d'une analyse des besoins des patients en matière de soins infirmiers, et qu'à cette fin, le directeur général amorce les études nécessaires (73).

76. Il est recommandé que des détenus ne soient pas employés à des tâches médicales ou infirmières ou à des tâches connexes au sein des centres de soins de santé, sauf à titre de nettoyeurs assujettis à une surveillance vigilante (74).

BIBLIOGRAPHIE¹

1. Comité consultatif de psychiatres consultants, Services canadien des pénitenciers - "Plan d'ensemble de développement des services psychiatriques dans les services correctionnels fédéraux au Canada", F.C.R. Chalke, Président, 1972.
2. Services des conseillers en gestion, Ministère du Solliciteur général du Canada; "Health Care Services in the Canadian Penitentiary Service", Rapport N° 35, mai 1972.
3. McLean, Margaret D. et Riddell, Betty, "Report of Visit to Six Penitentiaries", 1^{er} juillet 1971. Rapport non publié fait à l'intention du Commissaire du Service canadien des pénitenciers.

4. Comité consultatif national des services de santé, Service canadien des pénitenciers, "1^{er} rapport présenté au Commissaire du Service canadien des pénitenciers, 7 juin 1974, Président, Docteur E.H. Botterell.
 5. Ministère des Services correctionnels de l'Ontario, "Enquiry into the Health Care System, Ministry of Correctional Services, Ontario". 28 novembre 1972. D^r. E.H. Botterell. Comité unipersonnel.
 6. É.-U., Bureau of Prisons, Health Services Division, "Federal Prison Medical Program", janvier 1973.
 7. Harvard Medical Alumni Bulletin, juillet/août 1975, Vol. 49 n^o 6, pages 17 à 20 "From Harvard to Walpole Prison (and Back)" par Curtis Prout.
-

1 Voir aussi la bibliographie du Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé.

CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS

April 11, 1975

le 11 avril 1975

DIVISIONAL INSTRUCTION
No. 1105

INSTRUCTION DIVISIONNAIRE
N° 1105

Medical and Health Care Services
Branch Administration Function -
National Headquarters and
Regional Psychiatric Centres

Services médicaux et services de soin
de santé. Fonction d'administration
de la Direction - Administration
centrale et centres psychiatriques
régionaux

1. PURPOSE

This instruction establishes the administrative structure of the Medical and Health Care Services Branch and the activities carried out in the discharge of the function.

2. RESPONSIBILITY

The Medical and Health Care Administration function shall be discharged at four levels within the Medical and Health Care Services Branch:

- a. National Headquarters;
- b. Regional Headquarters;
- c. Regional Psychiatric Centres;
- d. Institutions (as distinguished from c. above).

3. NATIONAL HEADQUARTERS STRUCTURE AND ORGANIZATION

- a. The Medical and Health Care Administration function at National Headquarters of the CPS shall be discharged through a section of Administration. This

1. OBJET

La présente instruction établit la structure administrative de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé ainsi que les activités exécutées dans l'exercice de la fonction d'administration.

2. RESPONSABILITÉ

La fonction d'administration des Services médicaux et des services de soins de santé s'exerce à quatre niveaux au sein de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé

- a. Administration centrale;
- b. Administration régionale;
- c. Centres psychiatriques régionaux;
- d. Institutions (autres que celles dont il est fait mention en c. ci-dessus).

3. STRUCTURE ET ORGANISATION DE L'ADMINISTRATION CENTRALE

- a. La fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé à l'Administration centrale du S.C.P. est exercée par la section de l'Administration. Cette section est dirigée

section shall be headed by a Chief, accountable to the Director General for the efficient and effective operation of all managerial support service, including budgetary and financial control and performance of relevant staff involved in these matters. The Chief shall exercise line authority over staff in his section and functional supervision over the Hospital Administrator at the Regional Psychiatric Centres.

par un chef qui est responsable envers le directeur général de l'efficacité de tous les services de soutien de la gestion, notamment le contrôle budgétaire et financier ainsi que le rendement du personnel préposé à ces activités. Le chef exerce une autorité hiérarchique sur le personnel de sa section et une surveillance sur l'administrateur des services hospitaliers au Centre psychiatrique régional.

b. Major objectives are:

- (1) Planning, developing, implementing and administering a Medical Services Management Information System.
- (2) Branch administrative management, including budget control.
- (3) Long range accommodation planning.
- (4) Review and evaluation of existing policies, procedures and programs.

c. To achieve these objectives, the Branch Administration Section comprises two sub-sections:

- (1) Medical Management Information

The major objective of this sub-section

b. Les principaux objectifs sont

- (1) L'élaboration, l'organisation, l'implantation et l'administration d'un système intégré de gestion des services médicaux.
- (2) La gestion de la direction, notamment le contrôle du budget.
- (3) La planification à long terme des installations.
- (4) L'examen et l'évaluation des politiques, des méthodes et des programmes actuels.

c. La réalisation de ces objectifs sera assurée par les deux sous-sections de la section de l'Administration:

- (1) Informatique médicale

Cette sous-section a pour objectif principal

is to establish and maintain a formal and effective communication network for all medical documents and other records in the manner established by the Canadian Council on Hospital Accreditation.

d'établir et d'entretenir, de la manière prescrite par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux un réseau officiel et efficace de communications concernant tous les documents médicaux et autres archives.

(2) Administrative Services

(2) Services administratifs

The major objective of this sub-section is to provide efficient and effective management of support services in:

Cette sous-section a pour objectif principal d'assurer une gestion efficace des services de soutien pour ce qui concerne:

(a) Office Administration;

(a) L'administration des bureaux;

(b) Branch Administrative Policies and Procedures;

(b) Les politiques et les méthodes administratives de la direction;

(c) Financial Management;

(c) La gestion financière;

(d) Immediate and Long Range Accommodation Planning.

(d) La planification immédiate et à long terme des installations.

4. REGIONAL PSYCHIATRIC CENTRES

4. CENTRES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX

a. The Medical and Health Care Administration function at the Regional Psychiatric Centre is the responsibility of the Hospital Administrator accountable to the Director for the efficient and effective operation of his activities.

a. La fonction d'administration des Services médicaux et des services de soins de santé au Centre psychiatrique régional incombe à l'administrateur des Services hospitaliers responsable envers le directeur de l'efficacité de ses activités.

b. Major objectives are:

b. Les principaux objectifs sont:

(1) Medical Management Information Program - designed for the

(1) Programme d'informatique médicale - destiné à maintenir un réseau de

maintenance of the communication network for all medical documents and other records.

communications concernant tous les documents médicaux et autres archives.

(2) Medical Records Library

(2) Centre des archives médicales

(a) To establish and maintain all medical documents and records in the manner established by the Canadian Council on Hospital Accreditation.

(a) Pour établir et tenir tous les documents médicaux et les archives de la manière prescrite par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux.

(b) To provide support in legal admission and discharge of patients.

(b) Pour appuyer l'admission et le départ des malades dans les formes judiciaires.

(3) Administrative Services - to provide service in office accommodation, procedures, material management, property, maintenance of grounds, buildings and engineering equipment, telephone and stenographic services, personnel.

(3) Services administratifs - pour rendre les services relatifs aux locaux de bureaux, aux méthodes, à la gestion du matériel, aux biens, à l'entretien des terrains, des édifices et de l'outillage, au téléphone, à la sténographie et au personnel.

(4) Financial Management - determination of financial requirements, controlling costs in relation to operational accomplishment and exercising spending authority to approve charges against the budget.

(4) Gestion financière - pour déterminer les exigences financières, exercer un contrôle sur les frais relatifs à l'exécution des activités et exercer le pouvoir d'engagement de dépenses pour approuver les imputations au budget.

c. The Hospital Administrator will be assisted in the

c. L'administrateur des Services hospitaliers est aidé dans

discharge of his responsibilities by the following personnel:

- (1) Laundry Manager;
- (2) Procurement and Stores Officer;
- (3) Personnel Officer;
- (4) Assistant Hospital Administrator;
- (5) Financial Administrator;
- (6) Food Services Supervisor;
- (7) Plant Maintenance Supervisor.

The Hospital Administrator at the Regional Psychiatric Centre receives his line authority from the Medical Director and has line authority over staff in his section. He receives his functional supervision from the Chief, Medical Administration at National Headquarters.

5. ORGANIZATION CHARTS

Annexes "A", "B", "C", "D" and "E", to be read in conjunction with this D.I., indicate the various levels of organization within the Medical and Health Care Services Branch.

Director General,
Medical and Health Care
Services Branch.

l'exercice de ses fonctions par les fonctionnaires suivants:

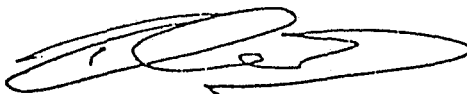
- (1) le gérant des services de buanderie;
- (2) l'agent des approvisionnements et des magasins;
- (3) l'agent du personnel;
- (4) l'administrateur adjoint des services hospitaliers;
- (5) l'administrateur des services financiers;
- (6) le surveillant des services d'alimentation;
- (7) le surveillant de l'entretien des installations

L'administrateur des services hospitaliers au Centre psychiatrique régional relève du directeur médical et exerce une autorité hiérarchique sur le personnel de sa section. Il travaille sous la surveillance du chef, Administration des services médicaux, à l'Administration centrale.

5. ORGANIGRAMMES

Les annexes "A", "B", "C", "D" et "E", qui doivent être lues concurremment avec cette I.D., indiquent les divers niveaux de l'organisation au sein de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé.

le Directeur général,
Direction des Services
médicaux et des services
de soins de santé.



D. Craigen



Directives

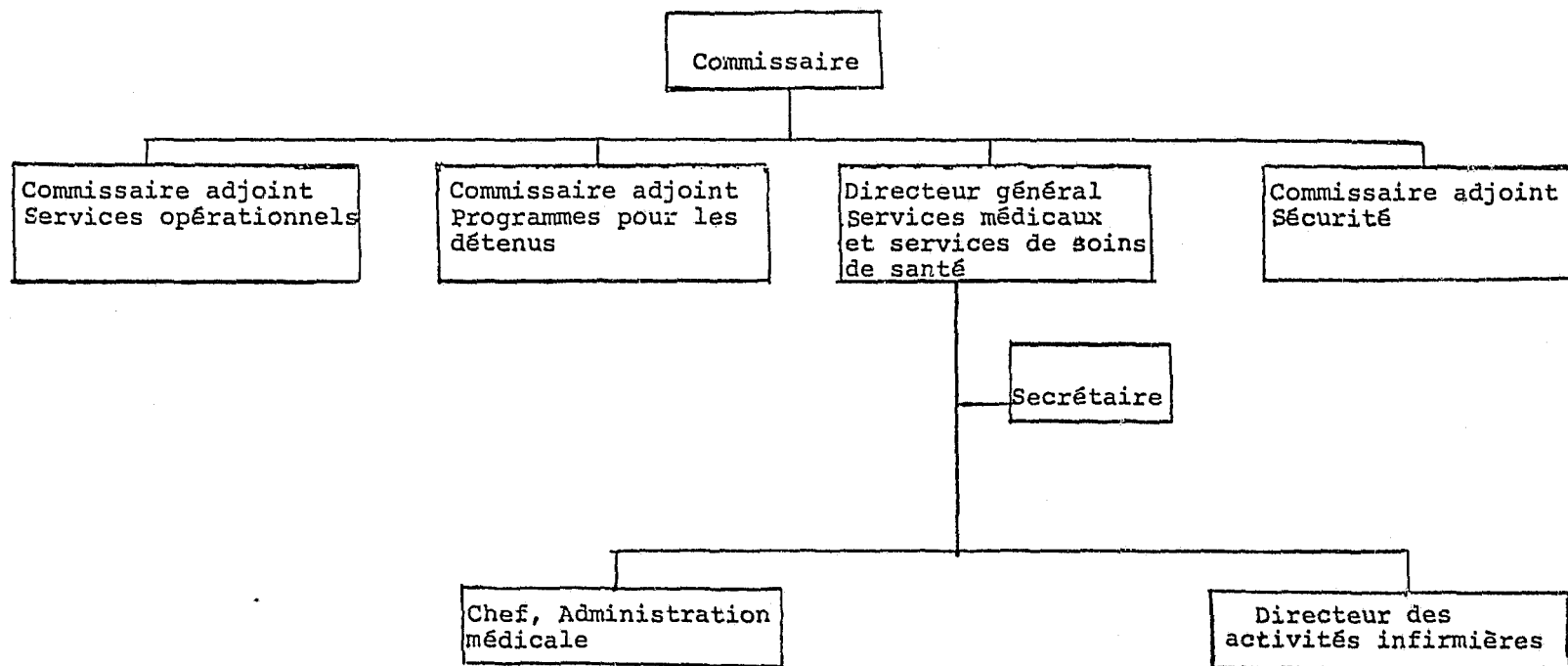
Annexe "A" à l'I.D. N° 1105

Administration Centrale

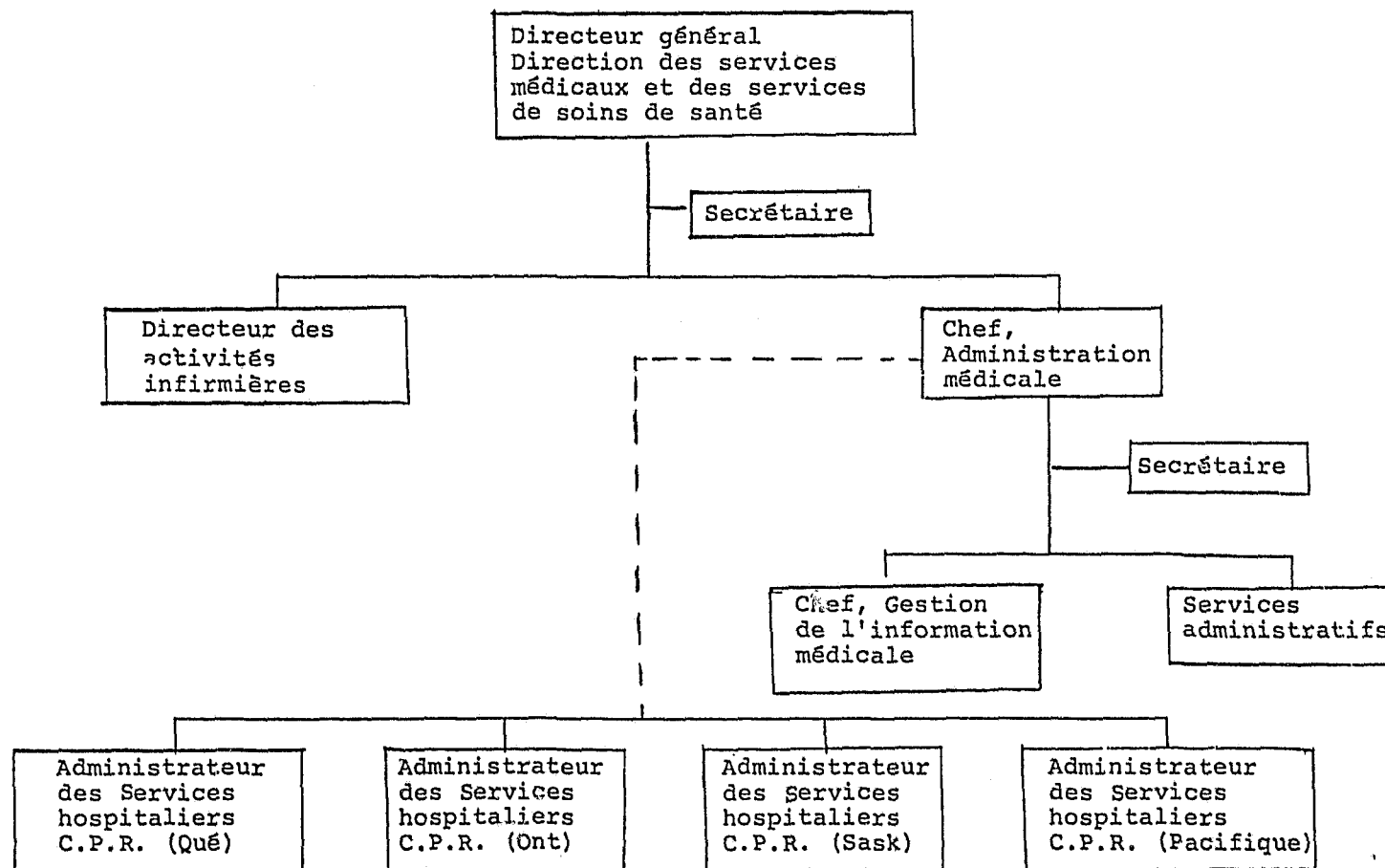
Organisation de la Direction

SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS

DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



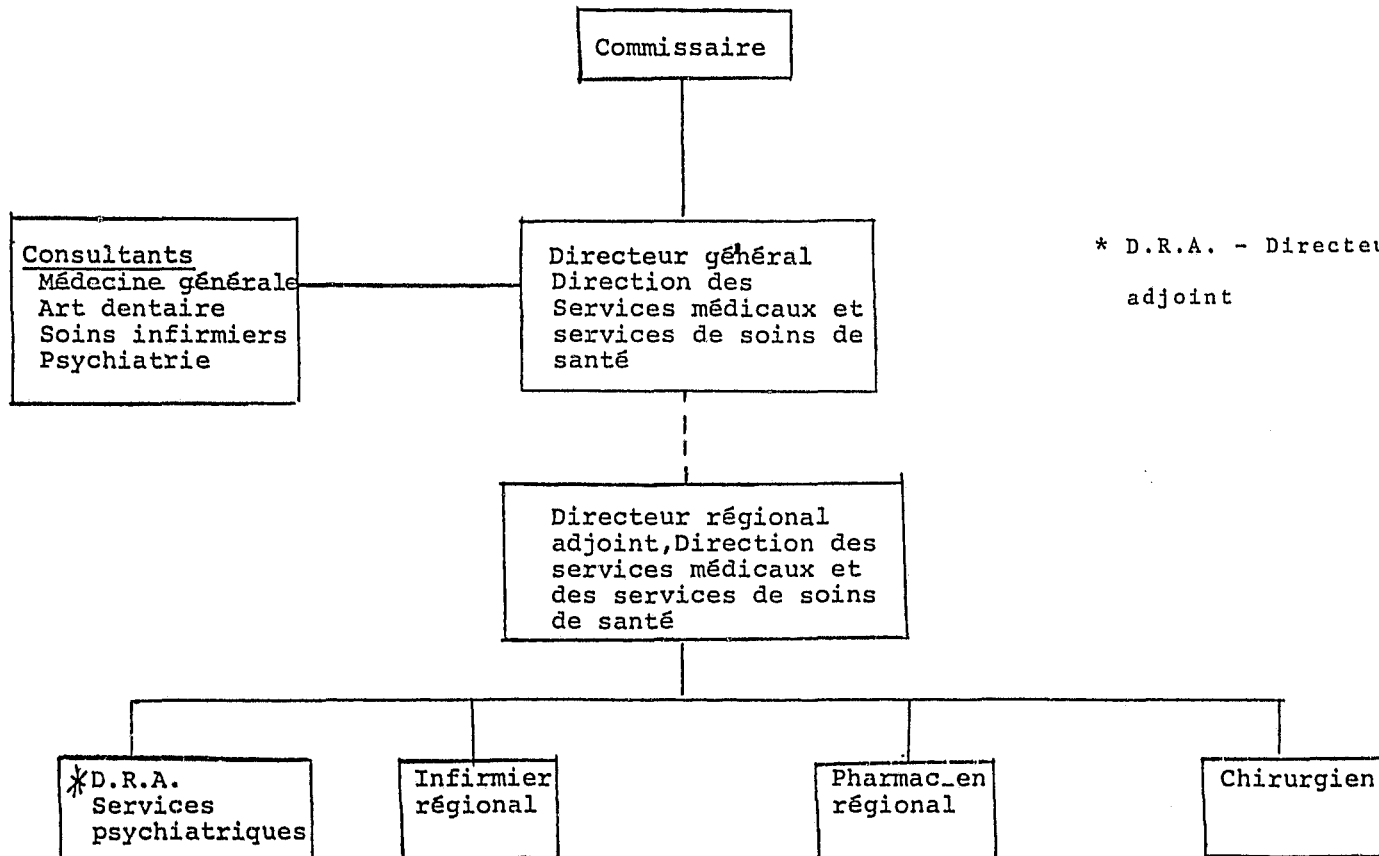
SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



- - - - - Surveillance

————— Autorité hiérarchique

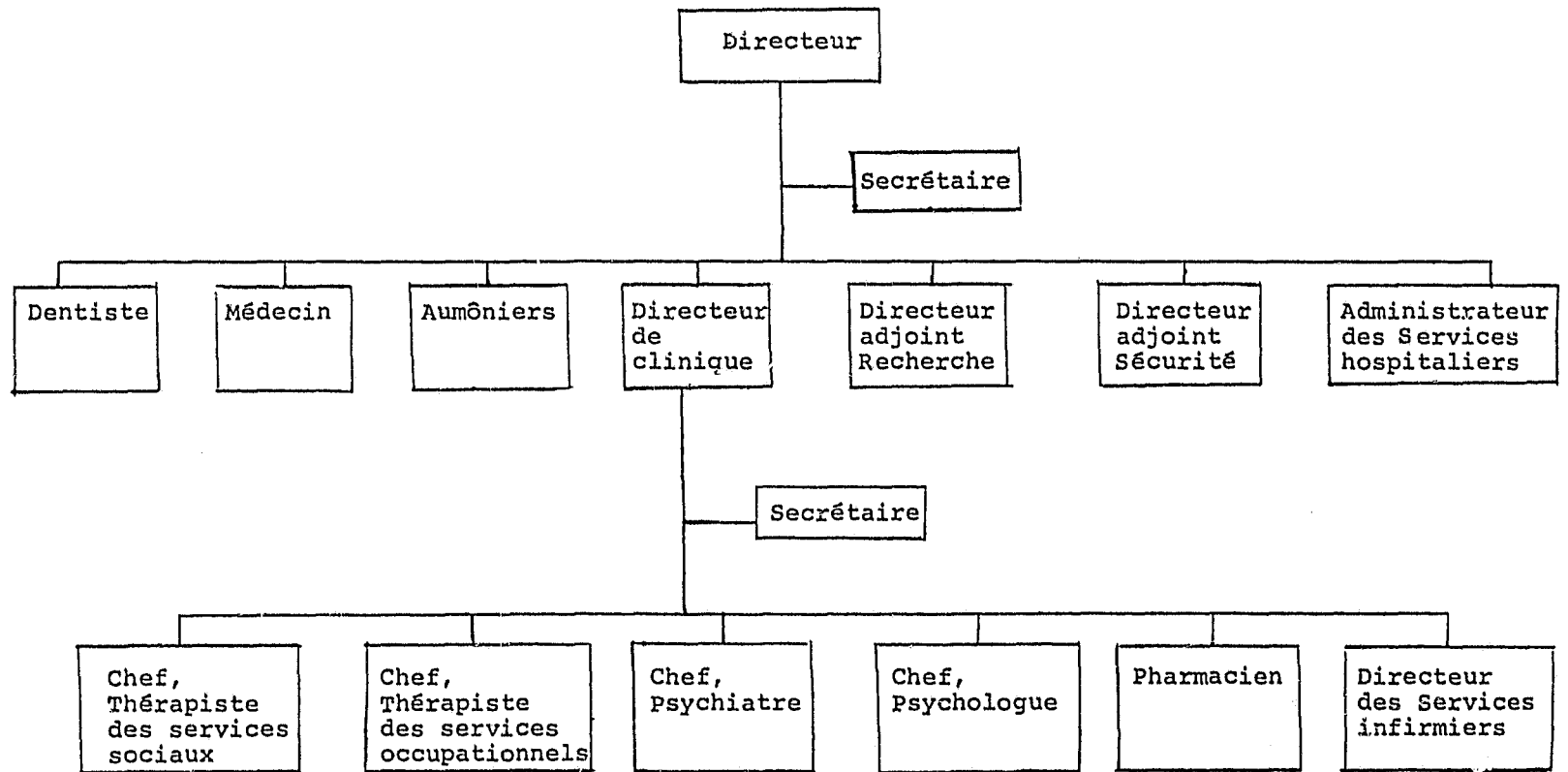
SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



* D.R.A. - Directeur régional
adjoint

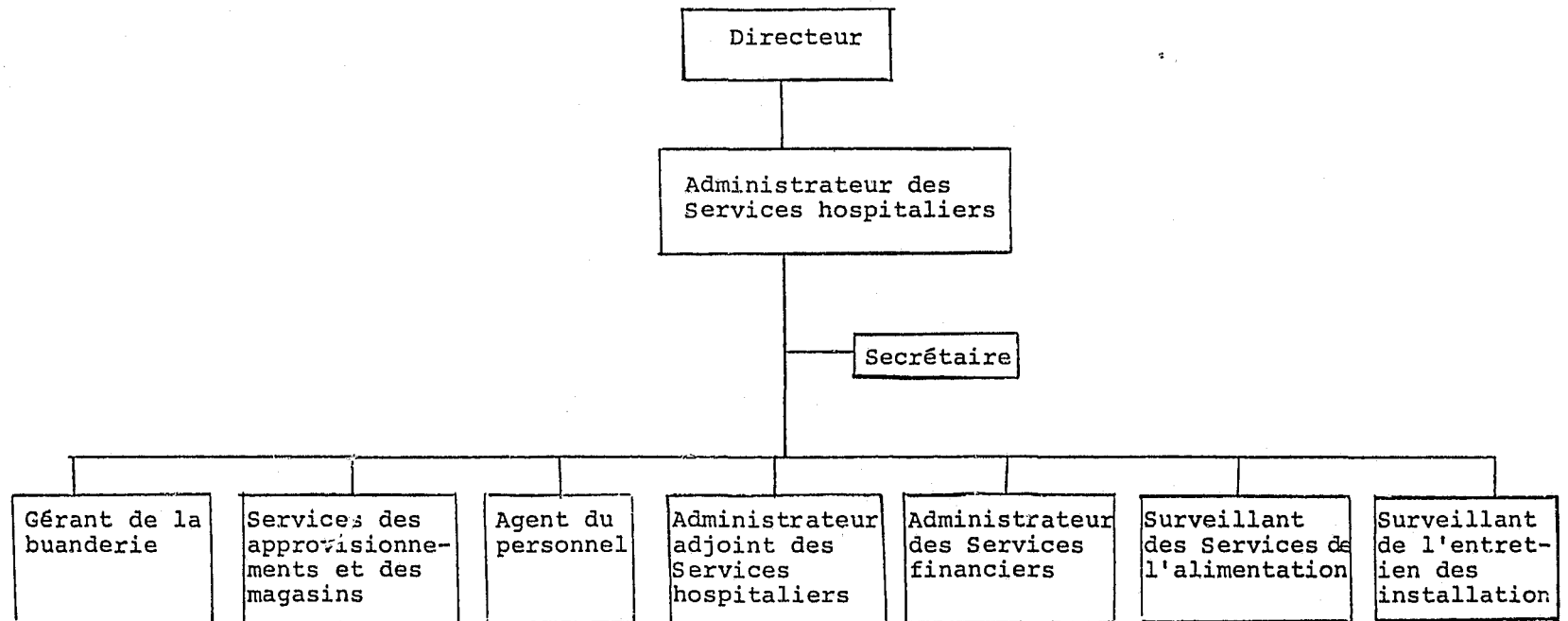
Annexe "D" à l'I.D. N° 1105
Centre psychiatrique régional

SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



Annexe "E" à l'I.D. N° 1105
Centre psychiatrique régional
Administration des services
hospitaliers

SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



CANADIAN PENITENTIARY SERVICE
SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS

APPENDIX A-2

April 11, 1975

le 11 avril 1975

DIVISIONAL INSTRUCTION
No. 1106

INSTRUCTION DIVISIONNAIRE
N° 1106

Medical and Health Care Services
Branch Administration Function -
Regional Headquarters and
Institutions

Services médicaux et services de soin
de santé. Fonction d'administration
de la Direction - Administration
régionale et institutions

1. PURPOSE

This instruction establishes the administrative structure of the Regional Headquarters and Institutional Health Care Centres of the Medical and Health Care Services Branch and the activities carried out in the discharge of the function.

2. RESPONSIBILITY

The Medical and Health Care Administration function shall be discharged at four levels within the Medical and Health Care Services Branch:

- a. National Headquarters (See D.I. No. 1105);
- b. Regional Headquarters;
- c. Regional Psychiatric Centres (See D.I. No. 1105);
- d. Institutions (as distinguished from c. above).

1. OBJET

La présente instruction établit la structure administrative de l'Administration régionale et des Centres de soins de santé des institutions, qui font partie de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé, ainsi que les activités exécutées dans l'exercice de la fonction d'administration.

2. RESPONSABILITÉ

La fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé s'exerce à quatre niveaux au sein de la Direction des Services médicaux et des services de soins de santé:

- a. Administration centrale (Voir l'I.D. n° 1105);
- b. Administration régionale;
- c. Centres psychiatriques régionaux (Voir l'I.D. n° 1105);
- d. Institutions (autres que celles dont il est fait mention en c. ci-dessus).

3. REGIONAL HEADQUARTERS
STRUCTURE AND INSTITUTIONAL
HEALTH CARE CENTRES

a. Ontario, Prairie and
Atlantic Regions

The Medical and Health Care Administration function at Regional Headquarters (Ontario) shall be the responsibility of the Deputy Regional Director, Health Care Services (DRD), (previously ARD, Health Care Services), accountable to the Regional Director for the efficient and effective operation of his activities. In the Prairie and Atlantic Regions, the DRD, Health Care Services, shall be directly accountable to the Regional Director for efficient and effective operation of his activities.

b. Pacific and Quebec
Regions

Until otherwise instructed, the Medical and Health Care Administration function at Regional Headquarters shall be the responsibility of the Assistant Regional Director, (ARD) Health Care Services, reporting directly to the Regional Director.

c. All Regions

(1) The major objectives of the DRD Health Care Services, in the Ontario, Prairie and Atlantic Regions, and the ARD, Health Care Services,

3. STRUCTURE DE L'ADMINISTRATION
RÉGIONALE ET CENTRES DE SOINS DE
SANTÉ DES INSTITUTIONS

a. Régions de l'Ontario, des
Prairies et de l'Atlantique

Le Sous-directeur régional, Services de soins de santé (S.-D.R.), (antérieurement le D.R.A., Services des soins de santé), est chargé de la fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé à l'Administration régionale (Ontario) et est responsable envers le directeur régional de l'efficacité de ses activités. Dans les régions des Prairies et de l'Atlantique, le S.-D.R., Services de soins de santé, est directement responsable envers le directeur régional de l'efficacité de ses activités.

b. Régions du Pacifique et
du Québec

À moins d'avis contraire, c'est au directeur régional adjoint, (D.R.A.) Services des soins de santé, qui relèvera directement du directeur régional, qu'il incombera d'assumer la fonction d'administration des services médicaux et des services de soins de santé à l'Administration régionale.

c. Toutes les régions

(1) Les objectifs principaux des S.-D.R., Services des soins de santé, des régions de l'Ontario, des Prairies et de l'Atlantique, et des D.R.A.

in the Pacific and
Quebec Regions are:

- (a) To achieve and maintain for each inmate that relevant level of physical, dental and mental well-being regarded as essential for the individual concerned.
- (b) By preventive medicine, to promote his positive health.
- (c) To prevent departure from health and to prevent disabling illness after the onset of disease.
- (d) To contribute to the development of the overall treatment and training philosophy.
- (e) The establishment of a milieu that is conducive to the development of satisfactory health motivation in the inmates.
- (f) To participate in planning, evaluation and decisions relating to the nature and operation of the various inmate programs, as requested.

Services de soins de
santé, des régions du
Pacifique et du Québec,
sont les suivants:

- (a) Réaliser et maintenir pour chaque détenu le niveau pertinent de bien-être physique, dentaire et mental jugé essentiel pour l'individu en cause.
- (b) Favoriser un bon état de santé du détenu en pratiquant la médecine préventive.
- (c) Prévenir les écarts de santé et l'incapacité à la suite du début d'une maladie.
- (d) Contribuer à l'élaboration des principes généraux de traitement et de formation.
- (e) Établir un milieu propice au développement d'une motivation satisfaisante des détenus pour ce qui est de leur santé.
- (f) Participer à la planification, à l'évaluation et aux décisions relativement à la nature et à la mise en oeuvre des divers programmes pour les détenus, tel que requis.

- (g) To provide advice and counsel to officers responsible for such programs, as requested.
- (h) To participate with the Staff Training Section in the preparation and implementation of training programs for the various Health Care employees in the region.
- (2) The DRD (Ontario, Prairie and Atlantic Regions) and the ARD (Pacific and Quebec Regions) shall be assisted in the discharge of their responsibility by the Regional Nursing Officer. DRD's and ARD's receive their functional supervision from the Director General, Medical and Health Care Services, at National Headquarters. They shall have line authority over their staff at Regional Headquarters and provide functional supervision to all institutional medical and health care personnel.
- (g) Donner des avis et des conseils aux agents responsables de ces programmes, tel que requis.
- (h) Participer avec la Section de la Formation du personnel à la préparation et à l'implantation des programmes de formation destinés aux divers préposés aux services de soins de santé dans la région.
- (2) Les S.-D.R. (des régions de l'Ontario, des Prairies et de l'Atlantique) et les D.R.A. (des régions du Pacifique et du Québec) sont aidés dans l'exercice de leurs fonctions par l'agent régional des soins infirmiers. Les S.-D.R. et les D.R.A. travaillent sous la surveillance fonctionnelle du directeur général Services médicaux et services de soins de santé, à l'Administration centrale. Ils exercent une autorité hiérarchique sur leur personnel à l'Administration régionale et une surveillance fonctionnelle sur tout le personnel des services médicaux et services de soins de santé dans les institutions.

4. REGIONAL HEADQUARTERS
STRUCTURE AND ADMINISTRATION,
PSYCHIATRIC SERVICES

a. Ontario, Prairie and
Atlantic Regions

The ARD, Psychiatric Services, in the Ontario, Prairie and Atlantic Regions shall be responsible to the DRD, Medical and Health Care Services, for:

- (1) operating the Regional Psychiatric Centre as Medical Director;
- (2) operating the Regional Psychiatric Services;
- (3) providing consulting service to senior officials in the region and institutions;
- (4) developing and maintaining close-working relationships with Universities, private organizations and other government agencies, as they relate to the Regional Psychiatric Centre;
- (5) directing an outpatient program at regional institutions;
- (6) participating in the planning, evaluation and decisions relating to the nature and operation of the various inmate programs;
- (7) providing advice and counsel to officers responsible for such programs.

4. STRUCTURE ET ADMINISTRATION
DE L'ADMINISTRATION RÉGIONALE,
SERVICES PSYCHIATRIQUES

a. Régions de l'Ontario, des
Prairies et de l'Atlantique

Les D.R.A., Services psychiatriques, des régions de l'Ontario, des Prairies et de l'Atlantique sont responsables envers le S.-D.R., des Services médicaux et services de soins de santé:

- (1) du fonctionnement du Centre psychiatrique régional, à titre de directeur médical;
- (2) du fonctionnement des Services psychiatriques régionaux;
- (3) de la prestation de service de consultation aux cadres supérieurs de la région et des institutions;
- (4) de l'établissement et du maintien des relations de travail étroites avec les universités, les organismes privés et les autres organismes du gouvernement qui sont en rapport avec le Centre psychiatrique régional;
- (5) de la direction du programme de consultation externe aux institutions régionales;
- (6) de la participation à la planification, à l'évaluation et aux décisions relativement à la nature et au fonctionnement des divers programmes pour les détenus;
- (7) de la prestation d'avis et de conseils aux fonctionnaires responsables de ces programmes.

b. Pacific and Quebec Regions

The ARD, Psychiatric Services, in the Pacific and Quebec Regions shall be directly responsible to the Regional Director for:

Refer to 4.a.(1) through (7).

c. All Regions

(1) The ARD, Psychiatric Services, is assisted in the discharge of his responsibility by staff at the Regional Psychiatric Centre.

(2) The ARD, Psychiatric Services, has line authority over the staff of the Regional Psychiatric Centre and functional authority over staff in the region in his areas of responsibility.

5. INSTITUTIONAL HEALTH CARE CENTRE

a. In institutions, the discharge of Medical Administration is the responsibility of the institutional physician, accountable to the Director of the institution for the efficient and effective operation of all Health Care activities, including Dental Health. The major objectives are as described in paragraph 3.c.(1) (a) to (h). The institutional

b. Régions du Pacifique et du Québec

Les D.R.A., Services psychiatriques, dans les régions du Pacifique et du Québec relèvent directement du directeur régional pour ce qui concerne:

Voir 4.a.(1) à (7).

c. Toutes les régions

(1) Le D.R.A., Services psychiatriques, est aidé dans l'exercice de ses fonctions par le personnel au Centre psychiatrique régional.

(2) Le D.R.A., Services psychiatriques, exerce une autorité hiérarchique sur le personnel du Centre psychiatrique et une autorité fonctionnelle sur le personnel de la région qui relève de sa compétence.

5. CENTRE DE SOINS DE SANTÉ DES INSTITUTIONS

a. Dans les institutions, l'administration des services médicaux incombe au médecin qui est comptable au directeur de l'efficacité de toutes les activités relatives aux soins de santé, y compris les soins dentaires. Les objectifs principaux sont les mêmes que ceux qui sont énoncés en 3.c.(1) (a) à (h). Le médecin de l'institution travaille sous la surveillance fonctionnelle du S.-D.R. ou du D.R.A., Services de soins de santé, selon le

physician receives his functional supervision from the DRD or ARD, Health Care Services, as appropriate. He has line authority over his Health Care Staff. Functional supervision of Nursing Staff is provided through the office of the Director of Nursing Operations and Staff Development at National Headquarters.

- b. In institutions where a position of institutional physician has not been established or where the position is staffed by contract, the administrative direction and responsibilities are assumed by the Senior Health Care Officer.

cas, et exerce une autorité hiérarchique sur le personnel affecté aux soins de santé. La surveillance fonctionnelle du personnel infirmier est assurée par l'entremise du bureau du Directeur des Activités infirmières et du perfectionnement du personnel à l'Administration centrale.

- b. Dans les institutions où il n'y a pas de poste de médecin ou où ce poste a été comblé en vertu d'un contrat, la direction administrative et les responsabilités dans ce domaine sont assumées par l'agent principal des soins de santé.

6. ORGANIZATION CHARTS

Annexes "A", "B", "C" and "D", to be read in conjunction with this D.I., indicate the various levels of organization within the Medical and Health Care Services Branch.

Director General,
Medical and Health Care
Services Branch.

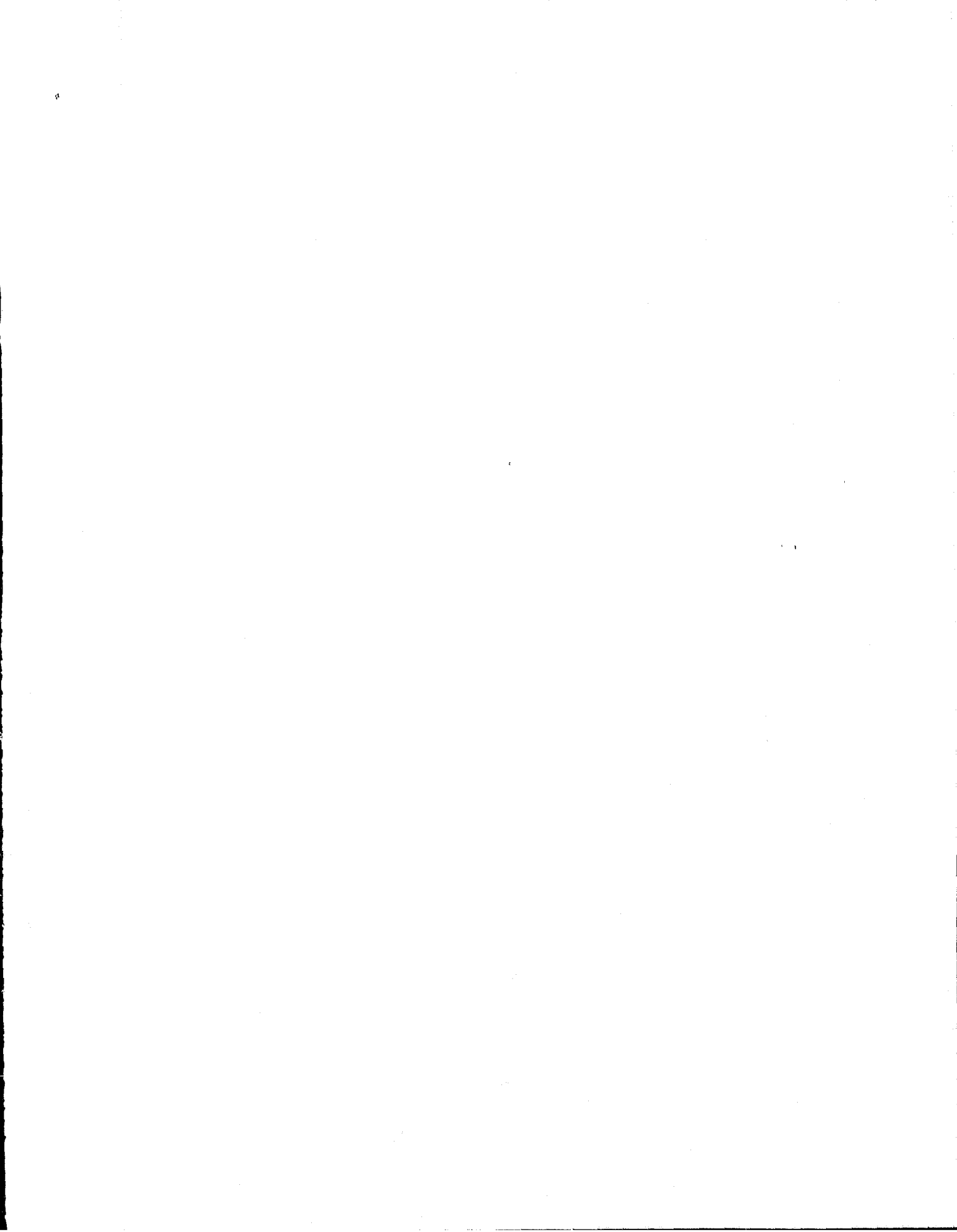
6. ORGANIGRAMMES

Les annexes "A", "B", "C" et "D", qui doivent être lues concurremment avec cette I.D., indiquent les divers niveaux de l'organisation au sein de la Direction des Services médicaux et services de soins de santé.

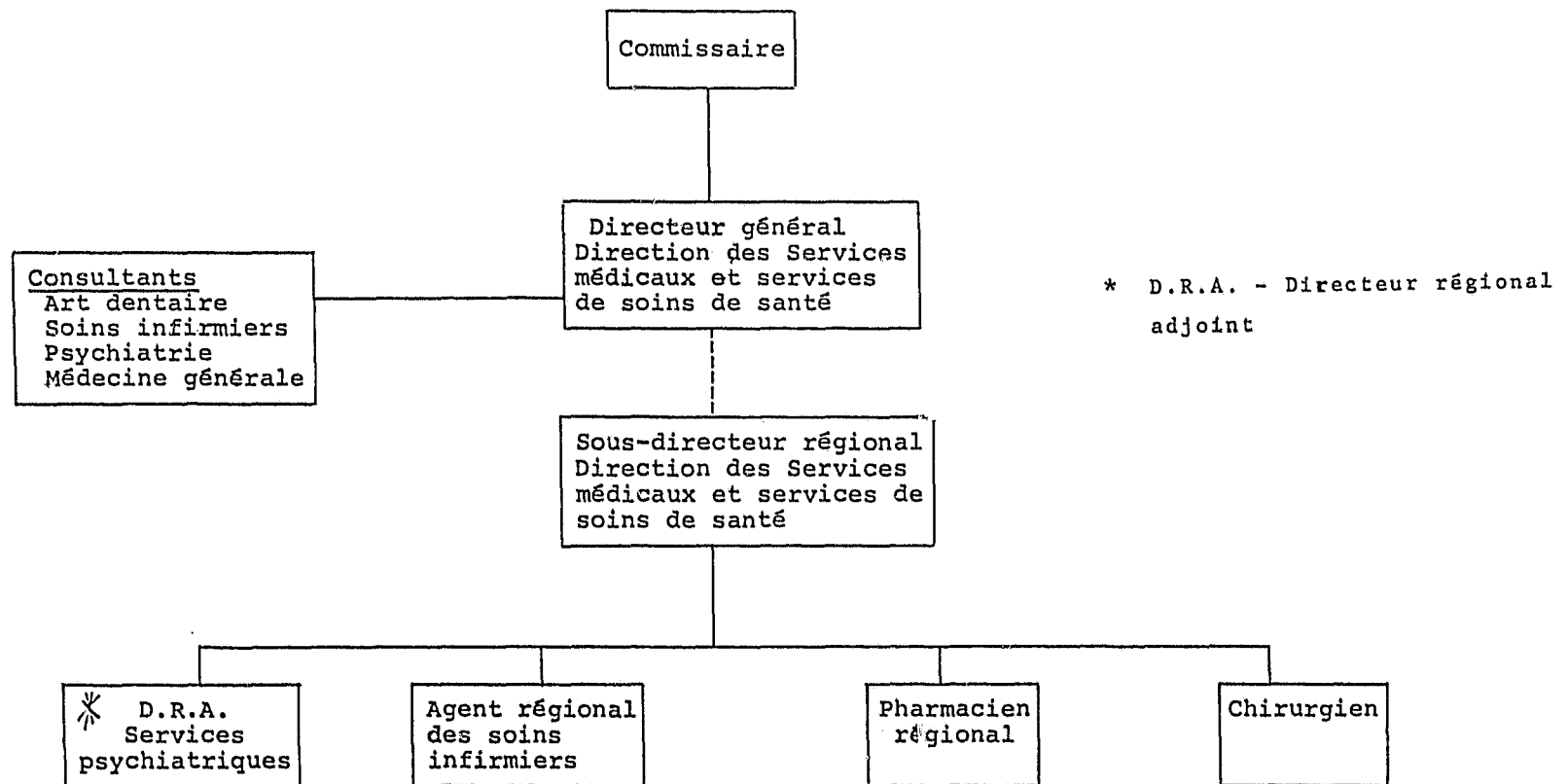
le Directeur général,
Direction des Services
médicaux et des services
de soins de santé.



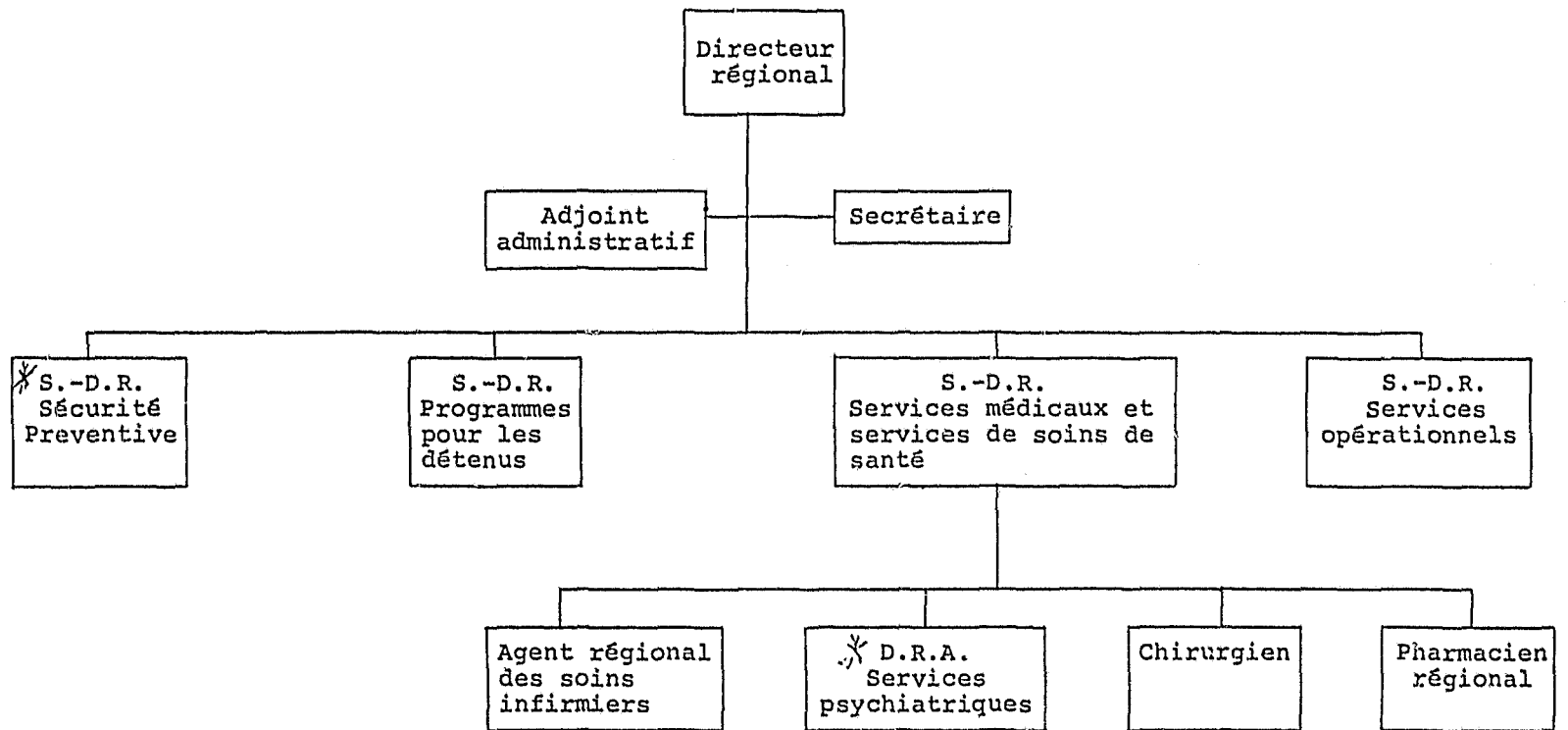
D. Craigen



SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



* S.-D.R. - Sous-directeur régional

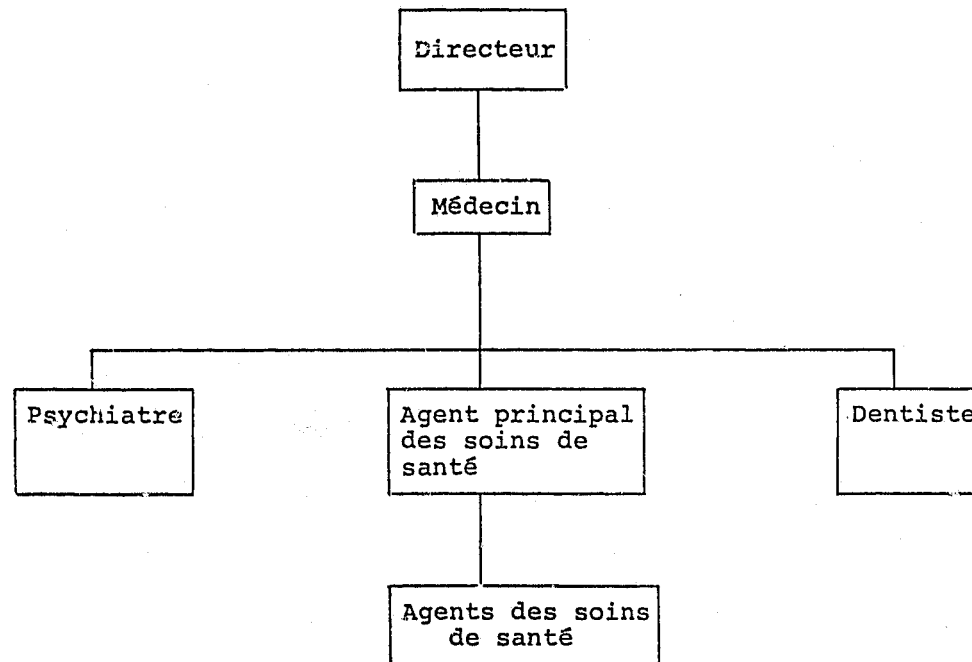
* D.R.A. - Directeur régional adjoint

Annexe "C" à l'I.D. N° 1106

Services des soins de santé

Institution où le poste de
médecin est comblé par un
employé à plein temps.

SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

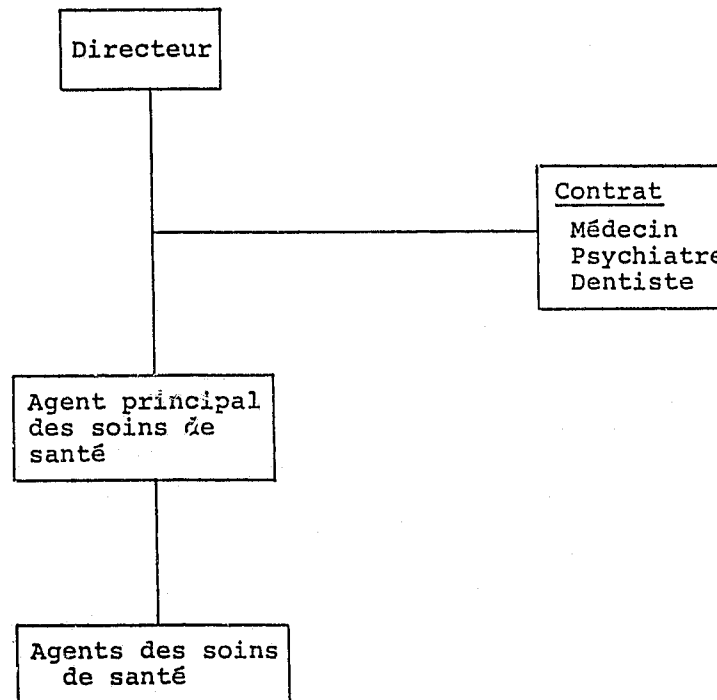


Annexe "D" à l'I.D. N° 1106

Services des soins de santé

Institution où les postes de
médecin, psychiatre et dentiste
sont comblés en vertu d'un contrat

SERVICE CANADIEN DES PÉNITENCIERS
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES DE SOINS DE SANTÉ



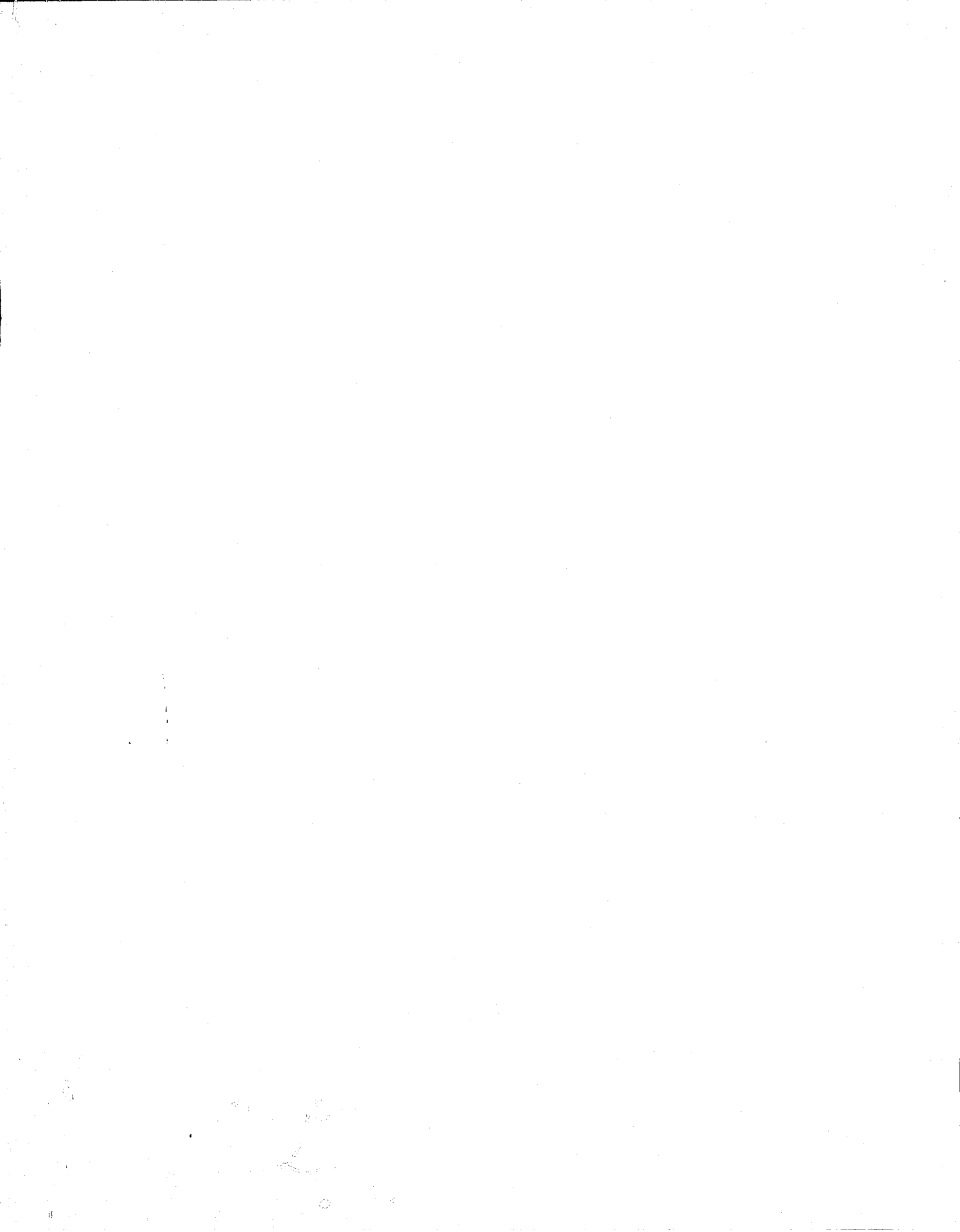


TABLEAU I - TENDANCES DANS L'ÂGE À L'INCARCÉRATION - HOMMES - 1964-1965 à 1972

(Années civiles ou années financières tel qu'indiqué)

Répartition procentuelle d'après le groupe d'âge, et nombre total de détenus pour les années mentionnées

Groupe d'âge	1972 %	1971 %	1970 %	1969 %	1968/69 %	1967/68 %	1966/67 %	1965/66 %	1964/65 %
Moins de 20 ans	11.70	9.44	10.68	9.91	10.07	10.81	13.08	15.05	15.38
20 à 24 ans	32.60	33.14	33.52	32.56	32.57	31.20	29.73	31.22	28.45
25 à 29 ans	23.28	23.28	20.41	21.69	19.82	21.18	21.43	19.01	20.05
30 à 34 ans	12.59	13.40	12.89	14.00	13.03	13.43	13.32	12.24	13.14
35 à 39 ans	7.40	8.07	8.47	8.16	9.20	9.15	8.26	9.11	9.03
40 à 49 ans	8.75	9.58	9.93	9.53	9.39	9.29	9.88	9.42	9.72
50 à 59 ans	2.79	2.67	3.12	2.96	3.56	3.87	3.38	3.07	3.42
60 ans et plus	0.89	0.42	0.98	0.99	0.72	0.96	0.91	0.85	0.80
Non spécifié	-	-	-	0.05	0.03	0.12	-	0.03	-
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
NOMBRE DE DÉTENU	4162	4312	4391	4057	3738	3433	3401	3514	3621

Source: Statistique Canada, Statistiques des établissements de correction 1968-1969 pour les années de 1964-1965 à 1967-1968 inclusivement; 1969-1970 pour les années 1968-1969 et 1969; et 1970, 1971, 1972 (Tableau 11 pour toutes les années).

TABLEAU II - POPULATION CARGÉALE SELON CHAQUE ÉTABLISSEMENT

1974 ET 1975

Établissement	Population 2/4/74		Population 1/4/75	
	Nombre	%	Nombre (F) ¹	%
Atlantique				
Dorchester (Maximale)	409	4.43	331	3.87
Springhill (Moyenne)	398	4.31	366	4.28
Westmorland (Minimale)	-	-	75	0.88
Autres établissements de l'Atlantique	115	1.25	47 (1)	0.55
TOTAL	922	9.99	819 (1)	9.58
Québec				
Archambault (Maximale)	394	4.27	401	4.68
Centre psychiatrique régional (Maximale) ²	126	1.37	49	0.57
Centre de réception régional (Maximale)	139	1.51	174 (15)	2.03
Cowansville (Moyenne)	421	3.56	409	4.78
Centre fédéral de formation (Moyenne)	354	3.84	332	3.88
Leclerc (Moyenne)	496	5.38	468	5.47
Laval (Minimale) ³	130	1.41	168 (Maximale)	1.96
Établissement de la Montée Saint-François (Minimale) ³	-	-	99	1.16
Sainte-Anne des Plaines (Minimale)	101	1.09	82	0.96
Autres établissements du Québec	171	1.85	72	0.84
TOTAL	2332	25.28	2254 (15)	26.35
Ontario				
Millhaven (Maximale)	378	4.10	281	3.28
Centre psychiatrique régional (Maximale) ²	120	1.30	122	1.44
Centre de réception régional (Maximale)	238	2.58	223	2.60
Collins Bay (Moyenne)	438	4.75	420	4.91
Joyceville (Moyenne)	459	4.97	422	4.93
Warkworth (Moyenne)	427	4.63	411	4.80
Autres établissements de l'Ontario	489	5.30	348 (120)	4.06
TOTAL	2549 (161)	27.63	2227 (12)	26.00
Prairies				
Saskatchewan (Maximale)	444	4.81	427	4.99
Drumheller (Moyenne)	442	4.79	425	4.96
Stony Mountain (Moyenne et Maximale) ⁴	450	4.88	437 (1)	5.10
Autres établissements des Prairies	392	4.25	410	4.79
TOTAL	1728	18.73	1699 (1)	19.84
Pacifique				
Colombie-Britannique (Maximale)	527	5.71	489 (1)	5.71
Centre psychiatrique régional (Maximale) ²	119 (3)	1.29	115 (1)	1.34
Matsqui (Moyenne)	368	3.99	338	3.95
Mountain (Moyenne)	192	2.08	167	1.95
William Head (Minimale 1974; moyenne 1975)	147	1.59	126	1.47
Autres établissements de la région du Pacifique	179	1.94	189	2.21
TOTAL	1532 (3)	16.60	1424 (2)	16.63
TOTAL NATIONAL (HOMMES ET FEMMES)	9227 (164)	100.00	8562 (139)	100.00

- ¹ (F) Les femmes indiquées entre parenthèses ne sont pas comprises sauf dans le total national.
- ² Les centres psychiatriques régionaux étaient auparavant connus sous le nom de centres médicaux régionaux.
- ³ L'établissement de Laval est maintenant un établissement à sécurité maximale; l'établissement à sécurité minimale de Laval est devenu l'établissement Montée Saint-François (minimale).
- ⁴ Stony Mountain: Cet établissement est coté à sécurité maximale pour le centre de réception mais à sécurité moyenne pour les programmes pour les détenus (1975).

Source: Rapports hebdomadaires sur la population carcérale du 2 avril 1974 et du 1er avril 1975.

TABLEAU III - LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DU S.C.P. SELON LA RÉGION AVEC
DÉSIGNATION SÉCURITAIRE ET CAPACITÉ EN CELLULES AU 1^{er} AVRIL 1975

Région et établissement	Sécurité	Capacité en cellules	Région et établissement	Sécurité	Cap. en cellules
<u>Atlantique</u>			<u>Prairies</u>		
-- Terre-Neuve	Maximale	-	1. Stony Mountain ²	maximale	478
1. Dorchester	Maximale	401	2. Saskatchewan	maximale	359
2. Springhill	Moyenne	442	-- Dortoir temporaire	-	125
3. Westmorland	Minimale	88	-- Dortoir temporaire	-	-
-- Dortoir temporaire	-	20	3. Drumheller	moyenne	443
4. Carleton	CCC	15	-- Unité de trailer	-	50
5. Centre Park Town	CCC	22	4. Bowden	moyenne	125
6. C.S. Dungarvon	Moyenne	20	5. Stony Mountain	moyenne	88
SOUS-TOTAL (6 & 2)		1008	6. Saskatchewan A.A.	minimale	88
<u>Québec</u>			7. Osborne	CCC	20
1. Archambault	Maximale	429	8. Oskana	CCC	12
2. Centre psychiatrique régional	Maximale	275	9. Grierson	CCC	70
3. Centre de réception régional	Maximale	175	10. Scarborough	CCC	22
4. Laval	Maximale	318	SOUS-TOTAL (10 & 3)		1880
5. Cowansville	Moyenne	433	<u>Pacifique</u>		
6. Centre fédéral de formation	Moyenne	372	1. Colombie-Britannique	Maximale	543
7. Leclerc	Moyenne	514	2. Centre psychiatrique régional	Maximale	140
8. Montée Saint-François	Moyenne	139	3. Matsqui	Moyenne	337
9. Sainte-Anne des Plaines	Moyenne	96	-- Unité de trailer	-	25
10. St-Hubert	CCC	30	4. Mountain	Moyenne	186
11. Duvernay	CCC	20	5. William Head	Moyenne	150
SOUS-TOTAL (11)		2801	-- Dortoir temporaire	-	5
<u>Ontario</u>			6. Camp d'Agassiz	Minimale	80
1. Millhaven	Maximale	429	7. Ferndale A.A.	Minimale	50
2. Centre psychiatrique régional	Maximale	115	8. Burrard	CCC	30
3. Centre de réception régional	Maximale	312	9. Pandora	CCC	16
4. Collins Bay	Moyenne	422	SOUS-TOTAL (9 & 2)		1562
5. Joyceville	Moyenne	470	<u>NOTES:</u> A.A. - Annexe agricole		
6. Warkworth	Moyenne	437			C.F. - Camp forestier
7. Bath	Minimale	92			C.C.C. - Centre correctionnel communautaire
8. Frontenac	Minimale	88	<u>RESUME</u>		
9. Pittsburth	Minimale	88	TOTAL - HOMMES	(49)	9918
10. Camp de correction de Beaver Creek	Minimale	100	TOTAL - FEMMES	(2)	137
11. Camp de correction de Landry Crossing	Minimale	80	TOTAL NATIONAL	(51)	10,055
12. Montgomery	CCC	14			
13. Portsmouth	CCC	20			
SOUS-TOTAL (13)		2667			
<u>Femme</u>					
1. Prison des Femmes	Spéc.	124			
2. - King Street	-	13			
SOUS-TOTAL (2)		137			

¹ Les centres psychiatriques régionaux étaient auparavant connus sous le nom de centres médicaux régionaux.

² L'établissement de Stony Mountain est coté à sécurité maximale pour le centre de réception mais à sécurité moyenne pour les Programmes pour les détenus (1975).

Source: Rapport hebdomadaire sur la population carcérale au 1^{er} avril 1975.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS PAR LES MEMBRES DU COMITÉ

Depuis le Premier rapport du Comité consultatif national des services de santé, tous les membres du Comité ont visité de nouveau un certain nombre d'établissements correctionnels. M^{lle} Shirley Smale, I.A., Baccalauréat en sciences infirmières, M. en Santé pub., qui est devenue membre du Comité depuis le 1^{er} rapport, a visité les établissements suivants. Le D^r L.B. McNally a visité les établissements du Québec avec M^{lle} Smale.

La liste complète des établissements visités par les membres du Comité jusqu'à ce moment-là figure à l'Annexe 2 du premier rapport.

Ontario

- Collins Bay
- Millhaven
- Centre de réception régional
- Centre psychiatrique régional
- Warkworth
- Joyceville
- Prison des Femmes
- Centre correctionnel communautaire de Portsmouth

Québec

- Leclerc
- Centre fédéral de formation
- Centre de réception régional
- Archambault
- Centre psychiatrique régional
- Établissement à sécurité maximale de Laval

Colombie-Britannique

- Pénitencier de la Colombie-Britannique
- Matsqui
- Centre psychiatrique régional

Manitoba

- Stony Mountain

De plus, le docteur A.L. Kerr a visité, au nom du Comité, le Centre médical pour les détenus fédéraux de Springfield, Missouri, aux E.-U.

ANNEXE D

JAMES B. FLETT
DIRECTEUR EXÉCUTIF

KINGSTON, ONTARIO, CANADA
K7L 2V7
Téléphone: 613 547-2121
Le 23 août 1974

Le Président,
Comité des soins de santé

Monsieur,

Vous trouverez ci-joint l'Étude sur les installations radiologiques de la région de l'Ontario du S.C.P.

Si vous avez des questions au sujet des recommandations, il me ferait un grand plaisir d'y répondre.

Je voudrais aussi proposer que les chefs des départements universitaires des autres régions ou leurs représentants effectuent des études semblables au sein des services pénitenciers fédéraux des autres provinces. Il serait utile qu'ils utilisent la même formule d'enquête que celle de la présente étude, laquelle figure à l'Annexe 1.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

S.L. Fransman, M.D.
Professeur de radiologie
Université Queen's

Pièce jointe

Kingston, Ontario

le 23 août 1974.

ÉTUDE SUR LES INSTALLATIONS DE RADIOLOGIE AU SEIN DU S.C.P.

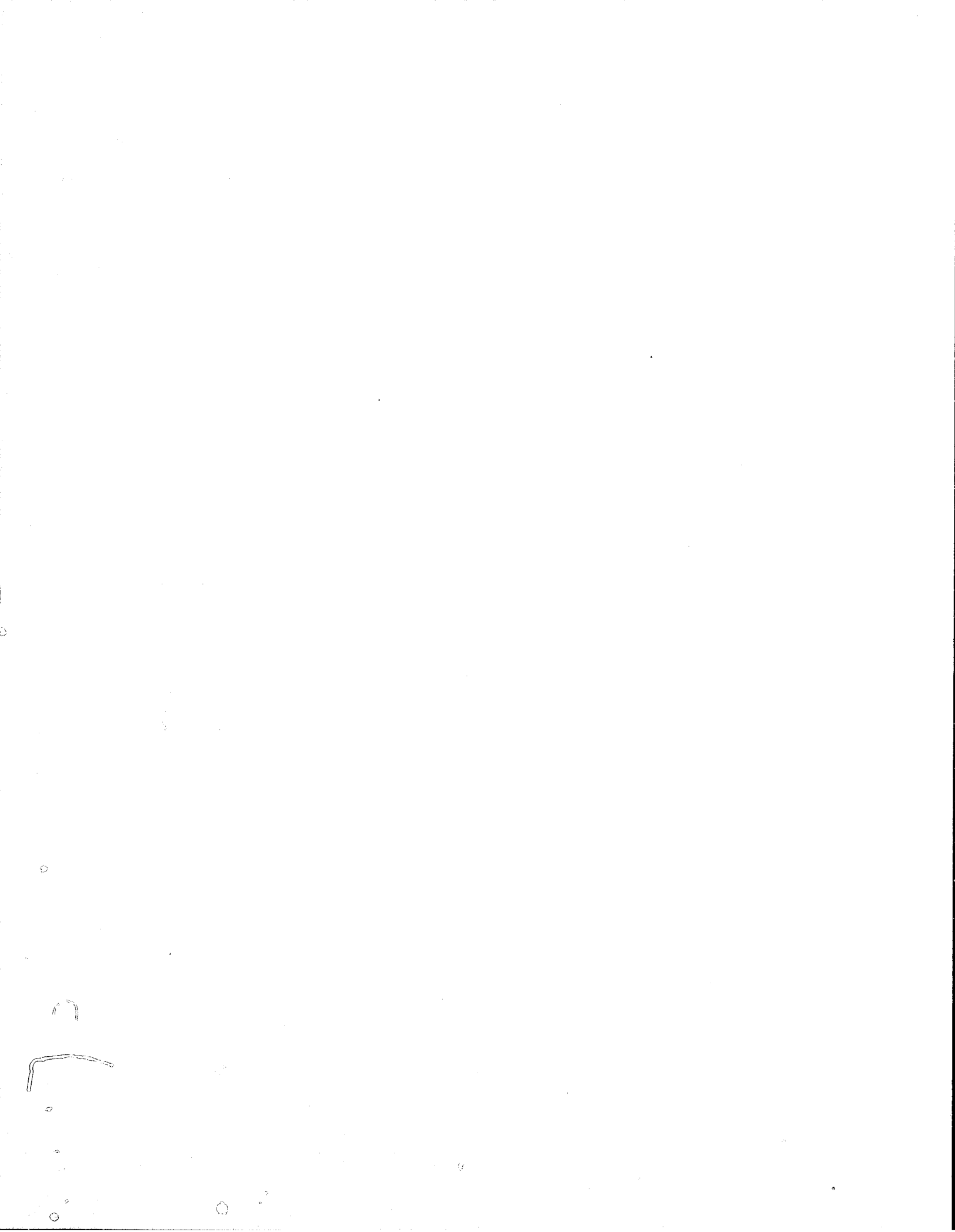
DE LA RÉGION DE KINGSTON

On a effectué une étude auprès des établissements correctionnels fédéraux au cours des mois de mai et de juin afin d'évaluer:

1. Les installations de radiologie de la région de Kingston, y compris Warkworth, et l'importance et la nature du volume de travail.
2. Les qualifications du personnel qui fait fonctionner l'équipement de radiologie.
3. Les dispositions relatives à l'autorisation et aux rapports des examens de radiologie et le système de classement pour les clichés et les rapports.
4. Les mesures de protection concernant les dangers de la radiation.

Des recommandations seront formulées pour améliorer le service de la façon la plus économique.

Les docteurs Botterell, Cullingham, Currie et Fransman, accompagnés par M. N. Robinson (Assistant technicien principal à l'Hôpital général de Kingston) ont visité le Centre médical régional (C.M.R.) du pénitencier de Kingston, Millhaven et Warkworth le 15 mai 1975. Ils ont aussi visité le Campbellford Memorial Hospital qui est un des centres de renvoi pour Warkworth.



CONTINUED

4 OF 5

M. Robinson et le D^r Fransman ont visité Collins Bay et Joyceville le 5 juin 1974.

Une formule a été conçue pour dresser un tableau des renseignements obtenus. M^{me} S. Eastenbrook, I.A., a visité tous les établissements mentionnés ci-dessus, dont la prison des Femmes, de même que l'Hôpital des Forces armées à Barriefield, l'Hôpital général de Kingston et l'Hôpital Hôtel Dieu qui sont des centres de renvoi pour tous les établissements correctionnels fédéraux de cette région. La formule et les résultats de l'enquête de M^{me} Eastenbrook paraissent à l'Annexe I.

ADDENDUM I

INSTALLATIONS DE RADIOLOGIE, Etc.

L'établissement de Collins Bay n'a pas d'équipement de radiologie.

L'établissement de Joyceville n'a qu'un appareil radiographique dentaire.

Les autres établissements ont l'équipement de radiographie de base, des installations pour le développement par voie humide et un appareil radiographique dentaire. Tous les appareils de radiographie sont de 200 milli-ampères (un Picker, un General Electric, et un Westinghouse) et tous sont en bon état de fonctionnement.

Ils ont été installés entre 1964 et 1972 et possèdent tous des tables Bucky sans accessoires pour la fluoroscopie.

Les appareils de radiographie dentaire varient de 7 à 15 milli-ampères; un appareil de marque S. White, un de Siemens, et deux de Ritters, tous sont en bon état de fonctionnement et ont été installés entre 1966 et 1973.

ENVERGURE ET NATURE DU VOLUME DE TRAVAIL

Le nombre de radiographies prises au sein des établissements dotés d'équipement de radiographie, à l'exclusion des radiographies dentaires était de: 600 à 700 à Millhaven, de 500 à 600 au C.M.R., et de 200 à 300 à Warkworth. Cela comprend surtout des examens radiographiques courants qui ne nécessitent pas de fluoroscopie ou d'opacifiant radiologique.

Au cours de cette dernière année, Millhaven et Warkworth ont fait un petit nombre d'urographies intra-veineuses et quelques séries d'examens des voies biliaires, nécessitant un opacifiant radiologique. Au C.M.R. on a fait quelques séries d'examens des voies biliaires mais aucune urographie intra-veineuse. Cette dernière doit se faire en la présence du médecin de l'établissement puisqu'il faut faire une injection intra-veineuse et que des réactions adverses se produisent relativement souvent. On n'a exécuté aucune autre procédure nécessitant l'injection d'un opacifiant radiologique.

On utilisera l'expression - examen de base - pour les examens qui peuvent se faire au sein des établissements.

Pour ce qui est des procédures de radiographie qui ne peuvent être exécutées au sein des établissements, les détenus de l'établissement de Joyceville et de l'établissement de Collins Bay nécessitant des examens de base sont renvoyés surtout au Centre médical régional. Pour les autres procédures on les renvoie normalement à l'Hôpital des Forces armées de Barriefield et quelquefois aux deux hôpitaux généraux de Kingston. Warkworth renvoie une certaine partie de ses cas au Campbellford Memorial Hospital qui est situé tout près.

Le nombre d'examens effectués par des organismes de l'extérieur au cours de cette dernière année a été comme suit: C.M.R. 43, Millhaven 114, Warkworth 72, prison des Femmes 120, Collins Bay 150, et Joyceville 294. Des 579 examens effectués au C.M.R., 205 étaient pour des détenus du P.K., les autres étaient pour l'établissement de Collins Bay, l'établissement de Joyceville et la prison des Femmes.

ADDENDUM II

QUALIFICATIONS DU PERSONNEL

Les techniciens du C.M.R. et de Millhaven sont inscrits par leur association comme techniciens autorisés en vertu de la Clause des droits acquis. Ils n'ont pas eu à écrire les examens en raison des nombreuses années d'expérience pratique qu'ils avaient avant l'introduction des examens. Ils étaient bien qualifiés pour le genre de travail qui se faisait dans les établissements.

Une technicienne autorisée de Campbellford vient de l'établissement de Warkworth un matin par semaine et est disponible pour la majeure partie des cas urgents. Si elle n'est pas disponible, le détenu est renvoyé à un organisme de l'extérieur. Les dentistes qui assurent les soins dentaires aux détenus font fonctionner les appareils radiographiques dentaires.

ADDENDUM III

AUTORISATION DES EXAMENS RADIOLOGIQUES, RAPPORTS ET CLASSEMENT

Dans tous les établissements, c'est le médecin d'établissement qui ordonne l'examen.

Tous les rapports sont versés au dossier de santé du détenu.

Tous les clichés de l'établissement de Millhaven, du C.M.R., et de la prison des Femmes sont rapportés par le radiologue de l'Hôpital des Forces armées (et à l'occasion par les radiologues des hôpitaux généraux).

À l'établissement de Warkworth, les clichés qui sont pris localement sont rapportés par le médecin de l'établissement, alors que les radiologues des organismes de l'extérieur (surtout le Campbellford Memorial Hospital et l'Hôpital des Forces armées) rapportent ceux qui sont pris dans leurs institutions respectives.

Joyceville: Au cours de la dernière année, 113 examens ont été faits à l'Hôpital des Forces armées et les clichés ont été rapportés par son radiologue. 195 examens ont été faits au C.M.R., les clichés étaient ensuite renvoyés avec les détenus à l'établissement de Joyceville et ensuite envoyés à l'Hôpital des Forces armées aux fins du rapport.

Dans les cas urgents, les radiologues de l'Hôpital des Forces armées donnent leurs rapports par téléphone et au C.M.R. c'est souvent le technicien qui le fait. Il est insuffisant et illégal qu'un technicien rapporte et diagnostique des radiographies.

Collins Bay: D'avril 1973 à mars 1974, 160 examens ont été faits, dont la plupart au C.M.R. et quelques-uns à l'H.F.C. En juin 1974 (seulement) 64 examens ont été faits et en juillet 1974, 46, indiquant ainsi que le nouveau médecin de l'établissement faisait plus de demandes. Tous les clichés ont été rapportés par le radiologue de l'Hôpital des Forces armées, mais le rapport se fait dans un délai d'une semaine après la demande.

ADDENDUM IV

RADIOPROTECTION

Tous les appareils inspectés étaient en bon état de fonctionnement. Un sondage effectué par le Bureau de la radioprotection le 25 février 1974 a démontré qu'il y avait peut-être une fuite entre le collimateur et l'encastrement du tube de l'ensemble Picker au C.M.R. Cette fuite ne constitue pas un danger de radiation et elle a été réparée. Les techniciens utilisaient des écrans de protection en plomb lors de la pose; des tabliers pour la protection gonadale des patients étaient disponibles et on les utilisait de façon régulière. L'écran de protection en plomb à l'établissement de Warkworth n'était pas en position optimale mais ceci peut être facilement rectifié.

DISCUSSION

La population carcérale des établissements visés par l'étude variait de 400 à 500 détenus. Le C.M.R., l'établissement de Millhaven et l'établissement de Warkworth sont dotés d'un ensemble de radiographie à tous usages et d'un appareil de radiographie dentaire. L'établissement de Joyceville ne possède qu'un appareil de radiographie dentaire et l'établissement de Collins Bay, lui, n'a aucun appareil de radiographie. Le nombre d'examens effectués par unité de radiologie varie de 20 à 60 par mois; il est logique et concevable qu'un tel nombre soit inférieur à l'usage optimal d'un appareil. Puisqu'il n'est pas pratique d'effectuer des fluoroscopies localement et souvent guère souhaitable d'exécuter des examens nécessitant un opacifiant radiologique, un nombre limité de patients devra toujours être renvoyé aux organismes de l'extérieur. Toutefois, lorsqu'on dispose localement de l'équipement normal de radiographie, la majorité des examens radiographiques de base peuvent se faire sur place.

Il faut aussi tenir compte des problèmes qui sont associés aux transfèrements de détenus à des organismes de l'extérieur, un déplacement qui nécessite souvent l'application de menottes et de chaînes et la présence d'un ou de deux agents de correction et d'un conducteur.

Il y a aussi un important délai d'attente entre la formulation de la demande qu'une radiographie soit prise par un organisme de l'extérieur et la réalisation de cette demande, outre le temps qu'il faut avant que le médecin d'établissement ne reçoive le rapport (une exception à cela: l'urgence évidente).

Le médecin de l'établissement de Joyceville s'est dit satisfait des dispositions existantes.

Le médecin de l'établissement de Collins Bay, pour sa part, croyait qu'en raison des problèmes qu'occasionnent le transport de détenus et l'obtention de l'autorisation de le faire, on ordonnait effectivement beaucoup moins de radiographies que ce qui souvent s'imposait. Des radiographies seraient beaucoup plus souvent ordonnées, surtout dans les cas où les diagnostics objectifs sont quelque peu discutables, mais l'on doit évaluer d'une part le temps et l'argent que nécessite un examen subi à l'extérieur et d'autre part la possibilité qu'un tel examen soit négatif. Cependant, le fait de ne pas faire subir d'examen radiographique augmente l'incidence des maladies feintes, renforçant la politique du moindre effort et de la temporisation.

Il y a aussi la question de poursuites judiciaires si on laisse passer une anomalie. Devant les tribunaux, l'absence de radiographies peut influencer sur la décision finale.

Les radiographies dentaires sont maintenant considérées comme étant essentielles au traitement dentaire moderne. Au centre de réception au C.M.R., la méthode la plus efficace pour un examen dentaire radiographique complet serait la vue panoramique simple. Ces clichés pourraient aussi servir dans le processus d'identification. Les régions que l'on croit être pathologiques nécessiteraient toutefois une vue endobuccale spéciale.

Le nombre total de radiographies prises au sein des établissements dans la région immédiate de Kingston est bien en-dessous de 2000 par année. Un simple technicien disposant d'un mode de transport pourrait s'occuper de ce travail.

L'arrangement actuel de l'établissement de Warkworth, à savoir l'utilisation d'un technicien compétent du Campbellford Memorial Hospital, qui vient un matin par semaine et qui est en disponibilité, est satisfaisant. Les examens dentaires se font habituellement par les dentistes, et ceci pourrait également s'appliquer à l'opération de la machine panorex. Toutefois, un technicien de radiologie compétent peut apprendre très vite à faire fonctionner cette machine.

Les dispositions relatives à la radioprotection étaient satisfaisantes et devraient être rigoureusement respectées.

Les établissements qui ne disposent pas d'équipement de radiologie de base devraient pouvoir obtenir des examens radiographiques plus facilement. Les examens radiographiques effectués par des organismes de l'extérieur devraient se faire rapidement après que la demande a été formulée et le rapport du radiologue compétent devrait être soumis dans les plus brefs délais.

Etant donné le petit volume de travail quotidien de chaque établissement, il n'est pas économique d'utiliser un appareil de développement automatique.

RECOMMANDATIONS

1. Tous les établissements de même dimension que les établissements visés par la présente étude devraient avoir un appareil radiographique à tous usages muni d'un localisateur pour radiographie pulmonaire ainsi qu'un bloc dentaire et de l'équipement pour le développement par voie humide. Le C.M.R. devrait avoir, de plus, un appareil radiographique dentaire pour les vues panoramiques.

L'Annexe 2 indique les listes de prix pour le mois d'août 1974 des firmes Philips, General Electric et Picker. Le coût d'un localisateur additionnel pour radiographie pulmonaire est d'environ \$100. L'annexe indique également le prix de l'ensemble dentaire Panelipse pour les vues panoramiques. Il est recommandé que l'établissement de Collins Bay obtienne un ensemble dentaire Ritter tel qu'utilisé à l'établissement de Joyceville et à l'établissement de Warkworth.

2. Un seul technicien qualifié peut desservir les établissements de la région de Kingston mais on doit le remplacer lors des congés et des congés de maladie. Les dispositions relatives aux services techniques à l'établissement de Warkworth sont satisfaisantes.

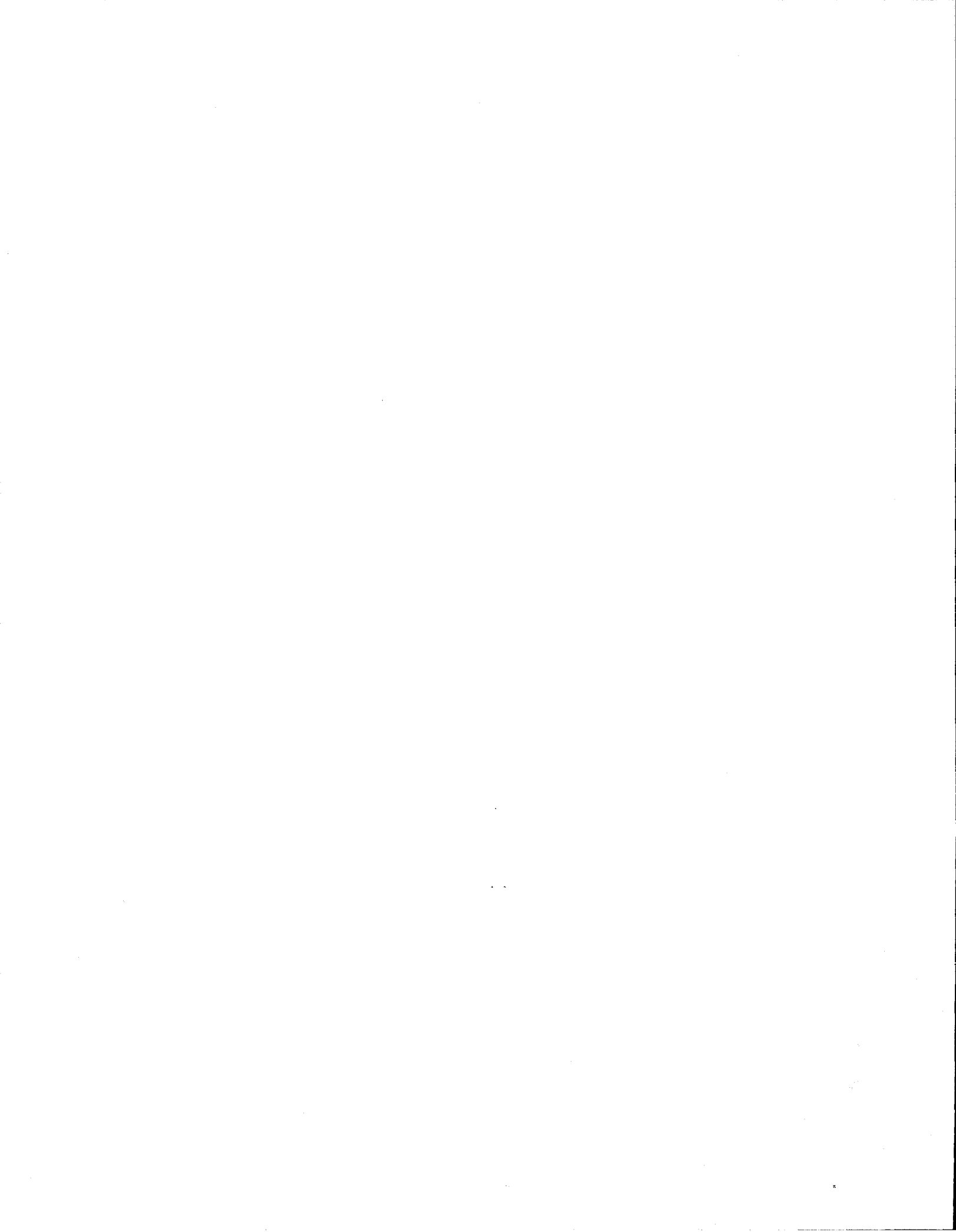
3. Tous les examens nécessitant un opacifiant radiologique et/ou la fluoroscopie devraient être dirigés sur les organismes de l'extérieur. On peut faire une exception pour les examens de la vésicule biliaire puisque ces derniers peuvent être concluants sans la fluoroscopie et qu'ils ne sont pas considérés dangereux. Si l'examen n'est pas concluant, il devrait être répété par un organisme de l'extérieur. Les urographies intraveineuses nécessitent

une injection intraveineuse qui peut causer de graves réactions. Elles devraient se faire par un radiologue d'un organisme de l'extérieur.

4. Le rapport de tous les examens devrait se faire aisément et rapidement par un radiologue qualifié, (N.B. Warkworth) et classé dans la région où l'examen a été effectué; un exemplaire du rapport devrait être annexé au dossier de soins de santé du détenu. Les urgences devraient être rapportées par téléphone, avec confirmation par écrit. Les cas qui ne sont pas urgents devraient être rapportés dans les quarante-huit heures suivant l'examen.

5. Les dispositions relatives à la radioprotection devraient être en conformité des règlements existants, tant pour ce qui est de la construction des salles de radiologie que pour ce qui est de la protection individuelle du patient et de l'opérateur.

Il est recommandé qu'un radiologue compétent, par exemple, un radiologue de l'Hôpital des Forces armées, inspecte annuellement les installations et l'équipement de radiologie.



END