

Service correctionnel du Canada :  
Lignes directrices spécifiques pour  
le traitement d'entretien à la méthadone

Préparé par le  
Service correctionnel du Canada  
Novembre 2003

(La présente version remplace les versions précédentes)

# Table des matières

<b>SECTION A : CONTEXTE GÉNÉRAL — DÉLINQUANTS ET TOXICOMANIE .....</b>	<b>1</b>
Questions, préoccupations et stratégies .....	3
Approche axée sur la réduction des méfaits .....	3
Programmes pour toxicomanes .....	5
Traitement d'entretien à la méthadone (TEM) .....	5
<b>SECTION B : LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE AU SCC .....</b>	<b>7</b>
<b>SCC : But et objectifs du TEM .....</b>	<b>8</b>
<b>SCC : Critères d'admission et assurance de la qualité du TEM .....</b>	<b>9</b>
Critères généraux d'admission .....	9
Critères d'admission prioritaire .....	10
Questions reliées aux critères d'admission .....	10
Personnes admises au SCC—Sous TEM .....	10
Personnes admises aux centres de réception du SCC—Non sous TEM .....	10
Critères d'admission prioritaire et critères généraux d'admission .....	11
Personnes admises dans des unités de détention temporaire—Non sous TEM .....	11
Critères d'admission prioritaire et critères généraux d'admission .....	11
Tableau 1 : Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables » .....	12
<b>SCC : Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) .....</b>	<b>14</b>
Membres de l'EITM de l'établissement .....	15
Membres de l'EITM dans la collectivité .....	15
<b>SECTION C : RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DE L'EITM .....</b>	<b>17</b>
<b>Détenu/délinquant .....</b>	<b>18</b>
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	18
Personnes admises au SCC—Sous TEM .....	18
Conférence de cas initiale et initiation au TEM .....	19
Administration et suivi du TEM .....	19
Arrêt et réadmission au TEM .....	19
Planification de la mise en liberté .....	19
<b>Agent de libération conditionnelle en établissement (ALCE) .....</b>	<b>20</b>
Tableau 2 : Agent de libération conditionnelle en établissement—Liste de vérification pour l'évaluation initiale .....	20
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	21
Le TEM n'est pas disponible dans la région où le détenu sera mis en liberté .....	22
Conférence de cas initiale et initiation au TEM .....	23
Administration et suivi du TEM .....	24
Planification de la mise en liberté .....	25
<b>Agent de programmes correctionnels en établissement .....</b>	<b>27</b>
Tableau 3 : Agent des programmes correctionnels en établissement—Liste de vérification pour l'évaluation initiale .....	27
Évaluation initiale / Maintien TEM .....	29
Tableau 4 : Remarques au sujet du Rapport de toxicomanie .....	32
Conférence de cas initiale et initiation au TEM .....	33
Administration et suivi du TEM .....	33
Planification de la mise en liberté .....	34

<b>Personnel infirmier</b> .....	<b>35</b>
Tableau 5 : Personnel infirmier—Liste de vérification pour l'évaluation initiale .....	36
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	37
Personnes admises au SCC—Sous TEM .....	37
Personnes admises au SCC sous TEM et incarcérées moins de six mois .....	39
Pour tous les détenus.....	39
Conférence de cas initiale et initiation au TEM.....	41
Tableau 6 : Remarques au sujet du Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03).....	42
Administration et suivi du TEM .....	43
Tableau 6 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur l'administration de la méthadone.....	46
Tableau 7 :.....	46
Tableau 8 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur la collecte des échantillons d'urine relatifs au TEM .....	48
Planification de la mise en liberté / Transfèrement.....	50
Transfèrement entre établissement.....	50
Mise en liberté du SCC vers une prison d'une autre administration.....	50
Mise en liberté.....	50
<b>Médecin</b> .....	<b>51</b>
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	51
Personnes admises au SCC—Sous TEM .....	51
Conférence de cas initiale et initiation au TEM.....	52
Administration et suivi du TEM .....	52
Planification de la mise en liberté.....	53
<b>Agent de première responsabilité (APR)</b> .....	<b>54</b>
Tableau 9 : Agent de première responsabilité—Liste de vérification pour l'évaluation initiale .....	54
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	55
Personnes admises au SCC—Sous TEM .....	55
Personnes transférées vers un autre établissement en attente d'une initiation au TEM.....	55
Conférence de cas initiale et initiation au TEM.....	56
Planification de la mise en liberté.....	58
<b>Pharmacien</b> .....	<b>59</b>
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	59
Personnes admises au SCC—Sous TEM .....	59
Conférence de cas initiale et initiation au TEM.....	59
Administration et suivi du TEM .....	60
Planification de la mise en liberté.....	60
<b>Agent de libération conditionnelle dans la collectivité</b> .....	<b>61</b>
Planification de la mise en liberté.....	61
Évaluation initiale de mise en liberté / Maintien du TEM .....	62
Administration et suivi du TEM dans la collectivité.....	63
Suspension .....	64
Suspension—Admission dans un centre de détention provisoire ou au SCC.....	64
Expiration de mandat .....	64
<b>Agent des programmes correctionnels dans la collectivité</b> .....	<b>65</b>
Planification de la mise en liberté.....	65
Avant la mise en liberté dans la collectivité (incluant la mise en liberté conditionnelle) .....	65
Délinquants qui retournent dans la collectivité après une suspension.....	65
Évaluation initiale / Maintien du TEM .....	65
Administration et suivi du TEM .....	66
Suspension .....	66
Suspension—Admission dans un centre de détention provisoire au SCC.....	66
Expiration de mandat .....	67

## **SECTION D : POSOLOGIE DE LA MÉTHADONE ..... 68**

<b>Posologie initiale et stabilisation.....</b>	<b>69</b>
Dose initiale.....	69
Augmentation de la dose.....	70
Diminution de la dose.....	70
Dose de maintien.....	70
Poursuite du traitement d'entretien à la méthadone.....	70
Fractionnement des doses.....	71
Analyses de laboratoire pour établir la demi-vie de la méthadone.....	71
<b>Mesures particulières.....</b>	<b>72</b>
Doses non administrées.....	72
Doses vomies.....	72
Interruptions prévues du traitement.....	73
Arrêts volontaires de traitement.....	73
Arrêts involontaires de traitement.....	74
<b>Doses à emporter / Mesures temporaires.....</b>	<b>75</b>
Tableau 10 : Accès à la méthadone durant les permissions de sortir (voir détails plus bas).....	75
Transfèrement d'un détenu dans un centre correctionnel provincial.....	75
Transfèrement d'un détenu dans un autre établissement du SCC.....	76
Transfèrement dans un CCC ou un ERC à la mise en liberté.....	76
Libération conditionnelle —Suivi par la collectivité.....	77
Permissions de sortir sans escorte (PSSE).....	77
Transfèrement d'un détenu dans un hôpital communautaire.....	78
Permissions de sortir avec escorte (PSAE).....	78
Placements à l'extérieur.....	79
Unités de visites familiales privées (UVFP).....	79

## **SECTION E : DÉPISTAGE DE DROGUES DANS L'URINE..... 80**

<b>Analyses de toxicologie générale.....</b>	<b>81</b>
<b>Dépistage habituel de drogues dans l'urine.....</b>	<b>81</b>
Horaire.....	81
Tests à l'aide d'une trousse et tests en laboratoire.....	82
<b>Résultats des tests de toxicologie générale et des analyses d'urine effectuées de façon aléatoire.....</b>	<b>83</b>
Consentement et utilisation des résultats.....	83
Résultats positifs.....	83
Résultats contestés.....	84

## **SECTION F : INTERVENTION EN MATIÈRE DE TOXICOMANIE ..... 85**

<b>Contexte.....</b>	<b>86</b>
Tableau 11 : Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie.....	87
<b>Structure des séances de suivi individuelles ou en groupe.....</b>	<b>89</b>
<b>Fréquence des séances d'intervention en matière de toxicomanie.....</b>	<b>89</b>
Changements de fréquence.....	90
Fréquence élevée : Présence minimale d'une fois par semaine.....	90
Fréquence modérée : Présence minimale aux deux semaines.....	90
Fréquence peu élevée : Présence minimale d'une fois par mois.....	90

Tableau 12 : Notes sur le Plan de traitement de la toxicomanie—Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)	91
Annexe A : Glossaire	2
Annexe B : Bibliographie	6
Annexe C : Politiques et lois relatives au TEM au SCC	7
Annexe D : Critères diagnostiques du DSM IV pour la dépendance à une substance	10
Annexe E : Critères diagnostiques du DSM IV pour le sevrage aux opiacés (292.0)	11
Annexe F : Ressource —Introduction au dépistage de drogues dans l'urine	12
Annexe G : Critères de sélection de l'APR	17
Annexe H : Qualifications des fournisseurs du programme d'intervention en matière de toxicomanie du TEM	18
Annexe I : Lignes directrices des collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens	19
Annexe J : Formulaire du SCC pour le TEM	20

## Tableaux et listes de vérification

(ces éléments figurent également dans la table des matières)

Tableau 1 : Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables »	12
Tableau 2 : Agent de libération conditionnelle en établissement—Liste de vérification pour l'évaluation initiale	20
Tableau 3 : Agent des programmes correctionnels en établissement—Liste de vérification pour l'évaluation initiale	27
Tableau 4 : Remarques au sujet du Rapport de toxicomanie	32
Tableau 5 : Personnel infirmier—Liste de vérification pour l'évaluation initiale	36
Tableau 6 : Remarques au sujet du Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)	42
Tableau 7 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur l'administration de la méthadone	46
Tableau 8 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur la collecte des échantillons d'urine relatifs au TEM	48
Tableau 9 : Agent de première responsabilité—Liste de vérification pour l'évaluation initiale	54
Tableau 10 : Accès à la méthadone durant les permissions de sortir (voir détails plus bas)	75
Tableau 11 : Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie	87
Tableau 12 : Notes sur le Plan de traitement de la toxicomanie—Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)	91

## **Remerciements**

Le Service correctionnel du Canada tient à remercier tous les membres du personnel qui ont participé directement ou indirectement à mettre au point les lignes directrices sur le traitement à la méthadone. En faisant d'importantes observations sur les différentes sections, ils ont joué un rôle fondamental dans l'élaboration de directives claires et précises pour tous les membres du personnel qui participent à l'exécution du traitement d'entretien à la méthadone. L'exécution du traitement comprend différents volets : introduction à la méthadone, administration du programme de méthadone, surveillance et planification de la mise en liberté, et ce dans les établissements du SCC et dans la collectivité.

Le Service correctionnel du Canada tient aussi à signaler la contribution professionnelle de divers intervenants de la collectivité et de leurs organismes professionnels. L'intégration de leurs suggestions permet d'uniformiser l'approche en matière de traitement à la méthadone partout au pays.

## **Section A : Contexte général — délinquants et toxicomanie**

## **SECTION A : CONTEXTE GÉNÉRAL — DÉLINQUANTS ET TOXICOMANIE**

**Toxicomanie.** Environ 67 % des délinquants incarcérés dans les prisons fédérales ont des problèmes de toxicomanie. On estime qu'environ 20 % d'entre eux éprouvent de graves problèmes de toxicomanie et qu'ils ont besoin d'un traitement intensif. Ces délinquants sont plus susceptibles d'être polytoxicomanes et d'avoir toutes sortes de comportements à risque élevé, comme l'usage de drogues injectables. Par exemple, 35 % des délinquants sous responsabilité fédérale ont déclaré avoir consommé de l'héroïne durant les six mois qui ont précédé leur arrestation. L'héroïne et la cocaïne sont les substances qui sont le plus fréquemment injectées. Des recherches révèlent constamment que, comme les autres types de toxicomanes, les consommateurs de drogues injectables sont surreprésentés dans la population carcérale. En outre, selon les recherches, pratiquement tous les héroïnomanes incarcérés qui ne sont pas traités recommenceront à consommer de l'héroïne après leur mise en liberté.

**Comportements à risque élevé.** Les personnes admises dans des établissements correctionnels sont plus susceptibles d'avoir eu des comportements à risque élevé comme l'usage de drogues injectables et la prostitution pour obtenir de l'argent, de la nourriture, un refuge ou des drogues. En outre, certains des détenus continuent, pendant leur incarcération, d'avoir un comportement à risque élevé : échange de seringues pour usage de drogues injectables (UDI), tatouage non stérile et relations sexuelles non protégées. Ces personnes risquent davantage de contracter le VIH et l'hépatite C que la population générale canadienne. La toxicomanie, la criminalité, l'arrestation, l'emprisonnement et, maintenant, les infections hématogènes constituent un cercle vicieux dans lequel sont aspirés les toxicomanes qui consomment des opiacés.

**Augmentation de la prévalence du VIH.** Entre 1989 et 2001, le nombre de détenus séropositifs est passé de 24 à 223. Au total, en 2001, 4,7 % des détenues et 1,7 % des détenus vivaient avec le VIH. Ces pourcentages représentent un taux près de dix fois supérieur à celui de la population canadienne (1,8 % par rapport à 0,1 %).

**Augmentation des cas d'hépatite C.** Dans le cas de l'hépatite C, 2 993 détenus avaient contracté cette maladie à la fin de 2001. Ce nombre représente 451 nouveaux cas connus par rapport à 2000. La prévalence de l'hépatite C chez les détenus canadiens est beaucoup plus élevée que dans la population en général (23,2 % par rapport à 0,8 %).

**Initiatives axées sur des solutions.** Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et en collaboration avec Santé Canada, le SCC a mis en œuvre plusieurs mesures visant à prévenir la transmission des maladies infectieuses et à réduire les méfaits associés aux comportements à risque. Par exemple, le SCC fournit actuellement les services suivants :

- des tests de dépistage confidentiels des maladies infectieuses que les détenus peuvent subir à titre volontaire au moment de l'admission et tout au long de l'incarcération et counselling avant et après les tests.
- des documents et programmes d'information à l'intention des détenus et du personnel;
- des condoms, des digues dentaires, des lubrifiants à l'eau et des trousse de désinfection dans tous les établissements;
- traitement des soins appropriés et un soutien aux détenus atteints de maladies infectieuses;
- une immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B;



- un traitement d'entretien à la méthadone;
- des programmes pour toxicomanes.

### Questions, préoccupations et stratégies

La proportion élevée de détenus qui ont des problèmes de toxicomanie et la prévalence des maladies infectieuses dans les prisons fédérales soulèvent plusieurs préoccupations :

- Une demande plus élevée en matière de soins, de traitements et de soutien des détenus infectés par l'hépatite C ou le VIH;
- Un risque plus élevé de transmission de maladies aux employés, aux détenus et aux visiteurs qui sont exposés au sang ou aux liquides organiques;
- Un risque plus élevé pour la santé et la sécurité du public après la réintégration du détenu dans la collectivité;
- Un risque plus élevé de réincarcération en raison du lien entre la toxicomanie et le comportement criminel.

Afin d'aborder ces préoccupations, le SCC a adopté une approche équilibrée à l'égard de la toxicomanie des détenus, en mettant l'accent sur la réduction de l'approvisionnement et de la demande en drogues chez les détenus, ainsi qu'en appuyant l'élaboration de stratégies de réduction des méfaits visant à réduire au minimum les conséquences négatives associées à l'usage des drogues.

**Les stratégies de réduction de l'approvisionnement** visent à prévenir l'introduction de drogues dans les établissements fédéraux. Elles englobent les fouilles effectuées auprès des visiteurs et des détenus, ainsi que l'utilisation de chiens renifleurs et de détecteurs ioniques.

**Les stratégies de réduction de la demande** comprennent la possibilité pour les détenus de résider dans une unité de soutien intensif spécialisée qui fournit un environnement positif et favorable conçu pour aider le délinquant à vivre sans drogue.

### Approche axée sur la réduction des méfaits

Les programmes pour toxicomanes du SCC sont résolument fondés sur une approche axée sur la **réduction des méfaits**. Par conséquent, les délinquants ne sont pas tenus à une abstinence totale pour participer au traitement à la méthadone. Ainsi, la consommation réduite ou contrôlée d'alcool et d'autres drogues est considérée comme une étape positive dans le processus de résolution graduelle de problèmes de toxicomanie. Selon des données préliminaires, les détenus dont l'objectif, après le traitement, consistait à réduire leur consommation étaient réadmis pour de nouvelles infractions à un taux considérablement moins élevé que ceux qui tentaient de s'abstenir de toute substance intoxicante.

Même si l'objectif le plus souhaitable est sans aucun doute l'élimination des comportements à risque, il est possible qu'il ne soit ni réalisable ni souhaitable pour la personne qui se trouve dans une **situation à risque**. Par conséquent, plutôt que de mettre l'accent sur l'abstinence comme

seul objectif de traitement valable, la réduction des méfaits est fondée sur la diminution des conséquences du comportement à risque. Ainsi, on informe la personne à propos de la façon dont elle peut réduire au minimum les conséquences négatives de son comportement à risque, et, selon les circonstances, on lui fournit les moyens d'y parvenir.

La réduction des méfaits est fondée sur les principes suivants :

- reconnaître le problème;
- conserver une opinion neutre de l'activité ou de la personne (absence de jugement);
- se concentrer sur le problème;
- comprendre que l'abstinence est l'objectif le plus souhaitable mais qu'il n'est pas immédiatement réalisable pour tout le monde;
- reconnaître le rôle et le rythme du patient.

Par exemple, le commerce du sexe représente un danger considérable pour la santé des prostitués, de leurs clients et du grand public puisqu'il contribue à la propagation des maladies transmissibles sexuellement, particulièrement du VIH. Même si ce commerce ne peut être entièrement éradiqué dans la société canadienne, des programmes d'information et de sensibilisation à propos de l'utilisation de condoms, ainsi que la distribution de condoms gratuits aux travailleurs sur le terrain peut contribuer à éliminer les effets associés à cette pratique risquée.

Comme nous l'avons illustré, le succès de la réduction des méfaits repose sur l'adoption d'un point de vue neutre à propos du comportement et de la personne (c'est-à-dire le travailleur du sexe). La réduction des méfaits est un cadre social qui vise à réduire les conséquences négatives associées aux comportements à risque comme l'usage de drogues injectables, les tatouages et les relations sexuelles non protégées.

Dans tous les établissements correctionnels au monde, la réduction des méfaits est reconnue comme une approche efficace à l'égard des comportements à risque, notamment de l'utilisation de drogues injectables. Par exemple, on a adopté les approches axées sur la réduction des méfaits suivantes dans diverses administrations correctionnelles et dans la collectivité :

- sensibilisation aux pratiques sexuelles sécuritaires;
- utilisation de condoms et de digues dentaires;
- sensibilisation à l'usage sécuritaire de drogues injectables;
- traitement d'entretien à la méthadone;
- programmes prévoyant des trousse de désinfection;
- pratiques de tatouage sécuritaires;
- programmes d'échange de seringues.

## Programmes pour toxicomanes

Le SCC dispose de programmes institutionnels et communautaires pour toxicomanes qui sont adaptés à la gravité du problème de toxicomanie du délinquant. Les programmes nationaux sont de nature cognitivo-comportementale et mettent l'accent sur des techniques structurées de prévention des rechutes et le perfectionnement des compétences à l'aide d'une diversité de méthodes comme les jeux de rôles, la résolution de problèmes et la pratique progressive. En outre, les programmes intègrent des techniques fondamentales qui visent à augmenter la motivation (Prochaska et DiClemente 1995; Miller 2002), afin de maximiser la réceptivité des détenus et leur volonté de modifier leur comportement. Ensemble, ces approches se fondent sur les dernières recherches et les pratiques cliniques les plus récentes dans le domaine du traitement de la toxicomanie hors du milieu correctionnel.

### Traitement d'entretien à la méthadone (TEM)

#### Indications cliniques touchant l'utilisation de la méthadone au Canada

**Entretien à la méthadone.** La méthadone (dose orale quotidienne) est actuellement le seul opioïde autorisé pour le traitement pharmacologique à long terme (plus de 180 jours), en clinique externe, pour les personnes qui ont une dépendance aux opioïdes.

**Désintoxication.** La désintoxication à la méthadone consiste à réduire progressivement les doses de méthadone, pour une période n'excédant pas 180 jours. Ce traitement facilite le sevrage et empêche l'apparition de symptômes de sevrage notamment la mydriase (pupilles dilatées), l'horripilation (chair de poule), les vomissements, l'agitation et la rhinorrhée (écoulement nasal).

**Analgésie.** La méthadone est également utilisée pour soulager la douleur dans certains cas.

*Santé Canada, Directives de la direction des médicaments.*

**Nota : L'utilisation de la méthadone au SCC a pour but « l'entretien », tel que le précisent les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone.**

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est le traitement le plus efficace pour les toxicomanes qui consomment de l'héroïne et d'autres opiacés par voie intraveineuse. Il a pour objectif de réduire les conséquences négatives de la toxicomanie aux opiacés et des habitudes d'injections. De nombreux toxicomanes aux opiacés qui ont suivi le TEM ont :

- cessé d'utiliser des seringues,
- amélioré de façon spectaculaire leur santé globale,
- retrouvé leur travail et leur famille,
- atténué leur comportement criminel et diminué la fréquence d'incarcération,
- augmenté leur espérance de vie.

(Remarque : Pour certaines personnes, la méthadone est un traitement à vie.)

Le traitement d'entretien à la méthadone des toxicomanes qui consomment de l'héroïne est une intervention médicale reconnue depuis le début des années 1960. Il est conforme à l'approche axée sur la réduction des méfaits qui a été adoptée ailleurs dans le monde, notamment aux États-Unis, en Australie et en Europe. Par exemple, le TEM est offert par des établissements correctionnels en Allemagne, au Danemark, en Australie, en Espagne et en Suisse et dans le complexe correctionnel de Riker's Island, à New York. En outre, des établissements correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique offrent depuis 1996 le traitement d'entretien à la méthadone aux détenus toxicomanes qui consomment des opiacés. Il est à noter que certaines personnes suivront ce traitement toute leur vie.

Les expériences réalisées dans ces administrations se sont traduites par :

- la réduction du partage des seringues et des injections dans les prisons où le TEM est offert;
- une diminution de la violence associée aux drogues dans les prisons;
- une diminution de la criminalité après la mise en liberté;
- une gestion plus facile de ces détenus.

En offrant le TEM aux détenus toxicomanes qui consomment des opiacés, le SCC pourra réaliser ses objectifs corporatifs relatifs à la réintégration des délinquants et à la santé de ces derniers, du personnel et du grand public.

## **Section B : Le traitement d'entretien à la méthadone au SCC**

## Section B : Le traitement d'entretien à la méthadone au SCC

---

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) du Service correctionnel du Canada est un traitement complet et intégré destiné aux détenus/délinquants dépendants aux opiacés par injection. Il s'intègre aux programmes et services de traitement de la toxicomanie existants dans l'établissement ou la collectivité et à la gestion des soins de santé prodigués au détenu.

### SCC : But et objectifs du TEM

Le TEM a pour **but** la réduction des méfaits, et non l'abstinence, afin de réduire au minimum les effets physiques, psychologiques, sociaux et criminels négatifs associés à l'usage d'opiacés, ainsi que la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses dans les établissements du SCC et la collectivité.

**Au SCC, le TEM n'est jamais offert à des fins d'analgésie (contrôle des douleurs) ou de désintoxication.**

Les **objectifs** du TEM sont les suivants :

- Réduire le nombre d'injections intraveineuses.
- Réduire le nombre de rechutes reliées à la consommation d'opiacés.
- Améliorer l'état de santé et la qualité de vie des détenus/délinquants.
- Aider les détenus/délinquants motivés à réduire graduellement leur consommation de drogues illicites.

Parmi les **résultats escomptés** du TEM, mentionnons :

- la réduction de la transmission du VIH et des autres maladies à transmission hémotogène dans la population des détenus vu la diminution des échanges de matériel d'injection;
- la promotion et la protection de la santé et de la sécurité des détenus/délinquants, du personnel des services correctionnels et des membres de la collectivité;
- la réduction de l'utilisation et du trafic des drogues, de la violence dans les établissements et des activités criminelles associées à la consommation et au trafic de drogues durant les peines d'emprisonnement et après la mise en liberté;
- l'aide aux détenus/délinquants afin qu'ils puissent gérer efficacement leur vie et réintégrer avec succès la collectivité.

## SCC : Critères d'admission et assurance de la qualité du TEM

Les fournisseurs de TEM ont la responsabilité d'offrir des soins de qualité aux personnes traitées à la méthadone, conformément aux lignes directrices de leur collège provincial de médecins et de chirurgiens ou de Santé Canada (dans les provinces où il n'existe pas de lignes directrices distinctes pour la méthadone). Le SCC a d'ailleurs incorporé des éléments clés de ces lignes directrices dans le présent document.

Afin de s'assurer que leur TEM est exécuté de façon sécuritaire et responsable, chaque fournisseur doit veiller à ce que le nombre de personnes traitées à la méthadone ne soit pas supérieur à sa capacité de fournir les soins, le soutien et le suivi conformes aux paramètres qu'il doit respecter pour chaque patient. Il s'agit d'un processus dynamique étant donné que la capacité des établissements et des régions varie selon le profil changeant de chaque participant au TEM. Par ailleurs si le personnel connaît bien le TEM et que le nombre de patients stables augmente, il est possible d'envisager d'initier d'autres patients au TEM.

Le nombre de détenus qui participent au TEM dans un établissement ou une région peut varier en raison :

- du transfèrement ou de la mise en liberté de détenus traités à la méthadone;
- du nombre de détenus traités à la méthadone qui sont « stables » et « non stables »;
- de l'arrêt volontaire ou involontaire du traitement;
- de la capacité de l'établissement de mettre en œuvre le TEM de façon sécuritaire;
- de l'octroi de ressources financières supplémentaires à l'établissement.

Dans la plupart des collectivités, de même qu'au SCC, la demande en traitement à la méthadone est présentement supérieure à la capacité des fournisseurs d'offrir ce service. Toutefois, le traitement à la méthadone doit être offert aux détenus qui répondent aux Critères généraux d'admission *ainsi* qu'aux Critères d'admission prioritaire.

### Critères généraux d'admission

- La personne doit répondre à *tous* les critères généraux d'admission ci-dessous :
- tel que défini dans le DSM-IV (voir annexe D), un diagnostic de dépendance aux opiacés (consommation par voie intraveineuse), *ou*
- des antécédents bien documentés de toxicomanie aux opiacés dénotant un risque élevé de rechute, risque confirmé par un médecin accrédité de l'établissement;
- une probabilité de succès peu élevée pour un autre traitement en raison d'échecs précédents; et
- la signature de l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)* par le détenu démontre qu'il accepte et respecte les conditions du TEM.

## Critères d'admission prioritaire

La personne doit répondre à *l'un ou l'autre* des critères d'admission prioritaire ci-dessous :

**Nota : Les personnes qui répondent à la fois aux critères généraux d'admission et aux critères d'admission prioritaire devraient commencer le traitement à la méthadone sans tarder.**

- Les détenues enceintes qui ont présentement une dépendance aux opiacés ou qui ont déjà eu une telle dépendance et qui présentent un risque élevé de rechute; (première priorité)
- Les détenus séropositifs qui sont dépendants aux opiacés;
- Les détenus dont on a déterminé qu'ils ont besoin d'être traités pour une hépatite C. (Avant de commencer le traitement de l'hépatite C, les détenus doivent s'abstenir de consommer toute drogue, y compris de l'alcool, pendant une certaine période. Ils peuvent toutefois prendre de la méthadone.) ;
- Les détenus dépendants aux opiacés et qui ont les antécédents récents suivants (à l'intérieur des trois derniers mois) : surdose d'opiacés menaçant la vie, endocardite, septicémie, arthrite et (ou) comportement suicidaire directement lié à la dépendance aux opiacés ;
- Les détenus dépendants aux opiacés qui seront mis en liberté dans les six mois et dont les plans de mise en liberté établis prévoient un programme de TEM dans la collectivité.

## Questions reliées aux critères d'admission

### Personnes admises au SCC — Sous TEM

Les détenus qui sont admis dans les établissements du SCC viennent généralement des centres correctionnels provinciaux; cependant, ils viennent parfois directement de la collectivité ou de centres de détention provisoire, par exemple les délinquants transférés à partir d'un autre pays, ceux qui n'ont pas observé les conditions de leur libération conditionnelle ou les contrevenants en détention provisoire.

- Critères généraux d'admission

**Nota: Les détenus qui entrent dans les établissements déjà sur la méthadone doivent passer par le même processus d'évaluation que les détenus qui appliquent pour une initiation à la méthadone au SCC. Pour ceux qui entrent au SCC déjà sur la méthadone, le TEM continue pendant le processus d'évaluation (si la confirmation de la participation au TEM est obtenue).**

### Personnes admises aux centres de réception du SCC — Non sous TEM

Les centres de réception du SCC reçoivent la plupart des détenus transférés à partir des centres correctionnels provinciaux. Ces détenus ne demeurent habituellement pas plus de deux ou trois mois dans les centres de réception avant d'être placés en établissement ou transférés dans leur établissement d'accueil.



**Le traitement d'entretien à la méthadone devrait rarement être initié dans les centres de réception du SCC. Dans la plupart des cas, le traitement devrait débuter à l'établissement d'accueil.**

Parmi ceux et celles qui répondent aux critères d'admission prioritaire, il faut accorder la plus haute priorité aux détenues toxicomanes enceintes qui consomment des opiacés et aux détenus séropositifs qui consomment des opiacés. Ces détenus devraient subir une évaluation et commencer un traitement d'entretien à la méthadone (avec leur consentement) avant leur transfèrement dans leur établissement d'accueil.

### **Critères d'admission prioritaire et critères généraux d'admission**

#### **Personnes admises dans des unités de détention temporaire — Non sous TEM**

Il peut arriver qu'un détenu en libération conditionnelle qui ne suit pas de TEM soit suspendu et placé dans une Unité de détention temporaire en raison d'un risque croissant de toxicomanie aux opiacés.

Les détenus qui rencontrent les critères pour le TEM et qui sont suspendus et incarcérés à titre de détenus temporaires peuvent, si le temps le permet, se faire initier au traitement à la méthadone avant leur remise en liberté. Si la durée de l'incarcération ne permet pas assez de temps pour l'évaluation complète du détenu pour l'engagement à la méthadone, celui-ci peut être inclus dans les plans de remise en liberté.

### **Critères d'admission prioritaire et critères généraux d'admission**

**(Plus particulièrement, les délinquants qui ont une dépendance aux opiacés qui seront mis en liberté au cours des six prochains mois et dont le plan de mise en liberté prévoit un programme de TEM dans la collectivité.)**

**Tableau 1 : Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables »**

<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « non stables »</b>	<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « stables »</b>
<p data-bbox="488 363 597 394" style="text-align: center;"><u><b>Critères</b></u></p> <p data-bbox="180 407 883 537">Un patient traité à la méthadone est considéré comme « non stable » dans <b>L'UN OU L'AUTRE</b> des cas suivants. (Une personne qui est stable peut devenir non stable si l'un des critères mentionnés ci-dessous devient applicable.)</p> <ul data-bbox="180 552 883 758" style="list-style-type: none"><li>• Le détenu en est au premier trimestre du traitement à la méthadone.</li><li>• Il a été admis dans un établissement du SCC depuis moins de trois mois et était déjà traité à la méthadone lorsqu'il y est entré (même s'il était considéré comme « stable » à l'extérieur du SCC).</li></ul> <p data-bbox="180 785 899 884"><i>Pour les détenus qui participent au TEM au SCC depuis plus de trois mois (qu'il ait commencé son traitement à la méthadone au SCC ou non) :</i></p> <ul data-bbox="180 898 899 1654" style="list-style-type: none"><li>• Le résultat de l'un de ses tests de dépistage de drogues dans l'urine effectués au cours des trois derniers mois était positif (médicaments non prescrits) et (ou) il a refusé de fournir un échantillon d'urine au cours des trois derniers mois.</li><li>• Sa posologie a augmenté de 10 mg ou plus au cours du dernier mois <b>en raison de symptômes de sevrage</b>.</li><li>• Il a vomi au moins une dose (sans observation) au cours du dernier mois.</li><li>• Il ne respecte pas une partie de son <i>Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)</i>.</li><li>• Il a contrevenu aux règles précisées dans l'<i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)</i> au cours des trois derniers mois.</li><li>• Un membre de l'EITM ou un fournisseur de soins directs (infirmier(ère) qui administre la méthadone et (ou) qui supervise la collecte des échantillons d'urine) soupçonne fortement le détenu d'avoir détourné des doses de méthadone ou d'avoir falsifié des échantillons d'urine.</li><li>• Le détenu est retiré graduellement, de son propre chef ou non, du traitement d'entretien à la méthadone.</li></ul>	<p data-bbox="1127 363 1235 394" style="text-align: center;"><u><b>Critères</b></u></p> <p data-bbox="932 407 1409 506">Un patient traité à la méthadone est considéré comme « stable » si <b>TOUTES</b> les conditions suivantes s'appliquent :</p> <ul data-bbox="932 520 1424 1188" style="list-style-type: none"><li>• Il est traité à la méthadone depuis au moins trois mois au sein du SCC.</li><li>• Ses tests de dépistage de drogues dans l'urine sont négatifs depuis trois mois, et le détenu n'a pas refusé de fournir un échantillon d'urine au cours des trois derniers mois.</li><li>• La dose de méthadone du détenu n'a pas augmenté de plus de 10 mg au cours du dernier mois.</li><li>• Il a respecté toutes les conditions de son <i>Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)</i> pendant trois mois.</li><li>• Il a respecté toutes les conditions de l'<i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)</i> pendant trois mois.</li></ul> <p data-bbox="932 1203 1094 1234"><b>Remarques :</b></p> <p data-bbox="932 1241 1424 1367">Un patient « stable » peut devenir « non stable » si l'un des critères mentionnés dans les <i>Lignes directrices sur le suivi des patients non stables</i> s'applique.</p> <p data-bbox="932 1373 1409 1499">Si un membre de l'EITM apprend que cela est le cas, il doit demander à l'APR de convoquer d'urgence une réunion de l'EITM.</p> <p data-bbox="932 1520 1409 1682">Le médecin n'est pas tenu d'attendre la prochaine réunion de l'EITM pour augmenter la fréquence des tests de dépistage de drogues dans l'urine ou de ses visites.</p>

---

## Lignes directrices pour le suivi des patients « non stables »

---

### Exigences minimales

Les exigences minimales suivantes s'appliquent aux personnes sous TEM qui :

- ont été admis au SCC au cours des trois derniers mois et qui étaient déjà traités à la méthadone *ou*
- ont commencé un traitement à la méthadone au sein du SCC au cours des trois derniers mois.
- Dépistage aléatoire de drogues dans l'urine deux fois par semaine afin de détecter la présence d'opiacés, de cocaïne, de benzodiazépines et d'un métabolite de la méthadone
- Visites hebdomadaires du médecin
- Réunions mensuelles de l'EITM
- Séances à fréquence élevée (ou autres traitements de la toxicomanie) recommandées par l'agent des programmes correctionnels. (une fois par semaine, par exemple).

Les exigences minimales suivantes s'appliquent aux personnes sous TEM qui :

- sont sous la responsabilité du SCC depuis plus de trois mois *et*
- participent au TEM depuis plus de trois mois.
- Dépistage aléatoire de drogues dans l'urine toutes les semaines ou deux semaines visant à dépister la présence d'opiacés, de cocaïne, de benzodiazépines et d'un métabolite de la méthadone
- Visites du médecin à toutes les semaines ou deux semaines
- Réunions tous les mois ou deux mois de l'EITM
- Séances à fréquence élevée ou modérée ou autres traitements de la toxicomanie recommandés par l'agent de programmes correctionnels (une fois par semaine ou toutes les deux semaines, par exemple.)

### **Remarques**

Les conditions précitées constituent des exigences minimales et dépendent de la raison pour laquelle le détenu est considéré comme « non stable » par l'EITM.

Par exemple, si le détenu est considéré comme « non stable » en raison d'un dépistage positif, l'EITM peut décider de lui faire passer des tests aléatoires une ou deux fois par semaine.

Si le détenu ne se présente pas aux séances de counselling, mais qu'il respecte les exigences des Services de santé, des analyses d'urine et des visites du médecin toutes les deux semaines peuvent se révéler suffisantes.

---

## Lignes directrices pour le suivi des patients « stables »

---

### Exigences minimales

Les exigences minimales ci-dessous s'appliquent aux patients stables, aussi longtemps que le client participe au TEM.

- Dépistage aléatoire de drogues dans l'urine toutes les deux semaines afin de dépister la présence d'opiacés, de cocaïne, de benzodiazépines et d'un métabolite de la méthadone
- Visites du médecin toutes les trois ou quatre semaines
- Réunions de l'EITM tous les trois mois
- Séances à fréquence peu élevée avec l'agent de programmes correctionnels ou autres programmes pour toxicomanes recommandés par ce dernier (une fois par mois, par exemple.)

## SCC : Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM)

① Voir aussi la Section C : Responsabilités spécifiques des membres de l'EITM du SCC.

Une Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) sera constituée pour chaque détenu/délinquant admis au traitement d'entretien à la méthadone. L'Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone n'est pas une nouvelle structure; elle intègre plutôt les structures et les processus existants au SCC, notamment une équipe de gestion de cas du détenu/délinquant et un plan correctionnel.

L'Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone est une équipe multidisciplinaire chargée de coordonner l'exécution du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) dans les unités opérationnelles du SCC et d'assurer la continuité harmonieuse du TEM entre le milieu carcéral et communautaire.

Tous les membres de l'équipe se doivent de partager les aspects suivants :

- Ils peuvent apporter une contribution à l'équipe.
- Ils peuvent tirer profit de cette expérience.
- Ils négocieront les divergences d'opinion afin d'atteindre un objectif commun de traitement.
- Ils respecteront le processus et les autres membres de l'équipe.
- Ils comprendront la théorie du modèle de réduction des méfaits.

Les responsabilités de l'Équipe d'intervention *de l'établissement* sont les suivantes :

- Évaluer le détenu en vue de son admission au TEM. Les membres de l'équipe veilleront à ce que le processus de demande ne dure pas plus de 45 jours ouvrables.
- Compléter l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05) avec le détenu.
- Terminer le processus d'évaluation du TEM.
- Tenir une conférence de cas initiale et des réunions de l'EITM, et faire un suivi ou des interventions au besoin.
- Élaborer le Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03) du détenu et en coordonner la mise en œuvre.
- Établir et examiner périodiquement le registre d'admission au TEM de l'établissement, le cas échéant.
- Assurer le lien entre l'établissement et la collectivité avant la mise en liberté ou au moment de la suspension de la liberté sous condition.
- Évaluer le détenu lorsqu'il est question de mettre fin au traitement.
- Participer à des processus correctionnels comme l'évaluation du risque et la planification de la mise en liberté.

**Si l'un ou l'autre membre de l'EITM croit, en se fondant sur une évaluation, que le détenu n'est pas un candidat admissible au traitement à la méthadone, même s'il était traité à la méthadone au moment où il a été admis au SCC, l'APR doit en être informé et tenir une réunion de l'EITM pour en discuter.**

### **Membres de l'EITM de l'établissement**

- Le détenu participe au TEM volontairement et collabore à son traitement en tant que membre actif au sein de l'EITM.
- L'agent de libération conditionnelle en établissement entreprend la planification de la mise en liberté, assure un suivi du comportement du détenu dans l'établissement et intègre le TEM dans le Plan correctionnel du détenu.
- L'agent de programmes correctionnels de l'établissement contribue à l'élaboration du volet intervention en matière de toxicomanie du *Plan de TEM* et coordonne l'exécution des programmes pour toxicomanes et la prestation de services destinés au détenu.
- Le personnel infirmier assure le volet clinique du TEM conformément au rôle de prévention qu'il joue en matière de gestion des maladies infectieuses et de promotion de la santé.
- Le médecin, avec la collaboration des autres membres de l'équipe, prend toutes les décisions finales d'ordre médical liées au TEM, notamment au sujet de l'initiation, de la fin du traitement et du dépistage de drogues dans l'urine.
- L'agent de première responsabilité assume le leadership global de l'EITM en coordonnant tous les aspects relatifs à l'administration et à l'assurance de la qualité du TEM au sein de l'établissement.
- Le pharmacien (à titre de consultant seulement) est responsable de la distribution de la méthadone et agit comme personne-ressource auprès du personnel infirmier et des médecins de l'établissement et de la collectivité, conformément à son rôle en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- D'autres employés au besoin (psychologue, psychiatre, aîné, aumônier) apportent leur appui à la demande de l'EITM.

### **Membres de l'EITM dans la collectivité**

- Le détenu participe au TEM volontairement et collabore à son traitement en tant que membre actif au sein de l'EITM.
- L'agent de libération conditionnelle dans la collectivité assure le leadership global de l'EITM dans la collectivité. Il prend les dispositions nécessaires pour mettre sur pied l'équipe d'intervention pour le TEM dans la collectivité.
- L'agent de libération conditionnelle principal ou la responsable clinique veille à l'assurance de la qualité globale des documents et à l'entrée des données. Les bureaux/unités qui supervisent un grand nombre de délinquants inscrits au TEM peuvent estimer avantageux de déléguer cette tâche en désignant un agent de libération conditionnelle comme coordonnateur. Il est reconnu qu'il faudra diminuer les tâches de supervision, ce qui entraînera des fonctions administratives supplémentaires.

- L'agent de programmes correctionnels dans la collectivité coordonne l'exécution des programmes pour toxicomanes et la prestation de services destinés au détenu.
- Le psychologue (au besoin, celui de district ou à contrat)

## **Section C : Responsabilités spécifiques des membres de l'EITM**

# Détenu/délinquant

Rôle dans l'EITM : Participer au TEM volontairement et collaborer avec les membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone afin d'exécuter le traitement.

## Évaluation initiale / Maintien du TEM

- Indiquer au personnel du SCC que vous voulez suivre le TEM.

### Personnes admises au SCC—Sous TEM

- Informer immédiatement les Services de santé que vous participez à un TEM dans la collectivité et donner votre consentement verbal de poursuivre le traitement au personnel infirmier.
  - Signer *une autorisation de divulgation de renseignements* afin d'obtenir les antécédents de traitement auprès de la clinique de TEM dans la collectivité.
- 
- Discuter avec votre agent de libération conditionnelle de votre intérêt à participer au TEM.
  - Présenter à votre agent de libération conditionnelle *une demande écrite* indiquant les raisons pour lesquelles vous voulez participer au traitement d'entretien à la méthadone, votre degré d'engagement et votre motivation.
  - Participer au processus d'évaluation, conformément aux directives des membres de l'EITM.
    - Examiner en détail l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)* et transmettre toute question aux membres de l'EITM.
    - Signer la section B, « Entente de participation au processus d'évaluation / Acceptation des conditions du TEM », de l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*.
      - Ceci indique que vous comprenez tous les éléments de l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et que vous acceptez de participer au processus d'évaluation.



## **Conférence de cas initiale et initiation au TEM**

- Signer la section E (page 4) de l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*, s'engageant ainsi à respecter les conditions qui y sont soulignées.
- Aider l'EITM à élaborer un *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)* personnalisé et le *Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)* et s'engager à travailler pour atteindre les objectifs cernés.
  - Informer l'agent de libération conditionnelle en établissement / dans la collectivité au sujet des faits nouveaux qui peuvent être pertinents pour le TEM, particulièrement ceux qui ont un impact sur la planification de la mise en liberté.

## **Administration et suivi du TEM**

- Assister et participer aux réunions de l'EITM.
- Assister et participer, conformément aux recommandations de l'agent de libération conditionnelle, aux programmes de traitement de la toxicomanie recommandés par l'agent de programmes correctionnels de l'établissement/la collectivité.
- Respecter le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)* et l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)*.

## **Arrêt et réadmission au TEM**

- Présenter au médecin *une demande écrite* pour mettre fin volontairement à votre participation au TEM.
- Présenter à l'agent de libération conditionnelle *une demande écrite* pour être réadmis au TEM.

## **Planification de la mise en liberté**

- Sur demande, participer aux activités de planification de la mise en liberté.

# Agent de libération conditionnelle en établissement (ALCE)

Rôle dans l'EITM : Entreprendre la planification de la mise en liberté, assurer un suivi du comportement du détenu dans l'établissement et intégrer le TEM dans le Plan correctionnel du détenu.

**Tableau 2 : Agent de libération conditionnelle en établissement—Liste de vérification pour l'évaluation initiale**

<b>À faire avant la conférence de cas initiale</b>	<b>3</b>
Recevoir <i>une demande écrite</i> de TEM du détenu <ul style="list-style-type: none"> <li>o La transmettre à l'agent de programmes correctionnels si le détenu demande un TEM.</li> <li>o La transmettre aux Services de santé si le détenu était déjà sous TEM à son admission au SCC.</li> </ul>	
Si le détenu est admis au SCC et qu'il est déjà traité à la méthadone, placer un indicateur dans le SGD.	
Remettre au détenu un exemplaire du guide <i>Traitement de maintien à la méthadone : Manuel du client</i> ou un document équivalent approuvé.	
Section «Entente de participation au processus d'évaluation/acceptation des conditions du TEM » de l' <i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05, page 1)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Faire signer le détenu (après lui avoir donné des explications)</li> <li>o Signer l'entente et la transmettre à l'agent de programmes correctionnels</li> </ul>	
Remplir le <i>Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)</i> avec le détenu. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Le transmettre à l'agent de programmes correctionnels</li> </ul>	
Faire parvenir une copie des documents suivants à l'agent de programmes correctionnels: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluation initiale</li> <li>o Plan correctionnel</li> <li>o Dernier suivi du plan correctionnel</li> </ul>	
Informez l'APR que le processus d'évaluation est commencé.	
Se préparer à souligner verbalement les plans de mise en liberté, etc. à la conférence de cas initiale.	
<b>À faire durant ou après la conférence de cas initiale</b>	
Souligner verbalement les plans de mise en liberté, etc. à la conférence de cas initiale.	
Signer l' <i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05, page 4)</i>	
Assurer l'intégration du TEM au Plan correctionnel du détenu. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Placer un indicateur dans le SGD</li> <li>o Inscrire une note au dossier dans le SGD pour résumer la conférence de cas initiale</li> <li>o Informer l'AC II du détenu que ce dernier a été accepté au TEM.</li> </ul>	

## Évaluation initiale / Maintien du TEM

- Aider le détenu à rédiger *une demande écrite* de participation au TEM.
  - Demander au détenu de présenter à l'EITM une lettre expliquant sa motivation, son engagement et ses objectifs personnels en ce qui a trait au TEM. Si le détenu ne peut écrire, l'agent doit prendre des dispositions pour qu'il puisse dicter une lettre.
  - N'importe quel membre du personnel peut identifier un détenu comme étant un candidat potentiel au TEM, mais le processus d'évaluation est enclenché par le détenu et son agent de libération conditionnelle en établissement.
  - Cette lettre doit être préparée et remise à l'agent de libération conditionnelle avant la conférence de cas initiale.
  - Transmettre cette lettre à la personne concernée puisqu'elle constitue un élément essentiel du processus d'évaluation du TEM.
    - Si le détenu (a déjà été) est déjà traité à la méthadone lors de son admission au SCC, soumettre la demande écrite aux Services de santé, qui l'intégreront au Plan de TEM.
    - Si le détenu commence le TEM au SCC, transmettre la lettre à l'agent de programmes correctionnels dans la trousse d'évaluation.
- Si le détenu admis au SCC est déjà sous TEM, placer un indicateur dans le SGD.
- Remettre au détenu un exemplaire du guide *Traitement de maintien à la méthadone : Manuel du client* ou un document équivalent approuvé.
- Revoir avec le détenu toutes les sections de *l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*.
  - Examiner la section D portant sur les conditions du TEM et expliquer le processus d'évaluation au détenu.
  - Référer le détenu à la personne appropriée de l'EITM si le détenu a des questions auxquelles l'agent ne peut répondre à propos de *l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)* ou de tout autre aspect du TEM. On doit avoir répondu à toutes les questions du détenu avant qu'il ait signé cette section. Le détenu retourne le document à l'agent de libération conditionnelle lorsqu'on a répondu à ses questions et préoccupations.
  - Faire signer au détenu la section B, « Entente de participation au processus d'évaluation/acceptation des conditions du TEM », qui indique qu'il comprend chaque aspect de l'entente et qu'il accepte de participer au processus d'évaluation.
  - Signer cette section et faire parvenir le formulaire à l'agent de programmes correctionnels.
- Compléter le *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)* avec le détenu. (Voir les deux scénarios ci-dessous.)

- Ce formulaire permet de confirmer :
  - la date de mise en liberté la plus proche
  - l'endroit de la mise en liberté
  - la possibilité d'obtenir de la méthadone à l'endroit de la mise en liberté.
- Transmettre le *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)* à l'agent de programmes correctionnels, ainsi que l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*, dûment signée pour aviser ce dernier du renvoi effectué à des fins d'évaluation de la toxicomanie.
- L'agent de libération conditionnelle a la responsabilité de s'assurer qu'une copie de l'évaluation initiale du détenu, de son plan correctionnel et du dernier suivi de son plan correctionnel sont acheminées à l'agent de programmes correctionnels afin d'être intégrés dans les documents d'évaluation du détenu du traitement à la méthadone qui sont conservés dans le dossier médical du détenu.
- Informer l'APR que le processus d'évaluation au TEM est commencé.
- Se préparer à souligner verbalement les plans de mise en liberté et les facteurs qui ont contribué aux antécédents liés à la toxicomanie et à la dépendance aux opiacés actuelle du détenu durant la conférence de cas initiale.

### **Le TEM n'est pas disponible dans la région où le détenu sera mis en liberté**

Le détenu prévoit être mis en liberté dans une région exempte de cliniques où on offre un traitement à la méthadone et (ou) qui ne peut lui offrir ce traitement.

#### **Scénario : Le détenu sera incarcéré moins de six mois suivant la date de sa demande**

- On ne peut envisager le traitement si le détenu n'est pas disposé à déménager pour l'obtenir.
  - Informer l'APR d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion de l'EITM le cas de ce détenu.
    - Durant cette réunion, présenter les résultats du *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)*, soulignant les problèmes spécifiques liés à la planification de la mise en liberté et les mesures prises pour tenter de surmonter ces difficultés.
    - L'EITM décidera si le processus d'évaluation doit être enclenché ou non.

#### **Scénario : Le détenu sera incarcéré plus de six mois suivant la date de sa demande**

- Les activités de planification prélibératoire, six mois avant la mise en liberté, engloberont une évaluation afin de déterminer si le détenu doit s'installer ailleurs ou arrêter le traitement.
  - Comme l'accessibilité de cette dernière dans la collectivité est de plus en plus grande dans de nombreuses régions, le déménagement du détenu ou l'arrêt graduel du traitement ne sera probablement pas nécessaire.

## Conférence de cas initiale et initiation au TEM

- **Résumer** le cas verbalement à l'EITM et signaler les plans de mise en liberté et les facteurs qui ont contribué aux antécédents liés à la toxicomanie et à la dépendance aux opiacés actuelle du détenu durant la conférence de cas initiale.
- Signer *l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05, page 4)*.
- Veiller à intégrer le TEM au Plan correctionnel du détenu, notamment :
  - Placer un indicateur « méthadone » dans le SGD.
  - Faire une note de service au SGD résumant la conférence de cas initiale et indiquant que le détenu a été accepté au TEM et toute autre information pertinente par la suite.

Note au dossier du SGD :	Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivit immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003. Il est ainsi plus facile de repérer les notes liées à la méthadone.
-----------------------------	--
- Informer l'AC II et le superviseur des travaux (s'il y a lieu) du détenu que ce dernier a été accepté au TEM.
  - Discuter avec l'AC II et le superviseur à son travail (s'il y a lieu) des effets secondaires reliés à la méthadone (ex. dodelinement (cogner des clous), somnolence persistante) qu'il faut signaler aux Services de santé au début du traitement et expliquer la nécessité de documenter le comportement du détenu à l'aide d'une note de service au SGD.

### **Scénario : Personnes sous TEM admises dans un centre de réception du SCC et/ou les unités de détention temporaire, incarcérées pendant moins que six mois**

- Une réunion de l'EITM ne sera *peut-être* pas nécessaire si le détenu est incarcéré à cet endroit pour une durée bien inférieure à six mois.
- Une réunion de l'EITM sera sans doute nécessaire si le détenu ne respecte pas *l'Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et (ou) que des questions de transfèrement ou de planification de la mise en liberté exigent l'attention de l'EITM.

## Administration et suivi du TEM

<b>Lignes directrices sur le suivi pour l'agent de libération conditionnelle</b>	
<p>① Pour plus de renseignements, voir les Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables », qui se trouvent à la section B.</p>	
<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « non stables »</b>	<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « stables »</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances à fréquence élevée ou modérée, soit toutes les semaines ou toutes les deux semaines. (L'agent de programmes correctionnels doit inscrire un Registre des interventions au SGD après chaque séance.)</li> <li>• Réunion de l'EITM tous les mois ou tous les deux mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances à fréquence peu élevée, soit une fois par mois. (L'agent de programmes correctionnels doit inscrire un Registre des interventions au SGD après chaque séance.)</li> <li>• Réunion de l'EITM tous les trois mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li> </ul>

- Assister aux réunions de l'EITM et examiner le plan de mise en liberté à chaque réunion.
  - Veiller à ce que le Sommaire de la planification de la mise en liberté qui se trouve à la section C du *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)* est mis à jour.
  - Assurer la communication et l'échange d'informations entre les membres de l'EITM, au besoin.
- Surveiller le comportement global du détenu dans le cadre du TEM.
  - Rencontrer le détenu régulièrement et au besoin.
  - Encourager le détenu à s'abstenir de drogues illicites, reconnaissant la nécessité pour ce dernier de réduire au minimum les méfaits causés par l'utilisation de drogues injectables.
- Intégrer s'il y a lieu les renseignements sur le TEM dans les Suivis du plan correctionnel (SPC).
  - Cette modification du Plan correctionnel peut être indiquée dans un SPC ou dans le Plan correctionnel proprement dit, à la discrétion de l'agent de libération conditionnelle.
  - Lorsque le traitement à la méthadone est commencé, transmettre une copie de tous les SPC subséquents aux Services de santé.
  - La participation au TEM est volontaire et ne doit pas faire partie de la chronologie du PC.
- Informer les membres de l'EITM de tous les déplacements du détenu, pour assurer la continuité du traitement.

- Y compris les PSSE, les PSAE, les placements à l'extérieur, les visites familiales privées et les transfèvements temporaires à des tribunaux externes situés dans des installations provinciales.
- Inscrire une Note de service au SGD.

Note au dossier du SGD :      Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivit immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003.

Il est ainsi plus facile de repérer les notes liées à la méthadone.

- ① Voir la section D : Posologie de la méthadone. En particulier, voir les éléments suivants touchant le rôle de l'agent de libération conditionnelle : toutes les sections sur les mises en liberté, les PSSE et les PSAE.

### **Planification de la mise en liberté**

**Nota : Pour les fins du TEM, l'agent de libération conditionnelle en établissement doit initier la planification de la mise en liberté.**

- Tenir compte du TEM dans toutes les activités de planification de mise en liberté.
- Veiller à ce que le TEM du détenu ne soit pas interrompu à la suite d'une planification de la mise en liberté ou d'un transfèrement.
  - Commencer à planifier la mise en liberté au moins six mois à l'avance.
  - *Au moins six mois avant qu'il ne quitte l'établissement*, veiller à ce que le détenu possède des pièces d'identité (attestation de naissance, numéro d'assurance sociale) et soit couvert par l'assurance maladie dans la province où il sera mis en liberté.
  - Si le détenu est susceptible d'être mis en liberté en moins de six mois, communiquer directement avec les pharmacies communautaires et les fournisseurs de services de TEM dans la collectivité.
  - Demander à l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité de prendre les dispositions nécessaires en complétant la Stratégie communautaire ou l'Enquête communautaire.
    - Assurer la transition vers un TEM communautaire après la mise en liberté, en aidant le détenu à trouver un fournisseur de TEM dans sa collectivité.
- Informer le personnel infirmier de tous les détails des plans de mise en liberté (ex. nom du médecin/de la clinique et personnes-ressources). Le personnel infirmier fournira à la clinique ou au médecin tout renseignement médical demandé.
- Fournir à l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité des copies de tous les documents relatifs au TEM avant la mise en liberté du détenu.

- Compléter l'évaluation en vue d'une décision (élément du dossier du SGD) avant la mise en liberté.
  - Toutes les communications entre l'agent de libération conditionnelle en établissement et celui dans la collectivité en vue de préparer la mise en liberté du détenu dans la collectivité devraient être indiquées dans ce rapport.
- Remettre le rapport à la Commission nationale des libérations conditionnelles pour l'aider à prendre leur décision quant à l'octroi de la mise en liberté avec ou sans condition.



## Agent de programmes correctionnels *en établissement*

Rôle dans l'EITM : L'agent de programmes correctionnels contribue à l'élaboration du volet intervention en matière de toxicomanie du Plan de TEM et coordonne l'exécution des programmes pour toxicomanes et la prestation des services destinés au détenu.

Le programme d'intervention en matière de traitement de la toxicomanie du TEM doit être dirigé par des personnes qui possèdent les connaissances et les compétences voulues, afin d'intervenir efficacement auprès des détenus qui présentent des besoins et des risques élevés.

- ① Voir annexe H : Qualification des fournisseurs du programme d'intervention en matière de toxicomanie du TEM.

**Tableau 3 : Agent des programmes correctionnels *en établissement*—Liste de vérification pour l'évaluation initiale**

<b>À faire avant la conférence de cas initiale</b>	<b>3</b>
Documents reçus le _____ de _____.	
Compléter le <i>Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie—TEM (CSC/SCC 1260-04)</i> avec le détenu. Compléter l' <i>Évaluation sommaire post-entrevue</i> (page 9) après la rencontre.	
Compléter le <i>Rapport de toxicomanie</i> et l'intégrer au SGD à l'aide d'une note de service.	
Transmettre, une fois complété, les documents suivants au service concerné.	
o aux <b>Services de santé</b> , si, selon l'évaluation, le détenu est un candidat au TEM	
o à l' <b>APR</b> , si, selon l'évaluation, le détenu N'EST PAS un candidat au TEM :	
o <i>Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)</i>	
o <i>Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)</i>	
o Documents du SGD	
o Lettre du détenu	
o <i>Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie—TEM (CSC/SCC 1260-04)</i>	
o Rapport de toxicomanie	
Préparer un résumé verbal de l'évaluation médicale du détenu à la conférence de cas initiale.	
La conférence de cas initiale ou réunion de l'EITM aura lieu le _____	
<b>À faire durant ou après la conférence de cas initiale</b>	
Assister à la conférence de cas initiale et présenter un résumé verbal de l'évaluation de la toxicomanie.	
Compléter les sections A et B du <i>Plan de traitement de la toxicomanie—Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)</i> .	
o A) Aider le détenu à les compléter.	
o B) Compléter le « Sommaire des besoins des participants ».	
Signer l' <i>Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05, page 4)</i> .	
Le détenu a commencé à suivre un programme pour toxicomanes ou des séances de counselling le _____	
Le Plan de traitement de la toxicomanie est entré en vigueur le _____	

**Nota: Les établissements peuvent continuer de compléter l'Index de gravité des toxicomanies (IGT) s'ils le désirent mais cela n'est plus une exigence des Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone du SCC.**

## Évaluation initiale / Maintien TEM

- Sur réception des documents nécessaires, prévoir une rencontre d'évaluation de la toxicomanie avec le détenu.
  - L'agent de libération conditionnelle du détenu envoie les documents suivants dûment complétés à l'agent de programmes correctionnels, afin de demander qu'on fixe un rendez-vous au détenu pour une évaluation de son problème de toxicomanie.
    - *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)*
    - *Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*
    - *Formulaires du SGD : évaluation initiale, plan correctionnel, dernier suivi du plan correctionnel*
    - *Lettre du détenu*
  - Même si l'on encourage le détenu à rencontrer l'agent de programmes correctionnels afin qu'il puisse lui poser des questions et discuter de tout ce qui a trait au TEM, l'agent de libération conditionnelle du détenu doit entreprendre le processus d'évaluation. Il est essentiel que le détenu prenne une décision éclairée concernant sa participation au TEM du SCC lorsqu'il entreprend le processus.
  - L'évaluation de la toxicomanie est effectuée au moyen des outils suivants:
    - le *Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie— traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-04)*;
    - le rapport d'évaluation du problème de toxicomanie.
- Avant l'entrevue avec le détenu, examiner les documents suivants :
  - Les renseignements au SGD sur le détenu fournis par l'agent de libération conditionnelle ainsi que les résultats du Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV)/l'évaluation informatisée du problème de toxicomanie (ÉIPT) et sa participation antérieure à des programmes de traitement.
  - Si les renseignements du QIMV/ÉIPT ne sont pas accessibles, faire subir au détenu les tests suivants durant l'entrevue d'évaluation : le test de dépistage de drogues, l'échelle de dépendance à l'alcool et le test sur les problèmes liés à la consommation d'alcool.
  - Si l'on a accès aux résultats du QIMV/ÉIPT, examiner les raisons écrites données par le détenu de vouloir participer au TEM.

**Remarque : Si le détenu est incarcéré depuis plusieurs années, il est possible que les résultats du QIMV/ÉIPT ne reflètent pas le profil de toxicomanie actuel.**

- Remplir avec le détenu le *Questionnaire d'évaluation du problème de la toxicomanie — traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-04)*.

- L'entrevue semi-structurée vise à recueillir les informations clés sur la nature et la gravité du problème de toxicomanie du détenu. Cette information clé est requise pour le *Rapport de toxicomanie* et les autres membres de l'EITM.
  - Compléter la section « Évaluation sommaire post-entrevue » (page 9) à la fin de l'évaluation générale du problème de toxicomanie.
- Après avoir rempli le questionnaire susmentionné, compléter le *Rapport de toxicomanie*.
    - ① Voir tableau 4 : Remarques au sujet du Rapport de toxicomanie, pour en savoir plus sur les renseignements à inclure dans ce rapport.
  - Sauvegarder un rapport sous forme de note de service au SGD et l'intituler « Rapport de toxicomanie ». Le rapport doit être approuvé et verrouillé.
 

Note au dossier du SGD :	Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivit immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003. Il est ainsi plus facile de repérer les notes relatives à la méthadone.
--------------------------	--
  - Informer l'APR que le Rapport de toxicomanie a été complété et qu'il est accessible dans le SGD.

**Scénario : Le détenu, selon votre évaluation, est un candidat pour le TEM**

- Transmettre aux Services de santé les documents d'évaluation du problème de toxicomanie dûment complétés et les autres documents connexes pour les informer du renvoi.
  - *Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*
  - *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00) et documents du SGD*
  - *Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie — traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-04) et lettre du détenu*
  - Rapport de toxicomanie
- Se préparer à fournir un résumé verbal de l'évaluation de la toxicomanie à la conférence de cas initiale.

**Scénario : Le détenu n'est pas, selon votre évaluation, un candidat pour le TEM (par exemple, il consomme de préférence de la cocaïne)**

- Compléter les documents d'évaluation en vue du TEM (voir la liste touchant le scénario précédent) et les faire parvenir à l'APR au lieu des Services de santé.
- L'APR inscrira le cas du détenu à l'ordre du jour de la réunion suivante de l'EITM. À ce moment-là, l'EITM déterminera si le processus d'évaluation en vue d'un TEM peut être enclenché. Ce processus permettra de s'assurer que la non-admissibilité des demandeurs à un TEM résulte d'une décision prise par un groupe multidisciplinaire et non par une seule personne.
  - Si, à la réunion, l'EITM n'est pas toujours certaine de l'admissibilité du détenu, l'APR demandera aux Services de santé de compléter l'*Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)* et fixera une conférence de cas initiale pour traiter du cas plus en profondeur et rendre une décision.

**Tableau 4 : Remarques au sujet du Rapport de toxicomanie**

<b>Remarques au sujet du Rapport de toxicomanie</b>	
Objectif	L'objectif de ce rapport est de fournir à l'EITM des renseignements qui lui serviront à déterminer si le détenu est admissible au TEM.
Source du contenu	Ce rapport résume les renseignements clés tirés du Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie —traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-04)
Contenu et longueur	<p>Le rapport doit être bref—environ une page.</p> <p>L'original, complété après l'entrevue, doit être conservé dans le dossier médical du détenu, à la section 6. Au lieu de répéter toute l'information, résumer les renseignements clés et vous en tenir aux points principaux qui appuient vos recommandations.</p> <p>Ne rédiger que trois ou quatre phrases résumant les informations les plus pertinentes pour chacun des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un aperçu de l'entrevue d'évaluation (le nom de la personne qui a dirigé l'entrevue, l'endroit où a eu lieu l'entrevue et des commentaires généraux à propos de l'apparence et du comportement du détenu durant l'entrevue);</li><li>• la consommation d'opiacés (par voie orale et intraveineuse);</li><li>• les tentatives précédentes de cesser la consommation d'opiacés;</li><li>• la consommation d'opiacés en établissement;</li><li>• la participation antérieure à un traitement à la méthadone;</li><li>• les autres antécédents de toxicomanie;</li><li>• les programmes pour toxicomanes déjà suivis;</li><li>• les opiacés et les aspects de la vie;</li><li>• la consommation d'opiacés et la criminalité;</li><li>• le TEM du SCC et les projets personnels;</li><li>• les conclusions finales (fondées sur les échelles de notation finale) et la recommandation finale concernant le TEM.</li></ul>
Remarque	<p><i>Le Rapport de toxicomanie</i> sera accessible aux utilisateurs du SGD. Par conséquent, il ne doit mentionner aucune maladie infectieuse précises (ex. hépatite C, VIH, etc.); cela constituerait une violation de la confidentialité des renseignements médicaux.</p>

## Conférence de cas initiale et initiation au TEM

- Assister à la conférence de cas initiale et présenter un résumé verbal de l'évaluation de la toxicomanie.
- Si le détenu est admis au TEM, compléter la section A et B du *Plan de traitement de la toxicomanie—Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)*.
- Inscrire le détenu dans un programme pour toxicomanes approprié ou à des séances de counselling.
  - Le volet Intervention en matière de toxicomanie du TEM doit être conforme aux éléments des programmes pour toxicomanes existants (ex. le PPT).

**Il est à noter que le détenu peut avoir besoin d'une période de stabilisation (probablement de plusieurs mois) avant d'entreprendre les programmes pour toxicomanes. Durant cette période, l'agent de programmes correctionnels devrait maintenir la communication avec le détenu.**

- Signer l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05, page 4)*.

## Administration et suivi du TEM

<b>Lignes directrices sur le suivi pour l'agent de programmes correctionnels</b>	
<p>① Pour plus de renseignements, voir les Lignes directrices relatives au suivi des patients « stables » et « non stables », qui se trouvent à la section B.</p>	
<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « non stables »</b>	<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « stables »</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances à fréquence élevée ou modérée, soit toutes les semaines ou toutes les deux semaines. (Inscrire un Registre des interventions au SGD après chaque séance.)</li> <li>• Réunion de l'EITM tous les mois ou tous les deux mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances à fréquence peu élevée, soit une fois par mois. (Inscrire un Registre d'interventions au SGD après chaque séance.)</li> <li>• Réunion de l'EITM tous les trois mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li> </ul>

**Note: Après chaque session avec un participant du PTEM, un Registre d'interventions doit être complété au SGD. Après avoir sélectionné 'Détenus' comme 'Source d'information', sélectionnez 'contact du programme de méthadone' dans la table 'Type d'interaction'. Ceci aidera à la collecte de données.**

- Participer aux réunions de l'EITM et informer l'EITM de l'assiduité du participant, de la fréquence des séances et les progrès réalisés lors des séances d'intervention en matière de toxicomanie.
- Assurer le suivi et rendre compte du rendement et des progrès du détenu qui participe aux programmes pour toxicomanes.

Élaborer le *Plan de traitement de la toxicomanie—TEM (CSC/SCC 1260-01)*.

- Coordonner et exécuter les activités d'intervention en matière de toxicomanie (counselling individuel et (ou) en groupe) destinées aux détenus qui participent au TEM.
- Tous les six mois, mettre à jour et modifier le *Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)* avec le détenu et compléter la section C, « Sommaire de la période suivant l'évaluation » (page 4).

Transmettre l'original dûment rempli aux Services de santé pour qu'ils le rangent dans le dossier médical du détenu.

- Mettre à jour le Plan de TEM à chaque réunion de l'EITM.

### **Planification de la mise en liberté**

- Aider l'agent de libération conditionnelle en établissement et le personnel infirmier de l'établissement à planifier la mise en liberté du détenu.
- Aider le détenu à élaborer un plan efficace de prévention des rechutes, qui sera intégré à son plan de mise en liberté.
- Communiquer avec l'agent de programmes correctionnels de l'établissement où le détenu sera transféré ou de la collectivité où il sera mis en liberté, afin d'assurer la continuité du traitement du problème de toxicomanie.



## Personnel infirmier

Rôle dans l'EITM : Conformément au rôle de prévention qu'il joue en matière de gestion des maladies infectieuses et de la promotion de la santé, le personnel infirmier assure le volet clinique du TEM.

- Le personnel infirmier doit compléter, transmettre et classer les formulaires nécessaires du collège provincial des médecins et des chirurgiens durant toute la durée du TEM. (Voir annexe I.)
- Le personnel infirmier indique dans les notes d'observations au dossier médical toutes les plaintes, préoccupations ou symptômes du détenu, note l'administration de la méthadone, l'état de santé, le dépistage de drogue dans l'urine, les réunions de l'EITM et le progrès en général avec le TEM, ainsi que tout incident ou toute mesure se rapportant au programme.
- Des relevés incontestables doivent être conservés dans le dossier médical de dépistage de drogue dans l'urine du détenu. Les résultats, identifiés sur la trousse, doivent être photocopiés (placez la trousse dans un petit sac de plastique transparent pour photocopier), signés et datés par l'infirmière.

**Tableau 5 : Personnel infirmier — Liste de vérification pour l'évaluation initiale**

<p><b>À faire ou à transmettre à l'APR, avant la conférence de cas initiale</b></p>	3
<p><b>Si le détenu admis suivait déjà un traitement à la méthadone :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Obtenir le consentement verbal du détenu de poursuivre le traitement</li> <li>o Faire signer par le détenu l'<i>autorisation de divulgation de renseignements</i> afin d'obtenir les dossiers médicaux dans la collectivité</li> <li>o Après autorisation, obtenir des directives quant au dosage</li> <li>o Fixer le prochain rendez-vous avec le médecin</li> <li>o Examiner avec le détenu l'<i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Transmettre l'<i>Entente</i> à l'agent de libération conditionnelle en établissement</li> </ul> </li> <li>o Transmettre les documents pertinents à l'APR</li> </ul>	
<p>Lui expliquer l'<i>Entente concernant la divulgation des renseignements médicaux (CSC/SCC 1260-06)</i> et lui demander de signer le document.</p>	
<p>Examiner les <i>Options de traitement de la toxicomanie aux opiacés (CSC/SCC 1260-07)</i> avec le détenu et lui demander de signer le document, démontrant ainsi que la révision a été faite.</p>	
<p>Documents à examiner et renseignements faisant partie de l'évaluation médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Questionnaire de planification de la mise en liberté... (CSC/SCC 1260-00)</i></li> <li>o <i>Documents du SGD</i></li> <li>o <i>Questionnaire d'évaluation du problème de la toxicomanie — TEM (CSC/SCC 1260-04)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Copie du Rapport de toxicomanie</li> </ul> </li> <li>o l'<i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)</i></li> <li>o <i>lettre du détenu</i></li> </ul>	
<p>Compléter l'<i>Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pages 1 à 4 complétées</li> <li>o Veiller à administrer tous les vaccins requis et à obtenir les résultats des analyses de toxicologie générale dans l'urine et des analyses sanguines</li> <li>o Les critères du DSM IV sont complétés, signés par le médecin (page 6)</li> <li>o Examen physique par le médecin (page 5)</li> <li>o Évaluation/Plan du médecin (page 6)</li> <li>o Renvoi au Service de psychologie <i>au besoin</i>.</li> <li>o Formulaire signé par l'infirmier(ère) (page 6) indiquant que le processus est terminé.</li> </ul> <p>Préparer un bref sommaire de l'évaluation clinique dans le dossier médical.</p>	
<p>La conférence de cas initiale aura lieu le _____.</p>	
<p>Les documents originaux ont été rangés dans le dossier médical le _____.</p>	
<p><b>À faire durant ou après la conférence de cas initiale</b></p>	
<p>Fournir un résumé verbal de l'évaluation médicale du détenu à la conférence de cas initiale.</p>	
<p>L'<i>Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)</i> est signée par le détenu et tous les membres de l'EITM.</p>	
<p>Compléter le <i>Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Le conserver au dossier.</li> </ul>	
<p>Rédiger une note résumant les résultats de la conférence de cas initiale et la placer dans le dossier médical.</p>	

## Évaluation initiale / Maintien du TEM

- À l'admission, passer en revue les dossiers pour déterminer quels détenus suivent présentement un TEM.

### Personnes admises au SCC—Sous TEM

- Une fois que la dose a été confirmée, le médecin devrait prescrire cette dose jusqu'à ce que le médecin de l'établissement puisse voir le détenu le jour suivant où la clinique est ouverte.
- Si la dose n'a pas été confirmée et qu'un détenu prétend être traité à la méthadone, mais que le personnel infirmier ne peut le confirmer parce qu'il n'a reçu aucun document indiquant que son patient reçoit de la méthadone et qu'il est incapable de communiquer avec l'ancien fournisseur du TEM ou la pharmacie, le médecin de l'établissement ou le médecin de service doit déterminer la mesure à prendre. Dans un tel cas, la méthadone ne devrait pas être administrée.
- Prendre les dispositions voulues avec la pharmacie régionale (s'il y a lieu) ou locale pour obtenir de la méthadone.
- Gérer les doses envoyées avec le détenu, s'il y a lieu.
  - Les escortes peuvent transporter les doses de méthadone. Le personnel infirmier doit documenter dans le dossier de contrôle des stupéfiants ce qu'on fait du médicament, conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (doses entrées dans les stocks, élimination des doses ou doses retournées à la pharmacie).
- Veiller à ce que l'on dispose de tous les documents pertinents pour le processus d'évaluation.
  - Le délinquant peut avoir dans son dossier des documents relatifs à l'évaluation précédente en vue du TEM, notamment l'évaluation de l'agent de libération conditionnelle, l'évaluation médicale et l'évaluation de la toxicomanie.
  - Toutes les évaluations et tous les documents précédents relatifs au TEM doivent être examinés par le membre de l'EITM responsable et mis à jour afin d'être conformes aux évaluations et procédures précisées dans les présentes lignes directrices.
  - Il **faut** faire signer à nouveau les formulaires de consentement et les ententes.
- Fixer pour le détenu un rendez-vous avec le médecin de l'établissement dans les sept jours à venir.
- Étudier en profondeur *l'Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* avec le détenu.
  - **Il s'agit d'un élément essentiel du TEM** et le personnel infirmier doit prendre le temps de revoir avec le détenu toutes les sections de *l'Entente de participation au TEM*

**Personnes admises au SCC—Sous TEM**

(CSC/SCC 1260-05) et vérifier si ce dernier a tout compris et accepte les conditions.

- Obtenir la signature du détenu à la section B, « Entente de participation au processus d'évaluation / Acceptation des conditions du TEM », de l'entente.
- Transmettre l'entente à l'agent de libération conditionnelle du détenu.

### **Personnes admises au SCC sous TEM et incarcérées moins de six mois**

- Une réunion de l'EITM ne sera *peut-être* pas nécessaire si la personne est incarcérée pour une durée inférieure à six mois.
- Une réunion de l'EITM sera sans doute nécessaire si le détenu ne respecte pas l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et (ou) que des questions de transfèrement ou de planification de la mise en liberté exigent l'attention de l'EITM.
- Cela vaut également pour les détenus dans les centres de réception du SCC et (ou) dans les unités de détention provisoire.

### **Pour tous les détenus**

**Outre les conditions susmentionnées, la procédure suivante s'applique pour tous les détenus, qu'ils aient été admis sous TEM ou que le TEM ait été débuté au SCC.**

- Revoir les documents suivants dès leur réception dans le cadre de l'évaluation :
  - *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)*
  - *Documents du SGD*
  - *Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie — Traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-04)*
  - Copie du Rapport de toxicomanie
  - *Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)*
- Fixer une rencontre avec le détenu afin de compléter les sections pertinentes de l'*Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)*.
  - Expliquer le processus d'évaluation médicale au détenu.
  - Compléter les pages 1 à 4.
  - S'assurer que les vaccins requis sont administrés, que les analyses de la toxicologie générale dans l'urine et les analyses sanguines nécessaires sont effectuées et que les résultats sont accessibles avant le rendez-vous du détenu avec le médecin.
    - Examiner le dossier médical afin de déterminer les immunisations et les tests de dépistage nécessaires.
    - Toutes les analyses sanguines (à moins d'indication contraire) doivent être effectuées dans les deux mois suivant la demande ou la reprise.
- Lui expliquer l'*Entente concernant la divulgation des renseignements médicaux (CSC/SCC 1260-06)* et lui demander de signer le document pour confirmer qu'on lui a donné des explications.
- Examiner les *Options de traitement de la toxicomanie aux opiacés (CSC/SCC 1260-07)* avec le détenu et lui demander de signer le document, démontrant ainsi que cette étape a été faite.

- Étudier l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* avec le détenu et la signer.
  - Le détenu a peut-être déjà examiné et rempli la section « Entente de participation au processus d'évaluation / Acceptation des conditions du TEM » avec l'agent de libération conditionnelle lorsqu'il a accepté d'être évalué.
  - **Il s'agit d'un élément essentiel du TEM** et le personnel infirmier doit prendre le temps de revoir avec le détenu toutes les sections de l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et vérifier si ce dernier a tout compris et accepte les conditions.
  
- Veiller à ce que le médecin complète et signe les sections indiquées de l'*Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)*.
  - Vérifier si les critères du DSM IV sont complétés (page 6)
  - Examen physique par le médecin (page 5)
  - Évaluation/Plan du médecin (page 6)
    - Vérifier si la section sur la comorbidité a été complétée et si les renvois nécessaires ont été effectués.
  - Dans les cas où le détenu présente des symptômes de comorbidité psychiatrique, s'assurer que le médecin effectue un renvoi au Service de psychologie et que ce dernier le reçoit.
    - Cela est nécessaire pour évaluer la santé mentale du détenu et lui fournir une ressource additionnelle dont il pourrait avoir besoin lorsque son état sera stabilisé grâce à la méthadone.
    - Il n'est pas nécessaire de compléter l'évaluation psychologique avant le début du traitement à la méthadone.
    - Le psychologue déterminera avec le détenu si une intervention psychologique continue est nécessaire. (Si elle est nécessaire, le psychologue devrait devenir membre de l'EITM.)
  
- Après avoir terminé l'évaluation médicale complète, préparer un bref sommaire de l'évaluation médicale.
  - Signer l'*Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)* pour indiquer que le processus est terminé.
  
- Transmettre les documents suivants, une fois complétés, à l'APR :
  - *Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)*
  - bref sommaire de l'évaluation médicale
  - documents complétés reçus de l'agent de libération conditionnelle et de l'agent de programmes correctionnels
  - tout autre document connexe, par exemple, les rapports psychologiques.

## Conférence de cas initiale et initiation au TEM

- Assister à la conférence de cas initiale et présenter un résumé verbal de l'évaluation clinique du détenu.
  - Si le détenu admis au SCC est déjà traité à la méthadone et doit être incarcéré pour une période considérablement inférieure à six mois, il n'est *peut-être* pas nécessaire de tenir une réunion de l'EITM.
    - Une réunion de l'EITM sera sans doute nécessaire si le détenu ne respecte pas l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et (ou) que des questions de transfèrement ou de planification de la mise en liberté exigent l'attention de l'EITM.
    - Cela vaut également pour les détenus dans les centres de réception du SCC et (ou) dans les unités de détention provisoire.
- Compléter le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.
  - Si le détenu admis au SCC est déjà sous TEM et doit être incarcéré pour une période bien inférieure à six mois, il n'est *peut-être* pas nécessaire de préparer un *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.
    - Un *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* sera sans doute nécessaire si le détenu ne respecte pas l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et (ou) que des questions de transfèrement ou de planification de la mise en liberté exigent l'attention de l'EITM.
  - Se servir des renseignements contenus dans les documents d'évaluation et consulter les Lignes directrices relatives au suivi des patients « stables » et « non stables ».
- ① Voir les Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables », qui figurent à la Section B.
- Veiller à ce que l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* ait été signée par le détenu et tous les membres de l'EITM avant que l'original soit versé au dossier médical du détenu. Le médecin, l'agent de libération conditionnelle, l'agent de programmes toxico et l'agent de première responsabilité doivent signer à la page 4.
- Placer dans le dossier médical une note résumant les résultats de la conférence de cas initiale.

**Tableau 6 : Remarques au sujet du *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)***

Le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)* est adapté à chaque patient. Le personnel infirmier doit le mettre à jour.

- Se servir d'un stylo pour compléter les renseignements relatifs à l'identité du détenu puisque ceux-ci ne changeront pas.
- Se servir d'un crayon de plomb pour les autres sections, qui devront être mises à jour.
- Indiquer la date et inscrire ses initiales pour toutes les entrées et modifications au Plan de traitement. On doit verser au dossier médical des photocopies des modifications apportées au Plan de TEM. Une méthode alternative consiste à remplir le Plan de TEM en version électronique. Après chaque modification, imprimer le document et le verser au dossier médical.

Section B sur les objectifs du détenu (page 1)

- Comprend des informations provenant des documents d'évaluation et de la lettre du détenu.
- Mettre à jour au besoin, habituellement tous les six mois.

Section C portant sur la planification de la mise en liberté (page 1)

- Au départ, se servir du *Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-00)*.
- Il est important d'examiner ces renseignements avec le détenu durant chaque réunion de l'EITM, puisqu'une modification du plan de mise en liberté peut avoir un impact considérable sur la capacité du SCC d'assurer la continuité du traitement à la méthadone après la mise en liberté.

Section D concernant la comorbidité psychiatrique (page 1)

- Si le détenu présente des symptômes de comorbidité psychiatrique, le personnel infirmier (à l'aide des rapports disponibles), le psychologue ou le psychiatre devrait fournir une mise à jour de son état toutes les deux réunions de l'EITM.

Section E sur les progrès (page 2)

« Date la plus proche à laquelle le détenu peut être considéré comme stable »

- Un détenu « stable » qui répond à l'un ou l'autre des critères d'un patient « non stable » pourra de nouveau être considéré comme stable trois mois après la date de l'incident.
- Par exemple, si les résultats de l'analyse d'urine d'un détenu sont positifs le 1<sup>er</sup> janvier, le statut de ce dernier passe à « non stable », et la prochaine date où l'état du détenu est susceptible de passer de nouveau à « stable » si aucun autre incident ne survient est le 1<sup>er</sup> avril.

« Remarques »

- Y noter les points précis devant faire l'objet d'un suivi régulier en équipe multidisciplinaire. Se servir aussi de cette section comme aide-mémoire des événements qui méritent un encouragement ou un support de la part de l'EITM.



## Administration et suivi du TEM

<b>Lignes directrices sur le suivi touchant les Services de santé (personnel infirmier)</b>	
<p>① Pour plus de renseignements, voir les Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables », qui se trouvent à la section B.</p>	
<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « non stables »</b>	<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « stables »</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage de drogue dans les urines, aux deux semaines minimum (ou plus au besoin).</li> <li>• Visites du médecin aux deux semaines ou plus.</li> <li>• Réunion de l'EITM aux deux mois ou plus. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse d'urine toutes les deux semaines</li> <li>• Visites du médecin aux 3 à 4 semaines</li> <li>• Réunion de l'EITM tous les trois mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li> </ul>

™ Administrer la méthadone au détenu quotidiennement sous observation directe.

① Voir tableau 7 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur l'administration de la méthadone.

- Veiller à la mise à jour régulière du *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.
  - Le *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* devrait être mis à jour après chaque rendez-vous chez le médecin.
    - Rappel : le médecin n'est pas obligé d'attendre la tenue d'une réunion régulière ou urgente de l'EITM avant de modifier la posologie, la fréquence des dépistages urinaires effectués au hasard ou celle de ses visites. Cependant, ces changements doivent respecter les échéanciers mentionnés dans les sections sur les patients « stables » et les patients « non stables » des présentes lignes directrices.
  - Apporter une copie du *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* à toutes les réunions de l'EITM.
  - Examiner et mettre à jour le *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* durant les réunions de l'EITM.
  - Conserver des copies papier du *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* dans le dossier médical.
    - Il est important de conserver sur papier ce suivi des modifications, tant pour le SCC qu'aux fins de vérification par le collège provincial des médecins et des chirurgiens.
  - Verser au dossier médical une copie de la « note au dossier » préparée par la l'APR après chaque réunion de l'EITM.

- Verser au dossier médical une copie des *Plans de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)* rédigés (aux six mois) par l'agent de programmes correctionnels.
- Verser au dossier médical une copie de chaque SPC fourni par l'agent de libération conditionnelle.

- Verser tous les documents relatifs au traitement à la méthadone dans une fiche distincte placée sur le dessus de la section 6 du dossier médical. Ainsi, les autres membres de l'EITM pourront accéder à ces documents, qui seront regroupés, sans avoir à consulter l'ensemble du dossier médical. De plus, ces documents seront facilement accessibles pour des fins de vérification.

**Nota: Lorsque le dossier médical d'un bénéficiaire du TEM est demandé via l'Accès à l'information et protection des renseignements personnels (AIPRP), la marche à suivre pour donner un numéro de page aux documents relatif à la méthadone est la suivante:**

Étape 1 : Enlevez tous les documents relatifs à la méthadone de la fiche distincte.

Étape 2 : Placez tous ces documents en ordre chronologique avec les autres documents de la section 6 du dossier médical.

Étape 3 : Numérotez tous les documents lorsqu'en ordre chronologique.

Étape 4 : Photocopiez les documents tandis qu'ils sont en ordre chronologique et les remettre à AIPRP en ordre chronologique

Étape 5 : Remettez les documents relatifs à la méthadone dans la fiche distincte dans le même ordre qu'ils étaient à l'étape 1. Placez la fiche distincte au début de la section 6 du dossier médical.

- Coordonner la collecte des échantillons d'urine en conformité avec la démarche décrite dans la Section E: Dépistage de drogues dans l'urine.
- Fournir continuellement au détenu des informations sur la santé.
- Demander, au besoin, à l'APR de convoquer une réunion de l'EITM.
- S'assurer que les immunisations du détenu sont à jour et que le médecin de l'établissement procède à des examens médicaux périodiques tous les dix-huit mois.
- S'il y a lieu, aviser tout spécialiste ou médecin consultant que le détenu participe au TEM. Utiliser la *Lettre concernant l'analgésie d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-08)*.

- Aider l'agent de libération conditionnelle à coordonner l'administration de la méthadone dans les cas de PSSE, de PSAE, de placement à l'extérieur, de visites familiales privées et de transfèrement dans un établissement provincial pour une comparution devant un tribunal.

**Tableau 7 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur l'administration de la méthadone**

<b>Lignes directrices pour le personnel infirmier sur l'administration de la méthadone</b>	
Endroit	<p>Administrer la méthadone aux Services de santé.</p> <p>Dans des circonstances spéciales, il peut être nécessaire d'administrer la méthadone dans un autre endroit sûr.</p>
Restrictions imposées au détenu	<p>Les détenus ne doivent apporter aucun type de contenant dans la zone d'administration de la méthadone (ex. verres, sacs de plastique, etc).</p> <p>On ne doit autoriser qu'un seul détenu à la fois dans la zone immédiate d'administration de la méthadone.</p> <p>Si le détenu semble intoxiqué, <b>ne pas donner de méthadone</b>. Communiquer avec le médecin et suivre ses instructions. Le détenu peut être mis sous observation et réévalué plus tard.</p>
Vérification relative au détenu	<p>S'assurer que les mesures suivantes sont respectées <i>avant de donner une dose de méthadone</i>, et ce, pour chaque détenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le détenu doit montrer une pièce d'identité avec photo. Si votre établissement n'oblige pas les détenus à transporter une pièce d'identité avec photo, on doit imprimer une photo tirée du SGD et la conserver dans la pharmacie de l'établissement.</li> <li>• Vérifier si la photo correspond au détenu et confirmer le nom du détenu.</li> <li>• Le personnel infirmier doit appliquer la règle <b>PAS DE PIÈCE D'IDENTITÉ, PAS DE MÉTHADONE.</b></li> </ul>
Vérification de l'ingestion	<p>La méthadone ne doit pas être administrée en même temps que les autres médicaments.</p> <p>L'infirmier(ère) doit surveiller le détenu pendant qu'il ingère la dose entière de méthadone.</p> <p>L'infirmier(ère) doit observer le détenu pendant qu'il boit de l'eau dans un verre ou à une fontaine après l'ingestion de la méthadone. Si on lui remet un verre d'eau, le détenu ne doit pas conserver le verre après avoir bu.</p> <p>Le détenu doit ensuite parler à l'infirmier(ère).</p> <p>Les détenus peuvent se rendre aux toilettes <i>avant</i> de recevoir leur dose de méthadone (particulièrement si un test de dépistage de drogues dans l'urine est requis ce jour-là), mais ils ne devraient pas être autorisés à s'y rendre <i>après</i> avoir ingéré leur dose de méthadone.</p>
Surveillance du détenu	<p>Chaque détenu doit être surveillé pendant au moins 20 minutes après avoir ingéré la méthadone. N'importe qui peut exercer cette surveillance.</p> <p>Au moins la moitié de la dose de méthadone est absorbée par le tube digestif en 20 minutes et peut être détectée dans le sang après 30 minutes. Ainsi, toute dose détournée sera beaucoup moins concentrée.</p>

---

## Lignes directrices pour le personnel infirmier sur l'administration de la méthadone (suite)

---

Absence de conformité	<p>Si un détenu ne respecte pas les modalités d'administration de la méthadone, le personnel infirmier doit :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Documenter le non-respect dans les notes d'observations au dossier médical.</li><li>• Aviser le médecin de l'établissement du non-respect par le délinquant.</li><li>• Informer les membres de l'EITM et demander à l'APR de convoquer une réunion de l'EITM au besoin.</li><li>• Conseiller le détenu en lui expliquant les raisons pour lesquelles il est important de respecter les modalités établies.</li></ul>
Erreurs de médicament	<p>Toutes les erreurs de doses de méthadone, que le détenu ait reçu une quantité trop élevée ou insuffisante de méthadone, doivent être signalées <b>immédiatement</b> au médecin de l'établissement et au Chef des Services de santé.</p> <p>Compléter une <i>Déclaration d'incident survenu au cours de l'administration de soins infirmiers</i>(SCC/CSC 0098) et transmettre l'original au chef des Services de santé.</p>
<i>Surdose de méthadone</i>	<p>Chaque établissement doit disposer d'un ordre de santé dictant les mesures immédiates et les mesures de suivi que doit prendre le personnel infirmier en cas de surdose de méthadone.</p> <p>Dans tous les cas de surdose de méthadone, le médecin de l'établissement doit garder le détenu sous observation pendant 24 heures après l'ingestion et modifier ses doses de méthadone subséquentes (s'il y a lieu). Le détenu doit être observé selon le protocole établi par le médecin de l'établissement.</p>
Problèmes à signaler au clinicien	<p>En cas de problème clinique, alerter le médecin.</p> <p>Aviser le médecin et l'EITM lorsque le détenu manque l'une ou l'autre des doses de méthadone.</p> <p>Signaler les signes de sevrage ou de toxicité immédiatement au médecin de l'établissement.</p>
Documentation	<p>Indiquer les doses de méthadone administrées sur la fiche d'administration des médicaments et sur le dossier des narcotiques.</p>
Exigences législatives	<p>Respecter les dispositions de la <i>Loi réglementant les drogues contrôlées et autres substances</i> concernant l'accessibilité, l'administration, la consignation au dossier, l'entreposage et la manipulation de la méthadone, ainsi que sa distribution de la pharmacie à l'établissement et au détenu.</p>
Posologie	<p>① Voir section D : Posologie de la méthadone. En particulier, voir les sections relatives au rôle du personnel infirmier : doses non administrées, doses vomies et les sections sur les transfèrements, les PSSE et les PSAE.</p>

**Remarque : Les modalités d'administration de la méthadone décrites ci-dessus se veulent sécuritaires tant pour les patients traités à la méthadone que pour les autres détenus.**

**Tableau 8 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur la collecte des échantillons d'urine relatifs au TEM**

<b>Lignes directrices pour le personnel infirmier sur la collecte des échantillons d'urine relatifs au TEM</b>	
<b>Heure à laquelle il est recommandé de recueillir les échantillons d'urine</b>	<p>Avant la dose de la journée. Les raisons sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cela permet au détenu de respecter davantage l'exigence relative au prélèvement d'échantillon d'urine.</li> <li>- On peut avoir un aperçu du degré de toxicomanie avant que la dose de méthadone ne soit introduite dans l'organisme.</li> </ul> <p>Selon la documentation, il est préférable de prélever les échantillons <b>tôt le matin</b> plutôt que le soir.</p>
Horaire de collecte	<p>La collecte doit être effectuée à des <b>dates aléatoires</b> (ne pas informer le détenu à l'avance qu'on obtiendra un échantillon de son urine à une date précise).</p> <p>Le détenu prend sa méthadone à la même heure tous les jours. Par conséquent, au début du traitement, informer le détenu qu'on pourra lui demander de donner un échantillon d'urine n'importe quelle journée. Il doit donc s'attendre à devoir fournir un échantillon d'urine.</p>
Si le détenu est incapable de donner un échantillon	<p>Si le détenu refuse de donner un échantillon (ou retarde de le faire), <b>ne pas lui refuser sa dose de méthadone</b>. Cependant, il faut pas l'indiquer sur les notes d'observations au dossier médical et dans le <i>Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)</i> afin de pouvoir en discuter à la réunion suivante de l'EITM.</p>
Procédure optimale de prélèvement	<p>La procédure optimale est <b>l'observation directe d'un membre du personnel infirmier du même sexe que le détenu</b>, c.-à-d. l'employé demeure dans l'habitable avec le détenu.</p> <p>Si cette procédure est impossible en raison de la sécurité ou de l'absence d'un membre du personnel infirmier de même sexe, la procédure de rechange suivante s'applique.</p>

---

## Lignes directrices pour le personnel infirmier sur la collecte des échantillons d'urine relatifs au TEM (suite)

---

Procédure de rechange	<p>Remarque: Cette procédure est conforme aux recommandations contenues dans le <i>Méthadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment</i> (Brands, 1998)</p> <p>Le détenu doit avoir accès à des toilettes pour détenus où la tuyauterie d'alimentation en eau est munie de robinets électromagnétiques. Le tableau de commandes doit être situé à l'extérieur de la salle des toilettes et être muni de voyants lumineux de couleur et d'un interrupteur OUVERT-FERMÉ.</p> <p>L'infirmier(ère) ouvre l'interrupteur et draine l'eau des tuyaux de la salle des toilettes. Un colorant alimentaire bleu est placé dans la cuvette. Tous les savons et agents de nettoyage doivent être retirés des toilettes.</p> <p>Le détenu doit se défaire de tout veston ou sweat-shirt épais (porté par-dessus un tee-shirt) avant d'entrer dans les toilettes réservées aux détenus.</p> <p>L'infirmier(ère) remet au détenu le récipient à échantillon et l'informe qu'il ne doit pas prendre plus de 4 minutes pour uriner et lui rendre le récipient.</p>
Vérification de l'échantillon	<p>Dès que l'infirmier(ère) reçoit l'échantillon d'urine, elle doit apposer une bande indiquant la température au bas du récipient; la température devrait être indiquée presque immédiatement.</p> <p>La température doit être prise (à l'aide d'un thermomètre électronique à réponse rapide ou une bande indiquant la température) dans les quatre minutes après le prélèvement afin d'être interprétée de façon adéquate.</p> <p><u>S'il n'y a aucun problème</u>, l'infirmier(ère) peut alors alimenter de nouveau l'eau des toilettes réservées aux détenus afin que le patient puisse se laver les mains.</p>
Si la température n'apparaît pas	<p>Si la température n'apparaît pas sur la bande, et que <u>moins de</u> quatre minutes se sont écoulées depuis le prélèvement, on doit reprendre la température avec une autre bande. Si cela ne fonctionne pas, l'échantillon est considéré comme altéré.</p> <p>Si on soupçonne une altération, un deuxième échantillon doit être prélevé le même jour afin que les résultats puissent être comparés.</p> <p>L'infirmier(ère) doit clairement indiquer cette mesure dans les notes d'observations au dossier médical et dans la section Remarques du Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03) afin qu'on puisse en discuter à la réunion suivante de l'EITM.</p>
Documentation	<p>Des relevés incontestables doivent être conservés dans le dossier médical de dépistage de drogue dans l'urine du détenu. Les résultats, identifiés sur la trousse, doivent être photocopiés (placez la trousse dans un petit sac de plastique transparent pour photocopier), signés et datés par l'infirmière.</p>

## **Planification de la mise en liberté / Transfèrement**

- Coordonner, avec l'agent de libération conditionnelle, la planification de la mise en liberté en collaboration avec l'EITM.

### **Transfèrement entre établissement**

Compléter le *Résumé administratif (SCC-377)* et communiquer avec les Services de santé de l'établissement d'accueil plusieurs jours avant le transfèrement pour assurer la continuité du TEM. Suivre les directives « Transfèrement d'un détenu dans un autre établissement du SCC », à la page 92.

### **Mise en liberté du SCC vers une prison d'une autre administration**

Veiller à ce que les renseignements médicaux concernant sa participation au TEM soient communiqués rapidement.

### **Mise en liberté**

- Veiller à ce qu'on s'occupe des critères médicaux d'admission au programme de TEM dans la collectivité pour assurer la continuité du TEM.
- S'il y a lieu, aider l'agent de libération conditionnelle en établissement à communiquer avec un fournisseur de méthadone et une pharmacie.
- Aviser le médecin des plans de mise en liberté ou de transfèrement.
- Inscrire une note détaillée sur la planification de la mise en liberté dans le dossier médical.



## Médecin

Rôle dans l'EITM : Avec la collaboration des autres membres de l'équipe, le médecin prend toutes les décisions finales d'ordre clinique liées au TEM, notamment les décisions finales au sujet de l'admission, de la fin du TEM et du dépistage de drogues dans l'urine.

Le médecin donne l'approbation finale de tous les aspects du TEM. Éventuellement, en tant que médecin autorisé à prescrire de la méthadone, il peut prendre des décisions unilatérales s'il le juge nécessaire. Ce type de décision devrait toutefois demeurer une exception.

- Tous les médecins des établissements qui ont signé un contrat avec le Service correctionnel du Canada doivent obtenir auprès de l'autorité fédérale et (ou) provinciale compétente l'autorisation de prescrire de la méthadone. Une preuve de cette autorisation doit être remise au chef des Services de santé.
- Tous les documents requis par les collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens doivent être complétés tout au long du TEM.

### Évaluation initiale / Maintien du TEM

- Examiner tous les documents d'évaluation remplis par les membres de l'EITM.
- Compléter les sections suivantes de 1' *Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)*.
  - ➔ Certifier que les critères du DSM IV concernant la dépendance aux opiacés sont complétés (page 6)
  - ➔ Examen physique (page 5)
  - ➔ Évaluation/Plan du médecin (page 6)
- Prescrire le dépistage approprié de drogues dans l'urine, conformément à la section E : Dépistage de drogues dans l'urine.
- Fournir aux détenus des renseignements en vue de promouvoir la santé, en insistant sur le fait qu'ils ne doivent pas consommer de drogues illicites pendant qu'ils participent au TEM.

### Personnes admises au SCC — Sous TEM

- Communiquer avec le médecin traitant de la collectivité pour obtenir de l'information sur la participation du détenu au TEM communautaire.
- Dès que la participation au TEM est confirmée, rédiger une ordonnance pour que le détenu puisse poursuivre son traitement à la méthadone.

## Conférence de cas initiale et initiation au TEM

- Participer à la conférence de cas initiale.
- S'assurer que les demandeurs répondent aux critères d'admission avant le début du traitement à la méthadone.
- Établir et prescrire la posologie initiale décrite dans la section D, « Posologie de la méthadone », des présentes lignes directrices.
- Signer l'Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05).

## Administration et suivi du TEM

- Surveiller la posologie de la méthadone et la rectifier s'il y a lieu, conformément à la section D, « Posologie de la méthadone », du présent document et aux lignes directrices du collège provincial de médecins et de chirurgiens (s'il y a lieu).
  - ① Pour plus de renseignements, voir la section D : Posologie de la méthadone
  - ① Voir annexe I: Lignes directrices des collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens.
- Participer à une partie de toutes les réunions de l'EITM.
- Agir comme personne-ressource auprès du personnel et des détenus.
- Commencer le traitement à la méthadone et en faire rapport au collège provincial de médecins et de chirurgiens au besoin.
- Évaluer le détenu régulièrement, conformément aux Lignes directrices relatives au suivi des patients « stables » et « non stables », qui figurent à la section B.

Prescrire le dépistage approprié de drogues dans l'urine, conformément à la section F : Dépistage de drogues dans l'urine.

Demander, s'il y a lieu, une évaluation psychologique et/ou psychiatrique, ou tout autre examen pertinent.

Procéder tous les 18 mois à l'examen physique des détenus traités à la méthadone.

Après chaque visite avec un détenu, inscrire les progrès réalisés dans les notes d'observation du dossier médical, notamment :

- Rapport d'étape sur le problème de dépendance et les autres problèmes relevés
- Apparition de nouveaux problèmes s'il y a lieu
- Utilisation de drogues et (ou) d'autres substances depuis la dernière visite
- Résultats des examens auxiliaires, s'il y a lieu, et surveillance consécutive du médecin
- Justification de toute modification de la posologie ou du *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)*, particulièrement lorsqu'il s'agit de doses élevées (> 120 mg/jour)

- Date du prochain rendez-vous
- Ordonnance, y compris les dates de début et de fin  
(Collège des médecins du Québec/Ordre des pharmaciens du Québec, 2000)
- Assurer le suivi du processus de sevrage du détenu où le retrait volontaire ou imposé du TEM est nécessaire.
- Compléter la *Lettre concernant l'analgésie d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-08)* (si l'infirmier(ère) ne l'a pas fait) pour chaque rendez-vous avec un médecin consultant.
- Participer à l'élaboration de plans d'exception pour le service les fins de semaine.
- Veiller à ce que les directives médicales à suivre en cas de surdose de méthadone soient transmises.

### **Planification de la mise en liberté**

- En consultation avec l'EITM et particulièrement avec le personnel infirmier, contribuer à assurer la continuité du TEM après la mise en liberté du détenu.
- Veiller à ce que les renseignements médicaux sur le détenu soient communiqués au nouveau médecin traitant.
- Initier un arrêt volontaire ou involontaire de traitement lorsque le détenu ne peut poursuivre le TEM après sa mise en liberté ou lui administrer un autre traitement de soutien.



## **Évaluation initiale / Maintien du TEM**

- S'assurer que les échéances établies pour l'évaluation de l'admissibilité du détenu au TEM (maximum 45 jours ouvrables) sont respectées. Compter à partir de la date inscrite dans le Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone.
- Coordonner la préparation (date, l'heure et endroit) de la conférence de cas initiale après avoir reçu les documents d'évaluation du TEM dûment complétés (voir la liste de vérification qui figure au tableau 9).

Inscrire la date de rappel à partir du Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260).

Vérifier si les documents sont complets. Retourner les documents incomplets à l'évaluateur.

### **Personnes admises au SCC — Sous TEM**

- Une réunion de l'EITM ne sera *peut-être* pas nécessaire si le détenu est incarcéré pour une durée considérablement inférieure à six mois.
- Une réunion de l'EITM sera sans doute nécessaire si le détenu ne respecte pas l'*Entente de participation au TEM (CSC/SCC 1260-05)* et (ou) que des questions de transfèrement ou de planification de la mise en liberté exigent l'attention de l'EITM.
- De plus, il n'est *peut-être* pas nécessaire de préparer un *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.

### **Personnes transférées vers un autre établissement en attente d'une initiation au TEM**

L'APR de l'établissement de départ doit communiquer avec l'APR de l'établissement destinataire pour s'assurer que le nom du détenu ainsi que la date qui figurait sur le registre d'admission sont intégrés au registre de cet établissement. S'il n'y a pas de liste d'attente pour le traitement à la méthadone, le détenu pourrait être en mesure de commencer un traitement aussitôt que les membres de l'EITM auront pu examiner l'évaluation remplie.

## Conférence de cas initiale et initiation au TEM

- Veiller à ce que tous les membres de l'EITM signent l'*Entente de participation au TEM* (CSC/SCC 1260-05, page 4).
  - Remettre une copie de l'entente signée au détenu.
  - Transmettre l'original aux Services de santé, qui le rangera dans le dossier médical.
- Veiller à l'application des critères d'admission indiqués.
  - ① Voir à la section B la partie « SCC : Critères d'admission et assurance de la qualité »
- Veiller à l'assurance de la qualité du TEM.
  - Assurer le suivi de l'assurance de la qualité en veillant à ce qu'il soit conforme à tous les paramètres soulignés dans les présentes lignes directrices.
  - Chaque établissement du SCC doit déterminer le nombre de patients traités à la méthadone qui peuvent être pris en charge de façon sécuritaire à l'aide des ressources disponibles dans l'établissement et conformément à tous les paramètres des présentes lignes directrices.
    - Aviser le coordonnateur régional méthadone si le nombre de détenus qui ont fait l'objet du processus d'évaluation dépasse la capacité actuelle de l'établissement d'offrir le TEM.
- Gérer l'accès au traitement à la méthadone en compilant et en conservant des données statistiques dans le registre d'admission en ce qui concerne les éléments suivants.
  - Inscrire le nombre de détenus participant au TEM dans l'établissement, y compris les personnes qui ont été retirées du TEM, les motifs de ces retraits et le nombre de personnes qui ont été refusées dans le cadre du processus d'évaluation.
  - Inscrire la date à laquelle le processus d'évaluation du détenu a pris fin et la date à laquelle le nom du détenu a été ajouté au registre d'admission.
  - Vérifier périodiquement ce registre avec les membres clés de l'EITM de l'établissement et les agents de libération conditionnelle concernés.
    - Toute préoccupation précise devrait être soulevée durant cette réunion, par exemple, si un membre de l'EITM croit qu'un détenu devrait avoir priorité sur les autres détenus.
    - Si aucune préoccupation n'est soulevée, le détenu qui figure dans le registre d'admission depuis le plus longtemps commencera en priorité un traitement à la méthadone.
    - Si on ne peut s'entendre à ce sujet, c'est le médecin de l'établissement qui prendra la décision.
- Ajouter le détenu à la liste pour la prochaine réunion requise de l'EITM.

## Administration et suivi du TEM

<b>Lignes directrices de suivi pour l'APR</b>	
❶ Pour plus de renseignements, voir les Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables », qui se trouvent à la section B.	
<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « non stables »</b>	<b>Lignes directrices pour le suivi des patients « stables »</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réunion de l'EITM tous les mois ou tous les deux mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réunion de l'EITM tous les trois mois. (L'APR, ou la personne déléguée, doit inscrire une note de service au SGD après chaque réunion.)</li></ul>

- Convoquer et coordonner des réunions de l'EITM et y participer conformément au *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)*. Coordonner des réunions supplémentaires s'il y a lieu.
  - Examiner et mettre à jour le *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* du détenu.
  - Coordonner les réunions — auxquelles participent des membres clés de l'EITM et les agents de libération conditionnelle responsables — pour gérer l'accès au traitement à la méthadone à des intervalles périodiques.
    - La fréquence des réunions dépend de la longueur de la liste, des ouvertures et des changements apportés aux ressources.
  - Ajouter le nom du détenu à la liste pour les réunions requises subséquentes de l'EITM.
- Après chaque réunion de l'EITM, voir à ce que soit remplie une note de service au SGD (déléguer au besoin).

Note au dossier du SGD : Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivi immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003. Il est ainsi plus facile de repérer les notes liées à la méthadone.

**(Remarque : Les entrées dans le SGD ne doivent mentionner aucune maladie infectieuse précise (ex. hépatite C, VIH, etc.); cela constituerait une violation de la confidentialité des renseignements médicaux.**

- Contrôler les ressources de l'établissement reliées à l'exécution du TEM.
  - Chaque service doit formuler les restrictions touchant les ressources financières, physiques et humaines. On doit le faire de façon continue en consultation avec le médecin de l'établissement et en coordination avec l'APR. Par exemple, si les Services de santé établissent qu'ils peuvent prendre en charge de façon sûre douze détenus traités à la méthadone et se conformer aux paramètres soulignés dans les présentes lignes directrices, mais que l'établissement ne dispose que d'un seul agent de programmes correctionnels, ce nombre devra probablement être réduit à un chiffre plus facile à gérer.
  - Informez le coordonnateur régional méthadone de tout problème de ressources auquel fait face l'établissement.
  - Si votre établissement reçoit des détenus d'un centre de réception du SCC ou que les documents d'évaluation ne sont pas tous remplis, en informer le coordonnateur régional méthadone. Veillez à ce qu'ils soient remplis dans votre établissement.

Informez le coordonnateur régional méthadone de tous changements de titulaire du poste d'Agent de première responsabilité.

- 
- Agir à titre de personne-ressource de l'établissement auprès du coordonnateur régional méthadone en ce qui concerne la diffusion d'informations et la mise à jour des *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone du Service correctionnel du Canada*.
- Assurer une liaison avec le coordonnateur régional méthadone s'il y a lieu.  
Transmettre l'information contenue dans les registres d'admission au besoin.

### **Planification de la mise en liberté**

- Mettre à jour les registres voulus au besoin.



## Pharmacien

Rôle dans l'EITM : Conformément à son rôle en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, le pharmacien est responsable de la distribution de la méthadone. Il agit comme personne-ressource auprès du personnel infirmier et des médecins de l'établissement et de la collectivité.

Les régions, et les établissements dans une même région, peuvent avoir recours à une pharmacie différente. La méthadone peut provenir d'une pharmacie dans la collectivité, de la pharmacie d'un hôpital, etc.

- **Remarque** : Les pharmaciens de la région et de l'établissement doivent respecter les exigences prévues à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* en ce qui concerne l'accessibilité, la préparation, l'enregistrement, l'entreposage et la manutention de la méthadone, ainsi que sa distribution au détenu.

### Évaluation initiale / Maintien du TEM

#### Personnes admises au SCC — Sous TEM

- Confirmer le dosage s'il y a lieu.
  - Au besoin, communiquer avec la pharmacie communautaire du détenu afin de déterminer quand le détenu a reçu sa dernière dose et de confirmer la posologie (si le détenu a été admis dans un établissement du SCC à partir de la collectivité).
  - Dans les provinces où il a accès au système informatique de la pharmacie locale/provinciale, le pharmacien peut vérifier le dossier pharmaceutique du détenu afin de déterminer s'il est traité à la méthadone et, le cas échéant, vérifier la date de la dernière dose, le nom du médecin prescripteur, son adresse, son numéro de téléphone et la posologie la plus récente.
- Préparer la prescription et livrer la méthadone.
  - Assurer la coordination avec le personnel infirmier pour obtenir l'ordre du médecin de l'établissement de poursuivre le traitement à la méthadone du détenu.
  - Prendre des dispositions pour que la méthadone soit distribuée à l'établissement en temps opportun, afin que le traitement d'entretien à la méthadone ne soit pas perturbé.

### Conférence de cas initiale et initiation au TEM

- Sans objet.

### **Administration et suivi du TEM**

- À la demande des Services de santé et d'autres employés du SCC, fournir des informations sur la méthadone.
- Participer à l'élaboration de procédures/politiques relatives à la manutention, à l'entreposage et au transport de la méthadone.
- Veiller, en procédant régulièrement à des vérifications pharmaceutiques, à ce que la méthadone soit transportée, entreposée, consignée au dossier, administrée et manipulée adéquatement, conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
- Communiquer avec le coordonnateur régional méthadone et participer régulièrement à des sessions d'information et de formation destinées au personnel du SCC.
- Surveiller le profil pharmaceutique des participants et aviser le médecin lorsque les drogues concomitantes prescrites ont une incidence sur les niveaux de plasma.

### **Planification de la mise en liberté**

- Veiller à ce que la méthadone qui reste dans l'établissement après la mise en liberté du détenu soit éliminée conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
- Rendre compte, s'il y a lieu, au collègue provincial des médecins et des chirurgiens du transfert du dossier d'un détenu à une autre pharmacie du SCC ou à une pharmacie communautaire.

## Agent de libération conditionnelle *dans la collectivité*

Rôle dans l'EITM : Assurer le leadership global de l'EITM de la collectivité. Il prend les dispositions nécessaires pour mettre sur pied l'équipe d'intervention pour le TEM dans la collectivité.

L'agent de libération conditionnelle principal ou la responsable clinique veille à l'assurance de la qualité globale des documents et à l'entrée des données. Les bureaux/unités qui supervisent un grand nombre de délinquants inscrits au TEM peuvent estimer avantageux de nommer un agent de libération conditionnelle comme coordonnateur. Il est reconnu qu'il faudra diminuer les tâches de supervision, ce qui entraînera des fonctions administratives supplémentaires.

### Planification de la mise en liberté

**Nota : Pour les fins du TEM, l'agent de libération conditionnelle en établissement initie le processus de planification de la mise en liberté.**

- Dès la réception du plan de mise en liberté de l'agent de libération conditionnelle en établissement, collaborer sur demande à l'établissement d'un fournisseur de méthadone dans la collectivité et la pharmacie qui ont accepté de poursuivre le traitement à la méthadone après la mise en liberté du détenu.
  - Consulter l'agent de libération conditionnelle en établissement au sujet des antécédents du détenu liés à son problème de toxicomanie et à son traitement à la méthadone, et pour déterminer les problèmes actuels relatifs au *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)*.
- Consulter un agent de programmes correctionnels dans la collectivité afin de discuter avec lui des besoins du détenu en matière de programmes communautaires liés à la consommation de méthadone.
- Prendre des dispositions avec une pharmacie et un fournisseur communautaire de TEM.
  - Cela peut se faire en complétant la *Stratégie communautaire* ou l'*Enquête communautaire*, à la demande de l'agent de libération conditionnelle en établissement, pour les détenus d'un établissement fédéral qui seront mis en liberté plus de six mois après la date de la demande.
    - Veiller à ce que le fournisseur communautaire de TEM soit avisé des antécédents du détenu. L'informer que les demandes de renseignements médicaux doivent être transmises aux Services de santé de l'établissement où le détenu purge sa peine.
- Identifier les membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) dans la collectivité. Cette équipe se compose du délinquant, de l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité, de l'agent de programmes et, parfois, de l'agent de libération conditionnelle principal.
- Mettre à jour l'information relative à la planification de la mise en liberté et touchant le TEM dans le Plan correctionnel du détenu grâce à un Suivi du plan correctionnel, et faire les entrées appropriées dans le SGD.

- Vérifier s'il y a un indicateur dans le SGD.

### **Évaluation initiale de mise en liberté / Maintien du TEM**

- Rencontrer le détenu pour discuter avec lui des questions touchant sa participation au TEM dans la collectivité.
  - Demander au détenu de signer une *autorisation de divulgation des renseignements* afin que le fournisseur communautaire de méthadone puisse fournir des informations pertinentes sur le traitement à la méthadone. Envoyer l'autorisation signée au fournisseur communautaire de méthadone.
  - Si le détenu refuse de signer l'autorisation, inscrire une note de service au SGD à ce sujet.
  - Communiquer avec le fournisseur communautaire de méthadone du délinquant pour lui donner vos coordonnées.
- Veiller à intégrer le TEM au Plan correctionnel du détenu par l'entremise d'un Suivi du plan correctionnel, et effectuer les entrées requises dans le SGD.
  - Intégrer s'il y a lieu les renseignements sur le TEM dans les Suivis du plan correctionnel (SPC).
- Confirmer la participation des membres de la collectivité à l'EITM.
- Fixer une rencontre avec l'EITM dans la collectivité et le détenu dès que possible après la mise en liberté de ce dernier.
  - Dans des circonstances particulières, où, en raison de l'emplacement géographique, il est difficile de tenir des réunions en personne, discuter avec l'agent de libération conditionnelle et son superviseur des solutions possibles. Il faudra peut-être mener cette première rencontre avec l'EITM par téléphone.
  - Si on le juge nécessaire, l'agent de libération conditionnelle principal peut y assister.

## Administration et suivi du TEM dans la collectivité

- Assurer la coordination globale de la gestion du cas dans la collectivité.
  - Coordonner les conférences de cas et les réunions au besoin.
    - Dans des circonstances particulières, où, en raison de l'emplacement géographique, il est difficile de tenir des réunions en personne, discuter avec l'agent de libération conditionnelle et son superviseur des solutions possibles. Il faudra peut-être mener la conférence de cas initiale par téléphone.
  - Rester en liaison avec le fournisseur communautaire de TEM et l'agent de programmes correctionnels dans la collectivité.
- Inscrire les résultats des discussions de cas et des rencontres dans une note de service au SGD.
  - Note au dossier du SGD :            Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivit immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003.  
Il est ainsi plus facile de repérer les notes liées à la méthadone.
  - S'assurer que la documentation reflète la source de l'information (c.-à-d., si elle a été fournie par un délinquant ou par une clinique dans la collectivité).
- Veiller à ce que le détenu bénéficie de l'intervention en ce qui a trait à son problème de toxicomanie prévue dans son plan de mise en liberté ou selon sa situation actuelle.
- Veiller à ce que le détenu ait accès aux services de counselling et de soutien prévus dans son plan de mise en liberté ou selon sa situation actuelle.
- Encourager le détenu à s'abstenir de drogues illicites, reconnaissant la nécessité pour les délinquants de réduire au minimum les méfaits causés par l'usage de drogues injectables.

## Suspension

**Nota : Il se peut que l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité doive assumer les responsabilités ci-dessous dans les régions où il n'y a pas d'agents de programmes correctionnels bien que la responsabilité première de faire le point sur la situation et les besoins en matière de programmes du délinquant revient à ce dernier.**

### **Suspension — Admission dans un centre de détention provisoire ou au SCC**

- Communiquer avec l'agent de libération conditionnelle en établissement pour lui fournir une mise à jour de la situation actuelle et des besoins en programmes du délinquant. Veiller à ce que l'évaluation actuelle et les renseignements sur les TEM soient complets et les communiquer sans tarder à l'établissement.
- Assister à la conférence de cas avec le personnel concerné de l'établissement pour s'assurer que le traitement à la méthadone se poursuit et que l'établissement reçoit toutes les informations pertinentes.
- Communiquer à l'établissement les coordonnées de la personne-ressource de la clinique/fournisseur de méthadone dans la collectivité et/ou de la pharmacie pouvant fournir l'information quant à la posologie aux Services de santé.

## Expiration de mandat

- Aider et encourager le détenu afin de veiller à ce qu'il puisse, après sa mise en liberté, poursuivre le TEM après l'expiration du mandat.

## **Agent des programmes correctionnels *dans la collectivité***

Rôle dans l'EITM : Contribuer à l'élaboration du volet intervention en matière de toxicomanie du *Plan de TEM* et coordonner l'exécution des programmes pour toxicomanes et la prestation des services destinés au détenu.

### **Planification de la mise en liberté**

**Nota : Pour les fins du TEM, l'agent de libération conditionnelle en établissement doit initier le processus de planification de la mise en liberté.**

#### **Avant la mise en liberté dans la collectivité (incluant la mise en liberté conditionnelle)**

- À l'étape de la planification de la mise en liberté, l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité qui remplit le rapport devrait consulter l'agent de programmes correctionnels pour discuter avec lui des besoins du délinquant en matière de programmes communautaires en ce qui concerne la toxicomanie.

#### **Délinquants qui retournent dans la collectivité après une suspension**

- Si la méthadone n'était pas accessible au centre de détention provisoire et que le délinquant est mis en liberté de nouveau dans la collectivité, il est possible que ce dernier doive recommencer le traitement à la méthadone. Le délinquant sera vraisemblablement non stable pendant une certaine période.
- Réévaluer les besoins en programmes si la suspension est attribuable à la violation des conditions du traitement (consommation d'autres substances).
- Communiquer avec l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité et le fournisseur de TEM.

### **Évaluation initiale / Maintien du TEM**

- Communiquer avec l'agent de programmes correctionnels de l'établissement.
  - Connaître tous les antécédents du détenu relatifs à son problème de toxicomanie et à son traitement à la méthadone.

- Rencontrer l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité et le délinquant.
  - Dans des circonstances particulières, où, en raison de l'emplacement géographique, il est difficile de tenir des réunions en personne, discuter avec l'agent de programmes correctionnels dans la collectivité et son superviseur des solutions possibles.
  - Revoir les attentes, notamment toute question touchant la participation du délinquant à des programmes pour toxicomanes offerts dans la collectivité.

### **Administration et suivi du TEM**

- Assurer le suivi de la participation du délinquant aux programmes pour toxicomanes offerts dans la collectivité conformément au plan de mise en liberté.

Noter les interactions et les interventions à l'aide d'une note de service au SGD.

Note au dossier du SGD :	Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivit immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003. Il est ainsi plus facile de repérer les notes liées à la méthadone.
--------------------------	--

- Favoriser l'abstinence, reconnaissant la nécessité pour le détenu de réduire au minimum les méfaits associés à l'usage de drogues injectables.
- Au besoin, indiquer que le délinquant consomme de la méthadone dans les rapports sur le rendement du programme.
- Entretenir des relations continues avec l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité responsable du détenu.

Adapter les mesures d'intervention et les services de counselling en matière de toxicomanie pour répondre aux besoins du délinquant.

- Participer aux conférences de cas et aux réunions.
  - Dans des circonstances particulières, où, en raison de l'emplacement géographique, il est difficile de tenir des réunions en personne, discuter avec l'agent de programmes correctionnels dans la collectivité et son superviseur des solutions possibles.

### **Suspension**

**Nota : Il se peut que l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité doive assumer les responsabilités ci-dessous dans les régions où il n'y a pas d'agents de programmes correctionnels bien que la responsabilité première soit de faire le point sur la situation et les besoins en matière de programmes du délinquant revient à ce dernier.**

#### **Suspension — Admission dans un centre de détention provisoire au SCC**

- Communiquer avec l'agent de programmes correctionnels de l'établissement pour lui fournir une mise à jour de la situation actuelle et des besoins en programmes du délinquant. Veiller à ce que l'évaluation actuelle et les renseignements sur les programmes soient complets (ils seront versés au dossier de gestion de cas qui accompagne le détenu).



- Assister à la conférence de cas avec l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité et le personnel du centre de détention provisoire pour s'assurer que le traitement à la méthadone se poursuit et que l'établissement reçoit toutes les informations pertinentes.

### **Expiration de mandat**

- Aider l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité afin que le TEM ne soit pas interrompu par suite du déplacement du délinquant.

## **Section D : Posologie de la méthadone**

## Section D : Posologie de la méthadone

---

L'approvisionnement illicite en opiacés au sein du SCC n'est pas constant sur le plan de la qualité ou de la quantité. Les médecins doivent **être prudents et s'assurer qu'ils ne surestiment pas la tolérance du patient, en se fiant à ce que déclarent consommer les détenus.**

### Posologie initiale et stabilisation

« Commencez par une faible dose – et augmentez-la graduellement »

(traduction de “Start low —go slow”, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2001)

#### Dose initiale

Durant la phase initiale, dans le cas d'un patient qui commence un traitement où tout symptôme de sevrage devrait être évité (ex. **détenues enceintes, patients dont la fonction cardiaque est altérée** et dont l'instabilité du système nerveux autonome pourrait se révéler dangereuse), on devrait administrer des doses quotidiennes multiples (dose fractionnée) durant la période initiale afin d'assurer une stabilisation rapide et sûre. Après la phase initiale, la posologie devrait être modifiée à une dose quotidienne ou à des doses quotidiennes multiples selon les conditions cliniques. Il est recommandé de consulter l'expert-conseil médical régional en matière de TEM.

- La dose initiale de méthadone des détenus qui commencent un traitement d'entretien à la méthadone (TEM) au sein du SCC ne doit pas excéder 30 mg. La dose de départ habituelle est de 15 à 30 mg par jour par voie orale. (Voir remarque ci-dessous.)
- On ne doit pas augmenter la dose initiale, qui varie entre 15 et 30 mg, pendant au moins cinq jours.
- Durant la première phase, le médecin doit réévaluer la consommation des opiacés prescrits à ce moment-là.

**Remarque :** Au début du TEM, certains détenus qui recevaient des doses de départ de 40 mg sont décédés après trois jours de traitement (Caplehorn, 1998). La dose mortelle est moins élevée si elle est administrée avec d'autres opiacés, de l'alcool, des benzodiazépines ou des barbituriques. Dans le cas d'un détenu qui reçoit une dose quotidienne d'un médicament dont la demi-vie est de 24 heures, l'état stationnaire (87,5 %) est atteint après trois jours en moyenne (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2001). Si la réduction des symptômes de sevrage n'est pas adéquate et que le patient ne montre pas de signes évidents de sédation en consommant cette dose, cette dernière peut être augmentée sans crainte.

### **Augmentation de la dose**

- On ne devrait pas augmenter les doses de méthadone plus souvent que tous les cinq jours durant la période initiale.
- Chaque dose ne doit augmenter que de 5 à 10 mg.
- On ne doit pas augmenter la dose pour atténuer la douleur du patient, à moins que cette douleur ne soit associée à des symptômes de sevrage.

#### Raisons justifiant les augmentations de dose :

- Signes et symptômes de sevrage
- La quantité et (ou) la fréquence des doses d'opiacés ne diminue pas.
- Les états de manque sont persistants.
- La dose prescrite ne bloque pas l'effet euphorisant des opiacés à action brève.

### **Diminution de la dose**

#### Raisons justifiant des diminutions de dose :

- Dodelinement (cogner des clous)
- Somnolence
- Arrêt (volontaire ou involontaire) du TEM

### **Dose de maintien**

Une dose quotidienne de plus de 120 mg est considérée comme élevée. Si le médecin éprouve de la difficulté à stabiliser une dose supérieure à ce seuil, il devrait demander conseil auprès de l'expert médical régional en matière de TEM ou de l'ordre provincial des médecins et chirurgiens. Le médecin de l'établissement doit indiquer dans les Notes d'observations les raisons justifiant une dose supérieure à 120 mg.

### **Poursuite du traitement d'entretien à la méthadone**

Dans certains cas, un détenu peut demander de poursuivre un traitement d'entretien à la méthadone qu'il a commencé à l'extérieur de l'établissement correctionnel (s'il n'est pas entré au SCC à partir d'un centre correctionnel provincial). Dans de tels cas, il peut être difficile d'évaluer avec certitude son degré de tolérance à la méthadone ou aux opiacés. La plupart des programmes communautaires de traitement d'entretien à la méthadone permettent l'ingestion non observée des doses (doses à emporter). Le non-respect des doses de méthadone prescrites n'est pas rare et peut entraîner une dangereuse surdose lorsque la dose complète de méthadone est prescrite. Dans ces cas, il est plus sûr de **séparer la dose** de méthadone en plusieurs petites doses **la première journée** afin de pouvoir évaluer la réaction du patient au médicament. Si aucun signe de sédation n'est observé, la dose complète quotidienne peut être administrée de nouveau.

## Fractionnement des doses

Il faut envisager la séparation des doses SEULEMENT lorsque les circonstances le dictent (enquêter sur la cause) et en consultation avec l'expert régional en TEM.

### Raisons justifiant un fractionnement des doses :

(Voici deux exemples où il y a lieu d'investiguer plus à fond.)

- Les patients traités à la méthadone peuvent se plaindre à l'occasion que leur dose ne les empêche pas d'éprouver des symptômes de sevrage pendant 24 heures, même après plusieurs augmentations de doses.
- Les résultats de l'analyse d'urine du patient révèlent l'absence de métabolites de la méthadone et l'adultération semble peu probable en raison de la vigilance du personnel infirmier durant le prélèvement des échantillons.
- Voir les remarques au sujet des détenues enceintes et des patients dont la fonction cardiaque est altérée au paragraphe sur la dose initiale.

Il arrive à l'occasion que la métabolisation se fait rapidement, ce qui peut avoir un impact sur la demi-vie de la méthadone et entraîner la nécessité d'administrer le médicament plusieurs fois par jour. Par ailleurs, certains médicaments pouvant être prescrits au détenu diminuent la demi-vie de la méthadone, ce qui entraîne une chute marquée des concentrations sanguines de méthadone et l'apparition de symptômes de sevrage. Lorsqu'il y a métabolisation rapide, une simple augmentation de la dose quotidienne ne permettra pas de corriger la situation. **Le médecin de l'établissement évalue chaque cas séparément.**

Si les **résultats aux tests présentés ci-dessous** révèlent un rapport entre la concentration maximale et minimale supérieure à 2:1, la demi-vie du médicament est inférieure à 24 heures, et il pourrait être nécessaire de diviser les doses afin de prévenir la chute draconienne des concentrations de méthadone dans le sérum.

### Analyses de laboratoire pour établir la demi-vie de la méthadone

Pour déterminer la demi-vie sérique, on peut établir des rapports entre la concentration maximale et minimale. La concentration maximale correspond au taux le plus élevé de méthadone dans le sérum (habituellement de deux à quatre heures après l'ingestion), tandis que la concentration minimale représente le taux sérique le moins élevé (immédiatement avant l'ingestion de la méthadone). Ce rapport devrait être inférieur à 2:1, ce qui dénote que les intervalles entre les doses sont au moins aussi fréquents que la demi-vie du médicament.

### **Échantillons requis**

- On prélève du sang avant l'ingestion de la méthadone, deux heures après l'ingestion et six heures après l'ingestion, pour un total de trois échantillons de sang.
- Un échantillon d'urine est prélevé en même temps que l'échantillon de sang.

### Autres renseignements requis

- L'heure du prélèvement doit être clairement indiquée sur les échantillons.
- La demande doit préciser ce qui suit : « série d'analyses sériques visant à déceler la méthadone (drogue mère) et ses métabolites (EDDP) et analyses d'urine connexes visant à quantifier ses substances ».
- On doit aussi demander le taux de créatinine et le pH dépisté dans le premier échantillon d'urine.
- Une photocopie du dossier d'administration du médicament du détenu doit accompagner les échantillons au laboratoire.

## Mesures particulières

### Doses non administrées

**Nota : Toute modification apportée au dosage de méthadone doit être prescrite par le médecin de l'établissement.**

- Le personnel infirmier doit informer le médecin de l'établissement de toutes les doses qui n'ont pas été administrées et en indiquer la raison dans le dossier médical du patient.
- Pour déterminer la dose suivante, le médecin peut avoir recours à la formule fournie au chapitre 4 du document intitulé *Methadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment*, (Brands, 1998).
- On doit diminuer la dose à moins de 30 mg après cinq doses consécutives non administrées afin de pouvoir évaluer la perte de tolérance du patient. Dans la plupart des cas, on peut augmenter la dose de nouveau à la dose originale plus rapidement si le patient fait preuve d'une tolérance adéquate.

### Doses vomies

**Nota : Toute modification apportée au dosage de méthadone doit être prescrite par le médecin de l'établissement.**

Certains patients déclarent à l'occasion avoir vomi le médicament qui leur a été administré. Cela peut être vrai, mais il est possible que le patient tente d'obtenir une dose supplémentaire. Comme il peut être mortel de remplacer une dose de méthadone quand la dose initiale censément vomie ne l'a pas été, on peut adopter le protocole suivant recommandé par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2001).

Si un professionnel de la santé ou un membre du personnel est témoin du vomissement, la dose peut être remplacée comme suit :

- Si le vomissement a lieu 15 minutes après l'ingestion de la méthadone, remplacer la dose complète. (Première journée seulement si le détenu vomit deux jours consécutifs; voir paragraphe ci-dessous.)
- Si le vomissement a lieu de 15 à 30 minutes après l'ingestion de la méthadone, remplacer

50 % de la dose.

- Si le vomissement a lieu plus de 30 minutes après l'ingestion de la méthadone, aucun remplacement ne doit être effectué.

Il est important de se rappeler qu'une personne conserve environ 40 % de ce qu'elle a ingéré, même après un vomissement important. Le médecin doit être avisé si le détenu est vu en train de vomir sa dose de méthadone pour la deuxième journée consécutive. Pour réduire le risque de vomissement, on peut demander au patient d'ingérer la dose par petites gorgées ou lui administrer un antiémétique. Par conséquent, si on a vu le détenu vomir, pour la deuxième journée consécutive, sa dose de méthadone moins de 15 minutes après l'avoir ingérée, le remplacement de la dose complète la deuxième journée peut entraîner une surdose.

Si le détenu rencontre les critères de remplacement d'une dose complète ou partielle après avoir vomi en présence d'un témoin, mais que la dose de méthadone n'est pas disponible sur place, le médecin doit être contacté pour déterminer la ligne de conduite à adopter.

On devrait prendre note des déclarations répétées de doses vomies et en discuter avec le détenu durant la réunion de l'EITM.

### **Interruptions prévues du traitement**

**Nota : Toute modification apportée au dosage de méthadone *doit* être prescrite par le médecin de l'établissement.**

Lorsqu'il est nécessaire d'interrompre temporairement le traitement d'entretien à la méthadone par voie orale (ex. le patient ne peut ingérer de médicaments par la bouche après une intervention chirurgicale), on doit prévoir et prévenir le sevrage du patient, grâce notamment à l'administration parentérale d'un autre opiacé adéquat qui préviendra les symptômes de sevrage.

### **Arrêts volontaires de traitement**

**Nota : Toute modification apportée au dosage de méthadone *doit* être prescrite par le médecin de l'établissement.**

Lorsqu'un détenu choisit d'abandonner le traitement, le sevrage est déterminé par le médecin et le patient traité. Le sevrage volontaire doit être fait graduellement afin d'empêcher une rechute. Le sevrage devrait, en règle générale, correspondre à une réduction maximale de 10 % de la dose aux cinq à dix jours. Les détenus devraient être informés du risque de rechute et du fait que la dose peut être augmentée de nouveau s'ils le veulent. Durant un arrêt volontaire, un patient « stable » traité à la méthadone sera désigné comme « non-stable », et cet état sera indiqué dans le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*. En général, on peut procéder à une réduction importante des doses au début de l'arrêt du traitement, mais il convient souvent de limiter cette réduction au cours du dernier 20–30% du processus. En raison de la longue demi-vie d'élimination, les symptômes de sevrage se manifesteront que de 7 à 14 jours après la réduction de la dose.

## Arrêts involontaires de traitement

**Nota : Toute modification apportée au dosage de méthadone doit être prescrite par le médecin de l'établissement.**

On *doit envisager* de cesser graduellement le traitement contre la volonté du patient si des séances de counselling répétées pour les problèmes suivants se sont révélées infructueuses :

- refus ou défaut de fournir un échantillon d'urine pour le dépistage de drogues
- défaut de se rendre aux rendez-vous du médecin
- détournement de la méthadone (vente illicite ou défaut d'ingérer), selon plusieurs analyses d'urine révélant l'absence de métabolites de la méthadone
- falsification d'échantillons d'urine par quelque moyen que ce soit.

La liste ci-dessus n'est pas considérée comme exhaustive.

Le sevrage graduel du TEM contre la volonté du patient *sera entrepris immédiatement* dans les cas suivants :

- le patient menace la sécurité ou le bien-être d'un membre du personnel ou se livre à d'autres formes d'intimidation, incluant un employé lié de près ou de loin au TEM, le personnel de la sécurité, du Centre de soins ou un patient traité à la méthadone;
- il a un comportement perturbateur (incitation à la mutinerie, jurons, cris, destruction de biens, etc.) dans tout secteur directement lié au TEM;
- il fait preuve d'un comportement violent à l'égard d'un membre du personnel, d'un autre patient traité à la méthadone ou d'une autre personne directement liée d'une façon ou d'une autre au TEM.

(Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2001)

Le sevrage graduel doit être humain; cependant, le TEM ne doit pas se poursuivre pendant une période de temps prolongée. Tous les services de soutien accessibles (ex. psychologie, counselling relatif à la prévention de rechutes) doivent être offerts au détenu, et ses symptômes de sevrage doivent être pris en charge sur le plan clinique.



## Doses à emporter / Mesures temporaires

Les doses de méthadone à emporter **ne doivent jamais être accessibles** aux détenus incarcérés dans les établissements du SCC.

**Tableau 10 : Accès à la méthadone durant les permissions de sortir (voir détails plus bas)**

Emplacement du détenu	Doses lors des permissions de sortir
CCC et ERC	Le détenu se rend quotidiennement dans une pharmacie ou une clinique communautaire.
PSSE et circonstances suivantes : - proximité d'un établissement du SCC - absence de fournisseur de TEM dans la collectivité - PSSE ou placement à l'extérieur avec un accès restreint à la collectivité	Le CCC peut utiliser les Services de santé d'un établissement du SCC.
PSSE PSAE <i>pour une nuit</i>	Le détenu va chercher sa dose dans une pharmacie située près du lieu de PSSE/PSAE.
PSAE <i>d'une journée</i>	Le détenu doit recevoir sa dose avant de quitter l'établissement.
Placements à l'extérieur, le détenu réside dans la collectivité (à l'exception des placements « hors clôture »)	Le détenu se rend à une clinique pour obtenir une ordonnance et se rend quotidiennement à une clinique/pharmacie pour prendre sa méthadone.
Unités de visites familiales privées	Le détenu est escorté quotidiennement aux Services de santé.
En libération conditionnelle, confié aux soins d'une clinique de TEM dans la collectivité	Le détenu reçoit la méthadone selon les directives de la clinique dans la collectivité
Hôpital communautaire	Il est possible de fournir à la pharmacie d'un hôpital communautaire des doses uniques dans certaines conditions (voir ci-dessous : « Transfèrement d'un détenu dans un hôpital communautaire ».)

### Transfèrement d'un détenu dans un centre correctionnel provincial

Les détenus doivent parfois retourner dans un centre correctionnel provincial pour assister à un procès ou y passer la nuit durant le processus de transfèrement.

Le **personnel infirmier** doit informer les Services de santé du centre correctionnel provincial de la date du transfèrement aussitôt qu'elle est connue. Le **personnel infirmier** doit télécopier la dernière Note d'observations remplie par le médecin et une copie du *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)* aux Services de santé du centre correctionnel provincial. On devrait répondre à toute autre demande de l'établissement d'accueil dans la mesure du possible.

Le jour du transfèrement, les deux établissements **doivent savoir** si le détenu a reçu sa dose de méthadone ce jour-là, ainsi que l'heure habituelle où il doit la prendre. Si un détenu reçoit habituellement sa dose de méthadone tous les jours à 7 h 30, et que la distribution quotidienne de méthadone de l'établissement d'accueil a lieu à 16 h 30, il pourrait falloir modifier

graduellement l'heure d'administration de la méthadone du détenu afin de prévenir l'anxiété et la perception d'un sevrage. On devrait discuter de ces modifications avec l'établissement d'accueil avant le transfèrement.

Il ne devrait pas être nécessaire d'envoyer des doses de méthadone durant le transfèrement si le processus ci-dessus est respecté. Dans le cas contraire, le processus suivant devrait être suivi.

### **Transfèrement d'un détenu dans un autre établissement du SCC**

Les doses de méthadone à emporter ne doivent jamais être accessibles aux détenus incarcérés dans les établissements du SCC.

Toutefois, dans des circonstances particulières, les doses de méthadone peuvent être transférées entre les établissements du SCC s'il y a lieu, c.-à-d. au cours de transfèrements imprévus de détenus pour des raisons médicales ou de sécurité. Ces doses doivent accompagner le dossier médical afin de pouvoir démontrer la continuité du traitement. L'établissement d'accueil doit répondre par écrit à l'établissement d'origine en indiquant le nombre de doses de méthadone qu'il a reçues. Cette documentation devrait être placée avec le registre de contrôle des stupéfiants correspondant.

**Le personnel infirmier** doit informer l'établissement d'accueil de la date de transfèrement du détenu aussitôt qu'elle est connue. L'établissement d'accueil en informera alors la pharmacie. Si la pharmacie reste la même, **le personnel infirmier** peut informer la pharmacie.

**Le personnel infirmier** doit télécopier la dernière Note au dossier (indiquant la posologie) remplie par le médecin, ainsi qu'une copie du *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)* aux Services de santé de l'établissement d'accueil. **Le personnel infirmier** devrait communiquer avec la pharmacie d'accueil pour l'aviser du transfèrement et s'informer des renseignements dont celle-ci a besoin.

Le jour du transfèrement, **le personnel infirmier** doit indiquer clairement à l'établissement d'accueil si le détenu a reçu sa dose de méthadone ce jour-là, ainsi que l'heure habituelle où il la prend. Si un détenu reçoit habituellement sa dose de méthadone tous les jours à 7 h 30, et que la distribution quotidienne de méthadone de l'établissement d'accueil a lieu à 16 h 30, il pourrait falloir modifier graduellement l'heure d'administration de la méthadone du détenu afin de prévenir l'anxiété et la perception d'un sevrage.

Si on prévoit le transfèrement interrégional d'un détenu (c.-à-d. d'une durée toute une journée), l'établissement d'origine devrait commencer à **modifier graduellement l'heure** d'administration de la méthadone durant les jours précédant le transfèrement. Le détenu devrait prendre sa dose de méthadone avant de quitter l'établissement le jour du transfèrement interrégional.

### **Transfèrement dans un CCC ou un ERC à la mise en liberté**

Les délinquants qui résident dans un centre correctionnel communautaire (CCC) ou dans un établissement communautaire résidentiel (ERC), ne peuvent pas emporter des doses.

Le SCC est responsable de s'assurer que tous les services de santé essentiels sont offerts aux délinquants qui résident dans un centre correctionnel communautaire. Or, la plupart des CCC **ne sont pas dotés de cliniques** qui offrent de la méthadone. Les délinquants résidant dans un CCC qui n'a pas de TEM internes et la plupart de ceux qui séjournent dans un centre résidentiel communautaire (CRC) recevront la méthadone dans les cliniques/pharmacies communautaires qui offrent ce traitement. Le cas échéant, l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité doit rester en contact avec la clinique communautaire ou la pharmacie et consigner, s'il y a lieu, les progrès réalisés par le détenu dans une Note de service au SGD.

Note au dossier du SGD : Au moment d'inscrire une note de service au SGD au sujet du TEM, prière d'inscrire « MÉTH » comme premier mot de la case "sujet" suivit immédiatement par l'année et le mois. Par exemple, "MÉTH0310" indique que la note de service fut écrite en octobre 2003. Il est ainsi plus facile de repérer les notes liées à la méthadone.

On s'attend à ce que les centres correctionnels communautaires **dotés d'une clinique** qui offre de la méthadone fassent appliquer l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)* et qu'ils tiennent à jour le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.

Dans des circonstances particulières (proximité d'un établissement du SCC, impossibilité de trouver un fournisseur communautaire de TEM pour un détenu qui bénéficie d'une PSSE ou d'un placement à l'extérieur avec un accès restreint à la collectivité), un CCC peut avoir recours aux Services de santé d'un établissement du SCC. Dans ces rares cas, l'**agent de libération conditionnelle en établissement** doit prendre à l'avance des dispositions à cet égard. L'**agent de libération conditionnelle dans la collectivité** prendra des dispositions pour former une équipe communautaire d'intervention pour le TEM.

### **Libération conditionnelle — Suivi par la collectivité**

Si un détenu est en libération conditionnelle dans la collectivité, mais qu'il ne réside pas dans un CCC ou un établissement communautaire résidentiel et qu'il a été confié aux soins par une clinique de TEM dans la collectivité, il peut recevoir des doses à emporter sous la supervision de la clinique de méthadone communautaire.

### **Permissions de sortir sans escorte (PSSE)**

Lorsqu'on évalue les risques reliés à une permission de sortir avec ou sans escorte ou à un placement à l'extérieur, on doit tenir compte de l'**accessibilité de la méthadone** dans la collectivité et du risque d'interruption du traitement durant la PSAE/PSSE ou le placement à l'extérieur.

Dans des circonstances particulières (proximité d'un établissement du SCC, absence de fournisseurs de TEM dans la collectivité, détenus à qui on a accordé une PSSE ou à qui on a autorisé un placement à l'extérieur avec un accès restreint à la collectivité, etc.), un CCC peut utiliser les Services de santé d'un établissement du SCC. Dans ces rares occasions, l'**agent de libération conditionnelle en établissement** devra prendre à l'avance les dispositions voulues.

Si un détenu obtient une PSSE, le **personnel infirmier** et l'**agent de libération conditionnelle**

**de l'établissement** doivent communiquer avec la pharmacie de la région où le détenu est autorisé à sortir et prendre des dispositions pour que ce dernier puisse aller y chercher sa dose de méthadone quotidienne. On doit aviser à l'avance le détenu d'apporter une pièce d'identité avec photo, sans quoi le pharmacien peut refuser de lui fournir la méthadone. Le pharmacien doit voir le détenu prendre sa méthadone et inscrire cette information conformément à la procédure prévue dans les règlements de la province régissant l'administration des stupéfiants. On doit demander à l'avance ce dont on a besoin à la pharmacie afin qu'elle puisse fournir la méthadone et communiquer ces demandes au détenu.

Si le **personnel infirmier** et l'**agent de libération conditionnelle** sont incapables de trouver une pharmacie dans la région immédiate de la PSSE, on doit informer le détenu et lui donner le choix de bénéficier de sa PSSE sans méthadone si cela ne risque pas d'annuler sa permission.

### **Transfèrement d'un détenu dans un hôpital communautaire**

Si un détenu traité à la méthadone est transféré dans un hôpital communautaire pour y être hospitalisé ou recevoir des soins en consultation externe, le **personnel infirmier** doit joindre la *Lettre concernant l'analgésie d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-08)* aux autres documents de transfèrement. Cette pratique permettra d'assurer la continuité des soins et fournit à l'hôpital communautaire le nom d'une personne-ressource s'il a des questions.

Certaines pharmacies des hôpitaux communautaires ne fournissent pas de méthadone aux patients hospitalisés. Chaque établissement devrait savoir à l'avance si des doses de méthadone doivent accompagner le détenu dans l'hôpital communautaire, et on doit prendre les dispositions nécessaires s'il faut d'autres doses. Le cas échéant, le **médecin de l'établissement** doit communiquer avec le médecin du détenu à l'hôpital communautaire afin de déterminer l'état de ce dernier et son profil pharmaceutique pour établir les modifications de doses nécessaires. On devrait demander à l'hôpital communautaire de faire parvenir aux Services de santé de l'établissement un préavis de 24 heures avant de donner son congé au patient. Cela permettra d'aviser l'hôpital régional du SCC (s'il y a lieu) ou d'assurer la continuité des soins dans l'établissement d'origine.

### **Permissions de sortir avec escorte (PSAE)**

Si un détenu obtient une PSAE d'**une journée** pour assister à un procès ou se rendre à un rendez-vous médical à l'extérieur, par exemple, la dose de méthadone devrait lui être fournie avant qu'il ne quitte l'établissement afin que la période entre les doses n'excède pas 24 heures. Le **médecin de l'établissement** devrait être consulté si la dose de méthadone doit être administrée plus de quatre heures avant ou après l'heure de la dose habituelle.

Si un détenu obtient une PSAE **pour une nuit**, on doit prendre les mêmes dispositions auprès d'une pharmacie de la région visée par la PSAE. On ne doit pas demander aux escortes de sécurité et aux autres escortes de transporter ou d'administrer de la méthadone.

Si le détenu a un rendez-vous médical et qu'un analgésique peut lui être prescrit, le **personnel infirmier** doit joindre la *Lettre concernant l'analgésie d'un détenu traité à la méthadone (CSC/SCC 1260-08)* aux autres documents.

## Placements à l'extérieur

Les placements à l'extérieur (à l'exception des placements « hors clôture ») des détenus sur le TEM peuvent être compliqués par l'absence d'instructions spécifiques à propos de la décision relative aux placements et (ou) du certificat de mise en liberté. Même s'il vit dans la collectivité, le détenu demeure sous l'autorité de l'établissement. Il est donc essentiel d'indiquer aux commentaires du décideur (directeur, directeur adjoint) et au certificat de mise en liberté que le détenu peut avoir à se rendre à une clinique pour obtenir une ordonnance. Il aura aussi à se rendre quotidiennement à une clinique/pharmacie pour prendre sa méthadone. Normalement, pour respecter cette exigence, une trousse de PSAE distincte est préparée (par l'**agent de libération conditionnelle**), afin que le détenu puisse se rendre à ses rendez-vous à la clinique et à la pharmacie, dans la demande de mise en liberté, la préparation du cas et la décision.

Si les renseignements sur le placement à l'extérieur ne mentionnent pas cette option, il est pratiquement impossible pour les détenus d'obtenir de la méthadone, puisque le CCC/l'établissement communautaire résidentiel responsable de le superviser n'a pas l'autorisation légale de l'escorter à l'extérieur pour des raisons qui ne sont pas associées au plan de mise en liberté spécifique. On ne devrait pas présenter au décideur (directeur/directeur adjoint) une demande de placement à l'extérieur qui ne contient pas une disposition distincte concernant l'accès à la méthadone.

## Unités de visites familiales privées (UVFP)

On ne fournira pas de doses de méthadone à un détenu qui doit résider dans une unité de visites familiales privées durant la nuit. Le détenu doit être escorté quotidiennement aux Services de santé de l'établissement à l'heure indiquée afin de prendre sa dose de méthadone.

Les visiteurs traités à la méthadone et qui résideront dans l'unité de visites familiales privées durant la nuit doivent conserver leurs doses de méthadone dans un meuble verrouillé à l'extérieur de l'UVFP. Le personnel des visites et de la correspondance donnera aux visiteurs un accès quotidien au meuble verrouillé à l'heure fixée de leurs doses. Il est recommandé que le visiteur range les doses de méthadone dans le meuble, qu'on lui remette la clé du meuble par la suite et que cette clé soit retournée après la visite. Toutes les doses doivent être contenues dans un récipient avec capsules de sécurité intactes. Le personnel des visites et de la correspondance doit alerter les Services de santé immédiatement s'il a quelque préoccupation que ce soit.

## **Section E : Dépistage de drogues dans l'urine**

## Section E : Dépistage de drogues dans l'urine

---

Les résultats des tests de dépistage de drogues dans l'urine fournissent des renseignements précieux et peuvent être utilisés pour :

- documenter la consommation de drogues au départ et les périodes d'abstinence;
- vérifier la consommation de drogues déclarée par le patient;
- vérifier si le patient traité à la méthadone ingère la méthadone;
- contribuer à établir la stabilité fonctionnelle;
- réduire au minimum les interactions médicamenteuses possibles;
- modifier la dose de méthadone;
- réévaluer les objectifs du traitement;
- modifier le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.

(Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2001)

### Analyses de toxicologie générale

Dans le cadre de l'Évaluation médicale en vue d'une initiation au TEM, deux échantillons d'urine prélevés de façon aléatoire doivent faire l'objet d'analyses de toxicologie générale. Il est important d'expliquer au détenu qu'il n'est pas nécessaire que les tests révèlent la présence d'opiacés pour qu'il soit admissible au TEM. En milieu correctionnel, les détenus qui ont antécédents révélant une courbe de dépendance à long terme et un risque élevé de rechute peuvent commencer un traitement à la méthadone même s'ils n'ont pas une consommation active. Les tests de toxicologie générale fournissent au médecin et à l'EITM davantage de renseignements que les tests habituels de dépistage de cocaïne, d'opiacés, de métabolites de la méthadone et de benzodiazépines. Le médecin peut à tout moment ordonner à sa discrétion le prélèvement d'échantillons d'urine afin qu'ils fassent l'objet de tests de toxicologie générale.

### Dépistage habituel de drogues dans l'urine

- ① Voir aussi le tableau 8 : Lignes directrices pour le personnel infirmier sur la collecte des échantillons d'urine habituels du TEM.

#### Horaire

- ① Voir aussi les lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables » à la section B.

La fréquence des analyses d'urine aléatoires aux fins de dépistage de cocaïne, d'opiacés, de métabolites de la méthadone et de benzodiazépines est définie selon la stabilité du patient au TEM qu'il soit classé « stable » ou « non stable ».

**Durant les trois premiers mois** du TEM (que le détenu ait commencé un TEM avant son admission au SCC ou au sein de l'établissement du SCC), des tests de dépistage de drogues dans

l'urine doivent être effectués de façon aléatoire *deux fois par semaine*.

**Après les trois premiers mois** du TEM, le patient non stable traité à la méthadone doit subir des tests de dépistage aléatoires *toutes les semaines ou toutes les deux semaines*. Cette décision, qui est prise par l'EITM, est déterminée selon la raison pour laquelle le détenu est considéré comme non stable.

Par exemple, si le détenu est classé non stable en raison d'une analyse d'urine positive, l'EITM peut décider de poursuivre les analyses d'urine *toutes les semaines*.

Par contre, s'il est classé non stable pour une raison autre que l'analyse d'urine, et que les derniers tests se sont révélés négatifs, l'EITM peut décider de lui faire subir une analyse d'urine aléatoire *toutes les deux semaines*.

**Une fois que le détenu est classé « stable »**, il convient d'effectuer un test de dépistage des urine de cocaïne, d'opiacés, de métabolites de la méthadone et de benzodiazépines de façon aléatoire *toutes les deux semaines*.

### **Tests à l'aide d'une trousse et tests en laboratoire**

S'il n'y a pas d'offre à commandes nationales pour les trousse de dépistage de drogues, il incombe à l'établissement et/ou à la région de déterminer si les tests habituels seront effectués en laboratoire ou sur place, à l'aide d'une trousse de dépistage de drogues dans l'urine.

S'il y a une offre à commandes nationales pour les trousse de dépistage de drogues, ces trousse ne doivent être utilisées que pour le dépistage sur place. Les analyses de toxicologie générale doivent s'effectuer en laboratoire.

Si une trousse de dépistage de drogues dans l'urine est utilisée sur place pour le dépistage de cocaïne, d'opiacés, de métabolites de la méthadone et de benzodiazépines, elle doit être fiable, et des relevés incontestables doivent être conservés dans le dossier médical de dépistage de drogue dans l'urine du détenu. Les résultats, identifiés sur la trousse, doivent être photocopiés (placez la trousse dans un petit sac de plastique transparent pour photocopier), signés et datés par l'infirmière.

Il est à noter que les tribunaux considèrent que les trousse de dépistage de drogues ne sont pas suffisamment fiables pour avoir un impact sérieux sur le droit à la liberté. Les fabricants et distributeurs affirment que ces trousse ont un taux d'exactitude élevé; cependant, ces affirmations sont fondées sur des conditions optimales qu'on ne retrouve pas dans un environnement du SCC. Les trousse sont suffisamment fiables et exactes pour le suivi des patients traités à la méthadone.



## Résultats des tests de toxicologie générale et des analyses d'urine effectuées de façon aléatoire

### Consentement et utilisation des résultats

**Nota : Tous les tests de dépistage de drogues dans l'urine effectués dans le cadre du TEM au sein du SCC, qu'ils aient été effectués à l'aide de la trousse ou dans un laboratoire médical externe, ne sont en aucun cas reliés aux programmes d'analyse d'urine à des fins sécuritaires du SCC et aux processus de dépistage officiels de son laboratoire.**

Les résultats de tous les tests de dépistage de drogues dans l'urine, qu'il s'agisse d'analyses de toxicologie générale ou de tests habituels, effectués dans le cadre du TEM sont versés au dossier médical du détenu. En signant l'*Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*, le détenu/délinquant consent à ce que les résultats de ses analyses d'urine effectuées dans le cadre du TEM soient transmis aux **membres de l'EITM**.

Tous les membres de l'EITM utilisent les résultats pour conseiller et soutenir le détenu qui s'est engagé à s'abstenir de consommer et pour modifier le *Plan de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03)*.

Comme pour tous les renseignements médicaux relatifs au TEM transmis à l'EITM, les informations ne peuvent être transmises à l'extérieur de l'EITM sans une *autorisation de divulgation* de renseignements signée par le détenu/délinquant, ni être utilisées à des fins autres que celles du TEM.

Les résultats des tests de dépistage de drogues dans l'urine obtenus dans le cadre du Programme de TEM ne peuvent être transmis sans le consentement du détenu (délinquant) que dans les cas suivants :

- pour protéger la santé ou la sécurité du détenu/délinquant ou celles d'une autre personne;
- lorsque la divulgation des résultats est requise et autorisée en vertu d'une loi ou de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Le détenu/délinquant doit être informé de la divulgation de ces renseignements. S'il croit que cette divulgation était inappropriée, il a le droit de la contester par le truchement des recours appropriés.

Les résultats des tests de dépistage de drogues dans l'urine effectués dans le cadre du PTEM ne peuvent servir à des fins disciplinaires. Les **agents de libération conditionnelle dans la collectivité** doivent s'assurer que les résultats des tests de dépistage obtenus du fournisseur de méthadone communautaire et transmis à l'EITM communautaire du SCC **ne servent qu'à** modifier la fréquence de leur interaction avec le délinquant ou à cerner d'autres besoins en matière de programmes ou de counselling.

### Résultats positifs

Le TEM du Service correctionnel du Canada n'est pas un traitement axé sur l'abstinence. Un test

positif de dépistage de drogues dans l'urine ne se soldera pas immédiatement par l'arrêt graduel du TEM.

Chaque EITM de l'établissement doit déterminer, *au cas par cas*, pendant combien de temps des analyses d'urine positives seront permises malgré des séances de counselling continues avant que la motivation du détenu et son engagement envers le PTEM ne soient réévalués. On tiendra compte de la fonctionnalité du détenu et de l'évolution globale de son TEM lorsqu'il s'agira de déterminer si on doit mettre fin à son traitement pour consommation fréquente de drogues illicites.

### **Résultats contestés**

Si un membre de l'EITM (habituellement le détenu) conteste vivement le résultat d'une analyse d'urine effectuée dans un laboratoire, on peut communiquer avec ce dernier pour lui demander de procéder à un test de confirmation.

## **Section F : Intervention en matière de toxicomanie**

## Section F : Intervention en matière de toxicomanie

---

- ① Voir aussi l'annexe H : Compétences des fournisseurs du programme d'intervention en matière de toxicomanie du TEM
- ① Voir aussi la description du rôle de l'agent de programmes correctionnels en *établissement* et de l'agent de programmes correctionnels *dans la collectivité* à la section C : Responsabilités spécifiques des membres de l'EITM.

### Contexte

Une intervention de qualité en matière de traitement de la toxicomanie est un élément essentiel au succès du TEM. L'**objectif** de cette intervention est d'aider le détenu à régler les problèmes touchant divers aspects de sa vie, ce qui n'était pas possible lorsqu'il consommait activement de l'héroïne ou d'autre opiacés. Une fois qu'on a répondu aux besoins physiques du détenu grâce au titrage approprié de la méthadone, ces séances d'intervention visent à répondre aux besoins psychologiques et sociaux du détenu, afin qu'il puisse apprendre à affronter la vie sans consommer d'héroïne ou d'autres opiacés.

Une fois que le détenu a été accepté au traitement d'entretien à la méthadone (TEM), il rencontre l'agent de programmes correctionnels en vue d'établir un *Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)* précis. Ce plan établit les aspects spécifiques que le détenu abordera au cours des séances d'intervention et doit être tenu à jour tout au long du TEM.

**Il est à noter que le détenu peut avoir besoin d'une période de stabilisation (probablement de plusieurs mois) avant d'entreprendre les programmes pour toxicomanes. Durant cette période, l'agent de programmes correctionnels devrait se maintenir en communication avec le détenu.**

De plus, le détenu est censé faire l'objet d'une intervention régulière en matière de traitement de la toxicomanie, intervention qui peut prendre la forme :

- de séances de suivi en groupe;
- de rendez-vous individuels;
- d'une combinaison des deux.

Les lignes directrices suivantes reflètent le contenu et le processus du programme d'intervention en matière de traitement de la toxicomanie du SCC et peuvent servir de guide quant à l'établissement et au suivi du *Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)*.

**Tableau 11 : Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie**

<b>Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie</b>	
<b>Objectifs de l'intervention</b>	<p>Aider le détenu à respecter l'<i>Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)</i>, <b>l'encourager et l'aider à vivre sans drogues.</b></p> <p>Améliorer ses possibilités de succès en lui procurant les aptitudes et connaissances nécessaires pour répondre à ses besoins.</p>
Principal objectif	<p>Le principal objectif du programme d'intervention est de répondre aux besoins immédiats et à long terme du détenu, afin qu'il devienne stable dans chacun des aspects de sa vie.</p> <p>Même si le programme d'intervention ne vise pas nécessairement à permettre au détenu d'évoluer au point de vouloir de son propre chef cesser le TEM, l'agent de programmes devrait se préparer à faire face à une telle situation si elle survient.</p>
Taille du groupe	<p>Conformément aux normes des autres programmes de base, la <b>taille maximale du groupe est de dix personnes.</b></p> <p><b>Si le nombre de détenus qui participent au TEM est supérieur à dix</b>, il est recommandé que l'établissement tienne plusieurs séances de groupe par semaine afin de ne pas dépasser le nombre maximal de participants.</p> <p>On encourage <b>les établissements où le nombre de détenus n'est pas suffisant</b> pour tenir des séances de groupe (ex. moins de quatre participants au TEM) à participer aux séances de suivi du programme Choix ou du PPT si les détenus répondent aux critères de ces groupes. Ils devront toutefois suivre des séances supplémentaires, au besoin, pour se pencher sur les questions reliées au traitement à la méthadone. Une solution de rechange consiste à tenir des séances individuelles.</p>
Séances d'intervention individuelles	<p><b>Si la situation l'exige</b>, on peut tenir des séances d'intervention individuelles, par exemple si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des séances doivent être ajoutées aux séances hebdomadaires;</li> <li>• des problèmes immédiats surviennent et doivent être réglés avant la séance de groupe suivante;</li> <li>• l'établissement n'a pas un nombre suffisant de participants au TEM pour tenir des séances de groupe.</li> </ul> <p><b>Cependant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les séances individuelles ne remplacent pas les séances de groupe hebdomadaires;</li> <li>• les séances individuelles devraient respecter les mêmes lignes directrices concernant le processus et le contenu mentionnées dans le présent document;</li> <li>• il est recommandé d'avoir recours à des séances de groupe dans la mesure du possible et de réduire au minimum l'utilisation des séances individuelles.</li> </ul>

---

## Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie (suite)

---

Fréquence des séances	<p>① Voir le paragraphe ci-dessous sur la fréquence des séances.</p> <p>① Voir aussi les Lignes directrices pour le suivi des patients « stables » et « non stables » à la section B.</p>
Contenu des séances	<p>Les séances du TEM peuvent prendre une plus grande ampleur que d'autres séances d'entretien (PTE-Choix).</p>
<i>Approche de l'animateur</i>	<p>L'animateur doit adapter le contenu et l'approche des séances au degré de connaissance du participant et à ses expériences précédentes en matière de programme.</p> <p>L'objectif est de répondre aux besoins spécifiques des détenus au début de TEM et durant la phase de stabilisation, de mettre l'accent sur l'amélioration de chacun des aspects de leur vie et de soutenir leur réintégration.</p>
<i>Aptitudes et sujets recommandés</i>	<p>Voici des sujets ou aptitudes que l'agent de programmes correctionnels devrait examiner lorsqu'il prépare le contenu structuré de chacune des séances d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les renseignements sur la méthadone et ses effets secondaires courants;</li><li>• les mythes relatifs à la méthadone;</li><li>• les « stigmates » qu'entraîne le traitement à la méthadone;</li><li>• les défis que représente le TEM;</li><li>• les situations à risque spécifiques (actuelles et futures);</li><li>• les stratégies de résolution de problèmes (à l'aide de scénarios courants et concrets);</li><li>• les techniques cognitives (déterminer les modèles de pensée destructeurs et gérer les émotions à l'aide de techniques de raisonnement) ainsi que...</li><li>• les techniques comportementales afin d'améliorer la capacité du détenu de gérer efficacement les émotions déplaisantes, l'inconfort physique, les émotions plaisantes, la maîtrise de soi, les fortes envies et les tentations, les conflits avec les autres, la pression exercée par les autres et les bons moments passés avec les autres;</li><li>• le cycle criminel du détenu et sa relation avec la consommation de drogues;</li><li>• les écarts par opposition aux rechutes;</li><li>• les stratégies de prévention des rechutes;</li><li>• les stratégies de prise en charge des rechutes;</li><li>• l'aide postpénale;</li><li>• la planification des aspects de la vie (consommation de drogues, travail/études, relations, santé et condition physique, loisirs...);</li><li>• les stratégies de maîtrise de la douleur;</li><li>• la relaxation et la maîtrise du stress.</li></ul>

## Structure des séances de suivi individuelles ou en groupe

Les séances d'intervention sont structurées à peu près de la même façon que les séances de suivi du PPT et du programme CHOIX. Chaque séance d'intervention doit être dirigée d'une façon intéressante et interactive.

1. **Entrée en matière** (présences, rétablissement des rapports).
2. **Problèmes actuels** : Explorer la façon dont les détenus ont réussi à s'adapter depuis la séance précédente et déterminer les problèmes qui ont émergé depuis ce temps. L'agent de programmes doit être prêt à aborder tous les problèmes; dans la plupart des cas, il devra prendre des décisions équilibrées et avoir recours à des techniques de résolution des problèmes et d'entrevue motivationnelle pour aider le détenu à répondre à ses préoccupations immédiates et à régler les problèmes qui peuvent avoir un impact sur le succès de son traitement ou le respect de son *Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05)*.
3. **Exercice/plan de leçon préparé** : En se fondant sur les besoins déterminés par le détenu et les progrès qu'il a réalisés, l'agent de programmes prépare à l'avance un exercice ou un plan de leçon spécifique (voir la section « Contenu » du tableau 11 : Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie).
4. **Explorer d'autres problèmes** actuels ou futurs auxquels les détenus peuvent faire face entre la séance actuelle et la prochaine séance, et, s'il y a lieu, les aider à élaborer un plan d'action.
5. **Établir des objectifs** et (ou) tâches spécifiques que le détenu devra réaliser avant la séance suivante.
6. **Récapituler.**

## Fréquence des séances d'intervention en matière de toxicomanie

Les détenus traités à la méthadone ne sont pas tous identiques —certains auront besoin des interventions fréquentes et une supervision étroite, alors qu'il n'en va pas de même pour d'autres. Ces différences peuvent être fondées sur un certain nombre de variables comme la période de participation du détenu au programme, son degré de stabilité, les résultats des tests de dépistage de drogues dans l'urine, son engagement à respecter son plan correctionnel et les progrès qu'il a réalisés dans la résolution de ses problèmes.

Conformément au principe selon lequel l'intervention appropriée est dictée par le besoin, les lignes directrices suivantes visent à maximiser les services offerts à chaque détenu et à aider l'agent de programmes à déterminer quels détenus ont le plus besoin d'une mesure d'intervention. Cette « approche en cascade » à l'égard des détenus comporte trois volets : fréquence élevée, fréquence modérée et fréquence peu élevée. Elle devrait maximiser l'efficacité et l'efficacité du programme, tant pour les détenus que pour les agents de programmes.

## **Changements de fréquence**

Il est absolument essentiel que tous les employés surveillent étroitement chaque détenu. Selon l'attitude et le comportement de ce dernier et les circonstances, la fréquence des séances du détenu fluctuera. Par exemple, un détenu qui fait partie de la catégorie « fréquence modérée » peut être tenu d'assister à des séances d'intervention plus fréquemment si son comportement l'exige. Cependant, si le comportement observé se stabilise, la fréquence de ses séances sera réduite. La fréquence des séances du détenu devrait être examinée à chaque réunion de l'EITM.

### **Fréquence élevée : Présence minimale d'une fois par semaine**

Les détenus qui ont besoin d'une fréquence élevée sont ceux qui :

- commencent le TEM et dont la dose n'est pas encore stabilisée;
- participent au TEM depuis moins que trois mois;
- ont un comportement risqué et (ou) qui se détériore (analyse d'urine positive, non-respect de l'entente de participation au TEM, comportement perturbateur);
- ne s'intéressent qu'à « obtenir un toit et de la méthadone » et ne veulent pas suivre leur plan correctionnel;
- possèdent des renseignements limités sur la méthadone, son objectif et ses effets secondaires;
- ont manifestement besoin d'améliorer leurs aptitudes.

### **Fréquence modérée : Présence minimale aux deux semaines**

Les détenus qui exigent une fréquence modérée sont ceux qui :

- participent au TEM depuis plus de trois mois;
- prennent une dose stabilisée;
- présentent encore quelques symptômes d'un comportement risqué ou qui se détériore;
- résistent encore un peu aux séances d'intervention.

### **Fréquence peu élevée : Présence minimale d'une fois par mois**

Les détenus qui exigent une fréquence peu élevée sont ceux qui :

- participent au TEM depuis au moins six mois;
- ne présentent pratiquement pas de symptômes d'un comportement risqué ou qui se détériore ou aucun symptôme;
- suivent leur plan correctionnel;
- réalisent des progrès dans les divers aspects de leur vie;
- sont classés comme « stables » par l'EITM et font l'objet d'un suivi conformément aux Lignes directrices pour le suivi des patients stables des présentes lignes directrices.



**Tableau 12 : Notes sur le *Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)***

Notes à l'intention de l'agent de programmes correctionnels sur le <i>Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)</i> (appelé ci-dessous le <i>Plan de traitement</i> )	
<b>Objet</b>	<p>Le <i>Plan de traitement</i> fournit au détenu un objectif précis en matière de traitement et aide l'agent de programmes à déterminer le contenu qui devra être préparé et exécuté durant chaque séance d'intervention.</p> <p>Le <i>Plan de traitement</i> est dynamique et change selon les besoins du détenu.</p>
Formulation du <i>Plan de traitement</i>	<p>Après la conférence de cas initiale, l'agent de programmes correctionnels et le détenu examinent les besoins de ce dernier relevé dans le cadre du processus d'évaluation de la toxicomanie, ainsi que les options énumérées dans le <i>Plan de traitement</i>.</p> <p>Chaque option énumérée dans le formulaire représente un secteur clé de la vie du détenu, une situation à risque précise ou une combinaison des deux, fondée sur les catégories de risques énumérées dans la <i>Liste des occasions de consommation de drogues</i>.</p> <p>Chaque option exige l'acquisition d'une compétence d'adaptation par la réflexion ou l'utilisation de compétences. Ces compétences sont compatibles avec celles qu'on retrouve dans la section « Contenu » du tableau 11 : Remarques au sujet de l'intervention en matière de toxicomanie.</p>
<i>Section A</i> (pages 1–2)	<p>Le détenu détermine d'abord les aspects qu'il est intéressé à améliorer. Puis, en se fondant sur ses choix, il détermine les trois principaux aspects qu'il veut d'abord améliorer, attribue une note à sa capacité d'adaptation actuelle et explique les étapes qu'il devra suivre pour améliorer cet aspect.</p> <p>Le formulaire rempli doit être signé par le détenu et l'agent de programmes au <i>début</i> de la période d'évaluation.</p>
<i>Section B</i> (page 3)	<p>Le <i>Sommaire des besoins des participants</i> fait état des trois besoins principaux du détenu à partir de son <i>Plan de traitement</i>, et énumère les compétences requises pour améliorer davantage sa capacité d'adaptation.</p> <p>Il permet de déterminer l'objet des séances d'intervention qui seront menées durant la période d'évaluation.</p> <p>L'agent de programmes correctionnels remplit cette section au <i>début</i> de la période d'évaluation.</p>
<i>Section C</i> (page 4)	<p>Le <i>Sommaire suivant l'évaluation</i> résume les progrès réalisés dans les secteurs relevés au début de la période d'évaluation.</p> <p>L'agent de programmes correctionnels remplit cette section à la <i>fin</i> de la période d'évaluation, soit six mois plus tard.</p>

---

**Notes à l'intention de l'agent de programmes correctionnels sur  
le *Plan de traitement de la toxicomanie —Entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-01)*  
(appelé ci-dessous le *Plan de traitement*) (suite)**

---

Réévaluation du détenant et révision du <i>Plan de traitement</i>	<p>Périodiquement, mais <b>au moins tous les six mois</b>, l'agent de programmes doit revoir le <i>Plan de traitement</i> du détenant.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le détenant et l'agent de programmes correctionnels doivent répéter le processus initial de formulation du plan et déterminer les trois aspects les plus pertinents que le détenant doit améliorer.</li><li>• L'agent remplit également le <i>Sommaire suivant l'évaluation</i>, en attribuant une note aux progrès du détenant depuis la dernière évaluation (assiduité, participation, attitude, etc.).</li><li>• Ces informations doivent être transmises aux autres membres de l'EITM afin de contribuer à la gestion générale du TEM. On doit également, à chaque réunion, donner un bref aperçu des progrès réalisés par le détenant.</li></ul>
Conservation d'un dossier	<p>Après chaque révision du <i>Plan de traitement</i>, l'agent de programmes correctionnels doit en remettre une copie au personnel infirmier afin qu'il la classe dans le dossier médical du détenant. Ce dossier, qui contient les révisions précédentes, est utilisé aux fins de vérification et permettra d'assurer le suivi des progrès du détenant.</p>

# ANNEXES

## Annexe A : Glossaire

**6-MAM** : 6-monoacétylmorphine. La présence de cette substance indique clairement que la personne a consommé de l'héroïne. Ce métabolite ne peut être produit ou provenir d'une autre source. Il ne peut être détecté qu'en utilisant des techniques de confirmation comme la CLHP et le couplage CG-SM.

**ACII** : Agent de correction responsable de l'interaction avec les détenus et de la surveillance des détenus dans l'unité (y compris les ateliers) et des loisirs et du développement social de ces derniers.

**Amphétamines** : Amine sympathomimétique qui a un effet stimulant sur les systèmes nerveux central et périphérique. Elle réduit la tension artérielle systolique et diastolique et le muscle respiratoire, contracte le sphincter de la vessie et fait diminuer l'appétit. La consommation excessive de cette drogue et de ses sels peut entraîner une dépendance, caractérisée par des symptômes allant de la forte dépendance psychique à la tolérance marquée. Un sevrage rapide peut causer une grande fatigue, la dépression et des anomalies à l'électroencéphalogramme.

**Antibiotique quinolone** : Tout groupe d'agents antibactériens synthétiques (ex. Cipro®).

**APR** : Agent de première responsabilité. Cet agent assume le leadership global de l'EITM en coordonnant tous les aspects relatifs à l'administration et à l'assurance de la qualité du TEM au sein de l'établissement.

**A.R.** : système de rappel.

**Benzodiazépines** : Tout groupe de tranquillisants mineurs ayant une structure moléculaire commune et une activité pharmacologique semblable, notamment des effets anxiolytique, sédatif, hypnotique, amnésique, anticonvulsant et relaxant musculaire.

**Benzoylécgonine** : Principal métabolite de la cocaïne. Il est produit par l'hydrolyse de la drogue par extraction de plasma, et sa présence peut être détectée dans le sang à l'aide d'analyses en laboratoire.

**CCC** : Centre correctionnel communautaire. Établissement résidentiel du SCC qui héberge les délinquants sous responsabilité fédérale mis en liberté sous condition dans la collectivité. L'établissement offre des services généraux de counselling et/ou des programmes de suivi et aide les délinquants à réintégrer la collectivité.

**CG-SM** : Technique de chromatographie en phase gazeuse et de spectrométrie de masse. Il s'agit de la méthode la plus précise et coûteuse d'identification sur le marché et nécessite une expertise technique.

**CLHP** : Chromatographie liquide à haute performance.

**CLHP-REMEDI**: Combinaison de la chromatographie avec la spectrophotométrie dans l'ultraviolet.

**Choix** : Programme de traitement, de prévention de la rechute et de suivi dans la collectivité. Programme à faible intensité de lutte contre la toxicomanie axé sur la prévention de la rechute.

**Chronologie du PC** : La chronologie du plan correctionnel établit les étapes et les activités qui se dérouleront durant la peine du délinquant. Les dates d'admissibilité importantes (PSAE, PSSE, semi-liberté, libération conditionnelle totale, etc.) sont automatiquement inscrites dans le SGD afin d'établir un cadre de gestion et de donner de l'information au délinquant.

**CRF/CRC** : Établissement ou centre résidentiel communautaire. Établissement semblable aux CCC sauf qu'il est géré par un organisme privé qui en est le propriétaire et qui a conclu un contrat avec le SCC. Les personnes qui y travaillent ne sont des employés du SCC.

**CTSM** : En 1998, le Centre de toxicomanie et de santé mentale est né de la fusion de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, de l'Institut psychiatrique Clarke, du Donwood Institute et du Queen Street Mental Health Centre.

**Date d'expiration de la peine** : Date à laquelle se termine la peine. Elle représente la date à laquelle la peine imposée par le tribunal prend fin.

**Diarrhée** : Évacuation trop fréquente de selles liquides.

**Dilatation pupillaire** : Dilatation de la pupille, soit l'orifice central sombre de l'iris, dont la taille varie pour régulariser l'intensité de lumière qui atteint la rétine.

**Dossier de soins de santé (au SCC)** : Dossier qui contient les documents relatifs aux soins de santé donnés à un détenu/patient pendant son incarcération.

**EDDP** : 2-éthylidène-1,5-diméthyle-3,3-diphénylpyrrolidine. Principal métabolite de la méthadone trouvé dans l'urine; confirme la conformité au TEM.

**EITM** : Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone. Équipe multidisciplinaire chargée de coordonner l'exécution du traitement d'entretien à la méthadone dans les milieux carcéral et communautaire.

**Épistaxis** : Hémorragie provenant des fosses nasales; aussi appelé saignement de nez.

**Horripilation** : Érection des poils (chair de poule).

**Humeur dysphorique** : Douleur excessive, angoisse, agitation; trouble, nervosité, malaise.

**Indicateur dans le SGD** : La présence de renseignements importants est signalée par un «indicateur». Il faut vérifier périodiquement si l'information est valide, et les entrées qui ne s'appliquent plus doivent être désactivées.

**Indice de gravité des toxicomanies** : L'indice permet d'évaluer la gravité des problèmes de toxicomanie d'une personne dans différents domaines de fonctionnement.

**Infection à l'hépatite C** : Infection du foie causée par le virus de l'hépatite C, qui se propage par contact direct avec le sang d'une personne atteinte.

**Infection à VIH** : Infection au virus de l'immunodéficience humaine et cause du sida (syndrome d'immunodéficience acquis). Le VIH est un rétrovirus et peut se propager par contact sexuel ou par contact direct avec le sang d'une personne atteinte. Il en existe deux types : type 1 (VIH-1) et type 2 (VIH-2).

**Insomnie** : Incapacité de dormir; état d'éveil anormal.

**Larmolement** : Afflux de larmes.

**NIDA-5:** Les cinq catégories de drogues que le **National Institute on Drug Abuse** a établies aux fins de dépistage, soit la cocaïne, les opiacés, les amphétamines, le THC (cannabis), et le PCP (phencyclidine).

**NIDA-8 :** Comprend les benzodiazépines et deux autres opiacés précis en plus des cinq types de drogues précités.

**Note de service au SGD :** Document généré pour noter les progrès réalisés par le délinquant et les activités auxquelles il participe. Généralement créé à la suite d'un examen interne, d'un examen du comité de décision et d'une conférence de cas.

**Notes d'observations :** Document, conservé dans le dossier des soins de santé, dans lequel les professionnels de la santé notent leurs observations et leurs interactions avec le patient.

**Opiacés :** Tout stupéfiant synthétique exerçant une action semblable à une substance contenant de l'opium, mais qui n'est pas un dérivé de l'opium.

**QIMV :** Questionnaire informatisé sur le mode de vie. Instrument structuré d'évaluation de la toxicomanie qui est utilisé au moment de l'évaluation initiale du délinquant dans les centres de réception régionaux et les centres d'évaluation.

**PCP :** Chlorhydrate de phencyclidine. Le PCP est une drogue de la rue, parfois désignée sous d'autres noms, notamment poussière d'ange. Elle peut être fumée, aspirée, injectée ou prise oralement.

**PITT:** Programme intensif de traitement de la toxicomanie. Intervention cognitivo-comportementale à l'intention des délinquants ayant de graves problèmes de toxicomanie.

**PPT :** Programme prélibératoire pour toxicomanes. Intervention cognitivo-comportementale à intensité modérée qui vise les délinquants ayant des problèmes de toxicomanie modérés.

**PSAE :** Permission de sortir avec escorte. Permission pour un détenu de sortir avec escorte d'un pénitencier pour une période définie pour des raisons médicales, administratives, de compassion ou en vue d'un service à la communauté ou du perfectionnement personnel lié à la réadaptation du délinquant ou pour lui permettre d'établir ou d'entretenir des rapports familiaux.

**PSSE :** Permission de sortir sans escorte d'un pénitencier pour une période définie pour des raisons médicales, administratives, de compassion ou en vue d'un service à la communauté ou du perfectionnement personnel lié à la réadaptation du délinquant ou pour lui permettre d'établir ou d'entretenir des rapports familiaux.

**Rapport sur la conférence de cas :** Rapport sur l'examen de cas d'un patient par l'Équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM).

**Rhinorrhée :** Écoulement de liquide par le nez.

**SED :** Système d'empreintes digitales.

**SGD :** Système de gestion des délinquants. Système de collecte et de classement de données qu'utilise le SCC pour entreposer et conserver des renseignements au sujet des délinquants.

**SPC :** Suivi du plan correctionnel.

**Spectrophotomètre dans l'ultraviolet** : Appareil servant à évaluer la quantité de matière colorée dans la solution en mesurant la quantité de lumière absorbée en passant à travers la solution.

**TEM** : Traitement d'entretien à la méthadone. Traitement le plus efficace pour les toxicomanes qui consomment de l'héroïne et d'autres opiacés.

**Test de détection d'opiacés EMIT** : Technique d'immunodosage par enzymes multipliés.

**THC**: Delta-9-transtétrahydrocannabinol. Principal ingrédient psychodysléptique (psychoactif) de la marijuana, une drogue produite à partir d'une plante herbacée appelée Cannabis sativa.

**UDI** : Utilisation de drogues injectables.

**UVFP** : Unités de visites familiales privées. Programme qui offre aux délinquants admissibles et à leurs visiteurs des visites privées prolongées au sein de l'établissement pour les aider à favoriser des relations personnelles dans une ambiance chaleureuse.

**VC** : Aire des visites et de la correspondance.

## **Annexe B : Bibliographie**

- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, 1996.
- BRANDS, B. et J. BRANDS. *Methadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998.
- CAPLEHORN, J.R.M. « Deaths in the first two weeks of maintenance treatment in NSW in 1994: Identifying cases of iatrogenic methadone toxicity », *Drug and Alcohol Review*, 1998, vol. 17, n 1, p. 9–17.
- Collège des médecins du Québec / Ordre des pharmaciens du Québec. *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*, Montréal, Collège des médecins du Québec / Ordre des pharmaciens du Québec, 2000.
- MILLER, William. *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*, 2002, New York, Guilford Publications.
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale et Ordre des pharmaciens de l'Ontario. *Methadone Maintenance Guidelines*, Toronto, 2001.
- PROCHASKA, James O. et DICLEMENTE C. C. *Changing for Good*, 1995, New York, Hearst Books.
- Service correctionnel Canada. *Programme national de traitement d'entretien à la méthadone—Phase 1. Trousse documentaire et d'information*, Ottawa, Service correctionnel Canada, 1998.



## **Annexe C : Politiques et lois relatives au TEM au SCC**

### **Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC)**

Article 76	Programmes pour les délinquants
Article 86	Services de santé
Article 87	État de santé du délinquant
Article 88	Consentement au traitement

### **Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (RSCMLC)**

Alinéa 64 (1) (b) constitue un programme de désintoxication tout programme conçu pour favoriser la réadaptation du détenu souffrant d'une dépendance à l'égard d'une substance intoxicante.

### **Directives du commissaire**

#### **DC 095                    Communication de renseignements aux délinquants**

Paragraphes 1–2    Élaborer et mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la toxicomanie, par exemple des programmes de traitement, afin de favoriser la bonne réinsertion sociale des délinquants en tant que citoyens respectueux des lois.

#### **DC 585                    Plans correctionnels**

Paragraphe 6        Les plans correctionnels établis pour les détenus ayant des problèmes attestés d'alcoolisme ou de toxicomanie doivent exposer les besoins particuliers des détenus et prévoir de façon réaliste les étapes qui les mèneront à la résolution de leurs problèmes.

#### **DC 700                    Gestion des cas**

Décrit le rôle de la gestion des cas, qui contribue à aider les délinquants à devenir des citoyens respectueux. Elle comprend l'évaluation constante des besoins, la communication des attentes en matière de comportement, l'encouragement et le contrôle de la viabilité des plans individuels.

#### **DC 726                    Gestion des programmes correctionnels**

L'élaboration et la gestion des programmes correctionnels qui contribuent à la réussite de la réinsertion sociale des délinquants et à la réduction de la récidive.

	<b>La série 800 sur les Soins de santé</b>
<b>DC 800</b>	<b>Services de santé</b>
Paragraphe 1	S'assurer que les détenus ont accès à des traitements, conformément aux pratiques généralement admises dans la collectivité.
Paragraphe 4	On met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.
Paragraphe 13	Les médicaments doivent être prescrits par le clinicien de l'établissement, uniquement lorsque l'état de santé du détenu l'exige.
Paragraphe 14	Consentement
Paragraphe 33	Les délinquants ayant une dépendance aux opiacés peuvent recevoir un traitement d'entretien à la méthadone conformément aux Lignes directrices sur le traitement à la méthadone (DC 800-1).
Paragraphe 49	Avant sa mise en liberté, le délinquant admissible doit demander de bénéficier du régime d'assurance-maladie de la province où il résidera.
<b>DC 803</b>	<b>Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux</b>
Paragraphe 1	Objectif
Paragraphe 2	Application
	<b>Communication de renseignements</b>
Paragraphe 15	Le caractère confidentiel de l'information est maintenu lorsque celle-ci n'est pas pertinente pour l'évaluation du risque.
Paragraphe 16	Des renseignements sur les soins de santé ou de nature médicale peuvent être communiqués sans le consentement du délinquant dans les circonstances suivantes : b) les renseignements sont communiqués à des fins conformes à l'usage pour lequel ils avaient été obtenus à l'origine.
<b>DC 805</b>	<b>Médicaments et fournitures médicales</b>
	Assurer la gestion, l'entreposage, l'enregistrement, la distribution et l'administration de manière sûre et légale des fournitures médicales et pharmaceutiques.
	<b>Stupéfiants et drogues contrôlées</b>
	Établir une marche à suivre pour signaler les écarts et les incidents reliés aux médicaments, pour inscrire le compte de médicaments et effectuer un suivi à chaque changement de quarts.
<b>DC 821</b>	<b>Gestion des détenus atteints d'infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</b>
	Faire en sorte que toutes les mesures appropriées soient prises pour empêcher la transmission du virus par une gestion médicale efficace des détenus atteints.
<b>DC 835</b>	<b>Dossiers médicaux</b>
	Traite des documents et des principes de la gestion des dossiers.

## **Guide des services de santé, 1996**

- Section 1-108      Consentement touchant la communication de renseignements
- Section 1-115      Objectifs du dossier des services de santé
- Section 3-303      Médicaments et fournitures médicales
- Section 7-703      Besoins de santé des toxicomanes

## **Loi sur la protection des renseignements personnels**

- Objet                      Protection des renseignements personnels relevant des institutions fédérales.

## Annexe D : Critères diagnostiques du DSM IV pour la dépendance à une substance

La quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 1994)* de l'American Psychiatric Association donne une définition cognitive, comportementale et physiologique de la toxicomanie, précisant que la personne continue à consommer la substance malgré d'importants problèmes liés à cette consommation. Les critères diagnostiques sont énumérés plus loin.

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

### Critères de la toxicomanie

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)
  - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
4. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (ex. consultation de nombreux médecins ou déplacements sur de longues distances), à utiliser le produit (ex. fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (ex. poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si: **Avec dépendance physique** : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)

**Sans dépendance physique** : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2)

Tiré, avec permission, du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV*, de l'American Psychiatric Association, droits d'auteurs, 2000.

## **Annexe E : Critères diagnostiques du DSM IV pour le sevrage aux opiacés (292.0)**

### **Critères pour le sevrage aux opiacés**

- A. L'une ou l'autre des circonstances suivantes :
  - 1. arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'opiacés qui a été massive ou prolongée (au moins plusieurs semaines)
  - 2. administration d'un antagoniste opiacé après une période d'utilisation d'opiacés.
- B. Au moins trois des manifestations suivantes se développant de quelques minutes à quelques jours après le critère A :
  - 1. humeur dysphorique
  - 2. nausées ou vomissements
  - 3. douleurs musculaires
  - 4. larmoiements ou rhinorrhée
  - 5. dilatation pupillaire, horripilation et transpiration
  - 6. diarrhée
  - 7. bâillement
  - 8. fièvre
  - 9. insomnie
- C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Tiré, avec permission, du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV* de l'American Psychiatric Association, 2<sup>e</sup> éd., droits d'auteurs 2001.

## **Annexe F : Ressource — Introduction au dépistage de drogues dans l'urine**

par Doug Gourlay, MD, MSc, FRCPC, ASAM, MRO

Voici un aperçu général des méthodes et stratégies de dépistage qui s'appliquent au traitement des toxicomanies. Il est à noter que cet aperçu ne vise qu'à présenter une introduction à ce sujet au lecteur. Le terme « donneur » désigne la personne qui fournit l'échantillon.

L'« échantillonneur » désigne la personne qui prélève l'échantillon.

### **Objectif**

Le dépistage de drogues dans l'urine vise habituellement deux objectifs : a) déterminer si le donneur a consommé des substances illicites; b) confirmer (grâce à la détection) la consommation adéquate des médicaments prescrits. Ces deux objectifs peuvent se compléter lorsqu'ils sont appliqués adéquatement dans le cadre du traitement. Ils présentent toutefois des limites intrinsèques dont on doit tenir compte lorsqu'on interprète les résultats, afin d'éviter d'en tirer des conclusions incorrectes qui pourraient se révéler dangereuses pour le donneur. En général, il existe deux grandes stratégies de dépistage applicables au traitement de la toxicomanie.

### **1) Dépistage de drogues illicites**

Cette stratégie consiste à prélever un échantillon d'urine afin de déceler la présence de substances illicites ou non prescrites. Elle ne comporte que deux exigences : s'assurer que la drogue qui fait l'objet du dépistage est présente (vrai positif), et vérifier si l'échantillon appartient bien au donneur (chaîne de possession, exactitude sur le plan administratif, etc.) Un résultat négatif (absence de substances illicites) ne présente aucun danger pour le donneur. Même si ce dernier n'a pas consommé les drogues qui font l'objet du dépistage, le test peut tout de même être négatif pour les raisons suivantes :

- le test n'a pas lieu au moment où la substance peut être détectée
- le choix du test est incorrect (sensibilité inadéquate)
- le laboratoire a commis une erreur (l'échantillon analysé n'est pas le bon)
- une erreur administrative a été commise (on a entré (-) au lieu de (+))
- le donneur présente des différences physiologiques (pH de l'urine, taux de créatinine peu élevé dans l'urine, etc.)

Ce type de test constitue la forme la plus sûre de dépistage et celle qui risque le moins d'entraîner une fausse accusation.

### **2) Test de conformité**

Cette stratégie vise à confirmer l'absence d'une drogue, qui est considérée comme un résultat « positif ». On l'utilise souvent lorsqu'on craint que le patient toxicomane ne consomme pas les médicaments prescrits parce qu'il les revend à d'autres toxicomanes. Dans un tel cas, toutes les raisons mentionnées ci-dessus qui peuvent expliquer un résultat faussement négatif s'appliquent à une différence importante près. L'absence de la drogue faisant l'objet du dépistage équivaut à un résultat « positif » pour le donneur.

Ce type de test est la forme la plus dangereuse de dépistage et celle qui risque le plus d'entraîner une fausse accusation.

## **Techniques de dépistage**

En général, les tests peuvent être divisés en deux grandes catégories : les tests de dépistage et les tests de confirmation. Dans ces deux techniques, on utilise des seuils de détection pour réduire le risque des faux positifs. Le seuil correspond non pas à la plus petite concentration qui peut être détectée, mais plutôt à une concentration convenue; lorsque le résultat est inférieur à cette concentration, il indique « non détecté ». Les seuils peuvent varier selon les substances qu'on veut dépister et la raison du dépistage.

### **1) Tests de dépistage**

Dans le cas des tests de dépistage, nous appliquons habituellement une technique extrêmement sensible, mais qui ne s'applique généralement pas à une drogue en particulier. Dans ce contexte, nous parlons souvent de catégorie de substance et non de substance spécifique, par exemple les opiacés, les amphétamines, les barbituriques et les benzodiazépines. Parmi les exceptions, mentionnons le THC (marijuana), le métabolite de la cocaïne (benzoylecgonine), le PCP (phencyclidine) et la méthadone. Dans le cas des exceptions, les tests visent à détecter des substances spécifiques plutôt qu'une catégorie de substances (drogues-mères) ou leurs métabolites.

Les tests de dépistage les plus courants, comme la technique d'immunodosage par enzymes multipliés (EMIT), sont fondés sur la technologie du dosage immunologique. Tous les appareils de dépistage situés sur les lieux d'intervention (bandelettes réactives) fonctionnent selon cette technologie, qui peut être considérée comme une méthode de détection fondée sur la théorie de la clé et de la serrure. En voici un exemple : dans le cas d'un échantillon prélevé sur un donneur qui a récemment consommé de la codéine, la technique de dosage immunologique révélera un résultat positif de consommation d'opiacé si la quantité de codéine (ou de l'un de ses métabolites, la morphine) est suffisante pour atteindre le seuil de détection. Puisque le dosage immunologique ne permet pas d'établir une distinction entre la morphine et la codéine, c'est la somme des quantités de morphine et de codéine présentes qui permettra d'atteindre le seuil de détection. Dans le cas des opiacés, le seuil thérapeutique le plus souvent utilisé est 300 ng/ml. Une quantité combinée de 301 ng/ml de codéine et de morphine sera détectée, mais non une quantité de 299 ng/ml.

Si le test est effectué pour le compte du ministère américain des Transports (DOT-Testing), le seuil utilisé en ce qui concerne les opiacés est de 2 000 ng/ml. Cela est tout à fait adéquat puisque la grande majorité des donneurs ne consomment pas d'opiacés. Cependant, ce seuil est inadéquat lorsqu'il s'agit d'un échantillon prélevé sur un consommateur d'opiacés, puisque toutes les quantités introduites dans l'organisme du donneur avant la dernière consommation se situeraient vraisemblablement sous le seuil et ne pas seraient détectées.

Lorsqu'on effectue les tests au lieu d'intervention, les résultats sont soit positifs, soit négatifs. La quantité réelle des substances présentes n'est pas indiquée, ni la substance spécifique d'une catégorie donnée; le résultat révèle seulement si le seuil a été dépassé ou non. Avec ces tests, il est difficile, voir impossible, de déterminer quel effet la concentration peut avoir sur les résultats. À moins que le pH ne soit mesuré, il est impossible de déterminer les effets acido-basiques sur la détection des substances.

Voici les substances ou métabolites qui font le plus souvent l'objet d'un dépistage, ainsi que les seuils qui y sont associés :

Métabolite de la cocaïne (benzoylecgonine)	– 300 ng/mL
Opiacés	– 300 ng/mL
Amphétamines	– 1000 ng/mL
THC (cannabis) – seuil variable	– 50 ng/mL
PCP (phencyclidine)	– 25 ng/mL

Ces substances sont regroupées sous le nom de NIDA-5 (les cinq catégories de drogues que le National Institute on Drug Abuse a établies aux fins de dépistage). On fait aussi parfois référence au NIDA-8, qui comprend les benzodiazépines et deux opiacés spécifiques.

La période pendant laquelle un échantillon demeure positif dépend de plusieurs facteurs, notamment de la quantité utilisée, de la nature chronique de la consommation (ex. THC), de la solubilité de la substance (ex. THC, Valium) et du seuil utilisé. Ces facteurs varient selon le laboratoire ou le système de dépistage utilisé.

## 2) Tests de confirmation

Selon les normes juridiques reconnues, le test de confirmation permet de détecter la substance ou le métabolite grâce à une deuxième méthode scientifique. Effectuer un deuxième test de dépistage en utilisant la technique du dosage immunologique ne permet pas de confirmer la présence d'une substance.

Parmi les tests de confirmation les plus souvent utilisés, mentionnons les techniques chromatographiques, comme la chromatographie sur couche mince (CCM) et la chromatographie liquide à haute performance (CLHP), ou les techniques combinées, comme le système CLHP-REMEDI (combinaison de la chromatographie et de la spectrophotométrie UV) et la chromatographie en phase gazeuse/spectroscopie de masse (CG-SM). Dans le cas du système CLHP-REMEDI, il permet de dépister un grand nombre de substances spécifiques en comparant les résultats aux données d'une banque informatisée.

En général, les tests de confirmation sont moins sensibles, mais ils ont une bien meilleure spécificité.

Lorsqu'on veut procéder à un dépistage pour assurer le suivi de la consommation de drogues, il n'est ni indiqué ni rentable de soumettre sans discernement tous les échantillons à des tests de confirmation. Dans le cas complexe où on doit dépister des drogues spécifiques d'une catégorie particulière (ex. un patient à qui on a prescrit des opiacés, mais qui est aussi dépendant à l'héroïne), la technique HPLC-REMEDI peut se révéler très utile pour qui veut distinguer les opiacés prescrits de ceux qui n'ont pas été prescrits.

## Problèmes de prélèvement

Il n'est pas nécessaire d'établir une chaîne de possession en ce qui concerne le dépistage de drogues à des fins thérapeutiques. Cette mesure de sécurité n'est réservée qu'aux résultats qui peuvent mener à des poursuites judiciaires. Les résultats des tests effectués à des fins thérapeutiques ne doivent pas être aussi fiables que lorsqu'il s'agit de punir un donneur. On ne doit jamais oublier cette précision, car elle joue un rôle clé dans la stratégie de dépistage fondamentale de tout programme de dépistage.



L'un des aspects les plus controversés des tests de dépistage de drogues dans l'urine est sans contredit le prélèvement d'échantillons en présence d'un témoin du même sexe. Comme cette méthode ne permet pas d'améliorer la fiabilité du test, il vaut la peine d'explorer des stratégies de rechange pour assurer cette fiabilité. Le suivi de la température de l'échantillon est la première stratégie à envisager.

L'échantillon est considéré comme acceptable dans les conditions suivantes : sa température est de 32 à 38 °C, la densité est supérieure à 1,003 et la créatinine est supérieure à 0,2 g/L. Il est important de déterminer la température d'un échantillon en moins de quatre minutes afin de réduire au minimum le refroidissement attribuable à l'environnement.

En général, il est recommandé d'éliminer les sources d'eau courante dans la zone de prélèvement et de teinter l'eau stagnante d'un agent comme le bleu de méthylène, afin d'empêcher le patient de se servir de l'eau de la cuvette des toilettes ou d'un robinet qui coule pour diluer l'échantillon et empêcher toute détection.

Un autre aspect controversé des tests est la présence de marqueurs qui peuvent jeter un doute sur la fiabilité du résultat. Parmi ces marqueurs, mentionnons la créatinine urinaire, qui indique la concentration de l'échantillon, ainsi que le pH, qui peut contribuer à expliquer l'absence de certains médicaments prescrits dans l'urine. En ce qui concerne l'urine diluée, un dépistage positif de cocaïne peut être interprété avec précision (à condition qu'il n'y ait aucune raison médicale justifiant le résultat positif), peu importe la concentration. En fait, un échantillon d'urine très diluée prélevé sur un patient qui nie toute consommation peut résulter du sentiment de culpabilité du donneur, qui a ingéré une grande quantité de liquides par voie orale pour tenter d'éliminer le stupéfiant de son système. Par contre, un échantillon d'urine modérément alcaline dont le résultat révèle l'absence de la méthadone prescrite peut s'expliquer par la réabsorption de la drogue-mère dans les reins. Puisque l'excrétion du métabolite de la méthadone, l'EDDP, ne dépend pas du pH, sa présence peut contribuer à confirmer l'ingestion de la méthadone qui a été prescrite.

Enfin, un dernier aspect controversé a trait à la fréquence des tests. La plupart des gens conviennent que les tests aléatoires sont les plus indiqués pour déterminer la consommation ou la non-consommation des substances qui font l'objet d'un suivi. Une autre approche, très décriée, consiste à faire subir aux donneurs des tests réguliers multiples afin de s'assurer qu'ils suivent leur traitement. Le recours à des tests deux ou trois fois par semaine peut être considéré comme « paranoïaque » et a un effet négatif sur le programme de dépistage, souvent aux dépens des éléments thérapeutiques du programme de traitement. En outre, les analyses régulières d'urine qui sont fixées à l'avance ne permettent que d'« attraper » les toxicomanes les plus dépendants qui ne peuvent calculer le moment de leur consommation pour assurer un résultat négatif. Ainsi, le programme de dépistage de drogues dans l'urine peut facilement devenir un moyen de contourner facilement les conditions du traitement.

### **Interprétation des résultats**

Un dialogue entre le patient et le médecin visant à faciliter l'évolution du traitement constitue sans nul doute l'utilisation la plus rationnelle des résultats d'analyses d'urine dans le contexte d'un programme de traitement de la toxicomanie. L'un des aspects les plus utiles de ces tests est le suivant : ils favorisent une évaluation exacte des doses de méthadone lorsque le donneur continue de consommer des opiacés illicites. En raison de l'effet bloquant du traitement à la méthadone, la consommation continue d'opiacés dénote habituellement une dose de méthadone

inadéquate. Un autre objectif du dépistage de drogues à des fins thérapeutiques consiste à fournir une preuve objective de l'abstinence des participants au programme. Une promesse de récompense liée à un comportement positif (augmentation des privilèges associés à l'abstinence) peut constituer un facteur stimulant qui incitera le patient à effectuer des changements.

### **Les pièges de l'interprétation**

L'incapacité d'établir un lien entre la concentration donnée d'une drogue dans l'urine et la dose prescrite est une importante lacune de tout programme de dépistage. Autrement dit, il est extrêmement difficile d'interpréter des résultats positifs dans le cas de tout produit d'une catégorie de substances qui fait l'objet d'un suivi, qu'il soit prescrit ou illicite. Par exemple, il sera très difficile d'assurer le suivi de la consommation d'héroïne d'un donneur à qui on a prescrit un produit contenant de la codéine (ex. Tylenol n° 3), puisque tant l'héroïne que la codéine se métabolisent en morphine. La principale différence est la brève apparition du premier métabolite de l'héroïne, 6-MAM (6-monoacéylmorphine), qui ne peut être détecté que par des techniques de confirmation comme la HPLC ou la chromatographie en phase gazeuse/spectroscopie de masse.

En outre, certains médicaments couramment prescrits peuvent interagir avec le système de dosage immunologique et donner des résultats faussement positifs. Par exemple : la réaction croisée de l'antibiotique quinolone (ex. Cipro<sup>MD</sup>) au test de dépistage d'opiacés effectué à l'aide de la technique EMIT. Dans ce cas, aucun des tests de confirmation ne permettra de confirmer la présence d'un opiacé.

Le dépistage de la consommation de drogues présente un dernier inconvénient. On ne connaît pas les médicaments médicalement nécessaires qui entraînent un résultat positif. Voici un exemple : un donneur est traité pour des saignements de nez, et des tests subséquents révèlent une consommation de cocaïne. Le médecin pourrait avoir choisi de prescrire de la cocaïne en application topique pour interrompre les saignements. Le résultat des tests révélera la présence de cocaïne, résultat qui sera confirmé par un dépistage chromatographique; pourtant, le donneur n'a pas consommé de drogues illicites.

### **Résumé**

Le dépistage de drogues dans l'urine peut jouer un rôle important dans le suivi médical des toxicomanes. Lorsqu'on comprend bien les forces et les faiblesses des technologies utilisées, on peut mettre sur pied un programme de dépistage efficace qui complétera un programme de traitement. Il est important d'adopter dès le début une approche normalisée à l'égard du dépistage et de l'interprétation des résultats afin d'assurer une utilisation à bon escient de cette technique.

## **Annexe G : Critères de sélection de l'APR**

Le directeur de l'établissement a la responsabilité de sélectionner la personne qui assumera le rôle d'agent de première responsabilité (APR) dans l'établissement, conformément aux critères suivants :

1. La classification de l'APR de l'établissement doit être équivalente ou supérieure à celle d'un gestionnaire dans l'établissement.
2. L'APR doit posséder les caractéristiques personnelles suivantes :
  - il doit appuyer les principes de réduction des méfaits en général et du traitement d'entretien à la méthadone en particulier;
  - il doit posséder un excellent sens de l'organisation;
  - il doit posséder d'excellentes aptitudes en communications;
  - il doit posséder d'excellentes compétences en négociation et en médiation;
  - il doit être capable de travailler dans une équipe multidisciplinaire.
3. La personne déléguée comme APR ne peut sous-déléguer ses fonctions à une personne d'un échelon inférieur à celui de gestionnaire dans l'établissement.

## **Annexe H : Qualifications des fournisseurs du programme d'intervention en matière de toxicomanie du TEM**

Le programme d'intervention en matière de traitement de la toxicomanie du TEM doit être dirigé par des personnes qui possèdent les connaissances et les compétences voulues, afin que l'on puisse intervenir auprès des détenus sous TEM qui présentent des besoins et des risques élevés. Les fournisseurs du programme d'intervention doivent à tout le moins :

- être en mesure d'établir et de maintenir le genre de crédibilité et de rapports qu'exige les détenus sous TEM;
- être qualifiés pour analyser les besoins courants de chaque détenu et être en mesure de réagir adéquatement;
- bien connaître la dynamique du processus de rechute;
- avoir une connaissance approfondie de tous les aspects du traitement à la méthadone;
- avoir une connaissance approfondie des préoccupations, de l'ambivalence et des tactiques habituelles qui caractérisent l'héroïnomanie chronique et être qualifié pour pouvoir y réagir efficacement;
- Être compétent en dynamique de groupe, en apprentissage supervisé et en animation de groupe;
- avoir une connaissance approfondie de tous les programmes et organismes de soutien auxquels les détenus ont accès;
- être au courant de l'approche axée sur l'apprentissage social à l'égard des programmes d'intervention en matière de traitement de la toxicomanie;
- bien savoir utiliser les techniques d'entrevue motivationnelle;
- avoir une connaissance approfondie des préoccupations et du rôle des agents de libération conditionnelle et des autres membres de l'EITM;
- être capable de préparer des rapports complets et déterminants s'il y a lieu;
- être capable de bien travailler avec les autres employés et membres de l'EITM;
- être capable de fonctionner de façon à favoriser des communications libres et ouvertes;
- être capable d'exécuter efficacement le contenu du programme selon le plan prévu.

Dans la plupart des cas, on s'attend à ce que les **animateurs de programmes** pour toxicomanes clés accrédités (PIET, PPT, Choix, etc.) possèdent les connaissances nécessaires et soient qualifiés pour diriger efficacement des séances individuelles et en groupe du TEM. Les endroits où il n'y a pas d'animateur accrédité ou qui ne peuvent y faire appel doivent avoir recours à **d'autres spécialistes en toxicomanie**. Il est recommandé que les coordonnateurs régionaux de méthadone participent à l'identification de fournisseurs éventuels de programmes d'intervention en matière de traitement de la toxicomanie.

### **Formation**

Tous les animateurs du TEM doivent recevoir une formation suffisante et faire l'objet d'un soutien et d'un suivi continuel afin d'être en tout temps efficaces.

## **Annexe I : Lignes directrices des collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens**

Veillez insérer ici les lignes directrices de votre province.

- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
  - Collège des Médecins du Québec.
  - College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
  - College of Physicians and Surgeons of British Columbia
  - Santé Canada (dans les autres provinces et les territoires)
- Dans les provinces où la loi l'exige, faire parvenir au collège les documents du SCC relatifs à l'initiation au traitement, à l'arrêt du traitement et la mise en liberté sous condition du délinquant.

## **Annexe J : Formulaires du SCC pour le TEM**

Questionnaire de planification de la mise en liberté d'un détenu traité à la méthadone	CSC/SCC 1260-00F	1
Plan de traitement de la toxicomanie — Entretien à la méthadone	CSC/SCC 1260-01F	2
Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone	CSC/SCC 1260-02F	3
Plan de traitement d'entretien à la méthadone	CSC/SCC 1260-03F	4
Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie — Traitement d'entretien à la méthadone	CSC/SCC 1260-04F	5
Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone	CSC/SCC 1260-05F	6
Entente concernant la divulgation des renseignements médicaux	CSC/SCC 1260-06F	7
Options de traitement de la toxicomanie aux opiacés	CSC/SCC 1260-07F	8
Lettre concernant l'analgésie d'un détenu traité à la méthadone	CSC/SCC 1260-08F	9
Indice de gravité des toxicomanies (IGT)	CSC/SCC 1260-09F	10