



Correctional Service  
Canada

Service correctionnel  
Canada



SAFETY, RESPECT  
AND DIGNITY  
FOR ALL

LA SÉCURITÉ,  
LA DIGNITÉ  
ET LE RESPECT  
POUR TOUS

394-2-024

Rapport sur l'évaluation du programme  
de traitement d'entretien à la méthadone  
du SCC

Secteur de l'évaluation du rendement  
Août 2003

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>1.0 INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
1.1 Contexte.....	1
1.2 Le concept de la réduction des méfaits.....	1
1.3 Le traitement d'entretien à la méthadone au SCC.....	2
1.4 La structure du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC.....	4
1.5 Orientation de l'évaluation.....	5
1.6 Méthode d'évaluation.....	6
1.7 Vue d'ensemble.....	6
<b>2.0 OBSERVATIONS ET CONSTATATIONS</b>	<b>9</b>
2.1 Constatation n° 1 Les 15 établissements visités par l'équipe d'évaluation ont établi des paramètres concernant le nombre de personnes que l'on peut admettre au Programme de TEM en toute sécurité. Cependant, dans 12 établissements, on accepte les demandes qui rencontrent les critères même si on a dépassé le nombre de personnes qui peuvent participer au TEM dans l'établissement. De plus, le processus de contrôle des ressources de l'établissement liées au TEM pourrait être entravé par le taux de roulement des employés du Bureau de première responsabilité (BPR), à qui on a confié la tâche de coordonner le contrôle des capacités.....	9
2.2 Constatation n° 2 La définition révisée des « critères d'admission prioritaire » dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone de décembre 2002 pourrait avoir pour effet une augmentation rapide et importante du nombre d'admissions au Programme.....	15
2.3 Constatation n° 3 Même si une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) est en place dans les 15 établissements visités, les rôles des membres de l'équipe varient d'un établissement à l'autre. En général, l'efficacité globale de l'EITM dépend de la formation des membres de l'équipe, du soutien de la direction de l'établissement et d'une communication efficace de l'équipe.....	18
2.4 Constatation n° 4 Certains membres de l'EITM ne sont pas certains des rôles et des responsabilités qu'ils doivent assumer pour préparer un détenu à faire la transition entre l'établissement et la collectivité.....	26
2.5 Constatation n° 5 On a élaboré des façons uniques d'administrer la « règle des 20 minutes » en fonction du nombre de patient traités à la méthadone dans chaque établissement, de l'aménagement des installations affectées pour la période d'attente et du nombre de groupes (et de sous-groupes) de la population carcérale qui doivent être séparés.....	28
2.6 Constatation n° 6 Un examen de 42 dossiers des Services de santé concernant le Programme de TEM révèle que les critères du DSM IV ne sont pas toujours signés dans le formulaire <i>Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone</i> (CSC/SCC 1260-02). De plus, même si les plans de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03) figurent au dossier, le personnel déclare qu'il est difficile de les mettre à jour, surtout lorsqu'un détenu passe du statut « stable » au statut « non stable ».....	33
2.7 Constatation n° 7 Au cours de l'évaluation, on a interrogé 65 détenus. Tous on mentionné l'impact positif qu'a eu le Programme sur divers aspects de leur vie. De plus, un grand nombre d'employés qui travaillent de près avec les détenus qui participent au	

	Programme de TEM ont vanté les mérites de ce Programme, du fait des changements qu'ils ont observés chez les détenus qui y ont participé. ....	35
2.8	Constatation no 8 Le nombre de participants au Programme de TEM semble croître plus rapidement que prévu, selon les taux projetés. ....	41
2.9	Constatation no 9 La création d'un centre de coûts unique pour le Programme a facilité le suivi des fonds affectés au Programme de TEM. De plus, grâce à l'attribution de codes financiers exacts aux centres de coûts en ce qui concerne la méthadone, on peut rationaliser et documenter les dépenses du Programme afin de justifier, par des données de fond les demandes de ressources supplémentaires.....	46
<b>3.0</b>	<b>Résumé des recommandations</b>	<b>533</b>
<b>4.0</b>	<b>Pratiques exemplaires</b>	<b>566</b>
<b>5.0</b>	<b>Conclusion</b>	<b>600</b>

## **Annexes**

Annexe A :	Composition et activités principales de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone en établissement
Annexe B :	Composition et activités principales de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone dans la collectivité
Annexe C :	Modèle logique
Annexe D :	Objectifs et principaux résultats mesurés par l'évaluation

## **Liste des tableaux**

Table 1:	Répartition régionale des cas déclarés d'hépatite C quatre mois après la mise en œuvre des nouvelles lignes directrices
Table 2:	Participation des détenus du SCC au Programme de TEM au 27 juillet 2003
Table 3:	Comparaison du nombre de délinquants traités à la méthadone déclarés/vérifiés au cours des visites des établissements et Nombre de délinquants traités à la méthadone consigné dans le SGD pour la même date
Table 4:	Financement du Programme de traitement d'entretien à la méthadone (en milliers de \$) (2002-2003 et 2003-2004)
Table 5:	Programme de traitement d'entretien à la méthadone (Exercice 2002-2003) (en milliers de \$)
Table 6:	Financement de la méthadone pour l'exercice 2003-2004 (en milliers de \$)

## **Liste des figures**

Figure 1 :	N <sup>bre</sup> de participants au Programme de TEM
Figure 2 :	N <sup>bre</sup> de participants au Programme de TEM par région

## SOMMAIRE

La politique sur le Programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) du SCC est en vigueur depuis 1998. Le Programme était destiné aux délinquants ayant une dépendance aux opiacés et intégrait la gestion médicale du délinquant aux programmes et services pour toxicomanes offerts dans les établissements et dans la collectivité. À cette époque, la politique sur le TEM ne s'appliquait qu'aux délinquants qui poursuivaient un programme de TEM qu'ils avaient commencé dans la collectivité. Cependant, lorsqu'on a mis en œuvre ce Programme, on a reconnu que la méthadone constitue le seul traitement viable et approprié pour certains détenus très dépendants aux opiacés. Par la suite, on a décidé que les sous-commissaires régionaux pouvaient approuver l'administration d'un traitement d'entretien à la méthadone uniquement *dans des circonstances exceptionnelles*. En mai 2000, 78 délinquants avaient été admis au traitement d'entretien à la méthadone en raison de circonstances exceptionnelles.

Le 5 mai 2002, on a modifié la politique du SCC afin d'élargir le Programme de TEM de sorte que tous les détenus ayant une dépendance aux opiacés et pouvant bénéficier d'un traitement à la méthadone puissent être évalués en vue de leur participation au Programme. En même temps, on a élaboré des lignes directrices spécifiques pour le Programme élargi, et on a tenu des séances de formation dans tout le pays. Depuis qu'on a élargi la politique, le nombre de délinquants qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone (selon les données du Système de gestion des délinquants (SGD)) est passé de 192 (mai 2002) à 450 (juillet 2003).

Le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC est administré à l'échelle locale par une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM). On a mis sur pied une EITM pour chaque délinquant qui participe au Programme de TEM. Ce concept n'est pas nouveau au SCC. En 1998, une équipe dont la composition ressemblait à celle de l'EITM actuelle participait à la prise de toutes les décisions clés relatives au traitement à la méthadone des délinquants. Aujourd'hui, l'EITM formée dans un établissement du SCC se compose d'un agent de libération conditionnelle en établissement, d'un agent de programmes correctionnels (APC), d'un membre du personnel infirmier et d'un médecin. Lorsqu'un délinquant qui participe au Programme de TEM est mis en liberté, on met sur pied une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone dans la collectivité.

Les coûts de base du TEM ne sont pas associés au prix des médicaments (0,80 \$ par jour). Ils sont plutôt liés aux structures de soutien nécessaires au Programme, c'est-à-dire principalement la pharmacie, le personnel infirmier, les médecins et les conseillers en toxicomanie. Pour couvrir ces coûts, le SCC a réclamé du financement dans le cadre du Plan national d'immobilisations, de logement et d'opérations (PNILO) de 2003-2004.

Dans ce contexte, on a fixé quatre objectifs pour l'évaluation. Les voici :

1. déterminer si les établissements et les bureaux communautaires du SCC ont la capacité de mettre en œuvre et d'administrer le Programme de traitement d'entretien à la méthadone;
2. déterminer si le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC est mis en œuvre et administré de façon uniforme dans l'ensemble du pays;

3. confirmer les taux de participation (actuel et projeté) du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, et déterminer la façon dont on est arrivé à ces estimations; et,
4. déterminer si les fonds alloués au Programme de traitement d'entretien à la méthadone sont transférés au Programme et s'ils se reflètent dans les dépenses du Programme.

À la lumière des quatre objectifs précédents, on a examiné des questions liées à la mise en œuvre du Programme afin de confirmer si les Lignes directrices sont respectées, de décrire les variantes dans la mise en œuvre du Programme, de cerner les obstacles de procédure qui peuvent entraver l'exécution efficace du Programme et de consigner les pratiques efficaces et les pratiques exemplaires.

Le schéma d'évaluation se fondait sur une approche de triangulation qui consiste à utiliser plusieurs méthodes pour étudier un programme. Ces méthodes sont les suivantes : entrevues avec des informateurs clés, notamment des coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme de TEM, des employés d'établissements et des équipes d'intervention pour le traitement à la méthadone dans la collectivité, observation de protocoles concernant l'administration de la méthadone, ainsi qu'un examen et une analyse des banques de données et de documents sur les projets du SCC.

On a visité quatre administrations régionales, 15 établissements du SCC et cinq bureaux communautaires du pays. Dans quatre régions, l'équipe était accompagnée de la coordonnatrice nationale du TEM, et dans chacune des quatre régions visitées, du coordonnateur régional du TEM. Dans l'ensemble, on a mené des entrevues et des discussions avec plus de 120 employés et 65 détenus. Au cours de l'évaluation, on a tiré neuf grandes conclusions et formulé 14 recommandations, décrites comme suit :

- 1 Les 15 établissements visités par l'équipe d'évaluation ont établi des paramètres concernant le nombre de personnes que l'on peut admettre au Programme de TEM en toute sécurité. Cependant, dans 12 établissements, on accepte les demandes qui rencontrent les critères même si on a dépassé le nombre de personnes qui peuvent participer au TEM dans l'établissement. De plus, le processus de contrôle des ressources de l'établissement liées au TEM pourrait être entravé par le taux de roulement des employés du Bureau de première responsabilité (BPR), à qui on a confié la tâche de coordonner le contrôle des capacités.**

L'un des défis du SCC consiste à offrir le Programme de TEM dans chacun de ses établissements d'une façon sûre et responsable. Selon les Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone du SCC, chaque fournisseur de méthadone (c.-à-d. médecin autorisé) doit veiller à ce que le nombre de personnes traitées à la méthadone ne soit pas supérieur à la capacité de l'établissement de fournir les soins, le soutien et le suivi conformes aux paramètres qu'il doit respecter pour chaque patient<sup>1</sup>. Les Lignes directrices précisent également que l'agent de première

---

<sup>1</sup> Service correctionnel du Canada. *Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone*, décembre 2002. Page 10.

responsabilité (APR) est responsable du contrôle des ressources de l'établissement reliées à l'exécution du TEM<sup>2</sup>. En outre, chaque service (Service de santé, Gestion des cas et Programme correctionnel) doit formuler les restrictions touchant les ressources financières, physiques ou humaines. On doit le faire de façon continue en consultation avec le médecin de l'établissement et en coordination avec l'APR<sup>3</sup>.

Les 15 établissements visités ont fixé, de façon officieuse ou officielle, une « limite » du nombre de participants au TEM qu'ils peuvent prendre en charge selon eux. Par contre, bien des établissements traitent toutes les personnes dont la demande a été approuvée, même s'ils ont dépassé leur « limite ».

Dans six établissements visités, il était évident qu'on était sur le point d'atteindre la capacité de l'établissement. L'équipe d'évaluation a fait remarquer que, de ce fait, d'autres Services de santé ont été touchés ou risquaient de l'être. De plus, on a signalé à l'équipe d'évaluation que l'on risque de limiter considérablement l'accès au médecin des personnes qui ne sont pas traitées à la méthadone lorsqu'on accepte d'autres participants au traitement. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a recommandé que l'on discute des façons de gérer le nombre croissant de participants au TEM dans les établissements où on a dépassé la « limite » avec les coordonnateurs régionaux du TEM au cours des réunions des coordonnateurs nationaux du TEM, ou pendant les téléconférences régulières.

L'équipe d'évaluation a également signalé que sept des 15 établissements visités avaient embauché de nouveaux APR qui n'étaient pas au courant des nombreuses responsabilités de leur poste. Certains APR ne savaient pas qu'ils doivent contrôler les ressources de l'établissement reliées à l'exécution du Programme et tenir le coordonnateur régional du TEM au courant des problèmes ou des préoccupations de l'établissement en ce qui a trait au Programme de TEM. En conséquence, l'équipe d'évaluation a recommandé que les coordonnateurs régionaux du TEM informent leur APR respectif de leur rôle en ce qui a trait à l'assurance de la qualité. De plus, les coordonnateurs régionaux du TEM devraient demander qu'on les avise des problèmes relatifs aux ressources, surtout lorsqu'on pense que d'autres formes de soins de santé risquent d'être touchées parce qu'on accepte un plus grand nombre de personnes dans le Programme. Enfin, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que la description de travail des coordonnateurs régionaux du TEM n'est pas terminée et que leurs responsabilités ne sont pas précisées clairement dans les Lignes directrices spécifiques ou générales pour le traitement d'entretien à la méthadone. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a recommandé que l'on précise leurs responsabilités spécifiques dans les lignes directrices et dans une description de travail complète.

## **2 La définition révisée des « critères d'admission prioritaire » dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone de décembre 2002 pourrait avoir pour effet une augmentation rapide et importante du nombre d'admissions au Programme.**

On a publié la première version des « Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone » en mai 2002. Ces lignes directrices visaient à aider les établissements à déterminer l'admissibilité au Programme TEM en établissant des

---

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>3</sup> *Ibid.*

critères « généraux » d'admission et des critères d'admission « prioritaire ». Les critères généraux d'admission comprenaient des facteurs comme des antécédents bien documentés de toxicomanie aux opiacés dénotant un risque élevé de rechute et une probabilité de succès peu élevée pour un autre traitement. Outre les critères « généraux » d'admission, il existe plusieurs critères d'admission « prioritaire » qui, lorsqu'on les ajoute aux critères « généraux », font en sorte que le délinquant doit commencer un traitement à la méthadone sans tarder. C'est le cas entre autres des détenues enceintes et des détenus séropositifs qui ont présentement une dépendance aux opiacés.

En décembre 2002, on a rédigé une nouvelle version des Lignes directrices. Dans la version précédente, on avait, par inadvertance, « mal formulé » l'un des « critères d'admission prioritaire » concernant les détenus séropositifs et dépendants aux opiacés. Désormais, le critère se lit comme suit :

*« Les détenus séropositifs ou infectés par le virus de l'hépatite C à diffusion hématogène, qui sont dépendants aux opiacés<sup>4</sup>. »*

Grâce à cette modification, les demandeurs qui satisfaisaient aux critères généraux d'admission des Lignes directrices précédentes (et qui pouvaient être placés sur une liste d'attente) peuvent maintenant commencer un traitement d'entretien à la méthadone sans tarder s'ils sont infectés par le virus de l'hépatite C à diffusion hématogène.

En avril 2003, 3 226 détenus avaient été déclarés infectés par le virus de l'hépatite C. Par conséquent, le nombre d'admissions prioritaires au Programme de TEM pourrait augmenter rapidement et considérablement en raison de la modification mineure de la formulation des Lignes directrices.

Au cours de l'étape de vérification dans les régions de l'évaluation, on a informé les Services de santé de l'AC du fait qu'on avait modifié la définition d'« admission prioritaire » dans les Lignes directrices. En conséquence, on a entrepris un examen global des Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone.

**3 Même si une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) est en place dans les 15 établissements visités, les rôles des membres de l'équipe varient d'un établissement à l'autre. En général, l'efficacité globale de l'EITM dépend de la formation des membres de l'équipe, du soutien de la direction de l'établissement et d'une communication efficace de l'équipe.**

L'une des forces du Programme de TEM réside dans le fait qu'il est orienté par une série de lignes directrices bien conceptualisées au sujet des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM). Les Lignes directrices sont conformes aux principes de l'initiative de la gestion du savoir en ce sens qu'elles sont structurées de façon à permettre un « accès juste à temps » à l'information pertinente. De plus, on fournit des résumés des responsabilités de chaque membre de l'EITM.

---

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 11.

Même si le Programme de TEM a été mis en œuvre dans l'optique d'être administré par une équipe dans dix des 15 établissements visités par l'équipe d'évaluation, les Services de santé ont hérité de la responsabilité d'en assurer la coordination ou l'ont assumée d'eux-mêmes. En règle générale, la cohésion d'une équipe d'intervention pour le traitement d'entretien à la méthadone dépend du leadership actif d'un agent de première responsabilité (APR) qui a été bien informé de son rôle et de ses responsabilités. La participation active d'agents de libération conditionnelle qui connaissent le rôle qu'ils doivent jouer dans le Programme et l'existence de programmes ou de services adéquats en matière de toxicomanie sont également essentielles. La participation des médecins aux réunions de l'EITM, et en particulier aux conférences de cas initiales (où on décide d'approuver ou non des demandes de participation) contribue également à la cohésion de l'équipe.

Tous les nouveaux APR interrogés par l'équipe d'évaluation se sont dits préoccupés par le fait qu'on ne les informe pas vraiment de leurs responsabilités et que, en général, on ne les oriente pas à l'égard des exigences de leur poste. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a recommandé que l'on détermine les candidats potentiels au poste d'APR dans le Programme de TEM et qu'on les oriente et les forme à l'égard du TEM avant leur nomination.

On a également fait remarquer que la participation des agents de libération conditionnelle au sein d'une EITM variait d'un établissement à l'autre. Dans huit établissements visités, les agents de libération conditionnelle interrogés ont signalé avoir très peu participé au Programme de TEM. Bon nombre ont également mentionné ne pas connaître leurs responsabilités spécifiques.

Dans cinq des 15 établissements visités, le médecin n'avait pas assisté aux réunions de l'EITM au cours desquelles on décide d'approuver ou non les demandes de participation (c.-à-d. la conférence de cas initiale). De plus, on a fait observer que la participation aux réunions régulières de l'EITM variait selon la disponibilité du médecin, même si les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone exigent que le médecin « *participe à la conférence de cas initiale* » et « *participe à une partie de toutes les réunions de l'EITM* »<sup>5</sup>. L'équipe d'évaluation a signalé que les médecins qui n'assistent pas à la conférence de cas initiale de l'EITM sont désavantagés parce qu'ils ne sont pas là pour entendre les débats et les différentes opinions des membres de l'équipe qui ont évalué les cas.

Au cours des entrevues, un grand nombre de membres d'une EITM des quatre coins du pays ont signalé qu'il faut offrir une formation (ou accroître l'accès à l'information). Un certain nombre d'employés interrogés ont mentionné que les membres du personnel du SCC ne soutiennent pas tous le Programme de TEM. Cependant, le problème n'est pas tant un manque de soutien que manque de connaissance envers le Programme. Bien qu'un certain nombre de coordonnateurs régionaux du TEM aient offert de donner une formation (parfois en établissement), certains agents de libération conditionnelle ont déclaré qu'il était très difficile pour eux d'assister aux séances de formation parce que les délais de remise de leurs rapports de gestion de cas sont très serrés. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a recommandé qu'on envisage de donner une formation sur le TEM au cours des assemblées générales du personnel ou au cours de journées de formation en cours d'emploi.

---

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 52

**4 L'équipe d'évaluation a fait remarquer que certains membres de l'EITM ne sont pas certains des rôles et des responsabilités qu'ils doivent assumer pour préparer un détenu à faire la transition entre l'établissement et la collectivité.**

Dans des dix des 15 établissements visités, les Services de santé s'occupaient de prendre les dispositions nécessaires pour assurer la continuité des soins dans la collectivité, même si cette responsabilité incombe aux agents de libération conditionnelle en établissement et dans la collectivité. Dans tous les bureaux de libération conditionnelle/CCC visités, on a dit à l'équipe d'évaluation que l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité participait peu au Programme de TEM. Toutes les dispositions relatives aux rendez-vous à la clinique et avec les médecins sont prises par l'établissement. Le seul impact qu'on a observé est l'augmentation du nombre de contacts avec des tiers que l'agent de libération conditionnelle établit pour les délinquants en libération conditionnelle traités à la méthadone.

On a également fait remarquer que certains collègues des médecins et chirurgiens ne divulguent pas la liste des fournisseurs de méthadone dans la collectivité dans leur province. Cela complique la tâche au personnel infirmier ou aux agents de libération conditionnelle qui cherchent un fournisseur autorisé dans une autre province ou dans une région éloignée de leur province en tant qu'établissement de libération. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a recommandé que, dans la mesure du possible, toutes les régions envisagent de dresser une liste de leurs cliniques et de leurs pharmacies et de l'afficher dans les sites Web de façon que les agents de libération conditionnelle du SCC de tout le pays puissent facilement la consulter.

**5 On a élaboré des façons uniques d'administrer la « règle des 20 minutes » en fonction du nombre de patient traités à la méthadone dans chaque établissement, de l'aménagement des installations affectées pour la période d'attente et du nombre de groupes (et de sous-groupes) de la population carcérale qui doivent être séparés.**

Selon des données cliniques, la méthadone est une drogue que l'on peut administrer en toute sécurité aux personnes dépendantes aux opiacés. Cependant, une petite dose peut être fatale pour les personnes qui n'ont jamais consommé d'opiacés. Par conséquent, on a intégré plusieurs mesures de sécurité au Programme de traitement d'entretien à la méthadone pour prévenir de tels problèmes. L'une de ces mesures est la règle des 20 minutes, selon laquelle on doit observer le patient traité à la méthadone 20 minutes après l'administration du médicament. Cette règle est fondée sur le principe selon lequel 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. Par conséquent, toute dose détournée est moins concentrée et moins agréable au goût (étant donné que les sucs gastriques s'accumulent).

Dans les établissements à sécurité maximale, l'administration de la méthadone et la gestion de la période d'attente de 20 minutes pour chaque détenu traité à la méthadone dépendent du nombre de groupes (et de sous-groupes) de détenus dans l'établissement. Il peut survenir des problèmes de logistique lorsqu'il s'agit d'administrer le médicament et de surveiller les détenus traités à la méthadone pendant 20 minutes tout en tenant à distance les détenus qui font partie de groupes incompatibles.

Même si les établissements à sécurité maximale doivent traiter avec de multiples groupes et sous-groupes de détenus incompatibles, les établissements à sécurité moyenne font parfois face à des défis logistiques lorsque vient le temps d'administrer de la méthadone à un grand nombre de patients. Cela est particulièrement vrai dans la région du Pacifique, où, dans les établissements visités par l'équipe d'évaluation, jusqu'à 60 patients traités à la méthadone se rendent chaque jour aux Services de santé de l'établissement. En pareille situation, on utilisait des listes de vérifications pour consigner l'heure d'arrivée et l'heure de sortie de chaque détenu traité à la méthadone.

Les établissements à sécurité minimale sont aux prises avec leurs propres difficultés s'ils veulent respecter la règle d'attente des 20 minutes. En effet, les patients traités à la méthadone ont souvent davantage accès à la collectivité à des fins de réinsertion, et les sorties ne coïncident pas toujours avec le moment où on dispense la méthadone. En pareils cas, les détenus qui participent au Programme sont observés pendant 20 minutes par un accompagnateur bénévole.

Dans la plupart des régions visitées, l'équipe d'évaluation a cerné un certain nombre de préoccupations en ce qui concerne la période d'attente de 20 minutes. [*Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)*].

Comme il est difficile d'appliquer la règle des 20 minutes, l'équipe d'évaluation a recommandé que la mise en œuvre de cette règle devienne une question permanente à l'ordre du jour des réunions et des téléconférences nationales relatives au Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC (à plus forte raison compte tenu de l'augmentation du nombre de patients traités à la méthadone). De cette façon, on peut discuter des éléments qui facilitent et des éléments qui entravent l'application de cette règle et mettre en commun des pratiques exemplaires.

**6 Un examen de 42 dossiers des Services de santé concernant le Programme de TEM révèle que les critères du DSM IV ne sont pas toujours signés dans le formulaire *Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone* (CSC/SCC 1260-02). De plus, même si les plans de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03) figurent au dossier, le personnel déclare qu'il est difficile de les mettre à jour, surtout lorsqu'un détenu passe du statut « stable » au statut « non stable ».**

Les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone indiquent que le médecin doit remplir et signer certaines sections du formulaire intitulé « Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone »<sup>6</sup>. L'une de ces sections est un bloc de signature qui figure à la page 1 du formulaire. Lorsqu'il le signe, le médecin certifie que les critères du DSM IV concernant la dépendance aux opiacés sont respectés. Toutefois, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que, même si les formulaires « Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone » avaient été versés au dossier et que le médecin avait signé la dernière page du formulaire, la sous-section concernant les critères du DSM IV n'avait pas toujours été signée dans les 15 établissements visités. En conséquence, elle a recommandé que l'on inclue dans le contrat normalisé du médecin des précisions quant à l'obligation du médecin de signer

<sup>6</sup> Formulaire « Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone » (CSC/SCC 1260-02).

les critères du DSM IV concernant la dépendance aux opiacés dans le cadre du Programme de traitement d'entretien à la méthadone.

En ce qui a trait aux exigences de contrôle du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone soulignent que le Plan de traitement d'entretien à la méthadone devrait (et non pas « doit ») être mis à jour après chaque rendez-vous chez le médecin<sup>7</sup>. La fréquence des rendez-vous chez le médecin est fondée sur la stabilité du détenu traité à la méthadone. Si un détenu est stable, ses rendez-vous chez le médecin devraient être fixés aux trois à quatre semaines. Les détenus qui ne sont pas stables devraient voir le médecin chaque semaine. L'équipe d'évaluation a déterminé que, dans tous les établissements visités, le dossier médical du patient contenait des plans de TEM pour les détenus qui participent au Programme de TEM. Cependant, dans neuf établissements visités, la mise à jour des plans de TEM ne figurait pas toujours au dossier. De plus, on n'a pas inclus dans les plans de TEM un champ « date » qui faciliterait le processus de mise à jour. Par conséquent, on a recommandé de réviser le formulaire « Plan de traitement d'entretien à la méthadone » du SCC afin qu'il contienne un champ « date ».

**7 Au cours de l'évaluation, on a interrogé 65 détenus. Tous ont mentionné l'impact positif qu'a eu le Programme sur divers aspects de leur vie. De plus, un grand nombre d'employés qui travaillent de près avec les détenus qui participent au Programme de TEM ont vanté les mérites de ce Programme, du fait des changements qu'ils ont observés chez les détenus qui y ont participé.**

Au cours de l'évaluation, on a interrogé des détenus et des membres du personnel pour connaître leurs perceptions de l'impact du Programme de traitement d'entretien à la méthadone. On a demandé aux employés s'ils avaient remarqué des changements de comportement chez les détenus qui ont participé au Programme. En contrepartie, on a demandé aux détenus si, selon eux, des changements survenus dans l'établissement pouvaient être attribués au Programme et si le Programme avait eu un impact sur leur vie.

Bien des employés interrogés ont déclaré avoir été témoins de changements de comportement considérables depuis le lancement du Programme de TEM. Des agents de correction ont indiqué que les détenus traités à la méthadone sont plus enclins à communiquer. Toutefois, certains agents de libération conditionnelle ont fait remarquer que le Programme de TEM ne fonctionnera que si le SCC suit le concept du TEM et combine la médication à des mesures de soutien social et à des programmes adéquats. Les agents de libération conditionnelle aussi bien que les agents de programmes correctionnels ont fait remarquer que l'un de leurs principaux obstacles est d'amener les détenus à se rendre compte que la méthadone n'est pas une « pilule magique » et « qu'ils doivent continuer de suivre tous les autres programmes pour réussir leur réinsertion sociale ».

Les détenus interrogés ont mentionné que le Programme a permis à l'établissement de réduire la demande en héroïne ainsi que les dettes de drogues. Ils ont également parlé

---

<sup>7</sup> *Ibid.* Page 37.

de l'effet du Programme sur leur vie quotidienne, de son influence sur d'autres programmes qu'ils suivent, de son impact sur leur comportement criminel et de leurs perspectives de libération.

En général, l'équipe d'évaluation a signalé que les commentaires du personnel et des détenus rejoignent les conclusions d'autres études sur l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone en milieu correctionnel<sup>8</sup> <sup>9</sup>. Toutes les études ont révélé que les détenus qui participent à un programme de traitement d'entretien à la méthadone réduisent leurs comportements à risque (comme l'échange de seringues) et voient leur état de santé général s'améliorer considérablement. De plus, ces mêmes études signalent une diminution du comportement criminel et des incidents d'incarcération.

## **8 Le nombre de participants au Programme de TEM semble croître plus rapidement que prévu, selon les taux projetés.**

En mai 2002, le SCC a élargi le Programme de traitement d'entretien à la méthadone. Tous les détenus ayant une dépendance aux opiacés ont maintenant le droit de demander à être traités à la méthadone. Cela a eu des répercussions importantes, car le nombre de détenus qui présentent une demande et sont jugés admissibles au Programme a augmenté considérablement. Le tableau suivant résume le nombre de détenus qui suivent actuellement le Programme de TEM dans chaque région ainsi que le nombre de détenus qui ont entrepris le Programme avant la modification de la politique et après sa mise en œuvre. On y décrit les changements en pourcentage entre le moment où on a révisé la politique et le 27 juillet 2003.

---

<sup>8</sup> Marsch, L. A. « The Efficacy of Methadone Maintenance Interventions in Reducing Illicit Opiate Use HIV Risk Behaviour and Criminality: a meta-analysis », *Addiction* vol. 93, n° 4, 1998, 515-533.

<sup>9</sup> Bikershoff, Susan. « Methadone in Correctional Settings ». Thèse de doctorat. Université Brown, Providence RI 2002. <http://www.methadone.org/>

**Participation des détenus du SCC au Programme de TEM au 27 juillet 2003**

Région	Actuellement traités à la méthadone	Admis avant le 5 mai 2002	Admis après le 5 mai 2002	Augmentation (%) depuis mai 2002
<b>Pacifique</b>	247	119	128	106 %
<b>Prairies</b>	72	22	50	227 %
<b>Ontario</b>	58	28	30	107 %
<b>Québec</b>	52	18	34	189 %
<b>Atlantique</b>	21	5	16	320 %
<b>Total</b>	450	192	258	134 %

Toutefois, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que les chiffres du tableau peuvent différer de ceux fournis par les Services de santé, étant donné que les données du tableau sont tirées du SGD et se fondent sur tous les délinquants dont le dossier électronique présente un indicateur « méthadone ». Selon les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone, l'agent de libération conditionnelle en établissement doit placer un indicateur dans le SGD si le détenu est admis au SCC ou qu'il est déjà traité à la méthadone<sup>10</sup>. Cependant, l'équipe d'évaluation a signalé que bien des agents de libération conditionnelle ignorent qu'ils doivent effectuer cette tâche. Ainsi, il se peut qu'on ait sous-évalué le nombre réel de patients traités à la méthadone consigné dans le SGD. Par conséquent, l'équipe d'évaluation a recommandé qu'on rappelle aux agents de libération conditionnelle en établissement qu'ils doivent activer l'indicateur de la méthadone dans le SGD lorsqu'un détenu est admis au Programme. De cette façon, on pourra recueillir des données plus fiables sur la participation au Programme.

Les données qu'utilisent les Services de santé sont fondées sur les rapports manuels fournis par chaque établissement à la fin de chaque mois. Comme le nom de certains détenus peut figurer sur deux listes d'établissement lorsqu'ils sont transférés d'un établissement fédéral à un autre, il se peut que ces données ne soient pas tout à fait pareilles. Les Services de santé ont mentionné qu'ils explorent actuellement d'autres moyens de recueillir cette information. L'équipe d'évaluation est d'avis que les rapports actuels des Services de santé de l'AC donnent une idée plus exacte du nombre de participants au Programme parce que ces chiffres rejoignent davantage les données recueillies par l'équipe au cours des visites d'établissements. Pour l'instant, l'équipe d'évaluation estime qu'un chiffre réaliste se situerait autour de 500 à 515 participants. Par conséquent, elle a recommandé que les Services de santé continuent à mettre en œuvre un Système de gestion de l'information sur la santé pour s'assurer que le SCC a accès à de l'information exacte et fiable sur les programmes des Services de santé, information qui n'est pas actuellement saisie par le SGD.

Selon l'équipe d'évaluation, le nombre de candidats potentiels au Programme de TEM pourrait être supérieur aux estimations actuelles, et les projections présentées dans le Plan national d'immobilisations, de logement et d'opérations (PNILO) de 2002-2003 sont modestes. Le Programme de TEM vise les délinquants qui ont une dépendance à l'héroïne ou aux opiacés par voie intraveineuse. Ces personnes courent le plus grand risque de contracter le VIH et (ou) le virus de l'hépatite C. Dans le rapport intitulé Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux

<sup>10</sup> *Op. cit. Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone du SCC, p. 22.*

canadiens, 2000-2001, on a fait remarquer que, selon les résultats des tests de dépistage du VIH et du virus de l'hépatite C effectués à l'admission, il se pourrait qu'on n'ait pas dépisté ces infections chez près de 70 % des détenus. Par conséquent, il se pourrait que les taux d'infection actuels sous-estiment de façon importante le besoin réel en méthadone. En plus de prévenir la transmission des maladies infectieuses, le traitement permet aux détenus de cesser de prendre des opiacés avant d'être traités pour le virus de l'hépatite C.

Parmi les autres facteurs qui contribuent à l'accroissement du nombre de participants au Programme de TEM, mentionnons les suivants :

- admission régulière de délinquants très dépendants aux opiacés;
- resserrement des procédures de distribution de stupéfiants, qui rendent le détournement plus difficile;
- acceptation accrue de la méthadone par la population carcérale, ce qui fait que les détenus hésitent moins à demander le traitement;
- accessibilité accrue des cliniques de TEM, augmentation du nombre de fournisseurs de méthadone accrédités, et augmentation du nombre de traitements dans le système provincial.

**9 La création d'un centre de coûts unique pour le Programme a facilité le suivi des fonds affectés au Programme de TEM. De plus, grâce à l'attribution de codes financiers exacts aux centres de coût en ce qui concerne la méthadone, on peut rationaliser et documenter les dépenses du Programme afin de justifier, par des données de fond, les demandes de ressources supplémentaires.**

On a estimé que la moitié des coûts du Programme de traitement d'entretien à la méthadone sont attribuables à des postes ETP. À la lumière des dossiers de dépenses du Programme de TEM pour l'exercice 2002-2003 du Système intégré de gestion des rapports (DIGR), l'équipe d'évaluation a fait remarquer que l'AC a distribué les fonds aux régions selon une formule 70-30. Soixante-dix pour cent des fonds ont été affectés en fonction du nombre actuel de délinquants qui participent au Programme, et 30 % en fonction des mesures prévues pour élargir le Programme.

Les fonds affectés au Programme de TEM pour l'exercice 2002-2003 proviennent de contributions du SCC et du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). Le SCC a contribué pour 2 210 000 \$, et le SCT, 1 250 000 \$, pour un total de 3 460 000 \$. Pour cette période, les dépenses totales en cours d'exercice et les engagements en cours s'établissaient à 3 368 000 \$. Lorsqu'on rapproche ces montants avec le financement total que le SCC et le SCT ont contribué pour cette période, on obtient un déficit de 92 000 \$, ou de 2,7 % du financement total affecté au Programme de TEM. Comme on a élargi le Programme au cours de l'exercice 2002-2003, l'équipe d'évaluation a déterminé, à la lumière de données non scientifiques, que les Services de santé avaient dépensé 2,7 % des fonds dans des domaines où dès le début, les ressources du Programme de TEM recoupaient celles d'autres Services de santé (comme le non-respect du budget salarial affecté au personnel infirmier).

L'équipe d'évaluation a également étudié en profondeur les données du SIGR de 2002-2003 pour chaque établissement (et pour les bureaux de libération conditionnelle qui

recevaient des fonds pour exécuter le Programme). On a fait remarquer que, au début de 2002, on a attribué, aux fins de la déclaration des dépenses, un centre de coûts unique au Programme de TEM. Cependant, on a décelé un certain nombre de problèmes de codage, et on a conclu qu'il faudrait peut-être donner une formation supplémentaire.

Pour l'exercice 2003-2004, tous les fonds réservés au Programme de TEM sont protégés en vertu de l'enveloppe budgétaire des soins de santé. De plus, au début du présent exercice, la coordonnatrice nationale et les coordonnateurs régionaux du TEM ont formulé des directives claires sur la façon dont les fonds doivent être affectés au Programme et sur la manière de coder ces fonds en fonction du centre de coûts pertinent.

Au cours de l'évaluation, on a signalé que les planificateurs du Programme n'ont peut-être pas tenu compte du fait que d'autres ressources pouvaient avoir été engagées dans le Programme. Par exemple, on a signalé que, dans un CCC, on doit demander à des employés, la fin de semaine, d'accompagner à un établissement avoisinant des délinquants en liberté conditionnelle traités à la méthadone pour qu'ils obtiennent leur médicament. Cela équivaut à trois heures supplémentaires (à temps et demi) pour le samedi et pour le dimanche, et cela représente environ 10 000 \$ du budget des CCC.

Dans l'ensemble, les fonds réservés pour le Programme de TEM sont affectés à chaque établissement en fonction d'une formule qui tient compte du nombre de détenus traités à la méthadone, du nombre de détenus dont le nom figure sur une liste d'attente et du nombre de demandes de traitement à l'étude. Cette formule s'appuie également sur des facteurs comme le nombre d'infirmières et d'infirmiers, le nombre d'agents des programmes correctionnels et le nombre d'heures de travail des médecins. Pour donner des estimations exactes des besoins en ressources actuels et futurs, les établissements opérationnels auraient avantage à suivre le statut des demandes de participation au Programme et le nombre de participants pour prouver que le nombre de demandes et de participants a augmenté. De plus, on devrait attribuer des codes financiers exacts à des centres de coûts liés à la méthadone pour rationaliser et documenter les dépenses du Programme, de façon à justifier le besoin en ressources supplémentaires à l'aide de données de fond. Grâce à des codes exacts, le SCC pourra mesurer l'aspect financier des activités du Programme de TEM.

### 1.0 INTRODUCTION

#### 1.1 Contexte

Dans les pays occidentaux, les comportements liés à la consommation de drogues injectables et aux relations sexuelles non protégées dans les prisons préoccupent considérablement la population, les groupes de défense des droits des personnes infectées au VIH/sida, le personnel des services correctionnels et les détenus. Dans les prisons, le taux de maladies infectieuses est plus élevé que dans la population en général. Les détenus ont souvent des antécédents de comportements à risque élevé, comme l'utilisation de drogues injectables, le commerce du sexe et les pratiques sexuelles non protégées avec des partenaires à risque élevé, ce qui les rend vulnérables aux maladies transmissibles par le sang et aux maladies transmissibles sexuellement. Dans tout milieu où sont regroupées un grand nombre de personnes, la transmission de maladies infectieuses constitue un problème potentiel. En prison, ces maladies représentent une source de préoccupation particulière parce que les détenus peuvent avoir été infectés avant leur incarcération et que le milieu carcéral constitue un environnement propice à la transmission des maladies.

#### 1.2 Le concept de la réduction des méfaits

Environ 70 % des délinquants incarcérés dans les pénitenciers fédéraux ont un problème de toxicomanie. Pour environ 20 % de ces délinquants, le problème est grave et nécessite un traitement intensif; ils sont plus susceptibles que les autres d'être polytoxicomanes et d'avoir toutes sortes de comportements à risque élevé, comme l'usage de drogues injectables. Pour ce qui est des comportements à risque, le Sondage national auprès des détenus de 1995 donne le portrait le plus complet de l'usage de drogues chez les détenus de sexe masculin du SCC. Trente-huit pour cent (1 256 des 3 264 répondants) des détenus ont déclaré avoir consommé au moins une drogue illicite depuis leur arrivée dans l'établissement où ils sont actuellement incarcérés. De plus, 11 % (391 des 3 264 répondants) ont avoué s'être injecté une drogue illicite au cours de leur séjour dans cet établissement. Les études 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, s'ils ne sont pas traités, recommenceront à consommer de l'héroïne après leur mise en liberté<sup>11</sup>.

Ces faits montrent que le personnel des Services de santé du milieu correctionnel doit faire face à des défis encore plus grands et trouver des moyens créatifs et efficaces de réduire la transmission des maladies infectieuses. Les interventions visant à alléger le lourd fardeau de la maladie devront être fondées sur une approche de réduction des méfaits et complétées par les méthodes traditionnelles de promotion de la santé comme l'éducation des détenus. En plus des tests de dépistage confidentiels, le SCC a mis en place plusieurs initiatives destinées à prévenir la transmission des maladies infectieuses et à réduire les nombreux méfaits associés aux comportements à risque élevé. Parmi ces initiatives, mentionnons la distribution de condoms, de digues dentaires, de lubrifiant

---

<sup>11</sup> McVie, Fraser. L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral : les problèmes et les défis, Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle, Volume 13, numéro 3, septembre 2001.

à l'eau et d'eau de Javel dans tous les établissements, la promotion de l'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B, et le Programme de traitement d'entretien à la méthadone pour les délinquants ayant une dépendance aux opiacés.

La méthadone a commencé à être utilisée pour le traitement de la dépendance à l'héroïne et à d'autres opiacés au milieu des années 1960. Au cours des trente-cinq années qui ont suivi, le traitement d'entretien à la méthadone est devenu le traitement à long terme le plus utilisé pour les patients ayant une dépendance aux opiacés<sup>12</sup>. La méthadone est un opiacé synthétique, chimiquement semblable à l'héroïne, qui a une demi-vie de 24 à 36 heures. En raison de son effet prolongé, la méthadone peut être administrée en une dose quotidienne unique plutôt que plusieurs fois par jour. Lorsque le dosage est approprié, la méthadone ne cause ni euphorie ni effet sédatif. Elle soulage les états de manque et les symptômes de sevrage, et elle prévient l'euphorie des narcotiques à action brève comme l'héroïne. On a attribué de nombreux bénéfices à la participation aux programmes d'entretien à la méthadone : diminution de l'usage d'opiacés, réduction de l'échange de seringues, amélioration de la vie sociale et réduction du nombre d'incidents de séroconversion au VIH<sup>13</sup>. L'entretien à la méthadone est le traitement le plus efficace pour les individus qui ont une dépendance grave à l'héroïne et à d'autres opiacés lorsque la consommation se fait par voie intraveineuse. L'objectif du TEM est de réduire les conséquences négatives de la dépendance aux opiacés et les injections.

### 1.3 Le traitement d'entretien à la méthadone au SCC

Le 1<sup>er</sup> décembre 1997 (Journée mondiale du sida), le solliciteur général a présenté le Programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) du SCC en tant que nouvelle mesure de lutte contre la propagation du VIH/sida et d'autres maladies infectieuses dans les établissements fédéraux et parmi les délinquants sous surveillance dans la collectivité. Le Programme était destiné aux délinquants ayant une dépendance aux opiacés et intégrait la gestion médicale du délinquant aux programmes et services pour toxicomanes offerts dans les établissements et dans la collectivité.

En 1998, la politique du SCC sur le TEM était présentée sous la forme d'une instruction provisoire et ne visait que les délinquants qui suivaient un programme de ce genre dans la collectivité avant d'être incarcérés. Les objectifs, les buts et les issues du Programme de TEM cités dans la première instruction provisoire de 1998 laissaient entendre qu'il faudrait élargir le Programme de façon à réduire les méfaits<sup>14</sup>.

Pendant qu'on appliquait l'instruction provisoire sur le Programme de traitement d'entretien à la méthadone, on reconnaissait aussi que la méthadone constituait le seul véritable traitement approprié pour certains détenus ayant une forte dépendance aux opiacés. En réponse aux demandes des régions, le Comité de direction a décidé, à sa

<sup>12</sup> Marsch, L. A. « The Efficacy of Methadone Maintenance Interventions in Reducing Illicit Opiate Use HIV Risk Behaviour and Criminality: a meta-analysis », *Addiction*, vol. 93, n° 4, 1998, p. 515-533.

<sup>13</sup> *Ibid.* Marsch, L. A.

<sup>14</sup> Instruction provisoire 821 « Programme national de traitement d'entretien à la méthadone — Phase 1 ». 29 juillet 1998. Pages 1-2.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

réunion de février 1999, que les sous-commissaires régionaux pourraient approuver le traitement d'entretien à la méthadone *dans des circonstances exceptionnelles* :

- lorsque tous les autres traitements et programmes ont échoué;
- lorsque la dépendance continue de mettre en danger la santé du délinquant; et,
- lorsqu'une intervention immédiate est absolument nécessaire.

En février 2002, il y a eu une contestation judiciaire à propos de ce qu'on considérait comme une restriction de l'accès au Programme de traitement d'entretien à la méthadone<sup>15</sup>. Les avocats du ministère de la Justice estimaient que cette contestation était justifiée, puisque l'accès à un programme de TEM doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues. Le paragraphe 86(2) de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) prévoit que :

*« La prestation des soins de santé selon la sous-section (1) doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues. »*

En outre, la Directive du commissaire n° 800, « Services de santé », garantit que les détenus ont accès aux traitements « conformément aux pratiques admises dans la collectivité<sup>16</sup> ». Cette approche est compatible aussi avec les Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons, qui précisent que :

*« Dans les pays où un traitement d'entretien à la méthadone est proposé aux opiomanes, ce traitement devrait pouvoir être également poursuivi en prison<sup>17</sup>. »*

En conséquence, les Divisions des politiques, des services juridiques et des Services de santé du SCC étaient d'avis que le SCC devrait continuer d'élargir l'accès au Programme de traitement d'entretien à la méthadone. On a modifié la Directive du commissaire n° 800 sur les Services de santé afin d'élargir le Programme de traitement d'entretien à la méthadone de sorte que tous les détenus ayant une dépendance aux opiacés et pouvant bénéficier du traitement à la méthadone puissent être évalués en vue de leur participation au Programme. Au moment où on modifiait la Directive du commissaire, on élaborait les Lignes directrices générales pour le traitement d'entretien à la méthadone et les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone afin d'orienter l'évaluation de l'admissibilité d'un détenu au traitement à la méthadone et de surveiller les progrès des détenus au cours de leur traitement. En juin 2002, on a offert un programme de formation national sur l'élargissement du Programme du traitement d'entretien à la méthadone au personnel des Services de santé, de la Gestion des cas et du Programme. La formation soutenait le principe qui

<sup>15</sup> STRYKIWSKY c. Commissaire des services correctionnels et al.

<sup>16</sup>Paragraphe 1.

<sup>17</sup> Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 1999, paragraphe 23.

guide la prestation de Services de santé au SCC, celui de donner des soins uniformes dans l'ensemble du pays, dans la mesure où l'on considère que les Services de santé forment un département ayant un mandat en vertu de la loi. L'objectif de la prestation des soins de santé (et de l'exécution du Programme de TEM) est d'assurer la sécurité et la meilleure qualité de soins, compte tenu des fonds et des ressources dont dispose le SCC.

### 1.4 La structure du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Le Programme de TEM du SCC comporte quatre grandes étapes :

1. évaluation initiale, conférence de cas et amorce du traitement à la méthadone (ou poursuite du traitement si le délinquant est déjà traité à la méthadone au moment de son admission);
2. administration et suivi du traitement d'entretien à la méthadone;
3. renforcement des mesures de réduction des méfaits au moyen des programmes et services pour toxicomanes; et,
4. planification de la mise en liberté et liaison avec un programme d'entretien à la méthadone de la collectivité.

Une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) est constituée pour chaque délinquant admis au Programme de traitement d'entretien à la méthadone. Le concept d'EITM n'est pas nouveau au SCC. En 1998, lorsque le SCC a mis en œuvre le traitement d'entretien à la méthadone, une équipe composée des mêmes membres que l'EITM actuelle prenait toutes les décisions qui punctuaient les étapes clés du traitement à la méthadone. L'EITM en établissement est formée actuellement d'un agent de libération conditionnelle en établissement, d'un agent de programmes en établissement, d'une infirmière, d'un médecin, d'un pharmacien et de tout autre membre du personnel pouvant apporter son aide (psychologue, psychiatre, aumônier, aîné). La coordination des aspects administratifs incombe à l'agent de première responsabilité (APR). L'annexe A contient une description des principales activités des membres de l'équipe d'intervention en établissement.

Lorsqu'un délinquant traité à la méthadone est mis en liberté, une EITM dans la collectivité est constituée. Cette équipe est formée d'un agent de libération conditionnelle dans la collectivité, d'un agent principal de libération conditionnelle dans la collectivité et d'un agent de programmes correctionnels dans la collectivité. C'est l'agent de libération conditionnelle qui joue le rôle d'APR de l'équipe et qui en assure le leadership global. L'équipe peut comporter d'autres membres du personnel, selon les besoins particuliers du délinquant. L'annexe B contient une description des principales activités des membres de l'équipe d'intervention dans la collectivité.

Le modèle logique illustré à l'annexe C présente les principales activités du Programme de TEM du SCC. Voici ces activités :

- accepter les détenus admissibles au TEM et amorcer le traitement;
- faire le suivi du statut des participants (stable/non stable) et les traiter en conséquence;
- renforcer le traitement en offrant des programmes et des services pour toxicomanes;
- établir la liaison avec les programmes de TEM offerts dans la collectivité.

Pour couvrir les coûts de l'élargissement du Programme de TEM, le SCC a réclamé des fonds additionnels dans son Plan national d'immobilisations, de logement et d'opérations de 2003-2004. Avant d'augmenter les niveaux de référence pour les coûts directement liés au logement, à la surveillance et aux programmes des détenus, le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) a demandé qu'une série d'évaluations soient effectuées. L'une de ces évaluations devait porter sur le Programme de TEM. Plus précisément, le SCT a demandé que l'évaluation confirme les taux de participation au Programme de TEM et donne une estimation du nombre de détenus qui pourraient avoir besoin de traitement. En outre, il s'est dit intéressé à connaître la mesure dans laquelle le SCC pourrait prendre en charge un nombre de plus en plus important de détenus admis au Programme.

### 1.5 Orientation de l'évaluation

Quatre thèmes ont été dégagés lors de la planification de l'évaluation, à partir des études, des documents et des données examinés par l'équipe de planification, et aussi à partir des questions soulevées au cours de discussions avec le personnel des Services de santé du SCC, le personnel de la planification des opérations du SCC et les analystes principaux du SCT. Ces quatre thèmes sont centrés sur la capacité des unités opérationnelles du SCC d'administrer le Programme de TEM, l'expérience de la mise en œuvre du Programme de TEM d'un point de vue national et les questions de contrôle financier axées sur les préoccupations du Conseil du Trésor à propos des projections actuelles et futures liées au TEM (entre autres, la façon dont les fonds alloués au Programme sont dépensés). Le cadre d'évaluation propose donc les quatre questions suivantes :

- 1 la capacité des établissements et des bureaux communautaires du SCC d'administrer le Programme de TEM;
- 2 la mesure dans laquelle la mise en œuvre et l'administration du Programme de TEM sont uniformisées dans l'ensemble du pays;
- 3 les taux de participation actuels au Programme de TEM et les taux projetés; et
- 4 la mesure dans laquelle le SCC peut assurer le contrôle financier portant sur l'allocation des fonds destinés au Programme.

Dans ce contexte, on a examiné les questions liées à la mise en œuvre du Programme afin de :

- confirmer si les lignes directrices du Programme de TEM sont respectées;
- décrire les variantes dans la mise en œuvre du Programme;
- cerner les obstacles de procédure qui peuvent entraver l'exécution efficace du Programme; et,
- consigner les pratiques efficaces et les pratiques exemplaires.

L'annexe D présente les objectifs et les résultats clés qu'a utilisés l'équipe d'évaluation pour répondre à ces questions.

### 1.6 Méthode d'évaluation

Le schéma d'évaluation se fonde sur une approche de triangulation. Cette approche consiste à utiliser plusieurs méthodes pour étudier un projet et repose sur le principe selon lequel on introduit un élément d'équilibre dans l'évaluation en employant plusieurs stratégies de collecte de données. Parmi ces méthodes, on a interrogé des informateurs clés comme la coordonnatrice nationale et les coordonnateurs régionaux du TEM et des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement d'entretien à la méthadone en établissement et dans la collectivité. De plus, l'équipe d'évaluation a étudié les documents relatifs au projet et les dossiers médicaux des délinquants pour déterminer les paramètres d'approbation, d'administration et de surveillance du traitement à la méthadone. Elle a observé les pratiques d'administration de la méthadone et de surveillance des détenus après l'ingestion du médicament dans les établissements visités. Enfin, elle a extrait des bases de données du SCC des données sur le projet afin d'examiner les points suivants :

- tous les dossiers du Système de gestion des délinquants (SGD) où l'indicateur « méthadone » est activé, afin de déterminer le nombre de personnes qui participent au Programme de traitement d'entretien à la méthadone dans les établissements du SCC;
- tous les dossiers du SGD où l'indicateur « méthadone » est activé, afin de déterminer le contenu des « notes de service au dossier concernant la méthadone » après l'admission du détenu au Programme de traitement d'entretien à la méthadone;
- toutes les dépenses enregistrées dans le Système intégré de gestion des rapports (SIGR) relativement au Programme de traitement d'entretien à la méthadone pour les exercices 2002-2003 et 2003-2004, afin de déterminer la mesure dans laquelle les procédures d'inscription des dépenses sont normalisées; et
- les données en matière de surveillance du VIH/sida de Santé Canada de 2000 à 2002, afin de déterminer le nombre de cas d'infections au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) dans les établissements du SCC, étant donné que ces groupes de délinquants sont des candidats potentiels au Programme de TEM.

De plus, dans chaque établissement visité, l'équipe d'évaluation a déterminé si les membres de l'équipe d'intervention pour le traitement d'entretien à la méthadone avaient accès à la version la plus récente des Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone du SCC.

### 1.7 Vue d'ensemble

On a visité 15 établissements, quatre administrations régionales et quatre bureaux communautaires (y compris des centres correctionnels communautaires) aux quatre coins du pays. On a mené des entrevues et des discussions avec plus de 120 employés et 65 détenus. Vous trouverez les constatations détaillées de l'évaluation dans la section 2. Il y a neuf grandes constatations et 14 recommandations.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

L'équipe d'évaluation souhaite exprimer toute sa gratitude envers les employés du SCC qu'elle a consultés au cours de l'évaluation. Elle aimerait remercier en particulier Johanne Barton, coordonnatrice nationale du TEM, qui l'a accompagnée dans quatre régions. De plus, l'équipe est reconnaissante aux coordonnateurs régionaux du TEM, qui l'ont accompagnée au cours des visites d'établissements dans leur région respective. Leurs points de vue et leurs conseils ont été très précieux et très appréciés.

Voici les membres de l'équipe d'évaluation :

Pam Haslam, gestionnaire principale, Évaluations et examens  
Karen Kaschube, gestionnaire, Évaluations et examens  
Marie-Thérèse Hokayem, gestionnaire, Évaluations et examens  
Joanne Barton, coordonnatrice nationale du TEM

Original signé par

Gerry Hooper  
Commissaire adjoint  
Évaluation du rendement

13 septembre 2003

Date

## 2.0 OBSERVATIONS ET CONSTATATIONS

### Objectif 1

Déterminer si les établissements et les bureaux communautaires du SCC ont la capacité de mettre en œuvre et d'administrer le Programme de traitement d'entretien à la méthadone.

#### Constatation n° 1

Les 15 établissements visités par l'équipe d'évaluation ont établi des paramètres concernant le nombre de personnes que l'on peut admettre au Programme de TEM en toute sécurité. Cependant, dans 12 établissements, on accepte certaines demandes de participation même si on a dépassé le nombre de personnes qui peuvent participer au TEM dans l'établissement. De plus, le processus de contrôle des ressources de l'établissement liées au TEM pourrait être entravé par le taux de roulement des employés du Bureau de première responsabilité (BPR), à qui on a confié la tâche de coordonner le contrôle des capacités.

Les quatre grandes étapes du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC portent sur l'amorce du traitement à la méthadone, le suivi des progrès du délinquant, l'exécution de programmes de soutien et la liaison avec des programmes d'entretien à la méthadone dans la collectivité.

Le temps, le travail et les ressources nécessaires à toutes les étapes du Programme dépendent en partie de la stabilité du délinquant dans le cadre du traitement à la méthadone. Un détenu est considéré comme « non stable » :

- au cours des trois premiers mois du Programme au cours desquels on rajuste la dose;
- si les tests de dépistage de drogues ont révélé la présence de médicaments non prescrits;
- s'il a refusé de fournir un échantillon d'urine au cours des trois derniers mois; ou,
- s'il n'a pas respecté son Plan de traitement d'entretien à la méthadone.

Un détenu est considéré comme « stable » s'il est traité à la méthadone depuis au moins trois mois, si ses tests de dépistage de drogues dans l'urine sont négatifs depuis au moins trois mois, s'il n'a pas refusé de fournir un échantillon d'urine et s'il respecte son Plan de traitement d'entretien à la méthadone.

La gestion des patients non stables exige de plus fréquents dépistages aléatoires de drogues dans l'urine et de plus fréquentes visites aux Services de santé et au médecin de l'établissement. Le délinquant considéré comme non stable fait aussi l'objet de plus nombreuses réunions de l'EITM de l'établissement et peut être tenu de suivre plus souvent des séances de counseling ou autres traitements de la toxicomanie. La difficulté que pose la gestion des délinquants traités à la méthadone est que chaque patient peut changer très rapidement de statut. Des éléments de stress, comme le fait d'apprendre que de nouvelles accusations ont été portées contre lui ou qu'un membre de sa famille est malade ou a été blessé peuvent amener un délinquant stable à devenir non stable. Cette transition a des répercussions importantes. Lorsqu'un délinquant devient non

stable, on a besoin de ressources supplémentaires. Compte tenu du fait que chaque délinquant réagit de façon différente aux éléments de stress, la gravité des répercussions sur les ressources de l'établissement varie et, parfois, peut être imprévisible.

Le défi consiste donc à offrir le Programme de TEM dans chacun de ses établissements d'une façon sûre et responsable. Selon les Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone du SCC, chaque fournisseur de méthadone (c.-à-d. médecin autorisé) doit veiller à ce que le nombre de personnes traitées à la méthadone ne soit pas supérieur à la capacité de l'établissement de fournir les soins, le soutien et le suivi conformes aux paramètres qu'il doit respecter pour chaque patient<sup>18</sup>. Les Lignes directrices précisent qu'il s'agira d'un processus dynamique étant donné que la capacité des établissements et des régions varie selon le profil changeant de chaque participant au TEM. Elles stipulent également que :

*« 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)<sup>19</sup>. »*

Par souci d'uniformité, le SCC a intégré aux Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone des renseignements clés des collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens et de Santé Canada. Les Lignes directrices précisent que c'est le médecin qui donne l'approbation finale de tous les aspects du TEM. En tant que médecin autorisé à prescrire de la méthadone, il peut prendre des décisions unilatérales s'il le juge nécessaire<sup>20</sup>.

Le nombre de détenus à qui un établissement peut offrir le Programme de TEM peut varier en fonction d'un grand nombre de facteurs :

- le nombre de délinquants qui ont été admis au Programme dans chaque établissement d'une région donnée;
- le nombre de délinquants admis dans l'ensemble de la région (a une incidence sur les transfèrements au Programme de TEM des autres établissements);
- le taux de transfèrements ou de mises en liberté des participants au Programme;
- le nombre de délinquants « stables » et « non stables » dans le Programme;
- l'équilibre entre les participants admis au Programme selon les critères généraux d'admission et selon les critères d'admission prioritaire;
- les arrêts volontaires ou involontaires de traitement (les délinquants qui sont retirés du Programme à leur demande et les délinquants qui n'ont pas respecté les règles de participation au Programme);
- la capacité logistique de l'établissement de mettre le TEM en œuvre (surtout dans les établissements à sécurité maximale où il faut séparer plusieurs groupes de détenus);
- l'accès à un fournisseur de services de traitement à la méthadone accrédité;

<sup>18</sup> Service correctionnel du Canada. *Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone*, décembre 2002. Page 10.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 9

<sup>20</sup> *Ibid.* Page 51

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

- des installations permettant de surveiller les détenus au cours de la période d'attente de 20 minutes qui suit l'ingestion du médicament;
- la disponibilité du personnel de sécurité pour les accompagnements et les fouilles par palpation, au besoin; et,
- les ressources des Services de santé (personnel infirmier).

Les 15 établissements visités par l'équipe d'évaluation ont imposé des « limites » officielles ou officieuses quant au nombre de participants au TEM qu'ils peuvent prendre en charge en toute sécurité, selon eux. Ces estimations sont fondées sur les ressources dont disposait l'établissement lorsqu'on a mis en œuvre la politique la plus récente sur le TEM (juin 2002). D'autres facteurs influent également sur l'établissement et l'administration de ces « limites » dans les établissements. Par exemple, certains établissements ne comblent pas toutes les places de leur Programme de TEM. Ils en gardent délibérément plusieurs pour admettre des cas prioritaires ou répondre aux besoins des détenus transférés ou nouvellement arrivés qui participent déjà au Programme. On peut également formuler des estimations conservatrices étant donné la stabilité précaire de bon nombre de participants au Programme. Comme on l'a déjà mentionné, un participant au TEM peut changer très rapidement de statut. Des personnes interrogées ont mentionné que les « limites » constituent une forme de contrôle qui permet à l'établissement d'offrir le Programme de TEM d'une façon sécuritaire et responsable.

Toutefois, la pratique qui consiste à fixer des paramètres en ce qui concerne la capacité de chaque établissement peut être difficile à appliquer. Par exemple, c'est le médecin de l'établissement (selon les lignes directrices de son collège des médecins et des chirurgiens ou de Santé Canada) qui décide au bout du compte de prescrire ou non de la méthadone à un détenu. En outre, même si les Lignes directrices définissent clairement ce qui fait qu'un détenu est « stable » ou « non stable », le médecin de l'établissement doit se servir de son jugement pour déterminer la fréquence des rendez-vous d'un patient traité à la méthadone.

Afin d'éliminer ces difficultés potentielles, les Lignes directrices exigent que chaque établissement détermine continuellement, en consultation avec son médecin, le nombre de patients qu'il peut prendre en charge de façon sécuritaire et responsable. Malgré cela, 12 établissements visités par l'équipe d'évaluation traitent tous les candidats admis au Programme de TEM même s'ils ont dépassé leurs « limites ». Dans tous les établissements visités, des demandes de participation au Programme étaient en cours de traitement ou en attente d'une approbation. Certains établissements avaient dressé des listes d'attente, et à une exception près, tous les détenus dont le nom figurait sur les listes d'attente avaient été admis au Programme en fonction des critères généraux d'admission. Un établissement tenait deux listes d'attente, l'une pour les personnes admises au Programme, et l'autre pour celles qui avaient présenté une demande qui n'avait pas encore été approuvée.

Dans six établissements visités, il était évident qu'on était sur le point d'atteindre la limite relative au nombre de patients traités à la méthadone que l'on pouvait prendre en charge de façon sécuritaire. L'équipe d'évaluation a fait remarquer que d'autres services de soins de santé avaient été touchés ou risquaient de l'être. Par exemple, même si la DC 800 indique que le mandat premier des Services de santé a trait à la « promotion de la santé », on a signalé que rien ne garantit que des programmes de promotion de la santé (par exemple CSP et PER) sont offerts. De plus, dans deux établissements, des

membres du personnel infirmier essayaient de gérer les rendez-vous des patients traités à la méthadone en limitant la durée des rendez-vous avec le médecin. De cette façon, le médecin pouvait également voir d'autres détenus non traités à la méthadone. Dans ces établissements, on a déclaré que l'admission d'autres personnes au Programme pourrait restreindre considérablement l'accès des patients non traités à la méthadone au médecin.

Dans un établissement à sécurité maximale (où plus de 40 détenus sont traités à la méthadone), la fréquence des visites chez le médecin est compromise par le fait qu'on doit déplacer des détenus provenant de différents groupes par l'isolement cellulaire dans toute la prison et du fait que des patients non traités à la méthadone doivent consulter le médecin. Par conséquent, le médecin peut rectifier la dose après avoir étudié le dossier plutôt qu'après avoir rencontré le patient en personne.

Dans une région, le Programme est administré à l'échelle régionale. Cela permet à la région de compenser temporairement une pénurie d'agents de programmes correctionnels (APC) dans un établissement, en raison des services qu'exige le Programme de TEM, en y réaffectant des APC d'un autre établissement. Cependant, cette marge de manœuvre pourrait être compromise à mesure que le nombre de participants au TEM dans la région augmentera.

l'agent de première responsabilité (APR) est responsable du contrôle des ressources de l'établissement reliées à l'exécution du TEM<sup>21</sup>. En outre, chaque service (Services de santé, Gestion des cas et Programme correctionnel) doit formuler les restrictions touchant les ressources financières, physiques ou humaines de façon continue en consultation avec le médecin de l'établissement et en coordination avec l'APR<sup>22</sup>. Cependant, cet aspect du rôle de l'APR pose un certain nombre de problèmes, car il doit :

*« 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 », et*

*« 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<sup>23</sup>. »*

Des 15 établissements visités, sept avaient embauché de nouveaux APR qui ignoraient de nombreux aspects et un grand nombre de responsabilités de leur poste. De plus, le coordonnateur régional change souvent. Ainsi, les personnes qui essaient d'appliquer les nouvelles lignes directrices pour le TEM doivent déterminer « qui fait quoi ». Un grand nombre de personnes interrogées se demandaient si le Programme de TEM était un programme des Services de santé ou un programme correctionnel. Le personnel des Services de santé estime que l'administration de la méthadone, la collecte d'échantillons d'urine et la planification des rendez-vous aux cliniques ne constituent qu'un seul aspect du TEM et que la gestion des cas et les programmes correctionnels sont tout aussi importants. Par ailleurs, le personnel de la Gestion des cas et des programmes

<sup>21</sup> *Ibid.* Page 57.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 57

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 56

correctionnels ne partage pas cette opinion. Il allègue que le TEM est avant tout un programme médical, car c'est le médecin qui détermine les personnes qui y sont admissibles, la dose initiale, le moment où il faut augmenter la dose et le moment où une personne doit cesser le traitement à la méthadone.

On trouve dans les Lignes directrices un résumé d'une page des responsabilités de chaque poste, y compris celles de l'APR. L'équipe d'évaluation a fait remarquer que ce résumé ne fait référence qu'à l'obligation de l'APR d'assumer « 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<sup>24</sup>. » On ne semble pas bien comprendre les fonctions de l'APR qui ont trait à l'assurance de la qualité et à l'évaluation des capacités. De plus, l'équipe d'évaluation n'a pas pu trouver de preuve selon laquelle on informe habituellement les coordonnateurs régionaux du TEM lorsque le nombre de détenus qui ont terminé le processus d'évaluation dépasse le nombre de détenus que l'établissement peut traiter à la méthadone. Beaucoup de personnes interrogées ont signalé qu'elles demandent aux Services de santé de l'AC ce qu'elles doivent faire lorsqu'on a dépassé les « limites » de l'établissement quant au nombre de personnes admises au TEM que l'on peut prendre en charge en toute sécurité.

Enfin, l'équipe d'évaluation a fait observer que les responsabilités du coordonnateur régional du TEM ne sont précisées clairement ni dans les Lignes directrices générales, ni dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone. Dans la description de tâches provisoire de ce poste, on mentionne que le coordonnateur régional est responsable (entre autres choses) de coordonner et d'orienter le Programme régional de TEM en fonction de l'orientation nationale, d'assurer l'uniformité et la continuité du Programme dans toute la région et de veiller à ce que tous les établissements respectent les Lignes directrices nationales. On gagnerait à préciser ses responsabilités spécifiques dans les Lignes directrices ainsi que dans une description de tâches finale.

### **Recommandation 1**

**Que l'on discute des façons de gérer le nombre croissant de participants au TEM dans les établissements où on a dépassé la « limite » avec les coordonnateurs régionaux du TEM au cours des réunions des coordonnateurs nationaux du TEM, ou pendant les téléconférences.**

**APR :            Coordonnatrice nationale du TEM**

### **Recommandation 2**

**Que les coordonnateurs régionaux du Programme de TEM demandent à leur APR respectif de les informer à l'avance des problèmes en matière de capacité, surtout lorsqu'on pense que d'autres formes de soins de santé risquent d'être touchées en raison de l'augmentation du nombre de patients traités à la méthadone.**

**APR :            Coordonnateurs régionaux du TEM**

---

<sup>24</sup> *Ibid.* Page 54.

**Recommandation 3**

**Que l'on précise le rôle du coordonnateur régional du TEM dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone, y compris dans un résumé d'une page de leurs responsabilités semblable à celui des membres de l'EITM.**

**APR :            Coordonnatrice nationale du TEM**

## **Constatation n° 2**

**La définition révisée des « critères d'admission prioritaire » dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone de décembre 2002 pourrait avoir pour effet une augmentation rapide et importante du nombre d'admissions au Programme.**

Lorsque le SCC a lancé la phase I du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, le Programme constituait une mesure de réduction des méfaits qui visait à permettre aux détenus qui étaient traités à la méthadone dans la collectivité de poursuivre ce traitement en prison. En mai 2002, on a modifié la politique du SCC sur le Programme d'entretien à la méthadone de façon à élargir le Programme. Ainsi, les détenus qui purgent une peine de ressort fédéral qui ont une dépendance aux opiacés dont maintenant admissibles au Programme de TEM, même s'ils ne suivaient pas ce traitement avant d'être incarcérés.

À la même époque, on a publié des Lignes directrices pour le traitement à la méthadone concernant l'exécution du Programme de TEM. Ces lignes directrices visaient à aider les établissements à déterminer l'admissibilité des détenus au Programme de TEM en établissant des « critères généraux d'admission » et des « critères d'admission prioritaire ». Les « critères généraux » comprenaient une combinaison des facteurs suivants :

- 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 de l'établissement;
- une probabilité de succès peu élevée pour un autre traitement en raison d'échecs précédents;
- la signature d'une entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone par le détenu, qui montre qu'il accepte de respecter les conditions du TEM.

Lorsque le délinquant répondait aux « critères d'admission prioritaire » en plus des « critères généraux d'admission », il devait commencer le traitement à la méthadone sans tarder. Voici quelques exemples de « critères d'admission prioritaire » :

- les détenues enceintes qui ont présentement une dépendance aux opiacés (injections intraveineuses) ou qui ont déjà eu une telle dépendance et qui présentent un risque élevé de rechute (première priorité);
- les détenus séropositifs *et* 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.)

Dans la version de décembre 2002 des Lignes directrices, cependant, on avait, par inadvertance, « mal formulé » l'un des « critères d'admission prioritaire » concernant les détenus séropositifs et dépendants aux opiacés. Désormais, le critère se lit comme suit :

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

**« Les détenus séropositifs ou infectés par le virus de l'hépatite C à diffusion hémotogène, qui sont dépendants aux opiacés<sup>25</sup>. »**

Grâce à cette modification, les demandeurs qui satisfaisaient aux critères généraux d'admission en vertu des Lignes directrices précédentes (et qui pouvaient être placés sur une liste d'attente) doivent maintenant commencer un traitement d'entretien à la méthadone sans tarder s'ils sont infectés par le virus de l'hépatite C à diffusion hémotogène.

En avril 2003, 3 226 détenus avaient été déclarés infectés par le virus de l'hépatite C. Le tableau 1 présente la ventilation régionale des estimations de la prévalence. Par conséquent, le nombre d'admissions prioritaires au Programme de TEM pourrait augmenter rapidement et considérablement en raison de la modification mineure de la formulation des Lignes directrices. Dans un établissement, on prévoit pour bientôt une augmentation considérable du nombre d'admissions prioritaires, compte tenu du nombre de détenus qui sont infectés par un virus de l'hépatite à diffusion hémotogène et qui sont dépendants aux opiacés.

**Tableau 1**  
**Répartition régionale des cas déclarés d'hépatite C**  
**quatre mois après la mise en œuvre des nouvelles Lignes directrices**

	Atlantique		Québec		Ontario		Prairies		Pacifique	
	Déc. 02	Avr. 03	Déc. 02	Avr. 03	Déc. 02	Avr. 03	Déc. 02	Avr. 03	Déc. 02	Avr. 03
Cas signalés	278	286	562	555	819	883	914	842	668	660
Poursuite du traitement	4	1	15	16	10	8	6	8	50	67

Dans un autre établissement, toutes les personnes dépendantes aux opiacés et infectées par le VHC qui demandent à participer au Programme de TEM sont traitées en priorité parce qu'elles pourraient être candidates au programme de traitement du VHC. Dans un établissement, on dénombre 107 cas d'hépatite C connus, mais seulement 13 patients traités à la méthadone (qui n'ont pas tous été traités pour l'hépatite C). On a déclaré des chiffres semblables dans les autres établissements visités. Ces chiffres représentent un bassin de candidats « prioritaires » au Programme de TEM compte tenu de la formulation actuelle.

La modification des Lignes directrices a également des répercussions importantes sur les ressources destinées à d'autres initiatives de santé qui s'appliquent à l'ensemble du SCC (comme la promotion de la santé, le dépistage de la tuberculose, l'obligation d'évaluer tous les délinquants âgés de plus de 50 ans et l'obligation de dispenser des soins palliatifs). L'équipe d'évaluation a appris que, parfois, on a réaffecté des ressources au Programme de TEM au détriment d'autres programmes des Services de santé.

L'impact se fait également sentir dans d'autres secteurs du Service. À mesure qu'augmente le nombre d'admissions générales et prioritaires, non seulement les

<sup>25</sup> Service correctionnel du Canada. *Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone*, décembre 2002. Page 11.

## **Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC**

Services de santé, mais également la Gestion des cas et les programmes sont touchés. Dans certains cas, on ne peut pas embaucher/engager à contrat des ressources suffisantes (personnel infirmier spécialisé dans le traitement à la méthadone (ou personnel supplémentaire) de programmes et médecins autorisés à prescrire de la méthadone) assez rapidement pour composer avec la charge de travail qui, elle, s'accroît. Cela retarde la détermination des cas potentiellement prioritaires ainsi que la réalisation des évaluations requises pour qu'un détenu commence le Programme.

Au cours de l'étape de vérification dans les régions de l'évaluation, on a informé les Services de santé de l'AC du fait qu'on avait modifié la définition d'« admission prioritaire » du Programme de TEM. En conséquence, on a entrepris un examen global des Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone.

## **Objectif 2**

**Déterminer si le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC est mis en œuvre et administré de façon uniforme dans l'ensemble du pays.**

### **Constatation n° 3**

**Même si une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) est en place dans les 15 établissements visités, les rôles des membres de l'équipe varient d'un établissement à l'autre. En général, l'efficacité globale de l'EITM dépend de la formation des membres de l'équipe, du soutien de la direction de l'établissement et d'une communication efficace de l'équipe.**

Le Programme de TEM est orienté par une série de lignes directrices bien conceptualisées au sujet des rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM). Les Lignes directrices sont conformes aux principes de l'initiative de la gestion du savoir et au concept d'« accès juste à temps » à l'information pertinente, étant donné qu'elles sont structurées de façon à fournir des hyperliens vers des parties précises du document (ce qui évite au lecteur d'avoir à parcourir tout le texte). De plus, on y trouve des résumés des responsabilités de chaque membre de l'EITM.

Le Programme de TEM se fonde sur un concept d'équipe et sur les rôles que joue chaque membre de l'équipe. Par exemple, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que le processus d'approbation du Programme commence habituellement lorsque le détenu communique avec son agent de libération conditionnelle et rédige une lettre pour expliquer les raisons qui le poussent à vouloir suivre le Programme. Par la suite, l'agent de libération conditionnelle examine l'entente de participation au traitement à la méthadone avec le détenu, remplit le questionnaire de planification de la mise en liberté et avise l'agent de programmes pour toxicomanes, qui remplit sa partie de la trousse d'amorce du TEM. Ensuite, tous les formulaires sont envoyés aux Services de santé. À cette étape, on prend les rendez-vous nécessaires pour les prises de sang. Lorsqu'on reçoit les résultats des analyses sanguines, le détenu rencontre le médecin. Ensuite, l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone (EITM) organise une réunion avec l'agent de première responsabilité (APR), l'agent de libération conditionnelle en établissement, l'infirmière ou l'infirmier spécialisé dans le traitement à la méthadone, le médecin, l'agent de la lutte contre la toxicomanie et le détenu.

Au cours de l'évaluation, on a observé des variations au cours de ce processus. Par exemple, dans dix établissements visités par l'équipe d'évaluation, les Services de santé ont hérité de la responsabilité d'assurer la coordination du Programme de TEM ou l'ont assumée d'eux-mêmes. Dans ces établissements, les agents de libération conditionnelle demandent conseil aux Services de santé sur la façon de lancer le processus d'évaluation si l'un des détenus dont ils s'occupent se dit intéressé à participer au Programme de TEM. Dans d'autres établissements, les Services de santé s'occupent également de communiquer avec l'agent des programmes pour toxicomanes, de coordonner les réunions de l'EITM avec l'APR et de prendre les dispositions nécessaires à la mise en liberté du détenu avec des fournisseurs de méthadone et des pharmacies. Dans certains cas, le processus d'approbation était soutenu par un solide système de communication entre tous les membres de l'EITM. Dans plusieurs établissements, l'APR ou un membre du personnel infirmier tient les membres de l'EITM

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

au courant du statut des cas par courriel ou par téléphone. Les agents de libération conditionnelle interrogés apprécient particulièrement cette pratique, car elle leur permet de répondre aux questions des détenus concernant leur demande ainsi qu'à d'autres questions connexes.

En règle générale, la cohésion d'une équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone dépend de plusieurs facteurs :

- le leadership actif de l'APR qui a été bien informé de son rôle et de ses responsabilités;
- la participation active d'agents de libération conditionnelle qui connaissent le rôle qu'ils doivent jouer dans le Programme ainsi que les concepts de la réduction des méfaits du traitement d'entretien à la méthadone;
- l'existence de programmes ou de services adéquats en matière de toxicomanie, qui sont offerts au moment approprié au cours du Programme, lorsque le détenu est « stable »; et,
- la participation des médecins aux réunions de l'EITM, et en particulier aux conférences de cas initiales (où on décide d'approuver ou non la demande de participation).

Quel que soit le modèle d'équipe d'intervention pour le traitement d'entretien à la méthadone (EITM) utilisé, il ne fonctionnera que si tous les membres de l'équipe sont bien formés et connaissent leurs rôles et responsabilités. Dans le même ordre d'idées, le modèle de l'équipe ne fonctionnera que si la direction et le personnel de l'établissement acceptent le concept du Programme de TEM.

### Le leadership actif d'un agent de première responsabilité (APR) au sein de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone

Le rôle de l'APR en tant que membre de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone a été établi en juillet 2002. Par conséquent, les Lignes directrices du Programme de TEM précisent les critères de sélection relatifs à ce poste en plus de décrire les fonctions de l'APR. Dans les Lignes directrices, on fait remarquer qu'il incombe au directeur de choisir un APR pour son établissement, et on présente les critères de sélection suivants :

- La classification de l'APR de l'établissement doit être équivalente ou supérieure à celle d'un gestionnaire dans l'établissement.
- 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<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone. Annexe G.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Dans tous les établissements visités, les APR occupaient des postes de gestionnaire (selon la direction de chaque établissement). Il pouvait s'agir de coordonnateurs, Gestion des cas; de directeurs adjoints, Services de gestion (DASG); de membres du personnel infirmier; de coordonnateurs, Programmes correctionnels; de chefs d'unité, de chefs, Services de santé; de directeurs adjoints, Programmes correctionnels (DAPC); et d'agents de libération conditionnelle. Toutefois, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que, dans sept des 15 établissements visités, l'APR venait d'être nommé à ce poste. Dans un établissement, on a nommé cinq APR successifs depuis juillet 2002.

De plus, dans deux établissements, les APR ne semblaient pas assumer pleinement leur rôle au sein de l'EITM. Par exemple, dans un établissement, l'APR a mentionné au personnel de l'établissement qu'il veillerait à ne pas être au travail lorsque l'équipe d'évaluation se présenterait.

Tous les nouveaux APR interrogés se sont dits préoccupés par le fait qu'on ne les informe pas vraiment de leurs responsabilités et que, en général, on ne les oriente pas à l'égard des exigences de leur poste. De plus, ils ont signalé qu'ils ne connaissent pas la philosophie globale du Programme de TEM. À cause de ces lacunes, il se pourrait que les réunions de l'EITM (qui constituent le principal moyen de communication du Programme) ne permettent pas de faire ce pourquoi elles ont lieu, c'est-à-dire coordonner le Programme. Qui plus est, ces établissements s'exposent à des ruptures de communication, à de mauvaises communications et à des malentendus et donc à l'érosion de l'esprit d'entraide des membres de l'EITM. Les membres du personnel infirmier, les agents de libération conditionnelle et les agents des programmes correctionnels de ces établissements se sont dits de plus en plus frustrés.

### La participation active d'agents de libération conditionnelle qui connaissent le rôle qu'ils doivent jouer dans le Programme

La participation active de l'agent de libération conditionnelle au sein d'une EITM varie d'un établissement à l'autre. Par exemple, dans huit établissements visités par l'équipe d'évaluation, les agents de libération conditionnelle interrogés ont signalé avoir très peu participé au Programme de TEM. Bon nombre d'agents de libération conditionnelle (dont des intervenants de première ligne) ont mentionné qu'ils n'intervenaient pas beaucoup dans les activités permanentes du Programme (outre le fait de remplir certains formulaires initiaux). Certains agents de libération conditionnelle n'étaient pas au courant qu'un des détenus dont ils s'occupaient participait au Programme de TEM. C'était le cas notamment d'un agent de libération conditionnelle qui représentait tous les agents de libération conditionnelle aux réunions de l'EITM. Bon nombre de ces agents ont reconnu ignorer leurs responsabilités spécifiques. De plus, un certain nombre d'agents de libération conditionnelle interrogés ont mentionné être embarrassés à l'idée d'appuyer un programme qu'ils ne comprennent pas (ou auquel ils ne croient pas). Bien qu'un certain nombre de coordonnateurs régionaux du TEM ait offert de donner une formation (parfois en établissement), certains agents de libération conditionnelle ont déclaré qu'il était très difficile pour eux d'assister aux séances de formation parce que les délais de remise de leurs rapports de gestion de cas sont très serrés.

Par ailleurs, dans les établissements où peu de détenus demandent à participer au Programme de traitement d'entretien à la méthadone, les agents de libération conditionnelle ont signalé qu'ils demandent de l'information aux Services de santé

lorsqu'un détenu se dit intéressé à y participer. Ils ont mentionné qu'il est plus rapide de communiquer avec les Services de santé que de lire le manuel pour déterminer ce qu'il faut faire, car le personnel infirmier a beaucoup d'expérience avec les patients traités à la méthadone. De plus, les agents de libération conditionnelle de ces établissements ne connaissaient pas les procédures de surveillance des participants au Programme. Par exemple, un agent de libération conditionnelle a indiqué que, si un patient traité à la méthadone dont il s'occupe fournit un échantillon d'urine douteux (obtenu dans le cadre du Programme de TEM), il doit le signaler au personnel de sécurité. Cela est contraire aux Lignes directrices, qui précisent clairement que les tests de dépistage de drogues dans l'urine effectués dans le cadre du TEM au sein du SCC ne sont en aucun cas reliés aux programmes d'analyses d'urine à des fins sécuritaires du SCC. Même si les résultats des tests de dépistage de drogues dans l'urine sont versés au dossier médical du détenu et communiqués aux membres de l'EITM, ils ne peuvent servir à des fins disciplinaires. On utilise ces résultats pour rectifier la dose, conseiller le délinquant et le soutenir dans son engagement à s'abstenir de consommer des drogues illicites<sup>27</sup>. Par conséquent, on devrait s'assurer que la distinction entre le programme d'analyses d'urine à des fins sécuritaires et les tests de dépistage de drogues dans l'urine qui font partie du Programme de TEM est bien comprise et bien communiquée.

Cependant, les personnes interrogées qui travaillent dans des établissements où on insiste sur l'importance de la communication dans l'équipe ont indiqué que, selon elles, la communication entre les agents de libération conditionnelle et les autres membres de l'EITM est efficace. Dans ces établissements, les agents de libération conditionnelle travaillaient en étroite collaboration avec les Services de santé et étaient impressionnés par les mesures que prenaient les Services de santé pour aiguiller les détenus mis en liberté vers des pharmacies et des médecins dans la collectivité où ils sont mis en liberté.

### L'existence et l'opportunité de programmes ou de services adéquats en matière de toxicomanie

Des études<sup>28</sup> révèlent constamment que les effets de services individuels de counseling et de soutien (médicaux et psychiatriques) aux toxicomanes contribuent fortement à la prévention des rechutes. Comme les éléments du Programme de TEM ont été appliqués pour la première fois à la fin de 1997, le Programme était destiné aux délinquants ayant une dépendance aux opiacés et intégrait la gestion médicale du délinquant aux programmes et services pour toxicomanes offerts en établissement. Par conséquent, les programmes et services pour toxicomanes permettent toujours de renforcer les mesures de réduction des méfaits.

Des gestionnaires ou coordonnateurs régionaux de la lutte contre la toxicomanie interrogés par l'équipe d'évaluation ont signalé que, à l'exception des évaluations initiales, et de la consultation d'autres membres de l'EITM, les responsabilités de l'agent de programmes correctionnels (APC) en ce qui a trait au Programme de TEM sont semblables à d'autres responsabilités relatives à l'exécution de programmes.

---

<sup>27</sup> *Ibid.* Page 84.

<sup>28</sup> Johnson, Sara L., van de Ven, Jennifer T. C. et Grant, Brian A. *Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral : incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement*, Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel du Canada, septembre 2001.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Cependant, toutes les régions visitées par l'équipe d'évaluation craignent de manquer d'APC.

Dans la région du Pacifique, par exemple, tous les APC travaillent à l'extérieur de l'administration régionale et font partie d'un groupe qui affecte les ressources de programmes aux établissements en fonction de l'évaluation des besoins. Toutefois, la région fait remarquer que, même si elle a affecté quatre ETP supplémentaires au Programme de TEM (grâce aux fonds des Services de santé de l'AC), elle manque d'APC étant donné qu'elle admet de plus en plus de personnes au Programme.

L'effectif d'APC est également une source de préoccupations dans les établissements pour femmes. Les APC interrogés (et le coordonnateur général du TEM, que l'on a rejoint par courriel) de l'établissement d'Edmonton pour femmes (EEF) ont indiqué que le Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes (PIDT), qui a débuté en juillet 2003, accaparera les deux APC qui font actuellement partie de l'EITM. Les APC interrogés signalent qu'il serait extrêmement difficile pour eux de s'occuper des cas visés par le PIDT en plus de remplir leurs obligations actuelles dans le cadre du Programme de TEM. Ils ont laissé entendre qu'on gagnerait à embaucher une troisième personne qui pourrait s'acquitter de ces obligations en contribuant à la planification des séances d'éducation et de prévention des rechutes et en remplaçant d'autres APC pendant leurs congés annuels. Le lancement du PIDT dans d'autres établissements pour femmes pourrait également mettre de la pression sur les APC affectés au Programme de TEM.

Les APC subissent également beaucoup de pression dans les centres de réception et les établissements à sécurité maximale. Les Lignes directrices pour le Programme de TEM indiquent que tous les détenus admis au SCC et déjà traités à la méthadone doivent subir le même processus d'évaluation officiel que toute autre personne admise. Au moment où on a procédé à l'évaluation, les centres de réception de la région de l'Ontario ne disposaient d'aucun APC.

Il importe aussi de déterminer le moment opportun pour offrir des programmes ou des services en toxicomanie aux participants au Programme de TEM. Le meilleur moment pour offrir ces services, c'est lorsque le détenu est réceptif aux messages qu'on lui communique. Souvent, ce moment correspond à celui où le détenu est stable dans le cadre de son traitement à la méthadone (p. ex., après trois mois de traitement, lorsqu'on a stabilisé et rectifié la dose pour éliminer les effets secondaires comme la somnolence). Les APC craignent que les détenus dont la dose n'a pas été stabilisée « dorment debout » en classe ou pendant des séances interactives et prennent la place d'une personne qui pourrait être plus réceptive. De plus, on s'est dit préoccupé par la possibilité que des programmes comme le Programme prélibératoire pour toxicomanes (PPT) et Choix ne soient pas assez intenses pour les participants au TEM, étant donné que bien des membres de ce groupe consomment depuis longtemps des opiacés ou de l'héroïne.

### La participation des médecins aux réunions de l'EITM varie d'un établissement à l'autre

Les Lignes directrices pour le traitement d'entretien à la méthadone exigent que le médecin « *participe à la conférence de cas initiale* » et « *participe à une partie de toutes*

les réunions de l'EITM »<sup>29</sup>. L'équipe d'évaluation a fait remarquer que, dans cinq des 15 établissements visités, le médecin n'avait pas assisté aux réunions de l'EITM au cours desquelles on décide d'approuver ou non les demandes de participation (c.-à-d. la conférence de cas initiale). De plus, on a fait observer que la participation aux réunions régulières de l'EITM variait selon la disponibilité du médecin. Il semble que plus le médecin consacre d'heures à un établissement, plus il est susceptible d'assister régulièrement aux réunions de l'EITM.

**Les médecins qui n'assistent pas à la conférence de cas initiale de l'EITM sont désavantagés parce qu'ils ne sont pas là pour entendre les débats et les différentes opinions des membres de l'équipe qui ont évalué les cas. Selon certains médecins interrogés, l'étape la plus importante du processus décisionnel consiste à déterminer si le détenu souffre d'une maladie infectieuse. Selon eux, cet élément est plus important que des facteurs comme le diagnostic de dépendance aux opiacés, ou une probabilité de succès peu élevée pour un autre traitement. En participant aux conférences de cas initiales, les médecins aideraient les membres de l'EITM et contribueraient au processus décisionnel, car de cette façon, on ne prendrait pas de décision avant d'avoir examiné tous les aspects du cas.**

Comme les médecins qui pratiquent en clinique doivent servir toute la population carcérale, il est rare, dans l'ensemble du pays, que les médecins assistent à toutes les réunions de contrôle régulières de l'EITM. Certains établissements se sont dotés de cliniques consacrées au traitement à la méthadone, mais les heures d'ouverture ne coïncident pas toujours avec le calendrier des réunions régulières de l'EITM.

Les membres de l'EITM ont formulé les observations et les suggestions suivantes dans le but de mieux utiliser les ressources médicales :

- fixer les heures des réunions de l'EITM de façon qu'elles coïncident avec les heures de la clinique;
- demander au médecin d'effectuer l'examen des capacités physiques du détenu seulement après la conférence de cas initiale et une fois qu'on a déterminé que le détenu est admissible au Programme de TEM.

Les Lignes directrices précisent que les patients non stables doivent voir le médecin au moins une fois aux deux semaines. Dans les établissements où il est difficile de fixer des rendez-vous à cette fréquence, le personnel interrogé a formulé les suggestions suivantes :

- [Loi sur l'accès à l'information – article 21(a)];
- [Loi sur l'accès à l'information – articles 21(1)(a) et 21(d)];
- dans les établissements à sécurité maximale, demander au médecin d'interroger les patients traités à la méthadone (seulement) dans les salles d'entrevue de leur

<sup>29</sup> *Op. cit.* Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone, décembre 2002, p. 52.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

unité respective, ce qui aurait pour effet de réduire les déplacements des détenus.

### Conclusion

Au cours des entrevues avec des membres d'une EITM des quatre coins du pays, l'équipe d'évaluation a souvent entendu qu'il fallait donner une formation (ou accroître l'accès à l'information). Le personnel a insisté pour dire que cette formation est nécessaire non seulement pour les employés du Programme de TEM, mais également pour le personnel de sécurité. Un certain nombre d'employés interrogés ont mentionné que les membres du personnel du SCC ne soutiennent pas tous le Programme de TEM. L'équipe d'évaluation a remarqué que le problème n'est pas tant un manque de soutien qu'un manque de connaissances à l'égard du Programme. C'est ce qu'elle a conclu étant donné que, dans tous les établissements et dans tous les secteurs (à l'exception des Services de santé), au moins une personne interrogée a indiqué que le TEM était « *juste une autre façon d'obtenir de la drogue* ».

Le personnel a également parlé du fait que certains employés semblent être irrespectueux envers les patients traités à la méthadone. C'est d'ailleurs l'impression qu'ont les détenus, selon les entrevues effectuées par l'équipe d'évaluation.

Bien des membres du personnel interrogés étaient d'avis que la formation sur le TEM serait grandement améliorée si la haute direction les encourageait à y participer. Ils ont suggéré entre autres d'intégrer la formation sur la méthadone à la formation que donnent les Collèges régionaux du personnel aux agents de correction et aux agents de libération conditionnelle et de mettre les lignes directrices pour le traitement à la méthadone sur le portail des agents de libération conditionnelle des InfoNet régionaux. De plus, on devrait peut-être envisager de mettre à la disposition des agents de libération conditionnelle et des agents de programmes correctionnels plusieurs exemplaires des Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone. Dans un établissement, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que le personnel n'avait pas facilement accès aux Lignes directrices actuelles ou n'en connaissait pas le contenu. Les membres de l'EITM interrogés à cet établissement ne connaissaient pas vraiment leurs rôles et responsabilités ni celles des autres membres de l'équipe. On a remis à l'APR un exemplaire des Lignes directrices les plus récentes. Le coordonnateur régional du TEM est prêt à se rendre sur place pour offrir la formation nécessaire.

Dans deux établissements, les médecins ont mentionné qu'il fallait donner une formation. D'autres ont signalé à l'équipe d'évaluation qu'on a ajouté le traitement d'entretien à la méthadone à leurs responsabilités actuelles et qu'ils ont obtenu les permis nécessaires pour prescrire de la méthadone afin de s'acquitter de cette obligation. Ils ont déclaré qu'ils apprennent encore, et certains se sont dits préoccupés par le fait qu'ils risquent de ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer aux détenus traités à la méthadone, surtout aux patients qui demandent qu'on augmente leur dose de méthadone. L'équipe d'évaluation a fait remarquer qu'on a débloqué des fonds pour embaucher un conseiller régional auprès des médecins pour ce qui est du traitement à la méthadone. Par conséquent, on devrait annoncer aux médecins qu'ils peuvent s'adresser à un médecin-conseil aux Services de santé de l'AC pour régler leurs problèmes en ce qui concerne la méthadone.

## **Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC**

Compte tenu des observations relatives aux rôles des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone, l'équipe d'évaluation formule les recommandations suivantes :

### **Recommandation 4**

Qu'on envisage de donner une formation sur le TEM au cours des assemblées générales du personnel ou au cours de journées de formation en cours d'emploi. La formation devrait porter sur les principes du traitement à la méthadone, les concepts de la combinaison du médicament à des programmes d'aide aux délinquants et à d'autres formes de soutien, ainsi que sur les impacts sur la sécurité publique, les facteurs d'évitement des coûts d'un programme réussi et le taux de réussite dans d'autres administrations.

APR : Directeurs d'établissement  
Suivi : Coordonnateurs régionaux du TEM

### **Recommandation 5**

Que l'on détermine les candidats potentiels au poste d'APR dans le Programme de TEM et qu'on les oriente et les forme à l'égard du TEM avant leur nomination.

APR : Directeurs d'établissement  
Suivi : Coordonnateurs régionaux du TEM

### **Recommandation 6**

Que l'on révise le module actuel du Programme de formation correctionnelle afin d'y intégrer le Programme de TEM et son impact sur les maladies infectieuses de façon à mettre en relief et à renforcer les liens entre les établissements sécuritaires, les concepts de la réduction des méfaits, la transmission des maladies infectieuses et le traitement d'entretien à la méthadone.

APR : Commissaire adjoint, Personnel et formation

#### Constatation n° 4

**Certains membres de l'EITM ne sont pas certains des rôles et des responsabilités qu'ils doivent assumer pour préparer un détenu à faire la transition entre l'établissement et la collectivité.**

Dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement à la méthadone, on indique que l'agent de libération conditionnelle en établissement doit assumer les responsabilités suivantes<sup>30</sup> :

- 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.
- *Avant qu'il ne quitte l'établissement*, veiller à ce que le détenu obtienne sa carte d'assurance-maladie pour qu'il soit couvert 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 en communauté 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.

Cependant, bon nombre des agents de libération conditionnelle en établissement interrogés ont signalé qu'ils ignorent qui sont les fournisseurs dans la collectivité. De plus, ils ont fait remarquer qu'ils ne peuvent pas donner l'ordonnance de transition aux pharmaciens dans la collectivité et qu'ils ne peuvent pas répondre aux questions des cliniques ou des pharmacies.

Un certain nombre d'agents de libération conditionnelle ont parlé de la frustration qu'ils éprouvent lorsqu'ils essaient d'élaborer des plans de mise en liberté dans un endroit en particulier et lorsqu'on leur pose des questions au sujet de la dose et de la stabilité actuelles du détenu et d'autres questions médicales. Ils ont signalé qu'ils ne sont pas médecins et qu'ils n'ont pas l'impression que c'est à eux de répondre à ce genre de questions. Ils se sont également dits préoccupés par la mise en liberté d'un patient traité à la méthadone dans certaines provinces où il faut procéder à une évaluation aux trois ou quatre jours dans une ville en particulier, quel que soit l'endroit où le détenu est mis en liberté. On a mentionné que certains détenus ont été retenus après la date de leur mise en liberté ou ont perdu une place dans une autre ville parce qu'ils n'ont pas pu subir l'évaluation, du fait qu'il manquait de lits au centre d'évaluation. Les agents de libération conditionnelle se demandent s'ils devraient élaborer des plans de rechange pour la mise en liberté en pareils cas même si (selon eux) un plan de mise en liberté viable est déjà en place. La plupart des coordonnateurs régionaux interrogés ont également demandé conseil à l'administration centrale au sujet de la façon de composer avec ces variations provinciales/régionales, étant donné qu'elles peuvent avoir un impact considérable sur la gestion du cas du délinquant ainsi que sur sa mobilité, une fois qu'il a réintégré la collectivité.

<sup>30</sup> *Ibid.* Page 27.

De plus, ils ont souligné que certains collègues des médecins et des chirurgiens ne divulguent pas la liste des fournisseurs de méthadone dans la collectivité de la province qu'ils réglementent. Parmi les raisons invoquées, mentionnons la possibilité qu'un délinquant en liberté conditionnelle « vise » ces fournisseurs pour obtenir de la drogue et que les membres de leur collectivité découvrent que c'est eux qui administreraient la drogue. Cela complique la tâche des agents de libération conditionnelle, qui doivent trouver un fournisseur accrédité dans une autre province ou dans la province, mais à une distance considérable de la collectivité où le détenu est mis en liberté. Un agent de libération conditionnelle peut communiquer avec le Collège pour lui demander si un médecin donné est un fournisseur de méthadone accrédité. Toutefois, certains médecins obtiennent un permis de prescription de la méthadone valide pour un seul patient et pour le traitement de la douleur dans le cadre d'un programme palliatif. En pareils cas, le personnel médical peut être mieux placé pour obtenir cette information, grâce à son réseau et ses contacts.

Les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone indiquent que le rôle du personnel infirmier est d'aider l'agent de libération conditionnelle en établissement à communiquer avec un fournisseur de méthadone et avec une pharmacie dans la collectivité, au besoin<sup>31</sup>. Cependant, dans dix des 15 établissements visités, ce sont les Services de santé qui s'occupent le plus de prendre des dispositions pour assurer la poursuite des soins dans la collectivité. Dans un établissement, les Services de santé ont élaboré trois formulaires que l'on doit utiliser lorsqu'un détenu doit poursuivre ses soins dans la collectivité. L'un est destiné à la pharmacie communautaire, l'autre au médecin dans la collectivité, et l'autre au détenu. Ces formulaires s'intitulent « Renseignements sur la mise en liberté — Médecin », « Renseignements destinés à la pharmacie » et « Directives sur la mise en liberté à l'intention du détenu ».

Voici les lignes directrices correspondantes pour l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité :

« 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 communauté et la pharmacie qui ont accepté de poursuivre le traitement à la méthadone après la mise en liberté du détenu. »

« 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*<sup>32</sup>. »

Dans tous les bureaux de libération conditionnelle/CCC visités, on a dit à l'équipe d'évaluation que l'agent de libération conditionnelle participait peu au Programme de TEM. Les dispositions relatives aux rendez-vous à la clinique et avec les médecins sont

<sup>31</sup> *Ibid.*, page 50.

<sup>32</sup> Service correctionnel du Canada. *Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone*, décembre 2002. Page 61.

prises par l'établissement, et les délinquants en liberté sous condition disposent de toute cette information avant d'arriver dans la collectivité. Le seul impact qu'on a observé est l'augmentation du nombre de contacts avec des tiers que l'agent de libération conditionnelle établit pour les délinquants en libération conditionnelle traités à la méthadone.

Le principal obstacle soulevé par les agents de libération conditionnelle dans la collectivité a trait aux délinquants qui viennent d'être mis en liberté et qui n'ont pas encore reçu leur carte d'assurance-maladie provinciale. Ce document facilite l'accès au système de santé. On a déterminé que, souvent, les délinquants en liberté sous condition n'ont pas suffisamment de pièces d'identité (acte de naissance, numéro d'assurance sociale et carte d'assurance-maladie). De plus, des agents de libération conditionnelle dans la collectivité ont signalé que, parfois, on ne les avise pas suffisamment à l'avance d'une mise en liberté prochaine et qu'ils ont parfois eu à se dépêcher pour trouver des ressources (selon le préavis).

### **Recommandation 7**

**Que, dans la mesure du possible, les autres régions envisagent de dresser une liste de leurs cliniques et de leurs pharmacies et de l'afficher dans les sites Web de façon que les agents de libération conditionnelle du SCC de tout le pays puissent facilement la consulter.**

**APR :            Coordonnateurs national et régionaux du TEM**

### **Recommandation 8**

**Que l'on rappelle aux agents de libération conditionnelle et au personnel infirmier leurs responsabilités respectives quant à la préparation d'un délinquant à la mise en liberté dans la collectivité.**

**APR :            Coordonnateur régional du TEM**

### **Constatation n° 5**

**On a élaboré des façons uniques d'administrer la « règle des 20 minutes » en fonction du nombre de patient traités à la méthadone dans chaque établissement, de l'aménagement des installations affectées pour la période d'attente et du nombre de groupes (et de sous-groupes) de la population carcérale qui doivent être séparés.**

Selon des données cliniques, la méthadone est une drogue que l'on peut administrer en toute sécurité aux personnes dépendantes aux opiacés. Cependant, une petite dose peut être fatale pour les personnes qui n'ont jamais consommé d'opiacés. C'est pour cette raison qu'il faut absolument administrer la méthadone de façon contrôlée. On doit éviter à tout prix le risque de détournement des doses de méthadone attribuable aux pressions incessantes exercées par d'autres détenus. Au cours des deux dernières

années, par exemple, au moins trois décès survenus en milieu correctionnel ont été associés au détournement de doses de méthadone vers d'autres délinquants : deux dans une prison provinciale, et un dans un pénitencier fédéral. Les enquêtes subséquentes du coroner ont renforcé l'importance d'administrer la méthadone dans des conditions de sécurité maximale. L'équipe d'évaluation a également relevé dans des rapports d'observation rédigés par des agents de correction et des données non scientifiques obtenues au cours des entrevues auprès des détenus des preuves que certains délinquants avaient essayé de détourner des doses (et de faire usage de la force pour en obtenir).

Par conséquent, on a intégré plusieurs mesures de sécurité au Programme de traitement d'entretien à la méthadone pour prévenir ces événements fâcheux. L'une de ces mesures est la règle des 20 minutes, que l'on a appliquée afin d'empêcher les détenus de détourner des doses de méthadone. Cette règle est fondée sur le principe selon lequel 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. Par conséquent, toute dose détournée est moins concentrée. De plus, la période d'attente de 20 minutes permet l'accumulation de sucs gastriques, ce qui rend toute dose détournée moins agréable au goût. Ainsi, au moment de l'évaluation, les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone du SCC précisaient ce qui suit :

*« Les détenus doivent être surveillés pendant au moins 20 minutes après avoir ingéré la méthadone —c.-à-d. 20 minutes après que le dernier patient traité à la méthadone a ingéré le médicament. N'importe qui peut exercer cette surveillance<sup>33</sup>. »*

Cependant, l'équipe d'évaluation a signalé que, si on applique à la lettre cette orientation, par exemple, à l'établissement de Matsqui, où 60 détenus participaient au Programme de traitement d'entretien à la méthadone, la période d'attente de 20 minutes ne commencerait qu'après que les 60 détenus ont reçu leur dose de méthadone. Dans ces circonstances, la période d'observation suivant l'ingestion du médicament pourrait durer jusqu'à deux heures, ce qui empêcherait les détenus de suivre leurs programmes et leurs cours ou de s'acquitter de leurs tâches. Il faudrait que les Lignes directrices soient plus claires. On propose d'y inclure la phrase suivante : « Les détenus doivent être surveillés pendant au moins 20 minutes après avoir ingéré leur dose de méthadone. » Au cours de l'évaluation, on a précisé la définition dans les Lignes directrices pendant la téléconférence du 21 mai 2003. Dans tous les établissements que l'on a visités par la suite, sauf trois, on a constaté que l'administration de la règle des 20 minutes est conforme à la formulation suggérée ci-dessus pour les Lignes directrices.

L'équipe d'évaluation a également fait remarquer qu'on a élaboré des façons uniques d'administrer la « règle des 20 minutes » en fonction du nombre de patients traités à la méthadone dans chaque établissement et de l'aménagement des installations affectées pour la période d'attente. Elle a ajouté que ces approches varient grandement selon le niveau de sécurité de l'établissement.

---

<sup>33</sup> *Ibid.* Page 46.

### L'administration de la méthadone dans les établissements à sécurité maximale

Dans les établissements à sécurité maximale, l'administration de la méthadone et la gestion de la période d'attente de 20 minutes pour chaque détenu traité à la méthadone dépendent du nombre de groupes (et de sous-groupes) de détenus dans l'établissement. Il peut survenir des problèmes de logistique lorsqu'il s'agit d'administrer le médicament et de surveiller les détenus traités à la méthadone pendant 20 minutes tout en tenant à distance les détenus qui font partie de groupes incompatibles. Par exemple, dans l'un des établissements à sécurité maximale visités par l'équipe d'évaluation, la complexité de l'administration de la méthadone (et la période d'attente de 20 minutes correspondante) réside dans le fait qu'il faut tenir à distance sept groupes et sous-groupes de détenus. Si le membre d'un groupe reçoit des soins de santé pendant qu'un membre d'un groupe incompatible attend dans un hall d'entrée tout proche, on ne peut pas déplacer la personne qui reçoit les soins de santé.

Dans cet établissement, les quatre détenus traités à la méthadone font partie de quatre groupes que l'on ne peut mélanger. Deux de ces détenus sont en isolement. Le personnel des Services de santé se rend en isolement pour administrer la méthadone. Ces détenus sont mis sous observation pendant 20 minutes, puis ils retournent à leur cellule. Deux autres détenus se rendent au Centre de santé pour y recevoir leur dose de méthadone (à des moments différents). Après avoir ingéré leur dose de méthadone, ces détenus sont observés dans des cellules munies de caméras. Le chef, Services de santé, estime que, dans le meilleur des cas, compte tenu de ses ressources actuelles, il pourrait prendre en charge jusqu'à sept patients traités à la méthadone. Si, par ailleurs, l'établissement réserve une autre période pour l'administration de la méthadone (pendant le quart de nuit), il pourrait doubler ce nombre, qui s'établirait à 14. Toutefois, il faudrait embaucher d'autres agents de sécurité. De plus, la priorité du personnel infirmier serait d'intervenir en cas d'urgence, et il se pourrait donc qu'on doive parfois embaucher davantage de ressources dans les Services de santé.

Dans un autre établissement à sécurité maximale, les évaluateurs ont remarqué que, même si on y trouve plusieurs populations de détenus, l'établissement utilise une rangée qui est actuellement vide. Chaque groupe de détenus arrive séparément, et après avoir reçu son médicament, chaque patient est placé dans une cellule afin d'y observer la période d'attente de 20 minutes. Non seulement ces détenus n'ont aucun contact avec les autres groupes, mais ils ne peuvent avoir de contact entre eux pendant ce temps.

Un troisième établissement à sécurité maximale visité par l'équipe d'évaluation doit gérer de sept à neuf populations distinctes. En plus de la population carcérale générale et des deux types d'isolement (isolement protecteur et isolement disciplinaire), l'établissement accueille des gangs de motards comme les Banditos et les Hell's Angels, des gangs asiatiques et des gangs de rue. De plus, on compte des détenus francophones et des détenus anglophones (qu'on doit parfois séparer) au sein de chacun de ces groupes.

L'une des difficultés logistiques dans cet établissement a trait au fait que la distance entre les unités et les Services de santé empêche une administration opportune. Il a fallu cinq minutes aux évaluateurs pour couvrir cette distance en marchant, toutes portes ouvertes. Il faut prévoir près d'une heure par groupe de détenus pour rassembler les patients traités à la méthadone d'un groupe donné (ou d'un sous-groupe), retenir les services d'un agent accompagnateur (il n'y a pas de poste d'agent accompagnateur à

l'horaire de travail de cet établissement), administrer la méthadone, surveiller les détenus et les renvoyer dans leurs unités respectives. Ainsi, chaque jour, l'établissement doit interrompre ses activités pendant qu'on administre la méthadone à chaque groupe de détenus.

### L'administration de la méthadone dans les établissements à sécurité moyenne

Même si les établissements à sécurité maximale doivent traiter avec de multiples groupes et sous-groupes de détenus incompatibles, les établissements à sécurité moyenne font parfois face à des difficultés logistiques lorsque vient le temps d'administrer de la méthadone à un grand nombre de patients. Cela est particulièrement vrai dans la région du Pacifique, où, dans les établissements visités par l'équipe d'évaluation, jusqu'à 60 patients traités à la méthadone se rendent chaque jour aux Services de santé de l'établissement.

Dans un établissement de ce genre, on a affecté un employé à la période de surveillance de 20 minutes. Cette personne inscrit sur une liste de contrôle l'heure d'arrivée et l'heure de sortie de chacun des 60 patients traités à la méthadone. Elle indique également sur cette liste la dose administrée à chaque détenu (de 8 mg à 180 mg), ce qui lui permet de se concentrer sur les détenus qui reçoivent une dose importante et donc de gérer les risques si un détenu essaie de partir avant que les 20 minutes se soient écoulées. L'équipe d'évaluation a fait remarquer que le « surveillant » a consigné tous ses commentaires et toutes ses observations sur la liste et en a fait part au personnel infirmier immédiatement après la période d'observation de 20 minutes. Dans un autre établissement à sécurité moyenne, deux agents aident les Services de santé dans le processus d'administration de la méthadone. Les détenus reçoivent leur dose de méthadone l'un après l'autre. Ils font l'objet d'une fouille par palpation et se rendent ensuite dans la salle d'attente, où le deuxième agent les observe pendant 20 minutes. Au moment où on a procédé à l'évaluation, tous les détenus de cet établissement restaient dans la salle d'attente 20 minutes après que le dernier patient a reçu sa dose de méthadone. Les doses les plus importantes étaient administrées en premier, et les moins importantes, en dernier. De cette façon, on s'assurait que les personnes qui recevaient une dose élevée restaient plus longtemps dans la salle d'observation. L'équipe d'évaluation reconnaît qu'il s'agit d'un processus très efficace. Toutefois, pour maintenir ce processus à mesure que le nombre de participants au Programme augmentera, il faudrait surveiller chaque patient traité à la méthadone pendant les 20 minutes requises.

Dans un autre établissement à sécurité moyenne visité par l'équipe d'évaluation, il est impossible d'administrer les doses à un grand nombre de patients étant donné l'aménagement des Services de santé. Par conséquent, les détenus reçoivent leur dose quatre à la fois et, après la période d'observation de 20 minutes, ils partent, et les quatre prochains arrivent. En administrant la méthadone de cette façon, les Services de santé sont occupés tous les jours pendant un après-midi complet. Il est donc impossible d'offrir d'autres cliniques pendant ce temps, et cela entrave l'exécution des programmes. Les Services de santé qui, en raison de problèmes d'aménagement, ne peuvent recevoir qu'un petit nombre de patients traités à la méthadone en même temps, devraient envisager d'administrer la méthadone à de grands groupes de patients dans un autre endroit. De cette façon, on pourrait libérer les locaux des Services de santé afin qu'ils

offrent d'autres cliniques médicales, le personnel infirmier pourrait effectuer ses tournées, et on maximiserait l'utilisation des ressources actuelles pendant l'après-midi.

### L'administration de la méthadone dans les établissements à sécurité minimale.

Les établissements à sécurité minimale sont aux prises avec leurs propres problèmes s'ils veulent respecter la règle d'attente des 20 minutes. En effet, les patients traités à la méthadone ont souvent davantage accès à la collectivité à des fins de réinsertion, et les sorties ne coïncident pas toujours avec le moment où on dispense la méthadone. En pareils cas, les détenus qui participent au Programme sont observés pendant 20 minutes par un accompagnateur bénévole. De même, certains patients traités à la méthadone font également l'objet d'un placement à l'extérieur. Ces détenus sont surveillés dans la camionnette de l'établissement durant les 20 minutes requises, pendant qu'on les conduit à leur lieu de travail.

Dans deux des trois établissements à sécurité minimale visités par l'équipe d'évaluation, on applique la règle des 20 minutes en demandant aux participants au TEM d'attendre dans les salles de visites et de correspondance, qui sont supervisées. Dans le troisième établissement, on surveille les détenus pendant les 20 minutes requises dans un local des Services de santé.

### Problèmes communs observés par l'équipe d'évaluation

L'équipe d'évaluation a cerné un certain nombre de problèmes communs à la plupart des régions visitées en ce qui concerne la période d'attente de 20 minutes. Exemples :

- Aires d'administration de la méthadone. Les Lignes directrices précisent que « les détenus ne doivent apporter aucun type de contenant dans la zone d'administration de la méthadone (ex. verres, sacs de plastique, etc)<sup>34</sup>. » Un examen des rapports d'observation révèle que des détenus ont utilisé des verres pour essayer de détourner des doses de méthadone. De plus, au terme de l'examen de quatre dossiers médicaux, l'équipe d'évaluation a découvert qu'on a décelé de la méthadone chez des détenus avant qu'ils commencent le Programme de traitement d'entretien à la méthadone. Cette méthadone pourrait provenir de la collectivité. Cependant, il s'agit peut-être aussi d'une dose qui a été détournée dans l'établissement.
- *[Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)];*
- Dans certains établissements, on observe les détenus pendant la période d'attente de 20 minutes grâce à des caméras placées dans des cellules d'observation. *[Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)];*
- *[Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)];*
- *[Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)];*

---

<sup>34</sup> *Ibid.* Page 46.

- [Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)];

Dans tous les établissements visités, les problèmes relatifs à la règle de 20 minutes ont été signalés dans un rapport rédigé à l'intention de la direction de l'établissement. À la lumière des observations ci-dessus, l'équipe d'évaluation formule la recommandation suivante :

### **Recommandation 9**

**Que la mise en oeuvre de la règle des 20 minutes devienne une question permanente à l'ordre du jour des réunions et des téléconférences nationales relatives au Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC (à plus forte raison compte tenu de l'augmentation du nombre de patients traités à la méthadone). De cette façon, on peut discuter des éléments qui facilitent et des éléments qui entravent l'application de cette règle et mettre en commun des pratiques exemplaires.**

**APR :            Coordonnatrice nationale du TEM**

### **Constatation n° 6**

**Un examen de 42 dossiers des Services de santé concernant le Programme de TEM révèle que les critères du DSM IV ne sont pas toujours signés dans le formulaire *Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (CSC/SCC 1260-02)*. De plus, même si les plans de traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-03) figurent au dossier, le personnel déclare qu'il est difficile de les mettre à jour, surtout lorsqu'un détenu passe du statut « stable » au statut « non stable ».**

En ce qui a trait à l'évaluation initiale d'un détenu qui a demandé à participer au Programme de TEM (ou qui poursuit le traitement d'entretien à la méthadone), les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone indiquent que le médecin doit remplir et signer certaines sections du formulaire intitulé « Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone »<sup>35</sup>. Par exemple, ce formulaire contient deux blocs de signature. L'un d'entre eux figure à la page 1 du formulaire. Lorsqu'il le signe, le médecin certifie que les critères du DSM IV concernant la dépendance aux opiacés sont respectés. Le deuxième se trouve à la dernière page du formulaire. Lorsqu'il le signe, le médecin certifie qu'il a effectué l'examen médical et qu'il a évalué si le demandeur est admissible au Programme de TEM.

Toutefois, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que, même si les formulaires « Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone » avaient été versés au dossier et que le médecin avait signé la dernière page du formulaire, la sous-section concernant les critères du DSM IV n'avait pas toujours été signée dans les 15 établissements visités. Au cours des entrevues, des membres de l'EITM (y compris des médecins) ont expliqué un certain nombre de raisons pour lesquelles ils ne

<sup>35</sup> Formulaire « Évaluation médicale en vue d'un traitement d'entretien à la méthadone » (CSC/SCC 1260-02)

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

remplissent pas toujours le bloc de signature. Par exemple, dans une région, la haute direction d'un établissement a signalé que les Lignes directrices du SCC, indépendamment des documents fournis actuellement par le médecin, sont conformes aux normes sur le traitement d'entretien à la méthadone du Collège provincial des médecins et des chirurgiens et que, à cet égard, les soins sont dispensés conformément à des « normes communautaires ». Parmi les autres raisons invoquées pour ne pas avoir signé la section où on atteste que les critères du DSM IV ont été respectés, mentionnons les suivantes :

- La perception selon laquelle le fait de signer la dernière page de l'Évaluation médicale en vue d'un traitement d'entretien à la méthadone suppose que tous les critères permettant l'amorce du traitement d'entretien à la méthadone sont respectés.
- Un médecin a signalé qu'il est prêt à remplir la section dans laquelle on atteste que les critères du DSM IV ont été respectés et à signer l'évaluation médicale à la dernière page du formulaire, mais que, pour ce faire, il doit travailler plus longtemps à la clinique.
- Un autre médecin interrogé par l'équipe d'évaluation a déclaré que, en cas de diagnostic mixte, il a de la difficulté à coordonner la participation d'un psychologue.
- Un médecin qui vient tout juste d'obtenir son permis de prescription de la méthadone qui remplace un autre médecin ne savait pas qu'il devait certifier que les critères du DSM IV étaient respectés.

On pourrait préciser aux médecins des établissements du SCC qu'ils doivent signer pour certifier que les critères du DSM IV en ce qui concerne la toxicomanie ont été respectés. De plus, on pourrait envisager d'inclure les exigences en matière de documentation pour le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC aux contrats normalisés des médecins.

En ce qui a trait aux exigences de contrôle du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone soulignent que le Plan de traitement d'entretien à la méthadone devrait (et non pas « doit ») être mis à jour après chaque rendez-vous chez le médecin<sup>36</sup>. La fréquence des rendez-vous chez le médecin est fondée sur la stabilité du détenu traité à la méthadone. Si un détenu est stable, ses rendez-vous chez le médecin devraient être fixés aux trois à quatre semaines. Les détenus qui ne sont pas stables devraient voir le médecin chaque semaine. L'équipe d'évaluation a découvert dans les 15 établissements visités que les Plans de traitement d'entretien à la méthadone<sup>37</sup> avaient été versés au dossier médical du délinquant. Dans neuf établissements, la mise à jour de ces plans ne figurait pas au dossier. De plus, l'examen des dossiers effectué dans tous les établissements visités a révélé que les dossiers qui contenaient des plans de traitement à jour ne contenaient pas toujours les copies des plans antérieurs.

<sup>36</sup> Service correctionnel du Canada. *Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone*, décembre 2002. Page 44.

<sup>37</sup> Formulaire « Plan de traitement d'entretien à la méthadone » (CSC/SCC 1260-03).

À l'établissement de Mission, on a trouvé une façon de mettre à jour les plans de traitement. Dans cet établissement, les plans de traitement de tous les participants au TEM sont automatisés. Après l'examen médical, on entre les modifications des plans de traitement dans l'ordinateur, ensuite, les formulaires à jour sont imprimés et versés au dossier du détenu.

Les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone indiquent également que toutes les entrées et toutes les modifications apportées aux plans de traitement d'entretien à la méthadone doivent être datés et porter les initiales de leur auteur. Parfois, cela peut être difficile parce que le formulaire de Plan de traitement ne contient pas de champ de date où on peut consigner les mises à jour du plan. Le seul champ de date de ce formulaire est le champ où on inscrit la date où le détenu a commencé le traitement à la méthadone. Par conséquent, il peut être difficile de suivre les progrès des participants au TEM. Les Services de santé de l'AC pourraient souhaiter examiner le formulaire de Plan de traitement d'entretien à la méthadone pour déterminer si l'inclusion d'un champ de date faciliterait la mise à jour des progrès des participants au TEM.

À la lumière des observations précitées, l'équipe d'évaluation formule les recommandations suivantes :

#### **Recommandation 10**

**Que l'on inclue dans le contrat normalisé du médecin des précisions quant à l'obligation du médecin de signer les critères du DSM IV concernant la dépendance aux opiacés dans le cadre du Programme de traitement d'entretien à la méthadone.**

**APR : Administrateurs régionaux, Services de santé  
Suivi : Coordonnateurs régionaux du TEM**

#### **Recommandation 11**

**Que l'on révise le formulaire « Plan de traitement d'entretien à la méthadone » (CSC/SCC1260-03) afin qu'il contienne un champ « date ».**

**APR : Coordonnatrice nationale du TEM**

#### **Constatation n° 7**

**Au cours de l'évaluation, on a interrogé 65 détenus. Tous ont mentionné l'impact positif qu'a eu le Programme sur divers aspects de leur vie. De plus, un grand nombre d'employés qui travaillent de près avec les détenus qui participent au Programme de TEM ont vanté les mérites de ce Programme, du fait des changements qu'ils ont observés chez les détenus qui y ont participé.**

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

On trouve des programmes de traitement d'entretien à la méthadone dans des établissements correctionnels de l'Allemagne, du Danemark, de l'Australie, de l'Espagne et de la Suisse, et au complexe correctionnel de Riker's Island à New York. De plus, les services correctionnels provinciaux de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Québec offrent ce genre de programmes aux délinquants dépendants aux opiacés. L'expérience de ces administrations a donné les résultats suivants :

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

Les chercheurs font toutefois remarquer que la seule administration de la méthadone ne permet pas de régler les problèmes connexes comme la situation professionnelle, les activités illégales et les valeurs familiales et sociales qui contribuent fortement à la prévention des rechutes<sup>38</sup>.

Au cours de l'évaluation, on a interrogé des détenus et des membres du personnel pour connaître leurs perceptions de l'impact du Programme de traitement d'entretien à la méthadone. On a demandé aux employés s'ils avaient remarqué des changements de comportement chez les détenus qui ont participé au Programme. En contrepartie, on a demandé aux détenus si, selon eux, des changements survenus dans l'établissement pouvaient être attribués au Programme et si le Programme avait eu un impact sur leur vie. Le texte suivant décrit les réflexions du personnel et des détenus.

### Réflexions du personnel du SCC en ce qui concerne le Programme de traitement d'entretien à la méthadone

Bien des employés interrogés ont déclaré avoir été témoins de changements de comportement considérables depuis le lancement du Programme de TEM. De plus, on a fait remarquer que, surtout dans certains établissements à sécurité maximale, les rapports entre les Services de santé et les patients traités à la méthadone se sont accrus, étant donné que ces détenus interagissent fréquemment avec les Services de santé. Un membre du personnel infirmier a formulé l'observation suivante :

*« Maintenant, ils me connaissent dans les unités. Nous sommes incapables d'offrir le programme CSP, mais lorsque je suis dans les unités, ils me parlent, et je peux les entretenir de questions relatives au mode de vie. »*

Des agents de correction ont également mentionné que, lorsque des détenus sont traités à la méthadone, ils sont plus enclins à communiquer. À cet égard, voici un commentaire éloquent :

*« Ils veulent parler de leur vie et de leurs objectifs, ce qu'ils n'auraient jamais fait auparavant. »*

<sup>38</sup> Marsch, L. A. « The Efficacy of Methadone Maintenance Interventions in Reducing Illicit Opiate Use HIV Risk Behaviour and Criminality: a meta-analysis », *Addiction* vol. 93, n° 4, 1998, 515-533.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Dans certains cas, le personnel a observé des changements de comportement considérables. Par exemple, un agent de libération conditionnelle d'un établissement à sécurité maximale a décrit l'expérience d'un des détenus dont il s'occupe qui a participé au Programme. En sept ans, ce délinquant avait fait l'objet de 174 accusations en établissement, lorsqu'il n'était pas traité à la méthadone. Au cours des huit mois où il a participé au Programme, il n'a fait l'objet d'aucune accusation.

Voici ce que certains employés ont dit quant à l'impact que la méthadone a eu sur les détenus qui ont participé au Programme :

*« Certains gars ont vraiment changé. »*

*« L'un des gars était un véritable sociopathe — il ne parlait à personne et se foutait de tout — maintenant, il s'occupe des chats — il s'occupe d'un autre être vivant et parle aux gens. »*

*« Les gars qui prennent de la méthadone sont beaucoup plus motivés à faire quelque chose qu'ils ne l'ont jamais été. »*

*« La demande en opiacés au sein de l'établissement diminue, et les attitudes changent. »*

Cependant, certains agents de libération conditionnelle ont signalé que les détenus en général ne comprennent pas vraiment ce qu'est la méthadone et qu'il y a « beaucoup de manipulation ». Ils font remarquer que le Programme de traitement d'entretien à la méthadone ne fonctionnera que si le SCC suit le concept du TEM et combine la médication à des mesures de soutien social et à des programmes adéquats. Lorsqu'on lui a demandé s'il avait observé des avantages du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, un agent de libération conditionnelle a indiqué ce qui suit :

*« Oui, mais ils sont rares — le Programme ne profite à aucun des détenus dont je m'occupe présentement parce qu'ils ne s'appliquent pas — je leur dis qu'il ne s'agit pas d'une pilule magique et qu'ils doivent quand même régler d'autres problèmes. »*

Des agents de libération conditionnelle et des agents de programmes correctionnels mentionnent également que l'un de leurs principaux obstacles est d'amener les détenus à se rendre compte du fait que la méthadone n'est pas une « pilule magique » et qu'ils doivent continuer de suivre tous les autres programmes pour réussir la réinsertion sociale ». Un agent de libération conditionnelle a dit ceci :

*« Les détenus pensent que, si le Programme de traitement d'entretien à la méthadone est prévu dans leur plan correctionnel, c'est tout ce qu'ils ont à faire. »*

### Réflexions de détenus à l'égard du Programme de TEM

L'équipe d'évaluation a interrogé 65 détenus dans les 15 établissements qu'elle a visités aux quatre coins du pays. Au cours des entrevues, des détenus ont fait part de leurs perceptions quant à l'impact du Programme de traitement d'entretien à la méthadone sur l'établissement ainsi que sur leur vie personnelle.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Ces détenus ont indiqué entre autres que la demande en héroïne avait diminué et qu'on a réduit la quantité d'héroïne introduite illégalement dans l'établissement. De plus, ils ont signalé que les dettes de drogues ont fondu et que l'économie clandestine des établissements a changé pour le mieux. Un détenu a déclaré ce qui suit :

*« Il y avait toujours 25 000 \$ qui circulaient ici — aujourd'hui, il y en a beaucoup moins. »*

Voici quelques commentaires typiques de détenus :

*« Je n'utilise plus de seringues et je ne m'endette plus. Je ne vis plus le stress lié au fait de devoir de l'argent à mes amis. »*

*« Sans la méthadone, j'aurais de gros problèmes — de gros problèmes financiers. Je consommerais plus [de drogues] que je ne pourrais me le permettre, je me ferais poignarder et je me ferais casser la gueule. »*

*« La méthadone me tient loin du monde de la drogue. Si j'achetais de la drogue maintenant, cela coûterait beaucoup d'argent, et la drogue n'aurait aucun effet sur moi. »*

*« Mes amis qui prennent de la drogue ne peuvent même pas s'acheter du tabac à cause de leurs dettes. »*

En ce qui a trait à l'impact du Programme sur leur vie personnelle, les détenus ont parlé de son effet sur leur vie quotidienne, de son influence sur d'autres programmes qu'ils suivent, de son impact sur leur comportement criminel et de leurs perspectives de libération. Les commentaires suivants formulés par des détenus sont représentatifs de l'impact que le Programme de TEM a eu sur leur vie quotidienne :

*« Avant de prendre de la méthadone, je devais courir à gauche et à droite toute la journée jusqu'à ce que j'obtienne ma dose. Ensuite, je pouvais relaxer jusqu'au lendemain. Maintenant que je prends de la méthadone, je viens ici et ensuite je peux m'adonner à mes passe-temps. »*

*« Cela a fait des merveilles pour moi. Je n'ai consommé aucune drogue, et je n'ai pas envie d'en prendre. Je me sens mieux dans ma peau. »*

*« Depuis que je prends de la méthadone, je ne touche plus du tout aux stupéfiants. Cela a complètement changé ma vie. Je suis sobre depuis deux ans. »*

*« Avant, je n'ai jamais cherché de l'aide — je n'en ai jamais voulu. Je perdais du poids, je ne pouvais pas fonctionner, je ne pouvais pas dormir. Maintenant, je prends du poids et je dors davantage. »*

Des détenus ont également commenté l'impact qu'a eu le Programme sur leur comportement criminel. Voici des commentaires typiques :

*« La méthadone m'a sorti du crime. Je n'y pense même plus. »*

*« Si j'en avais eu il y a longtemps, je n'aurais pas passé tant de temps en prison. »*

*« Depuis que j'ai commencé le Programme, je n'ai pas utilisé une seule seringue. Cela ne vient même pas hanter mes rêves. Avant, je me réveillais,*

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

*je sortais et j'allais acheter de la drogue alors que j'aurais dû dormir. Je suis libéré de cet esclavage. »*

*« Cela nous tient loin de la drogue. Ainsi, nous n'échangeons pas de seringue. Nous n'avons pas à nous inquiéter du VIH. »*

Voici ce que les détenus ont dit de l'impact qu'a eu le Programme de TEM sur les autres programmes correctionnels qu'ils suivent (toxicomanie, aptitudes cognitives, maîtrise de la colère, etc.) :

*« J'ai suivi le PPT quatre fois et, maintenant que je suis traité à la méthadone, je l'ai terminé. »*

*« Le meilleur dans la méthadone, c'est que je peux maintenant utiliser mon jugement et penser — avant, j'étais incapable de prendre des décisions à cause des effets de la drogue — la méthadone m'a donné la liberté. »*

*« Je dessine beaucoup depuis que je prends de la méthadone. Avant, je ne pouvais pas me concentrer — je ne pensais qu'à la drogue. La méthadone est la meilleure chose qui me soit arrivée. Cela m'a donné une nouvelle vie, et je peux garder un emploi et travailler dix heures de suite. »*

Plusieurs détenus interrogés ont dit espérer que le Programme leur permette d'être mis en liberté avant la libération d'office. À ce sujet, voici des commentaires typiques :

*« Je suis certain à 100 % que je ne reviendrai pas en prison si on me libère et que je prends de la méthadone. »*

*« J'aimerais sortir avant la libération d'office. Vaut mieux en prendre [de la méthadone] que de tourner en rond et de s'injecter de la drogue avec des seringues sales. »*

Des 65 détenus interrogés, trois craignaient que la méthadone ne soit « qu'une autre dépendance ». Comme un détenu l'a fait remarquer :

*« Je prends de la méthadone depuis que j'ai 16 ans. Aujourd'hui, j'ai 23 ans. La méthadone élimine l'état de manque. Pour moi, c'est une autre dépendance, parce que je dois en prendre tous les jours. Elle remplace ma drogue de choix, la morphine. Je suis jeune, et je ne sais pas quoi faire. »*

Plusieurs détenus ont également déclaré que c'est le médicament, combiné au soutien du personnel infirmier, des médecins et des agents de programmes, qui est bénéfique. Un détenu a indiqué ce qui suit :

*« La méthadone ne fait pas tout. Il faut également tenir compte de l'aide du personnel infirmier. Ce n'est pas seulement nous. »*

### Conclusion

En général, l'équipe d'évaluation a signalé que les commentaires du personnel et des détenus rejoignent les conclusions d'autres études sur l'efficacité des programmes de

traitement d'entretien à la méthadone en milieu correctionnel<sup>39 40</sup>. Toutes les études ont révélé que les détenus qui participent à un programme de traitement d'entretien à la méthadone réduisent leurs comportements à risque (comme l'échange de seringues) et voient leur état de santé général s'améliorer considérablement. De plus, ces mêmes études signalent une diminution du comportement criminel et des incidents d'incarcération.

### **Recommandation 12**

**Que l'on décrive dans les futurs documents des Services de santé qui portent sur le TEM ces impacts positifs du Programme.**

**APR :            Coordonnatrice nationale du TEM**

---

<sup>39</sup> *Ibid.*

<sup>40</sup> Bikershoff, Susan. « Methadone in Correctional Settings ». Thèse de doctorat. Université Brown, Providence RI 2002. <http://www.methadone.org/>

**Objectif 3**

**Confirmer les taux actuels de participation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, et déterminer comment réaliste sont les taux projetés.**

**Constatation no 8**

**Le nombre de participants au Programme de TEM semble croître plus rapidement que prévu.**

En mai 2002, le SCC a élargi le Programme de traitement d'entretien à la méthadone. Tous les détenus ayant une dépendance aux opiacés ont maintenant le droit de demander à être traités à la méthadone.

Cela a eu des répercussions importantes sur le Programme de TEM, car le nombre de détenus qui présentent une demande et sont jugés admissibles au Programme a augmenté considérablement. Le tableau 2 résume le nombre de détenus qui suivent actuellement le Programme de TEM dans chaque région ainsi que le nombre de détenus qui ont entrepris le Programme avant la modification de la politique et après sa mise en œuvre. On y présente également les augmentations en pourcentage.

**Tableau 2  
Participation des détenus du SCC au Programme de TEM au 27 juillet 2003 (SGD<sup>41</sup>)**

Région	Actuellement traités à la méthadone	Admis avant le 5 mai 2002	Admis après le 5 mai 2002	Augmentation (%) depuis mai 2002
Pacifique	247	119	128	106 %
Prairies	72	22	50	227 %
Ontario	58	28	30	107 %
Québec	52	18	34	189 %
Atlantique	21	5	16	320 %
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>192</b>	<b>258</b>	<b>134 %</b>

Détermination du nombre de participants

Dans chaque établissement visité par l'équipe d'évaluation, on a recueilli de l'information sur le nombre de participants au Programme de TEM. Ensuite, on a comparé ces chiffres aux données du SGD en fonction de la date de la visite. Selon les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone, l'agent de libération conditionnelle en établissement doit placer un indicateur dans le SGD si le détenu est admis au Programme ou s'il est déjà traité à la méthadone<sup>42</sup>. Cependant,

<sup>41</sup> Les chiffres du tableau peuvent différer de ceux fournis par les Services de santé, étant donné que les données du tableau sont tirées du SGD et se fondent sur tous les délinquants dont le dossier électronique présente un indicateur « méthadone ».

<sup>42</sup> *Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone*, p. 22.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

l'équipe d'évaluation a signalé que bien des agents de libération conditionnelle ignorent qu'ils doivent effectuer cette tâche. Ainsi, il se peut qu'on ait sous-évalué le nombre réel de patients traités à la méthadone consigné dans le Système de gestion des délinquants (SGD). Les résultats de la comparaison sont présentés dans le tableau 3.

**Tableau 3**  
**Comparaison du nombre de délinquants traités à la méthadone déclarés/vérifiés**  
**au cours des visites des établissements**  
**et**  
**du nombre de délinquants traités à la méthadone consigné dans le SGD pour la**  
**même date**

	N <sup>bre</sup> déclaré au cours de la visite de l'établissement	N <sup>bre</sup> de dossiers dont l'indicateur « méthadone » est activé dans le SGD (même date)
Matsqui (7 mai)	60	47
Ferndale (8 mai)	9	7
Mission (9 mai)	34	29
Kent (14 mai)	40	26
EEF (26 mai)	12	8
Pén. de la Saskatchewan (26 mai)	18	14
EE (28 mai)	4	5
Riverbend (28 mai)	2	3
Warkworth (10 juin)	28	6
Joyceville (17 juin)	20	2
Dorchester (24 juin)	13	5
Westmorland (25 juin)	4	4
Établissement de l'Atlantique (26 juin)	9	4
Donnacona (22 juillet)	15	8

Pour obtenir des données relativement à jour et exactes (les plus récentes) sur la participation au Programme de TEM, il est essentiel que l'indicateur « méthadone » soit activé dans le SGD pour tous les délinquants qui participent au Programme. Cela facilite la récupération des données par le SGD ou les RADAR. Les régions (ou les établissements) pourraient envisager d'intégrer un élément supplémentaire à la liste de contrôle de l'APR pour indiquer qu'on a informé l'agent de libération conditionnelle du fait qu'il doit activer l'indicateur dans le SGD et verser une note de service au dossier. On pourrait l'indiquer dans le compte rendu de la conférence de cas initiale.

### **Recommandation 13**

**Qu'on rappelle aux agents de libération conditionnelle en établissement qu'ils doivent activer l'indicateur de la méthadone dans le SGD lorsqu'un détenu est admis au Programme. De cette façon, on pourra recueillir des données plus fiables sur la participation au Programme.**

**APR :            Coordonnateurs régionaux du TEM**

Les données qu'utilisent les Services de santé sont fondées sur les rapports manuels fournis par chaque établissement à la fin de chaque mois. Chaque établissement est tenu de déclarer le nombre de délinquants qui ont commencé ou abandonné le

Programme et le nombre de détenus qui prennent de la méthadone et qui ont été mis en liberté dans la collectivité, qui ont été transférés d'un établissement à l'autre et (ou) qui poursuivent le traitement d'entretien à la méthadone qu'ils suivaient dans la collectivité. Comme le nom de certains détenus peut figurer sur deux listes d'établissement lorsqu'ils sont transférés d'un établissement fédéral à un autre, il se peut que ces données ne soient pas tout à fait pareilles. Les Services de santé ont également mentionné qu'on a probablement sous-estimé le nombre de délinquants qui ont commencé le Programme parce qu'on a modifié les méthodes de collecte de données en septembre 2002. Ils ont indiqué à l'équipe d'évaluation qu'ils explorent actuellement d'autres moyens de recueillir cette information.

Au moment de l'évaluation, les données les plus récentes et les plus complètes des Services de santé sur la méthadone remontaient à mai 2003. Selon ces renseignements, 510 détenus étaient traités à la méthadone. Les données du SGD pour cette période révèlent que l'indicateur de la méthadone était activé pour 424 délinquants. Compte tenu des écrits consignés dans le tableau 3, où on a comparé les données recueillies par l'équipe d'évaluation au cours des visites d'établissements aux données consignées dans le SGD pour la même date, l'équipe d'évaluation est d'avis que les rapports actuels des Services de santé de l'AC donnent une idée plus exacte du nombre de participants au Programme. Pour l'instant, elle estime qu'un chiffre réaliste se situerait autour de 500 à 515 participants. À la lumière de ces observations, elle formule la recommandation suivante :

### **Recommandation 14**

**Que les Services de santé continuent à mettre en œuvre un Système de gestion de l'information sur la santé pour s'assurer que le SCC a accès à de l'information exacte et fiable sur les programmes des Services de santé, information qui n'est pas actuellement saisie par le SGD.**

**APR :            Directeur général, Services de santé**

### Projections

Dans le Plan national d'immobilisations, de logement et d'opérations (PNILO) de 2003-2004, on a donné des estimations du nombre projeté de délinquants qui devraient être admissibles au Programme de TEM. Ces estimations sont fondées sur des informations recueillies au cours du processus d'évaluation de l'admission des délinquants (selon lesquelles environ 70 % des délinquants sous responsabilité fédérale ont un problème de toxicomanie) et sur des études dans lesquelles on a estimé que de 7 à 10 % des délinquants du SCC souffrent d'une dépendance aux opiacés. À la lumière de ces données, on peut conclure que de 941 à 1 344 délinquants sont aux prises avec une dépendance aux opiacés. Toutefois, les délinquants ne choisissent pas tous de participer au Programme de TEM pour se débarrasser de leur dépendance. Dans le PNILO, on a prévu que 75 % des dépendants aux opiacés envisageraient de participer au Programme de TEM. Ainsi, on peut estimer que de 705 à 1 000 délinquants seront admissibles au traitement d'ici l'exercice 2005-2006.

**Figure 1**

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

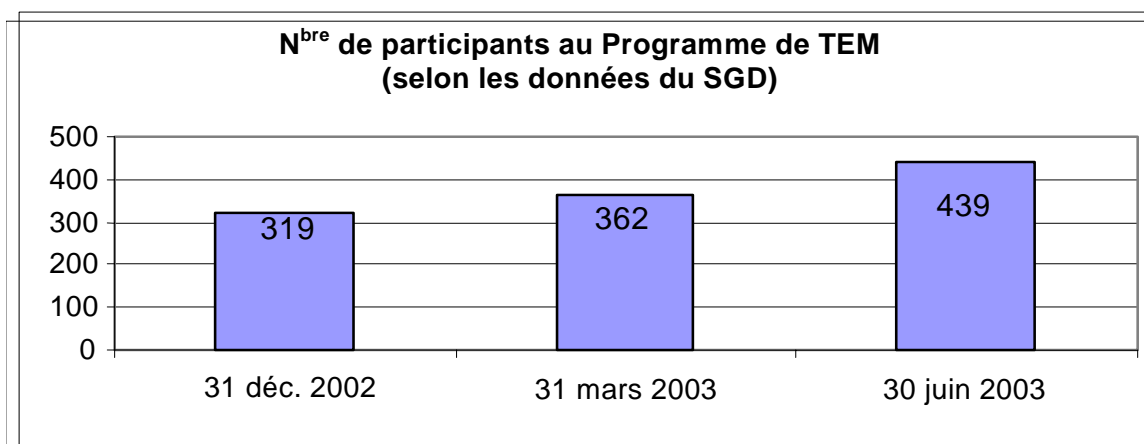
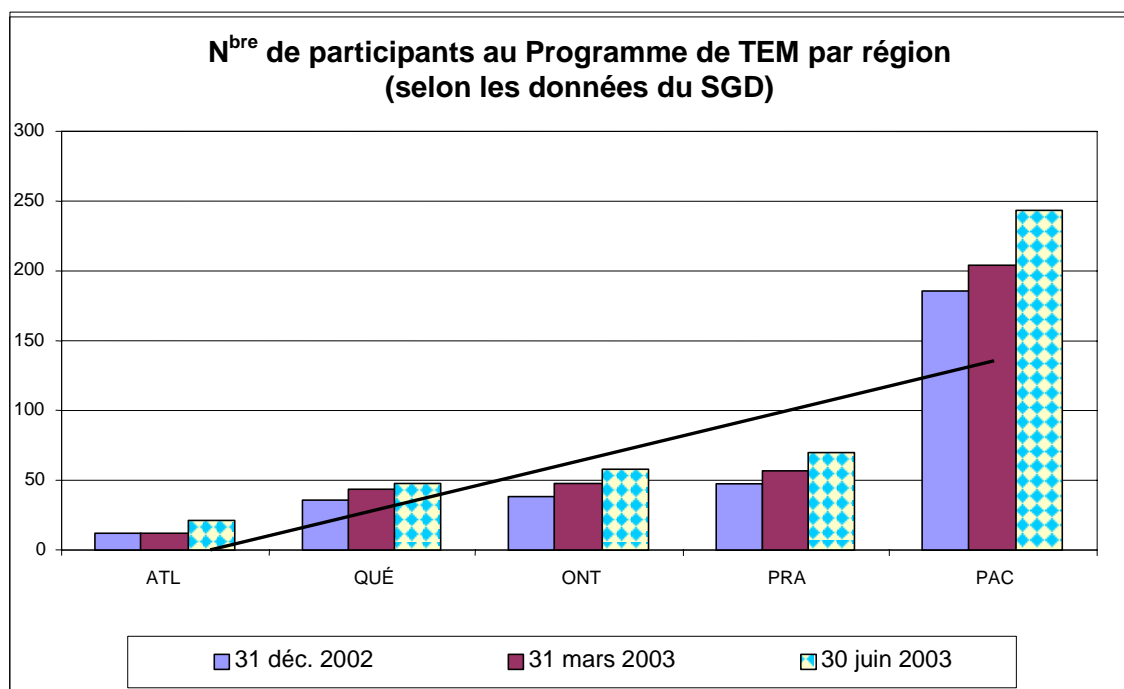


Figure 2



L'équipe d'évaluation a examiné les données sur le nombre de participants au Programme à la fin des trois derniers trimestres (30 déc. 2002, 31 mars 2003 et 30 juin 2003). Les figures 1 et 2 montrent que le nombre de participants au Programme augmente à l'échelle nationale et dans chaque région. Même si les données proviennent de sources régionales et nationales, on peut affirmer que les taux de participation augmentent.

Toutefois, selon l'équipe d'évaluation, le nombre de candidats potentiels au Programme de TEM pourrait être supérieur aux estimations actuelles, et les projections présentées dans le PNILO sont modestes. Comme l'un des objectifs du Programme est de prévenir

la transmission de maladies infectieuses dans les établissements du SCC et dans la collectivité, il vise les délinquants qui ont une dépendance à l'héroïne ou aux opiacés par voie intraveineuse. Ces personnes courent le plus grand risque de contracter le VIH et (ou) le virus de l'hépatite C. Dans le rapport intitulé Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000-2001, on a fait remarquer que, selon les résultats des tests de dépistage du VIH et du virus de l'hépatite C effectués à l'admission, il se pourrait qu'on n'ait pas dépisté ces infections chez près de 70 % des détenus. Par conséquent, il se pourrait que les taux d'infection actuels sous-estiment de façon importante le véritable fardeau que constitue ces maladies pour les établissements correctionnels fédéraux.

En avril 2003, 3 226 détenus avaient été déclarés infectés par le virus de l'hépatite C dans les établissements fédéraux. Il s'agit d'une augmentation par rapport aux 2 542 cas en 2000 et aux 2 993 cas en 2001. Des personnes actuellement infectées par ce virus, 100 sont traitées.

Comme on l'indique dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone, les détenus qui répondent aux critères généraux d'admission et à *l'un* des critères d'admission prioritaire doivent commencer le traitement à la méthadone. L'un des ces critères d'admission prioritaire est le suivant :

« 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.)<sup>43</sup> »

Il se pourrait que l'augmentation stable du nombre de cas déclarés d'hépatite C donne lieu à un accroissement de la demande à l'égard du Programme de TEM, étant donné qu'on déterminera qu'un plus grand nombre de détenus ont besoin de traitement pour respecter la clause de l'abstinence avant de commencer le traitement de l'hépatite C. Parmi les autres facteurs qui contribuent à l'accroissement du nombre de participants au Programme de TEM, mentionnons les suivants :

- admission régulière de délinquants très dépendants aux opiacés;
- resserrement des procédures de distribution de stupéfiants, qui rendent le détournement plus difficile;
- acceptation accrue de la méthadone par la population carcérale, ce qui fait que les détenus hésitent moins à demander le traitement;
- diminution de l'accessibilité des opiacés dans l'établissement (grâce aux mesures de sécurité continues).

Dans un établissement, on a fait remarquer que, au cours des deux semaines précédant la visite de l'équipe d'évaluation, on a reçu d'une seule unité six nouvelles demandes de participation au Programme. Le personnel avait l'impression que cette augmentation était attribuable au fait qu'on avait coupé l'approvisionnement en drogues de ces détenus.

Les pressions externes au SCC pourraient aussi avoir pour effet d'accroître le nombre d'admissions au Programme de TEM au cours des prochaines années. De plus, ce qui

<sup>43</sup> *Op. cit.* page 11.

se passe dans la collectivité en général aura également une influence sur le nombre de futurs patients traités à la méthadone. Mentionnons par exemple l'accessibilité accrue des cliniques de TEM, l'augmentation du nombre de fournisseurs de méthadone accrédités et l'augmentation du nombre de traitements dans le système provincial.

### Objectif 4

**Déterminer si les fonds alloués au Programme de traitement d'entretien à la méthadone sont transférés au Programme et s'ils se reflètent dans les dépenses du Programme.**

### Constatation n° 9

**La création d'un centre de coûts unique pour le Programme a facilité le suivi des fonds affectés au Programme de TEM. De plus, grâce à l'attribution de codes financiers exacts aux centres de coûts en ce qui concerne la méthadone, on peut rationaliser et documenter les dépenses du Programme afin de justifier, par des données significatives, les demandes de ressources supplémentaires.**

Les auteurs d'une analyse sociale des coûts de la dépendance aux opiacés dans la collectivité (fondée sur des indices de coûts normalisés concernant les coûts du système de santé, les pertes de productivité, et les coûts de la victimisation et de la justice pénale) ont estimé, de façon conservatrice, qu'on engage 49 000 \$ en coûts sociaux chaque année pour un opiomane non traité<sup>44</sup>. Par conséquent, le taux élevé d'infections connues au VIH et au VHC dans le contexte de l'injection de drogues illicites a des répercussions importantes sur la prestation de Services de santé au SCC et dans la collectivité dans son ensemble. Parmi les soins qu'il faut prodiguer constamment aux personnes infectées par le VIH ou le VHC, mentionnons les tests de laboratoire spécialisés et périodiques, des consultations par des spécialistes et des pharmacothérapies.

Par conséquent, on considère que l'entretien à la méthadone est un traitement rentable, puisqu'il réduit la transmission d'organismes transmissibles par le sang (dont le VIH et le VHC) parmi les personnes qui font usage de drogues injectables. Au SCC, le coût annuel d'un traitement de l'infection à VIH est d'environ 30 000 \$ (par rapport à 11 695 \$ par détenu pour un programme préventif à la méthadone). Ces coûts sont semblables pour les détenus infectés au VHC. Au SCC, les traitements pour le VHC sont de 25 000 \$ pour chaque détenu, et il en coûte 1 200 \$ pour surveiller chaque détenu infecté au VHC qui n'est pas traité. Compte tenu du fait que, en décembre 2002, il y avait 3 241 cas signalés de VHC au SCC, ces coûts sont considérables.

Un autre facteur qui permet d'éviter des coûts grâce au traitement d'entretien à la méthadone est l'association étroite avec le crime, le crime lié aux drogues et l'usage illicite d'opiacés<sup>45</sup>. Le coût de l'incarcération pour un an au cours de l'exercice

<sup>44</sup> Fisher, Benedikt et coll. « Comparing Opiate Users in Methadone treatment with Untreated Opiate Users: Results of a Follow-up Study with a Toronto Opiate Used Cohort », Revue canadienne de santé publique, septembre-octobre 1999.

<sup>45</sup> Marsch, L. A. « The Efficacy of Methadone Maintenance Interventions in Reducing Illicit Opiate Use HIV Risk Behaviour and Criminality: a meta-analysis », Addiction vol. 93, n° 4, 1998, 515-533.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

2001-2002 était de 79 639 \$ pour les hommes et de 155 589 \$ pour les femmes<sup>46</sup>. Si l'on contrôle et diminue les taux d'infection et les comportements criminels parmi les délinquants faisant usage de drogues injectables, on réduit les coûts d'incarcération, et les collectivités canadiennes deviennent plus sûres, puisqu'il y a moins de crimes et que la santé publique est améliorée.

Les principaux coûts du Programme de TEM ne sont pas associés au coût du médicament (0,80 \$ par jour); ils sont plutôt liés aux structures de soutien, en particulier le temps du pharmacien, du personnel infirmier et du médecin et le counseling en matière de toxicomanie. On estime que 50 % des coûts sont associés à des postes d'ETP. Le soutien direct aux détenus est assuré par le personnel infirmier et par des consultations avec un médecin et le fournisseur de programmes pour toxicomanes. Pour couvrir ces coûts, le SCC a réclamé des fonds additionnels dans son Plan national d'immobilisations, de logement et d'opérations de 2003-2004. Le SCC a demandé 4,3 millions de dollars pour 2003-2004, pour un nombre estimé de 500 délinquants suivant le TEM; 7,5 millions de dollars pour 2004-2005, pour un nombre estimé de 600 délinquants suivant le TEM; et 8,8 millions de dollars pour 2005-2006, pour un nombre estimé de 700 délinquants qui participent au Programme de TEM.

En plus des contraintes de financement imposées par le Conseil du Trésor, le SCC a subventionné le Programme de traitement d'entretien à la méthadone en puisant à même ses fonds internes. Le tableau 4 présente la ventilation du financement approuvé dans le cadre du Plan national d'immobilisations, de logement et d'opérations (PNILO) et du financement supplémentaire qu'a affecté le SCC au Programme pour les exercices 2002-2003 et 2003-2004.

**Tableau 4**  
**Financement du Programme de traitement d'entretien à la méthadone**  
(en milliers de \$)  
**(2002-2003 et 2003-2004)**

<b>Exercice</b>	<b>Approuvé dans le PNILO</b>	<b>Financement supplémentaire du SCC</b>	<b>Total</b>
2002-2003	1 250	2 210	3 460
2003-2004	3 237	3 100	6 337

On peut voir que, pour l'exercice 2002-2003, le SCC a versé 2 210 000 \$ de ses poches pour le Programme de TEM, en plus du financement de 1 250 000 \$ approuvé par le Conseil du Trésor (SCT). Pour l'exercice 2003-2004, le SCC a consacré 3 100 000 \$ au Programme, en plus des 3 237 000 \$ approuvés par le SCT.

À la lumière des dossiers de dépenses du Programme de TEM pour l'exercice 2002-2003 du Système intégré de gestion des rapports (DIGR), l'équipe d'évaluation a fait remarquer que l'AC a distribué les fonds aux régions selon une formule 70-30. Soixante-dix pour cent des fonds ont été affectés en fonction du nombre actuel de délinquants qui participent au Programme, et 30 % en fonction des mesures prévues pour élargir le Programme. Des fonds affectés à l'exercice 2002-2003, l'AC a retenu 200 000 \$ pour un

<sup>46</sup> Service correctionnel du Canada. *Coût d'entretien d'un délinquant*, 2001-2002.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

contrat conclu avec un médecin-conseil, la formation sur la mise en œuvre et le salaire de la coordonnatrice nationale du TEM.

À l'échelle régionale, on n'a pas établi de formule précise pour la répartition des fonds du Programme. En général, l'administrateur régional des Services de santé, l'administrateur régional des Programmes correctionnels et le coordonnateur régional du TEM se rencontrent et examinent le nombre de patients traités à la méthadone dans chaque établissement. Ensuite, ils comparent ces chiffres à l'effectif de médecins, d'employés membres du personnel infirmier et d'agents des programmes correctionnels de l'établissement. Une fois que l'on a tenu compte du salaire des coordonnateurs régionaux du TEM et des fonds nécessaires à la pharmacie (dans les régions où l'on trouve des pharmacies régionales), on s'attend à ce que les fonds restants soient distribués aux établissements pour couvrir le salaire des médecins, du personnel infirmier et de l'agent des programmes correctionnels. Le tableau 5 présente une ventilation du budget, des dépenses, des engagements en cours et du solde disponible du Programme de TEM pour l'exercice 2002-2003.

**Tableau 5**  
**Programme de traitement d'entretien à la méthadone**  
**Exercice 2002-2003 (en milliers de dollars)**

Région	Affectation	Budget actuel	Dépenses à ce jour	Engagements en cours	Solde disponible
<b>Atlantique</b>	Salaire	61	59	0	2
	Exploitation	154	134	8	12
	<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>194</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
<b>Québec</b>	Salaire	73	336	0	-263
	Exploitation	386	248	19	119
	<b>TOTAL</b>	<b>459</b>	<b>583</b>	<b>19</b>	<b>-144</b>
<b>Ontario</b>	Salaire	420	352	0	68
	Exploitation	217	278	1	-62
	<b>TOTAL</b>	<b>637</b>	<b>630</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Prairies</b>	Salaire	30	193	0	-163
	Exploitation	271	262	5	4
	<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>456</b>	<b>5</b>	<b>-159</b>
<b>Pacifique</b>	Salaire	769	987	0	-218
	Exploitation	786	469	18	299
	<b>TOTAL</b>	<b>1 555</b>	<b>1 455</b>	<b>18</b>	<b>82</b>
<b>Total SCC</b>	Salaire	1 353	1 927	0	-574
	Exploitation	1 814	1 391	50	372
	<b>TOTAL</b>	<b>3 167</b>	<b>3 318</b>	<b>50</b>	<b>-202</b>

Comme l'indique le tableau 4, les fonds affectés au Programme de TEM pour l'exercice 2002-2003 totalisent 3 460 000 \$ et proviennent de contributions du SCC (2 210 000 \$) et du SCT (1 250 000 \$). On peut voir dans le tableau 5 que les dépenses à ce jour et les engagements en cours pour l'exercice 2002-2003 s'élèvent à 3 368 000 \$. Lorsqu'on rapproche ces montants avec le financement total que le SCC et le SCT ont contribué pour cette période, on obtient un déficit de 92 000 \$, ou de 2,7 % du financement total affecté au Programme de TEM. Comme on a élargi le Programme au cours de l'exercice 2002-2003, il est évident, à la lumière de données non scientifiques, que les Services de santé avaient dépensé 2,7 % des fonds dans des domaines où dès le début, les ressources du Programme de TEM recoupaient celles d'autres Services de santé (comme le non-respect du budget salarial affecté au personnel infirmier).

L'équipe d'évaluation a également étudié en profondeur les données du SIGR de 2002-2003 pour chaque établissement (et pour les bureaux de libération conditionnelle qui recevaient des fonds pour exécuter le Programme). On a fait remarquer que, au début de 2002 (exercice 2001-2002), on a attribué, aux fins de la déclaration des dépenses, un centre de coûts unique au Programme de TEM. Cependant, on a décelé un certain nombre de problèmes de codage, et on a conclu qu'il faudrait peut-être donner une formation supplémentaire. Par exemple, les erreurs suivantes sont représentatives des anomalies relatives au codage financier cernées dans les dossiers de 2002-2003 du SIGR :

- la collecte des échantillons d'urine semble varier d'une région à l'autre. On l'a codée dans le centre de coûts de la méthadone seulement dans une région. Dans certaines régions, par exemple, on attribue le code 832 (soins infirmiers) à la collecte des échantillons d'urine;
- on attribue le code 832 (méthadone — soins infirmiers) aux dépenses de laboratoire, qui représentent donc des dépenses d'exploitation;
- lorsque les dépenses sont inscrites dans le SIGR dans la catégorie « Services partagés », on ne peut pas dire à la lumière des données de ce système quel montant l'établissement ou le bureau de libération conditionnelle a dépensé pour le traitement à la méthadone.

En règle générale, le codage financier semble varier d'une région à l'autre. Par exemple, on engage des dépenses pour le personnel infirmier, mais pas pour les médicaments; on engage des dépenses pour les médicaments, mais pas pour le personnel infirmier; dans certaines régions, on inscrit les dépenses des pharmacies dans d'autres centres d'activité, à l'échelle régionale.

Pour l'exercice 2003-2004, le financement du Programme de TEM provient de l'enveloppe budgétaire des soins de santé. Par conséquent, toute modification du financement du Programme de traitement d'entretien à la méthadone doit être examinée et approuvée par le Comité de direction du SCC. Le tableau 6 présente les indicateurs de ressources, le budget, les dépenses et les engagements en cours au 30 juillet 2003 pour l'exercice 2003-2004.

**Tableau 6**  
**FINANCEMENT DE LA MÉTHADONE POUR L'EXERCICE 2003-2004**  
**(en milliers de dollars)**

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Région	Affectation	Indicateurs de ressources	Budget actuel	Dépenses à ce jour	Engagements en cours	Solde disponible
<b>Atlantique</b>	Salaire		210	11	0	199
	Exploitation		255	14	9	233
	<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>465</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>432</b>
<b>Québec</b>	Salaire		81	16	0	65
	Exploitation		12	33	3	-23
	<b>TOTAL</b>	<b>824</b>	<b>93</b>	<b>48</b>	<b>3</b>	<b>42</b>
<b>Ontario</b>	Salaire		355	117	0	238
	Exploitation		272	81	36	156
	<b>TOTAL</b>	<b>1 457</b>	<b>628</b>	<b>198</b>	<b>36</b>	<b>394</b>
<b>Prairies</b>	Salaire		28	59	0	-31
	Exploitation		325	40	34	250
	<b>TOTAL</b>	<b>697</b>	<b>352</b>	<b>99</b>	<b>34</b>	<b>219</b>
<b>Pacifique</b>	Salaire		881	93	0	788
	Exploitation		445	91	76	278
	<b>TOTAL</b>	<b>2 852</b>	<b>1 325</b>	<b>184</b>	<b>76</b>	<b>1 066</b>
<b>Total SCC</b>	Salaire		1 554	295	0	1 259
	Exploitation		1 309	259	157	893
	<b>TOTAL</b>	<b>6 337</b>	<b>2 863</b>	<b>554</b>	<b>157</b>	<b>2 152</b>

Les indicateurs de ressources totaux pour l'exercice 2003-2004 s'élèvent à 6 337 000 \$, ce qui correspond au financement du Programme décrit dans le tableau 4. Toutefois, l'équipe d'évaluation a fait remarquer que, même si le budget actuel, les dépenses à jour et les engagements en cours pour le Programme de l'exercice 2003-2004 totalisent 3 574 000 \$, on a réservé des fonds pour remplir l'engagement de 6 337 000 \$, mais ces derniers sont codés dans deux catégories. Compte tenu de ce problème, le Service des finances de l'AC a demandé aux établissements du SCC de s'assurer qu'ils codent le budget et les dépenses dans le bon centre de coûts.

Parfois, il est difficile de décoder les imprimés du SIGR pour les exercices 2002-2003 et 2003-2004 parce que les établissements opérationnels ne ventilent pas toujours leur budget selon le centre de coûts. Il arrive qu'ils présentent leur budget par centres d'activité. Par exemple, en ce qui concerne le budget et les dépenses de la méthadone pour 2002-2003 liées au centre de coûts 832 (Soins infirmiers), l'équipe d'évaluation a relevé des cas où on n'avait prévu aucune somme d'argent pour le centre de coûts 832. Toutefois, on a inscrit le budget réel dans le centre d'activité 820 parce qu'il s'agit du

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

budget affecté au gestionnaire du Programme. En principe, un gestionnaire n'a pas à transférer un budget au centre de coûts 832. Par conséquent, il se peut que l'établissement ne ventile pas son budget par centres de coûts. En pareil cas, il est difficile de suivre l'affectation des fonds du Programme de l'AC aux régions et aux établissements opérationnels. On devrait justifier les futurs budgets affectés au TEM en présentant un relevé des dépenses clair.

Toutefois, au cours du dernier exercice, la coordonnatrice nationale du TEM et les coordonnateurs régionaux ont formulé des directives claires sur la façon dont les fonds doivent être affectés au Programme de traitement d'entretien à la méthadone et sur la manière de coder ces fonds en fonction du centre de coûts pertinent. Dans la région des Prairies, par exemple, on a envoyé à tous les établissements des directives précisant ce qui suit :

*« Dans notre région, 60 % des fonds affectés au PTEM ont été affectés aux établissements en avril 2003. À l'automne, on réévaluera le nombre de cas, et on distribuera les fonds restants en fonction de ces cas. »*

De même, dans un courriel daté du 9 juillet 2003, la coordonnatrice nationale du TEM a enjoint à tous les coordonnateurs régionaux du TEM de coder :

*« toutes les dépenses liées à la méthadone dans la catégorie "méthadone", même si les dépenses dépassent le financement affecté. »*

Dans ce même courriel, la coordonnatrice nationale fait remarquer que les coordonnateurs régionaux :

*« doivent connaître les exigences précises de chaque établissement en fonction du nombre de détenus qu'il traite à la méthadone, du nombre de détenus dont le nom figure sur sa liste d'attente, du nombre actuel de membres du personnel infirmier, des APC, des heures de travail des médecins, etc. L'établissement doit coder ces fonds de façon adéquate. »*

Plus loin, la coordonnatrice nationale réitère les codes financiers que l'on doit attribuer aux services médicaux, aux soins infirmiers et aux services de laboratoire, notamment les trousseaux de dépistage de la méthadone, les services de pharmacie, les médicaments et les services d'agents de programmes correctionnels.

Au cours de l'évaluation, on a signalé que les planificateurs du Programme n'ont peut-être pas tenu compte du fait que d'autres dépenses pouvaient survenir dans le cadre du Programme. Par exemple, dans les collectivités où il y a un centre correctionnel communautaire (CCC), il peut y avoir d'autres dépenses associées à l'administration de la méthadone. Les responsables d'un CCC de la région de l'Ontario ont signalé qu'ils ne disposent que d'un seul commissionnaire la fin de semaine. Par conséquent, ils doivent téléphoner à des employés pour qu'ils viennent accompagner les délinquants en liberté sous condition traités à la méthadone à un établissement d'origine tout près pour qu'ils obtiennent leur dose (étant donné qu'il s'agit d'un CCC, les délinquants en liberté sous condition se rendent chaque jour à l'établissement d'origine pour obtenir leur dose de méthadone). Cela équivaut à trois heures supplémentaires (à temps et demi) pour le samedi et pour le dimanche (ou à peu près 80 \$ par fin de semaine x 52 fins de semaine, ce qui représente près de 10 000 \$ du budget des CCC).

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Des agents de libération conditionnelle dans la collectivité interrogés par l'équipe d'évaluation ont également fait remarquer qu'il faut tenir compte de l'impact des travailleurs à faible revenu. Les délinquants en liberté sous conditionnelle peuvent obtenir une carte d'assurance-maladie provinciale, mais ils ne sont pas admissibles à l'aide sociale et ne peuvent donc pas souvent payer eux-mêmes leur dose quotidienne de méthadone (même si le médicament ne coûte que 0,80 \$, la pharmacie perçoit chaque jour des frais d'exécution d'ordonnance). En pareils cas, des bureaux de libération conditionnelle ont financé l'achat des médicaments à même leur propre budget.

Partout au pays, on craint que le Programme de TEM ne manque de financement un jour ou l'autre. Dans six établissements visités par l'équipe d'évaluation, on croyait que, selon le temps qu'un médecin doit passer avec chaque patient traité à la méthadone, certains patients ne soient vus qu'une fois par mois, plutôt qu'à la fréquence précisée dans les Lignes directrices (au moins deux fois par mois, en ce qui concerne les cas non stables). Cependant, dans les sites où le nombre de patients traités à la méthadone rejoint le nombre de personnes que l'établissement peut prendre en charge, on ne craint pas de manquer de ressources.

Dans l'ensemble, les fonds réservés pour le Programme de TEM sont affectés à chaque établissement en fonction d'une formule qui tient compte du nombre de détenus traités à la méthadone, du nombre de détenus dont le nom figure sur une liste d'attente et du nombre de demandes de traitement à l'étude. Cette formule s'appuie également sur des facteurs comme le nombre d'infirmières et d'infirmiers, le nombre d'agents des programmes correctionnels et le nombre d'heures de travail des médecins. Pour donner des estimations exactes des besoins en ressources actuels et futurs, les établissements auraient avantage à suivre le statut des demandes de participation au Programme et le nombre de participants pour prouver que le nombre de demandes et de participants a augmenté. De plus, on devrait attribuer des codes financiers exacts à des centres de coûts liés à la méthadone pour rationaliser et documenter les dépenses du Programme, de façon à justifier le besoin en ressources supplémentaires à l'aide de données significatives. Grâce à des codes exacts, le SCC pourra mesurer l'aspect financier des activités du Programme de TEM. À défaut de le faire, le Service pourrait avoir de la difficulté à prévoir des ressources en fonction du nombre de participants au Programme de traitement d'entretien à la méthadone. Par conséquent, l'équipe d'évaluation soutient entièrement les initiatives de la coordonnatrice nationale du TEM et des coordonnateurs régionaux, qui veulent préciser le fondement de l'affectation des fonds au Programme et s'assurer que les dépenses du Programme sont codées selon le centre de coûts approprié.

### **3.0 Résumé des recommandations**

#### Recommandation 1

Que l'on discute des façons de gérer le nombre croissant de participants au TEM dans les établissements où on a dépassé la « limite » avec les coordonnateurs régionaux du TEM au cours des réunions des coordonnateurs nationaux du TEM, ou pendant les téléconférences.

APR :            Coordonnatrice nationale du TEM

#### Recommandation 2

Que les coordonnateurs régionaux du Programme de TEM demandent à leur APR respectif de les informer à l'avance des problèmes en matière de capacité, surtout lorsqu'on pense que d'autres formes de soins de santé risquent d'être touchées en raison de l'augmentation du nombre de patients traités à la méthadone.

APR :            Coordonnateurs régionaux du TEM

#### Recommandation 3

Que l'on précise le rôle du coordonnateur régional du TEM dans les Lignes directrices spécifiques pour le traitement d'entretien à la méthadone, y compris dans un résumé d'une page de leurs responsabilités semblable à celui des membres de l'EITM.

APR :            Coordonnatrice nationale du TEM

#### Recommandation 4

Qu'on envisage de donner une formation sur le TEM au cours des assemblées générales du personnel ou au cours de journées de formation en cours d'emploi. La formation devrait porter sur les principes du traitement à la méthadone, les concepts de la combinaison du médicament à des programmes d'aide aux délinquants et à d'autres formes de soutien, ainsi que sur les impacts sur la sécurité publique, les facteurs d'évitement des coûts d'un programme réussi et le taux de réussite dans d'autres administrations.

APR :            Coordinateurs national et régionaux du TEM

#### Recommandation 5

Que l'on détermine les candidats potentiels au poste d'APR dans le Programme de TEM et qu'on les oriente et les forme à l'égard du TEM avant leur nomination.

APR :            Directeurs d'établissement  
Suivi :            Coordonnateurs régionaux du TEM

Recommandation 6

Que l'on révisé le module actuel du Programme de formation correctionnelle afin d'y intégrer le Programme de TEM et ses liens entre les concepts de la réduction des préjudices, la sécurité et la transmission des maladies infectieuses.

APR : Commissaire adjoint, Personnel et formation

Recommandation 7

Que, dans la mesure du possible, les autres régions envisagent de dresser une liste de leurs cliniques et de leurs pharmacies et de l'afficher dans les sites Web de façon que les agents de libération conditionnelle du SCC de tout le pays puissent facilement la consulter.

APR : Coordonnateurs national et régionaux du TEM

Recommandation 8

Que l'on rappelle aux agents de libération conditionnelle et au personnel infirmier leurs responsabilités respectives quant à la préparation d'un délinquant à la mise en liberté dans la collectivité.

APR : Coordonnateurs régionaux du TEM

Recommandation 9

Que la mise en oeuvre de la règle des 20 minutes devienne une question permanente à l'ordre du jour des réunions et des téléconférences nationales relatives au Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC (à plus forte raison compte tenu de l'augmentation du nombre de patients traités à la méthadone). De cette façon, on peut discuter des éléments qui facilitent et des éléments qui entravent l'application de cette règle et mettre en commun des pratiques exemplaires.

APR : Coordonnatrice nationale du TEM

Recommandation 10

Que l'on inclue dans le contrat normalisé du médecin des précisions quant à l'obligation du médecin de signer les critères du DSM IV concernant la dépendance aux opiacés dans le cadre du Programme de traitement d'entretien à la méthadone.

APR : Administrateurs régionaux, Services de santé  
Suivi : Coordonnateurs régionaux du TEM

Recommandation 11

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Que l'on révise le formulaire « Plan de traitement d'entretien à la méthadone » (CSC/SCC1260-03) afin qu'il contienne un champ « date ».

APR :            Coordonnatrice nationale du TEM

### Recommandation 12

Que l'on décrive dans les futurs documents des Services de santé qui portent sur le TEM ces impacts positifs du Programme.

APR :            Coordonnatrice nationale du TEM

### Recommandation 13

Qu'on rappelle aux agents de libération conditionnelle en établissement qu'ils doivent activer l'indicateur de la méthadone dans le SGD lorsqu'un détenu est admis au Programme. De cette façon, on pourra recueillir des données plus fiables sur la participation au Programme.

APR :            Coordonnateurs régionaux du TEM

### Recommandation 14

Que les Services de santé approfondissent la mise en œuvre un Système de gestion de l'information sur la santé pour s'assurer que le SCC a accès à de l'information exacte et fiable sur les programmes des Services de santé, information qui n'est pas actuellement saisie par le SGD.

APR :            Directeur général, Services de santé

### 4.0 Pratiques exemplaires

Au cours de l'évaluation, on a examiné un certain nombre d'initiatives locales visant à faciliter les processus d'approbation, de suivi et de planification de la mise en liberté du Programme de TEM. L'équipe d'évaluation croit qu'il serait utile de présenter certaines de ces initiatives, car elles pourraient intéresser d'autres établissements. On fera remarquer qu'il ne s'agit que d'une liste sélective.

L'EITM est une équipe multidisciplinaire dont chaque membre a des responsabilités précises. Ensemble, toutefois, ses membres coordonnent l'exécution du Programme de TEM dans l'établissement et s'assurent que le détenu peut poursuivre son traitement lorsqu'il retourne dans la collectivité. Un certain nombre d'établissements du pays ont adopté des pratiques pour essayer d'y arriver.

L'APR de l'établissement doit assurer 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. Plusieurs établissements ont mis en place des mécanismes pour aider l'APR à réaliser cet objectif. Voici certaines des procédures qui ont été établies à cet égard :

- mise au point d'un système de suivi des documents selon lequel la trousse d'approbation de la méthadone circule d'un membre de l'EITM à l'autre;
- élaboration de tableurs qui fournissent des données sur tous les détenus qui attendent de commencer le traitement et sur ceux dont la demande est « en traitement »;
- établissement d'une liste de contrôle du processus d'amorce qu'utilise l'APR pour s'assurer que chaque membre de l'équipe lit la documentation requise avant de la passer à un autre membre de l'équipe;
- élaboration de tableurs qui fournissent des données sur tous les patients actuellement traités à la méthadone, y compris les détenus qui peuvent être mis en liberté et ceux qui attendent de l'être; et
- une fiche d'information sur la méthadone pour rédiger le compte rendu de chaque rencontre relative à chaque patient.

L'agent de programmes correctionnels de l'établissement a pour rôle de contribuer à l'élaboration du volet intervention en matière de toxicomanie du Plan de TEM et de coordonner l'exécution des programmes pour toxicomanes et la prestation de services destinés au détenu. Dans un établissement, l'agent de programmes a découvert que le vidéo intitulé « Through the Blue Lens » était un outil de formation utile pour faciliter la discussion au sein du groupe. Dans un autre établissement, l'APC de la communauté a participé aux réunions du Comité des programmes de l'établissement pour assurer la continuité des programmes offerts aux patients traités à la méthadone. L'équipe d'évaluation a également signalé qu'un certain nombre d'établissements conservaient un dossier distinct sur la méthadone dans le dossier de programme du détenu. Ce dossier était facilement identifiable, et on pouvait le retirer entièrement si un autre membre de l'EITM désirait l'examiner.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

De plus, l'équipe d'évaluation a cerné plusieurs pratiques notables en ce qui concerne l'administration de la méthadone, la période d'observation de 20 minutes et le service de santé.

### Administration de la méthadone

- [Loi sur l'accès à l'information – article 16(1)(d)];
- On imprime à partir des RADAR la photo des détenus qui n'ont pas encore de pièce d'identité (ou qui ne l'ont pas sur eux, notamment dans certaines situations d'isolement), et on la place au mur de la pharmacie, à l'aide de ruban adhésif, ou on la remet à l'infirmière qui dispense la méthadone.

### Période d'observation de 20 minutes

- on demande à l'accompagnateur bénévole de surveiller les détenus qui participent au Programme pendant les 20 minutes requises;
- on consigne l'heure d'arrivée et l'heure de sortie de chaque patient dans un registre de contrôle. On peut également y inscrire les commentaires/observations que l'on transmettra au personnel infirmier immédiatement après la période d'observation de 20 minutes;
- l'embauche d'un employé chargé d'assurer le contrôle pendant les 20 minutes.

### Services de santé

L'une des responsabilités des Services de santé consiste à conserver des copies papier du *Plan de TEM (CSC/SCC 1260-03)* dans le dossier médical. Un établissement a converti ce formulaire en format électronique. Ainsi, il est plus facile de conserver une copie des antécédents du détenu et d'y accéder au besoin.

Voici d'autres exemples de tableurs et de listes de contrôle qui ont été élaborés :

- tableurs permettant d'assurer le suivi des dépenses relatives à la méthadone, à l'hépatite C, au VIH et à la tuberculose;
- une liste de contrôle des formulaires du Programme de TEM, qui permet de s'assurer que tous les formulaires requis figurent au dossier médical; et,
- des tableurs qui permettent de savoir à quel moment on doit commander de la méthadone.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

L'équipe d'évaluation a également cerné plusieurs autres initiatives liées aux Services de santé qui contribuent (du moins à l'échelle locale) à la bonne marche du Programme. En voici quelques-unes :

- un guide de référence sur les fonctions des Services de santé liées au Programme de TEM;
- demander à un étudiant-infirmier praticien d'aider le médecin à effectuer les évaluations relatives au traitement à la méthadone;
- dans les dossiers d'administration des médicaments, établir un identificateur unique pour l'ordonnance de méthadone.

Les Lignes directrices indiquent que chaque établissement doit disposer d'un ordre permanent de santé dictant les mesures immédiates et les mesures de suivi que doit prendre le personnel infirmier en cas de surdose de méthadone. En plus d'afficher à la vue de tous dans la salle d'administration de la méthadone les procédures qu'il faut suivre en cas d'erreur pour ce qui est de l'administration de la méthadone, un certain nombre d'établissements ont élaboré des formalités administratives pour l'administration périodique de méthadone ainsi que pendant l'isolement cellulaire dans tout l'établissement. Ces procédures sont affichées à un endroit bien en vue de la pharmacie de l'établissement.

Plusieurs établissements versaient au dossier médical du détenu un dossier distinct sur la méthadone. Ce dossier était facilement identifiable, et on pouvait le retirer entièrement si le médecin ou le personnel infirmier souhaitait l'examiner.

Les résultats de tous les tests de dépistage de drogues dans l'urine obtenus aux fins du TEM — qu'il s'agit d'analyses de toxicologie générale ou d'analyses d'urine de routine — sont versés au dossier médical du détenu. Cependant, on ne peut pas toujours y accéder facilement. Un établissement a élaboré un tableur EXCEL qui donne la liste des tests de dépistage de drogues dans l'urine qu'a subis le patient traité à la méthadone (codes de couleur pour ce qui est des résultats positifs et négatifs) afin que l'on puisse facilement repérer les progrès et les problèmes.

Quant à la préparation des détenus à la mise en liberté dans la collectivité, les Services de santé sont responsables de s'assurer qu'ils satisfont à toutes les exigences médicales pour être admis au Programme de TEM dans la collectivité, de façon à assurer la continuité du TEM et à aider l'agent de libération conditionnelle en établissement à communiquer, au besoin, avec un fournisseur de méthadone et une pharmacie dans la collectivité. L'équipe d'évaluation a remarqué que, dans la plupart des établissements, le personnel infirmier faisait beaucoup plus que cela pour assurer la continuité des soins à la mise en liberté du détenu dans la collectivité. Entre autres, il :

- remet au détenu un formulaire d'avis de rendez-vous dans la collectivité avant sa mise en liberté;
- remplit un formulaire intitulé « Directives sur la mise en liberté à l'intention du détenu » pour lui dire où aller et à quel moment s'y rendre.

## Évaluation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC

Les Lignes directrices précisent que les agents de libération conditionnelle dans la collectivité qui doivent s'occuper d'un patient traité à la méthadone doivent remplir des fonctions administratives supplémentaires. Pour alléger quelque peu ce fardeau, certains établissements ont produit une série de tableaux EXCEL pour documenter et consigner le médecin du délinquant, la dose de méthadone qu'il reçoit, ainsi que la pharmacie et la clinique de méthadone qu'il fréquente afin de pouvoir accéder rapidement à cette information au besoin.

Dans une région, on a établi un répertoire des cliniques et des pharmacies qui offrent de la méthadone dans cette région. On peut consulter cette liste à partir du site InfoNet de la région. De cette façon, les agents de libération conditionnelle dans la collectivité peuvent s'assurer que, à la date d'expiration du mandat, le délinquant en libération conditionnelle est transféré ou réinstallé de façon qu'il puisse poursuivre le Programme de TEM, même s'il quitte la région.

Les bureaux de libération conditionnelle qui couvrent de grandes régions ont de la difficulté à assurer la continuité des soins lorsqu'un délinquant en liberté sous condition retourne dans la collectivité. Voici quelques moyens ingénieux qu'ils ont conçus pour garantir la réussite du Programme de TEM :

- on prend les dispositions nécessaires pour qu'un médecin détenant un permis de prescription de méthadone dans une autre ville établisse chaque mois des ordonnances de méthadone, qu'il télécopie ensuite à un pharmacien de la ville où réside le délinquant en libération conditionnelle;
- fournir au délinquant des billets d'autobus pour qu'il aille consulter le médecin dans une ville avoisinante;
- utiliser un « taxi médical » pour les délinquants en liberté sous condition qui vivent en région éloignée.

### 5.0 Conclusion

Au moment de l'évaluation, on commençait à mettre en place le Programme élargi de traitement d'entretien à la méthadone. L'équipe d'évaluation a déterminé que le Programme est bien conceptualisé et qu'il s'appuie sur une série de lignes directrices exhaustives. Depuis la mise en œuvre du Programme élargi, en mai 2002, l'augmentation rapide du nombre d'approbations a créé des problèmes. Cependant, on prend des mesures pour surveiller la situation et apporter des correctifs à mesure que surviennent les problèmes. De plus, de façon générale, le Programme est administré uniformément dans tout le pays.

On peut rationaliser et justifier les préoccupations relatives à la capacité et aux ressources en donnant des estimations exactes des besoins. On peut se faciliter la tâche en suivant le nombre de personnes qui présentent une demande de participation au Programme de traitement d'entretien à la méthadone et le nombre de participants à ce Programme au fil du temps, pour montrer que les taux de participation augmentent. Grâce à des codes financiers exacts, le SCC pourra mesurer les activités du Programme de TEM et affecter les ressources en fonction des besoins.

Même si bon nombre de personnes interrogées considèrent toujours que le Programme de TEM est un programme des Services de santé, la mise en œuvre continue du concept d'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone avec un APR (qui fait partie de la direction de l'établissement) qui connaît bien les responsabilités de son poste contribuera à renforcer le fait qu'il s'agit d'un programme correctionnel et que les soins de santé ne constituent qu'un des nombreux volets du Programme.

Les résultats positifs qu'a observés l'équipe d'évaluation (y compris les résultats des entrevues auprès des détenus) devraient être communiqués partout dans le SCC. De plus, on devrait distribuer le présent rapport à des comités, des organismes et à des responsables d'initiative comme la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS), Santé Canada, les responsables des services correctionnels fédéraux, provinciaux et territoriaux et le Conseil national des soins de santé.

Comme la présente évaluation mettait l'accent sur les processus, il serait utile d'effectuer une deuxième évaluation (une fois que le Programme sera plus rodé) des extrants du Programme dans les établissements, comme : réduction du nombre de résultats positifs aux tests de dépistage de drogues dans l'urine; abandon progressif des opiacés; potentiel accru de rajustement et de réinsertion dans l'établissement. Dans la collectivité, on pourrait examiner des extrants comme la diminution du nombre de personnes qui violent les conditions d'abstinence et la réduction du nombre de participants au TEM qui sont réadmis au Service.

## **Annexe A**

### **Composition et activités principales de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone en établissement**

**Activités principales des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone de l'établissement**

<b>Membres</b>	<b>Responsabilités</b>
Détenu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer au Programme de TEM volontairement.</li> <li>• Signer l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone et en respecter les conditions.</li> <li>• Collaborer avec les membres de l'EITM à l'exécution du Programme.</li> </ul>
Agent de libération conditionnelle en établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider le détenu en rédigeant une demande écrite de TEM.</li> <li>• Signer l'Entente de participation au traitement à la méthadone avec le détenu.</li> <li>• Intégrer le TEM dans le plan correctionnel du détenu.</li> <li>• Surveiller le comportement du détenu dans l'établissement.</li> <li>• Aviser tous les membres de l'EITM des déplacements du détenu afin d'assurer la continuité du traitement.</li> <li>• Amorcer la planification de la mise en liberté.</li> </ul>
Agent des programmes correctionnels en établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à la conférence de cas initiale pour donner un résumé oral de l'évaluation du détenu en matière de toxicomanie.</li> <li>• Contribuer à l'élaboration du volet intervention en matière de toxicomanie du Plan de traitement d'entretien à la méthadone du détenu.</li> <li>• Coordonner la prestation de programmes et de services pour toxicomanes au détenu.</li> <li>• Assister aux réunions de l'EITM et informer les membres sur la participation du détenu aux séances d'intervention en matière de toxicomanie et sur les progrès réalisés.</li> </ul>
Personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer le volet clinique du Programme de TEM conformément à son rôle de prévention dans la gestion des maladies infectieuses et dans la promotion de la santé.</li> <li>• Revoir en détail l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone avec le détenu pour vérifier s'il en comprend bien les conditions et s'il consent à les respecter.</li> <li>• Administrer la méthadone et indiquer les doses administrées.</li> <li>• Coordonner la collecte des échantillons d'urine en conformité avec la démarche prévue.</li> <li>• Veiller à la mise à jour régulière du Plan de traitement d'entretien à la méthadone.</li> <li>• Consigner dans les notes d'observations du dossier médical les plaintes du détenu, ses préoccupations, les symptômes ressentis après l'administration de la méthadone, son état physique, les dépistages de drogues dans l'urine, les réunions de l'EITM.</li> <li>• Demander, au besoin, à l'agent de première responsabilité de convoquer une réunion de l'EITM.</li> </ul>

**Activités principales des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone de l'établissement**

Membres	Responsabilités
Médecin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En consultation avec les autres membre de l'EITM, prendre toutes les décisions finales de nature médicale liées au TEM, notamment en ce qui concerne l'admission, la fin du Programme et le dépistage de drogues dans l'urine.</li> <li>• Remplir certaines sections de l'Évaluation médicale en vue d'un traitement d'entretien à la méthadone.</li> <li>• Participer à une partie de toutes les réunions de l'EITM.</li> <li>• Évaluer régulièrement les détenus traités à la méthadone pour voir s'ils sont « stables » ou « non stables ».</li> <li>• Contribuer à assurer la continuité du traitement à la méthadone après la mise en liberté du détenu.</li> </ul>
Agent de première responsabilité (API)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assumer le leadership global de l'EITM en coordonnant tous les aspects relatifs à l'administration et à l'assurance de la qualité du Programme au sein de l'établissement.</li> <li>• Veiller à ce que les échéances établies pour l'évaluation de l'admissibilité du délinquant au TEM (maximum de 45 jours ouvrables) soient respectées.</li> <li>• Organiser la conférence de cas initiale après avoir reçu les documents d'évaluation dûment remplis.</li> <li>• Gérer l'accès au traitement à la méthadone en compilant et en conservant des données statistiques dans un registre d'admission.</li> <li>• Contrôler les ressources de l'établissement liées à l'exécution du TEM.</li> </ul>
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuer la méthadone.</li> <li>• Agir comme personne-ressource auprès du personnel infirmier et des médecins de l'établissement et de la collectivité.</li> <li>• Préparer les prescriptions et voir à la livraison de la méthadone.</li> <li>• Après la mise en liberté du délinquant, veiller à ce que la méthadone qui reste dans l'établissement soit éliminée conformément à la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>.</li> </ul>

## **Annexe B**

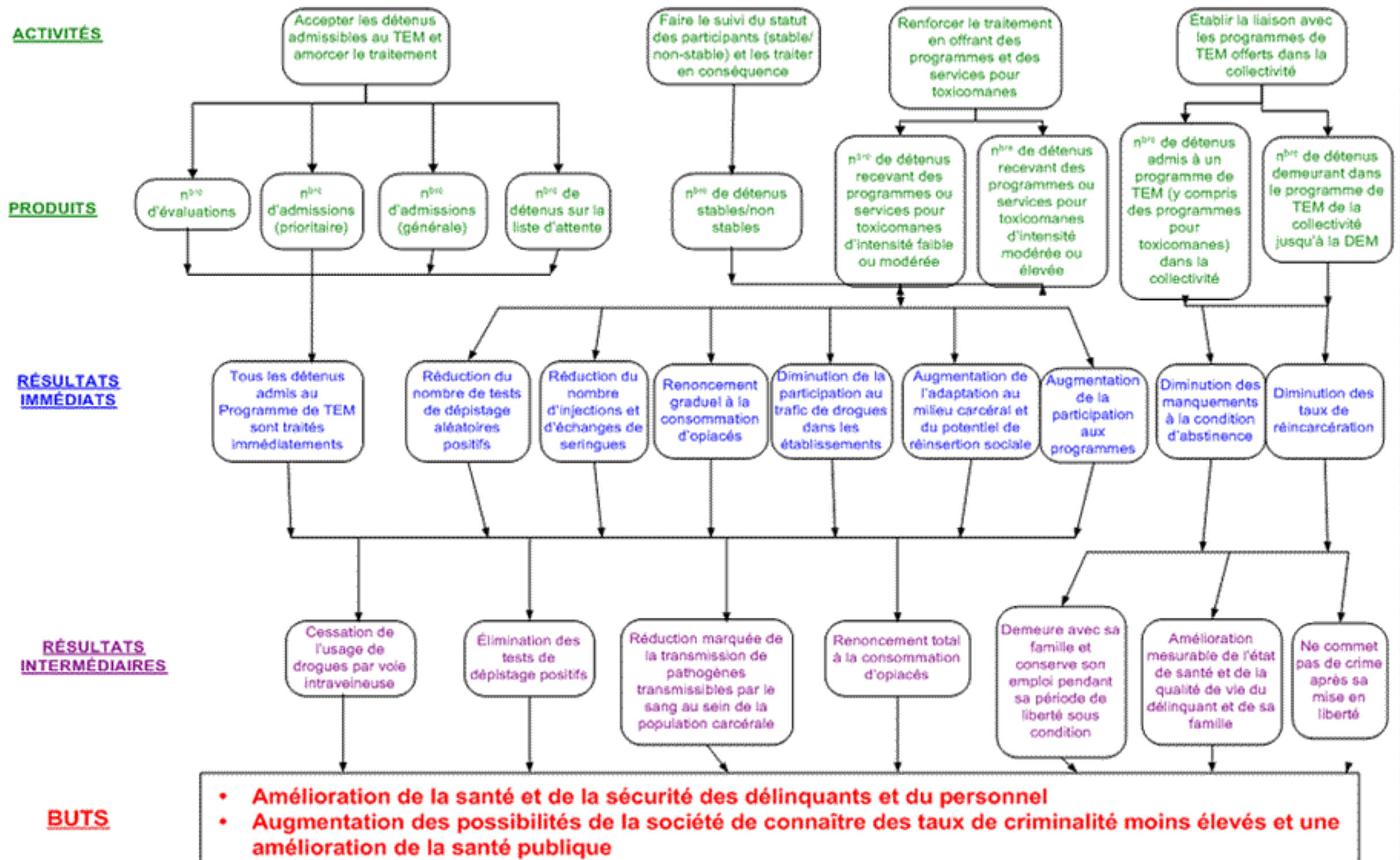
**Composition et activités principales de l'équipe d'intervention  
pour le traitement à la méthadone dans la collectivité**

**Activités principales des membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone dans la collectivité**

<b>Membres</b>	<b>Responsabilités</b>
Agent de libération conditionnelle dans la collectivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre les dispositions pour la constitution d'une EITM dans la collectivité.</li> <li>• Assurer le leadership global de l'EITM dans la collectivité.</li> <li>• Dès la réception du plan de mise en liberté transmis par l'agent de libération conditionnelle en établissement, trouver un fournisseur de services de traitement à la méthadone et une pharmacie dans la collectivité qui acceptent de poursuivre le traitement à la méthadone après la mise en liberté du délinquant.</li> <li>• Veiller à ce que le délinquant reçoive les interventions prévues dans son plan de mise en liberté en ce qui a trait à son problème de toxicomanie.</li> <li>• Veiller à ce que les interventions soient appropriées compte tenu des besoins du délinquant selon son classement en tant que patient « stable » ou « non stable ».</li> </ul>
Agent de libération conditionnelle principal dans la collectivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à l'assurance de la qualité globale des documents et des données saisies.</li> </ul>
Agent des programmes correctionnels dans la collectivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner la prestation de programmes et de services pour toxicomanes au délinquant.</li> <li>• Communiquer avec l'agent des programmes correctionnels en établissement.</li> <li>• Assurer le suivi de la participation du délinquant aux programmes pour toxicomanes offerts dans la collectivité, conformément au plan de mise en liberté.</li> <li>• Adapter les interventions et les services de counseling en matière de toxicomanie pour répondre aux besoins du délinquant selon qu'il est classé « stable » ou « non stable ».</li> </ul>

**Annexe C**  
**Modèle logique**

# MODÈLE LOGIQUE DU PROGRAMME DE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE



## Annexe D

### **Objectifs et principaux résultats mesurés par l'évaluation**

## Objectif 1

**Déterminer si les établissements et les bureaux communautaires du SCC ont la capacité de mettre en œuvre et d'administrer le Programme de traitement d'entretien à la méthadone.**

### Principaux résultats

- 1.1 Les établissements et les bureaux communautaires sont en mesure de traiter la population du SCC qui a besoin d'un traitement d'entretien à la méthadone.
- 1.2 Il existe un mécanisme qui permet à l'établissement d'évaluer de façon continue le nombre de délinquants qui participent au TEM et de déterminer ainsi s'il peut exécuter le Programme de façon sécuritaire et responsable.
- 1.3 Il existe un plan d'urgence qui garantit que tous les délinquants admis en priorité au Programme de TEM sont traités.
- 1.4 Tous les délinquants qui participent au Programme de TEM suivent des programmes ou reçoivent des services pour toxicomanes.
- 1.5 Dans les établissements où logent des populations différentes de délinquants, on a cerné les obstacles à l'administration de la méthadone et on a les a éliminés.
- 1.6 On a cerné les éléments qui facilitent et les éléments qui entravent la continuité du traitement d'entretien à la méthadone, et on a éliminé les obstacles.
- 1.7 Les participants au Programme de TEM peuvent continuer leur traitement sans interruption après leur mise en liberté.
- 1.8 Il y a suffisamment de fournisseurs de services de traitement à la méthadone accrédités dans la collectivité pour que les délinquants traités à la méthadone puissent être mis en liberté dans leur collectivité d'origine.
- 1.9 Il y a suffisamment de locaux pour l'application de la règle des 20 minutes.
- 1.10 Il existe un plan qui fait en sorte que le traitement d'un délinquant n'est pas interrompu s'il est admis dans un établissement durant la fin de semaine ou après les heures normales le vendredi.
- 1.11 Le nombre de délinquants participant actuellement au TEM dans l'établissement n'entrave pas la prestation d'autres services de santé.

1.12 On a cerné les obstacles à la mise en œuvre sécuritaire du Programme de TEM et on les a supprimés.

## Objectif 2

**Déterminer si le Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC est mis en œuvre et administré de façon uniforme dans l'ensemble du pays.**

### Principaux résultats

- 2.1 Le Programme de TEM du SCC est offert dans tous les établissements et les districts.
- 2.2 Tous les participants au Programme de traitement d'entretien à la méthadone ont été admis en fonction des critères généraux d'admission ou des critères d'admission prioritaire énoncés dans les « Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone » du SCC (p. 10).
- 2.3 On évalue régulièrement si les délinquants qui participent au traitement d'entretien à la méthadone sont stables ou non stables en fonction des critères énoncés dans les « Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone » du SCC (p. 13).
- 2.4 Selon qu'ils sont stables ou non stables, les délinquants qui participent au Programme de traitement d'entretien à la méthadone sont surveillés en fonction des exigences minimales énoncées dans les « Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone » du SCC (p. 14).
- 2.5 La méthadone est administrée selon les « Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone » du SCC (p. 47) et les mesures exceptionnelles sont appliquées selon les lignes directrices (p. 72).
- 2.6 La règle des 20 minutes est appliquée de façon uniforme.
- 2.7 On envisage l'arrêt du traitement contre la volonté du patient si, après des séances de counseling répétées, le délinquant ne respecte pas l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone (CSC/SCC 1260-05).
- 2.8 Dans le cadre de la planification prélibératoire (six mois avant la mise en liberté), on évalue s'il sera nécessaire que le délinquant déménage ou arrête graduellement le traitement.
- 2.9 Il existe des mécanismes qui permettent d'assurer la continuité du traitement d'entretien à la méthadone entre l'établissement et la collectivité.
- 2.10 Les membres de l'équipe d'intervention pour le traitement à la méthadone en établissement connaissent clairement leurs responsabilités, qui sont décrites dans les « Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone » du SCC.

- 2.11 Les agents de libération conditionnelle et les agents de programmes dans la collectivité connaissent clairement leurs responsabilités, qui sont décrites dans les « Lignes directrices spécifiques concernant le traitement d'entretien à la méthadone » du SCC.
- 2.12 Les délinquants qui participent au Programme de traitement d'entretien à la méthadone du SCC ont accès aux programmes et aux services pour toxicomanes adaptés à leurs antécédents.
- 2.13 Il n'y a pas de problèmes en ce qui concerne la prestation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone aux délinquants autochtones et aux délinquantes.
- 2.14 On a décelé les obstacles qui peuvent entraver la mise en œuvre et l'administration du Programme de TEM, et on les a supprimés.

### **Objectif 3**

**Confirmer les taux actuels de participation du Programme de traitement d'entretien à la méthadone, et déterminer comment réaliste sont les taux projetés.**

#### Principaux résultats

- 3.1 Il existe des mécanismes qui permettent de déterminer le nombre de délinquants qui reçoivent actuellement de la méthadone.
- 3.2 La collecte de données sur le Programme de TEM est normalisée dans l'ensemble du pays.
- 3.3 Les données recueillies permettent aux régions et à l'AC d'évaluer la capacité des unités opérationnelles d'offrir le Programme de traitement d'entretien à la méthadone.
- 3.4 Les estimations quant au nombre de participants au Programme sont effectuées à l'aide des mêmes formules dans toutes les unités opérationnelles.
- 3.5 Les établissements font le suivi du nombre de délinquants qui ont été placés sur une liste d'attente après avoir été admis dans le Programme.
- 3.6 On a confirmé le mandat qui est confié en vertu de la loi au Programme de traitement d'entretien à la méthadone sur le plan de l'admissibilité au traitement.
- 3.7 Il existe un mécanisme qui permet de déterminer si le SCC traite les délinquants qui ont besoin d'un traitement d'entretien à la méthadone.

## **Objectif 4**

**Déterminer si les fonds alloués au Programme de traitement d'entretien à la méthadone sont transférés au Programme et s'ils se reflètent dans les dépenses du Programme.**

### Principaux résultats

- 4.1 Les fonds transférés de l'AC pour la mise en œuvre du Programme de traitement d'entretien à la méthadone sont affectés au Programme dans les unités opérationnelles du SCC.
- 4.2 On fournit une justification pour expliquer la manière dont les fonds qui sont destinés à des opérations ou à des programmes particuliers sont affectés.
- 4.3 Il existe une piste de vérification qui permet de voir à quoi les fonds étaient destinés et à quoi ils ont été affectés.
- 4.4 Les membres du personnel savent quelles dépenses liées au Programme de traitement d'entretien à la méthadone doivent être enregistrées sous les codes financiers utilisés par les Services de santé.
- 4.5 Il y a un suivi des dépenses et des ressources en personnel pour chaque activité importante du traitement d'entretien à la méthadone (admissions, suivi, programmes pour toxicomanes et liaison avec la collectivité).