_____ Rapport de recherche ____

Caractéristiques des participantes au Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTEM)

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour en obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

2014 Nº R-307

Caractéristiques des participantes au Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTEM)

Mary-Ann MacSwain

Madelon Cheverie

Shanna Farrell MacDonald

Sara Johnson

Service correctionnel du Canada

Février 2014

Remerciements

Nous tenons à souligner la contribution des nombreuses personnes qui nous ont aidées, à diverses étapes, à exécuter ce projet et à produire ce rapport. Nous remercions tout d'abord le personnel des Services de santé du Service correctionnel du Canada (SCC) de sa collaboration et de son appui constant. Depuis l'exercice 2009-2010, les Services cliniques des Services de santé du SCC financent un poste de préposé à la saisie de données, ce qui a permis de saisir dans des délais appropriés le grand nombre de données reçues et d'assurer sans interruption l'analyse de leur qualité. Nous sommes également reconnaissantes envers les personnes suivantes, qui nous ont aidées dans notre recherche en nous fournissant des données ou en veillant à ce que nous y ayons accès : les coordonnateurs nationaux du Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTEM), notamment Jan Holland, Joanne Barton et Céline Bissonnette; les coordonnateurs régionaux du PTEM; le personnel des établissements, soit le personnel infirmier attitré au PTEM, les agents de libération conditionnelle en établissement, les agents de programmes en établissement, les médecins et les pharmaciens; ainsi que les participantes au PTEM. Nous tenons aussi à souligner l'aide et la collaboration du personnel des Services de santé des établissements et du personnel chargé des dossiers dans les administrations régionales, qui nous ont aidées à obtenir les données manquantes.

Nous remercions aussi les membres de la Direction de la recherche qui nous ont aidées à diverses étapes de ce projet. Dan Kunic et Derek Lefebvre ont établi l'entente d'échange de données avec les Services de santé et ont amorcé les premiers travaux de ce projet. Shannon Classen et Megan Mullally ont participé à la révision du document. Les personnes qui ont effectué la saisie, le codage et la collecte des données ont fait un travail inestimable; il s'agit notamment de Lindy Affleck, Michela Preddie, Serenna Dastouri, Nicole Elliott, Rae-Anne Morrison, Lindsay Gairns, Sherri Doherty, Jonathan Ross, Lisa MacDougall, Chantal Sirois, Louise Bourgeois et Lysiane Marseille-Paquin. Nous remercions également Mireille Lemelin pour son aide dans la préparation de ce rapport.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude à madame Andrea Moser et à messieurs Benedikt Fischer et Brian Grant, lesquels nous ont aimablement offert leurs conseils et leur soutien dans le cadre de ce projet.

Résumé

Mots clés : *traitement d'entretien à la méthadone (TEM), dépendance aux opioïdes, délinquantes*

En leur donnant accès à des interventions qui les aideront à surmonter leurs problèmes de toxicomanie, le Service correctionnel du Canada (SCC) favorise la réinsertion sociale en toute sécurité des délinquants. En 1998, le SCC a créé le Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTEM) afin de répondre aux besoins de traitement des délinquants souffrant d'une dépendance aux opioïdes. La méthadone est un opioïde synthétique à action prolongée qui aide les personnes ayant une dépendance aux opioïdes à mener une vie plus stable et qui réduit les méfaits associés à la consommation de ces substances (CTSM, 2003b). En effet, elle empêche les toxicomanes de ressentir les symptômes de sevrage, réduit l'état de manque et bloque les effets euphorisants des opioïdes à action brève (OMCO, 2005). Le présent rapport a été rédigé par suite de l'étude de cohorte rétrospective que nous avons réalisée sur des délinquantes sous responsabilité fédérale ayant participé au PTEM du SCC entre janvier 2003 et décembre 2008. Lorsque cela fut possible, nous avons comparé ces délinquantes à la population carcérale générale de sexe féminin.

Selon nos résultats, les délinquantes qui ont entrepris un traitement d'entretien à la méthadone (TEM) représentaient 10 % de la population carcérale de sexe féminin. Les participantes au PTEM se distinguaient du reste de la population carcérale féminine de multiples façons. Notamment, un niveau de risque et des besoins plus élevés que les autres détenues et leur potentiel de réinsertion sociale et leur motivation à modifier leurs comportements étaient moindres. Les participantes au PTEM avaient en outre des antécédents criminels plus lourds. En effet, elles avaient purgé davantage de peines de ressort fédéral et avaient commis un plus grand nombre d'infractions à l'origine de la peine qu'elles purgeaient au moment de l'étude. Comparativement à la population carcérale générale, les participantes au PTEM étaient beaucoup plus nombreuses à purger une peine pour infractions acquisitives et autres infractions sans violence, et moins nombreuses à purger une peine pour homicide ou pour des infractions liées aux drogues.

Nos résultats indiquent également que, parmi les participantes au PTEM, la consommation d'opioïdes pharmaceutiques était plus répandue que la consommation combinée d'héroïne et d'autres produits pharmaceutiques. Quelque 70 % des participantes au PTEM ont déclaré que la morphine ou l'hydromorphone était leur opioïde de prédilection. Nous avons constaté que l'opioïde de choix variait selon les régions, la consommation d'héroïne étant plus répandue dans les régions du Pacifique et du Québec, et celle d'opioïdes pharmaceutiques plus fréquents dans les régions de l'Atlantique et des Prairies. Une forte majorité de délinquantes (environ 65 %) ont déclaré avoir des problèmes liés à la consommation de plusieurs drogues, outre les opioïdes, et en particulier de cocaïne. Plusieurs délinquantes ont aussi déclaré avoir eu des comportements à risque élevé liés à leur toxicomanie, comme la consommation de drogues injectables et le partage d'aiguilles.

Une forte proportion des participantes au PTEM ont tenté d'obtenir des traitements en raison de problèmes de santé mentale, dont l'anxiété, la dépression et les troubles de paniques, et subi

divers traumatismes, en particulier de la violence physique, psychologique et sexuelle. Plusieurs délinquantes ont aussi fait des tentatives de suicide et se sont automutilées.

Le profil global des participantes au PTEM indique qu'elles forment un groupe très complexe ayant des besoins multiples qui doivent être pris en considération dans le traitement de leur dépendance aux opioïdes et lors des interventions visant à les aider à réussir leur réinsertion sociale.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Table des matières v
Liste des figures ix
Liste des annexes x
Introduction 1
Les femmes et la toxicomanie 1
Les tendances actuelles en matière de consommation d'opioïdes 2
Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) 3
La politique du SCC en matière de traitement d'entretien à la méthadone 7
Objectif et justification 8
Méthode 10
Plan d'étude 10
Sources des données 10
Mesures 11
Analyses statistiques 13
Résultats 15
Incidence et répartition relatives au PTEM par région 15
Données démographiques 15
Information provenant de l'Évaluation initiale des délinquants 16
Évaluation des facteurs statiques et dynamiques 16
Besoins liés aux facteurs criminogènes 17
Degré de motivation 18
Potentiel de réinsertion sociale 19
Gravité des problèmes d'alcool et de drogues 19
Information sur la peine et les infractions 21
Peine actuelle 21
Infractions antérieures 23
Durée de la peine 24
Cote de sécurité en établissement 24
Types de mise en liberté 25

Renseignements sur les participantes au PTEM 26
Antécédents de toxicomanie 27
Antécédents en matière de santé mentale 32
Analyse 34
Limites 38
Recherche future 38
Bibliographie 40
Annexes 46

Liste des tableaux

Tableau 1 *Ascendance autochtone et état matrimonial des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale* 16
Tableau 2 *Pourcentage des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale qui ont commis une ou plusieurs des infractions suivantes à l'origine de leur peine actuelle, pour chaque type d'infraction* 23
Tableau 3 *Classement par niveau de sécurité des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale* 25
Tableau 4 *Types de mise en liberté des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale* 26

Liste des figures

Figure 1. Cotes d'évaluation des facteurs statiques et dynamiques des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale 17
Figure 2. Domaines de facteurs criminogènes où les besoins des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale sont modérés ou manifestes 18
Figure 3. Degré de motivation des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale..... 18
Figure 4. Potentiel de réinsertion sociale des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale 19
Figure 5. Résultats à l'ADS des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale..... 20
Figure 6. Résultats au DAST des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale..... 21
Figure 7. Nombre d'infractions à l'origine de la peine actuelle des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale..... 22
Figure 8. Durée de la peine des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale..... 24
Figure 9. Opioïde de prédilection de l'ensemble des participantes au PTEM au cours des 12 mois ayant précédé le début du PTEM..... 28
Figure 10. Types d'opioïdes consommés par les participantes au PTEM, selon l'année où elles ont commencé le PTEM..... 29
Figure 11. Types d'opioïdes consommés par les participantes au PTEM, par région 30
Figure 12. Antécédents en matière de consommation problématique d'autres substances chez les polytoxicomanes 31
Figure 13. Indicateurs de la santé mentale 33

Liste des annexes

Annexe A : Documents administratifs relatifs au PTEM 46

Introduction

La consommation de substances illicites a une incidence non seulement sur les structures sociales et sur celles du système de justice, mais aussi sur la santé et le bien-être de la société et des personnes qui ont une dépendance à ces substances. Au Canada, les coûts rattachés à la consommation de substances illicites correspondent à environ 0,2 % du produit intérieur brut ou PIB (North American Opiate Medication Initiative [NAOMI], 2006), soit 1,37 milliard de dollars par année, et une bonne part de ces coûts est attribuable à la consommation de drogues injectables (Santé Canada, 2002b). Des recherches ont montré que la toxicomanie est très répandue dans la population carcérale. Au Canada, on estime qu'entre 70 et 80 % des délinquants sous responsabilité fédérale ont un problème de consommation de drogues (Grant et Gileno, 2008; Hume, 2004; Kunic et Grant, 2006; Kunic et Varis, 2009; Matheson, Doherty et Grant, 2008; Weekes, Moser, Ternes et Kunic, 2009). Dans l'ensemble de la population canadienne, les femmes affichent des taux de consommation d'alcool et de drogues illicites inférieurs à ceux des hommes. Par contre, dans le système correctionnel, on estime que jusqu'à 80 à 90 % des délinquantes sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie (Santé Canada, 2006; Hume, 2004).

Les femmes et la toxicomanie

Plusieurs études fiables ont relevé des différences entre les femmes et les hommes toxicomanes en ce qui a trait à la façon dont ils ont commencé à consommer de la drogue, à leurs habitudes de consommation ainsi qu'aux circonstances entourant leur admission en traitement. Les habitudes de consommation des femmes évoluent plus rapidement que celles des hommes et, même si elles prennent des drogues depuis moins longtemps que les hommes et qu'elles consomment un moins grand nombre de substances dangereuses, la gravité de leur toxicomanie est souvent équivalente à celle des hommes lorsqu'elles se présentent en traitement (Greenfield et coll., 2007). Les habitudes de consommation des femmes, dans leur milieu social, sont très fortement influencées par le comportement de leur conjoint et de leurs enfants (Zilberman, Hermano, Blume et El-Guebaly, 2002). Des études ont fait état d'un écart entre le début du traitement de la toxicomanie et les besoins en matière de traitement, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, Greenfield et ses collaborateurs (2007) ont récemment démontré que

la période d'attente précédant l'accès au traitement est plus importante chez les femmes que chez les hommes, lorsque l'on tient compte de leur vie tout entière. Ils en concluent que, bien souvent, les femmes n'obtiennent pas les traitements dont elles ont besoin (Greenfield et coll., 2007).

Outre les différences relatives au contexte social dans lequel elles vivent, les femmes toxicomanes présentent des taux élevés de problèmes psychiatriques, sont aux prises avec des maladies mentales graves (Powis, Gossop, Bury, Payne et Griffiths, 2000; Tetrault et coll., 2007), et ont été victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle. Toutes ces caractéristiques constituent des facteurs de risque relatifs à la toxicomanie (Cicero, Lynskey, Todorov, Inciardi et Surratt, 2008; Powis et coll., 2000; Zilberman et coll., 2002). On sait par ailleurs que les femmes qui commencent un traitement de la toxicomanie ont des niveaux de troubles psychiatriques plus élevés, ont fait davantage de tentatives de suicide, ont plus de problèmes de santé physique et mentale et sont moins nombreuses à avoir un emploi que les hommes qui amorcent le même genre de traitement (Parsells Kelly et coll., 2008; Wechsberg, Craddock et Hubbard, 1998). En outre, certaines études indiquent que les femmes remettent souvent à plus tard leur inscription à un traitement de la toxicomanie pour divers motifs, notamment en raison du discrédit social rattaché à la toxicomanie, de leurs responsabilités parentales ou de la peur que leurs enfants leur soient enlevés (Poole et Isaac, 2001; Powis et coll., 2000; Zilberman et coll., 2002). Les résultats des recherches concluent à la nécessité d'offrir des programmes de traitement conçus pour les femmes et qui prennent en compte certains des obstacles qui les empêchent de suivre un traitement (Santé Canada, 2006).

Les tendances actuelles en matière de consommation d'opioïdes

Au cours des dernières décennies, on a assisté à une augmentation marquée du nombre et de la disponibilité des opioïdes pharmaceutiques vendus sous ordonnance, et par conséquent à une hausse de la consommation de ces substances. Entre 60 000 et 90 000 Canadiens seraient aux prises avec une dépendance aux opioïdes (Santé Canada, 2002b). Or, cette forme de dépendance entraîne des problèmes comme la propagation d'infections transmissibles par le sang (p. ex. l'hépatite C et le VIH/sida) ainsi que des problèmes interpersonnels et familiaux, de la violence et des comportements criminels (Hall, Doran, Degenhardt et Shepard, 2006; Santé Canada, 2002b). Selon une étude canadienne, pour 114 personnes qui prenaient quotidiennement des opioïdes et qui ne participaient pas à un programme de traitement de leur dépendance ni ne

demandaient à le faire, les coûts sociaux annuels de la maladie s'élevaient en 1996 à 5,086 millions de dollars (Wall et coll., 2000). Ces coûts étaient attribuables principalement à la perpétration de crimes (44,6 %), aux interventions des services d'application de la loi (42,4 %), à la perte de productivité (7 %) et à l'utilisation des services de santé (6,1 %) (Wall et coll., 2000).

Les femmes sont de plus en plus nombreuses consommer des opioïdes d'ordonnance de façon abusive, puisqu'on leur prescrit plus fréquemment qu'aux hommes des médicaments psychotropes, dont des opioïdes. Elles sont de ce fait plus à risque d'avoir des problèmes liés à la consommation de médicaments d'ordonnance (Cicero et coll., 2008; Simoni-Wastila, Ritter et Strickler, 2004; Tetrault et coll., 2007; Zilberman et coll., 2002). Des recherches récentes en arrivent toutefois à des résultats contradictoires quant à l'estimation des différences relatives aux taux de consommation abusive et non médicale des opioïdes d'ordonnance par les hommes et par les femmes. Certaines études font état de taux plus élevés chez les hommes (Back, Payne, Simpson et Brady, 2010; Tetrault et coll., 2007), et d'autres rapportent des taux supérieurs chez les femmes (Green, Grimes Serrano, Licari, Budman et Butler, 2009; Parsells Kelly et coll., 2008). Back et ses collaborateurs (2011) ont récemment étudié les profils d'hommes et de femmes ayant une dépendance aux opioïdes. Ils les ont soumis à des analyses sanguines qui ont révélé la présence d'oxycodone et de morphine chez la majorité d'entre eux. Par ailleurs, les problèmes les plus fréquemment rapportés par les hommes avaient trait à l'alcoolisme et aux problèmes d'ordre juridique, tandis que chez les femmes, il s'agissait plutôt de problèmes liés aux drogues, à l'emploi et aux membres de la famille, ainsi que de problèmes d'ordre médical et psychiatrique. Les femmes déclaraient en outre beaucoup plus de problèmes médicaux, présents et passés, que les hommes.

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM)

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est une méthode de traitement de la dépendance aux opioïdes qui a été largement utilisée et rigoureusement évaluée (Santé Canada, 2002b). La méthadone est un opioïde synthétique à action prolongée réputé sûr et efficace pour le sevrage et le traitement de la dépendance aux opioïdes (Réseau canadien de la santé (RCS), 2006; Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM], 2003a; Office of National Drug Control Policy [ONDCP], 2000). Les propriétés pharmacologiques de la

méthadone (p. ex. une durée d'action plus longue que les autres opioïdes) permettent d'administrer la substance une seule fois par jour pour atténuer les effets du sevrage et l'état de manque. En outre, la méthadone bloque les opioïdes et élimine les effets d'autres opioïdes à action plus brève, comme l'héroïne et la morphine, si ces substances sont consommées durant le traitement à la méthadone (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario [OMCO], 2005).

La méthadone est l'une des deux substances (l'autre étant la buprénorphine) actuellement approuvées par Santé Canada pour le traitement à long terme d'une dépendance aux opioïdes (c.-à-d. pour un traitement de plus de 180 jours). Comme elle fait partie de la famille des opioïdes, il est possible d'acquérir une dépendance à la méthadone. Si le patient veut arrêter le traitement ou est obligé de le faire, un bon dosage décroissant peut réduire les éventuels symptômes psychologiques et physiques liés à l'abandon du TEM. Toutefois, certaines recherches semblent indiquer que l'approche fondée sur l'entretien, c'est-à-dire sur l'utilisation de la méthadone pendant une période indéfinie, est plus efficace que celle basée sur l'abstinence, qui suppose qu'après une période d'entretien donnée, le patient est progressivement sevré (Caplehorn, 1994).

D'après les recherches, la méthadone aide les personnes qui ont une dépendance aux opioïdes à mener une vie plus stable; elle permet aussi d'atténuer les torts liés à la consommation d'opioïdes (CTSM, 2003b), étant donné qu'elle prévient les symptômes de sevrage, réduit l'état de manque et bloque les effets euphorisants des opioïdes à action brève (OMCO, 2005). Plutôt que de vivre un cycle constant de hauts et de bas, les personnes qui ont une dépendance aux opioïdes et qui suivent un traitement à la méthadone connaissent un répit du stress constant causé par la nécessité de satisfaire leur besoin insatiable, leur humeur se stabilise et leur fonctionnement s'améliore. Comme le signalent les auteurs du document de Santé Canada intitulé - *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone* (2002a), les recherches révèlent qu'en moyenne, les personnes qui suivent un TEM consacrent moins de temps à la consommation quotidienne de stupéfiants, réduisent leur consommation d'opioïdes illicites et d'autres substances, passent moins de temps à faire le trafic de drogues et à commettre d'autres actes criminels, sont incarcérées moins longtemps, affichent des taux de décès de beaucoup inférieurs à ceux des personnes qui ne suivent pas de traitement, et réduisent leur consommation de drogues injectables et leur risque de contracter le VIH/sida, l'hépatite C et d'autres pathogènes transmissibles par le sang. En outre, leur santé mentale et physique s'améliore, ainsi

que leur fonctionnement en société, leurs perspectives d'emploi à temps plein et leur qualité de vie (p. 16 et 17). Compte tenu de l'efficacité du TEM à réduire les comportements à risque, il est avantageux pour l'ensemble de la société puisqu'il en découle une diminution de la criminalité et une amélioration de la santé publique (Santé Canada, 2002a; 2002b).

Le TEM dans les collectivités canadiennes

La majorité des recherches sur les toxicomanes qui suivent un TEM au Canada décrivent les caractéristiques de l'ensemble de cette population sans distinction entre les sexes. On y apprend tout de même que les participants à un programme de TEM tendent, plus que les personnes qui ne participent pas à ce genre de programme, à être des hommes blancs au début de la trentaine (33,34 à 35,20 ans), célibataires et sans travail, et qu'ils manifestent dans une forte proportion des troubles de l'humeur (Brands, Blake et Marsh, 2002; Brands, Blake, Sproule, Gourlay et Busto, 2004; Fischer, Firestone-Cruz et Rehm, 2006; Fischer et coll., 2005; Kerr, Marsh, Li, Montaner et Wood, 2005; Sproule, Brands, Li et Catz-Biro, 2009).

Selon les recherches effectuées au Canada, l'opioïde de prédilection varie selon la région de résidence de l'utilisateur, la consommation abusive de médicaments d'ordonnance étant plus marquée dans les régions non urbaines (Fischer, Patra, Firestone-Cruz, Gittins et Rehm, 2008). Une étude de la consommation d'opioïdes illicites au Canada a clairement confirmé les tendances régionales en ce qui concerne les types d'opioïdes employés.

D'après les résultats d'une étude menée dans sept villes canadiennes, l'héroïne était l'opioïde de prédilection des participants de sexe masculin et féminin à Montréal et à Vancouver, tandis qu'à Edmonton, Toronto, Québec, Fredericton et, les répondants ont indiqué utiliser le plus souvent des opioïdes d'ordonnance comme la morphine, le Dilaudid® ou l'OxyContin® (Fischer et coll., 2008). Les tendances régionales dans l'utilisation d'opioïdes correspondent à l'évolution générale de l'utilisation d'opioïdes dans le contexte canadien. Ainsi, selon un rapport de 1999 sur les utilisateurs d'opioïdes illicites à Toronto, 92,1 % des sujets utilisaient surtout l'héroïne (Fischer et coll., 1999). Par contre, d'après une étude de 2008 sur 484 participants à un TEM dans sept villes canadiennes, seulement 1 % des participants de Toronto (n = 110) ont dit privilégier l'héroïne, tandis que 75,5 % ont dit consommer uniquement des opioïdes d'ordonnance et que 23,6 % utilisaient à la fois des opioïdes d'ordonnance et de l'héroïne (Fischer et coll., 2008).

Les études sur les caractéristiques des participants à un TEM portaient aussi sur la fréquence d'utilisation de substances autres que des opioïdes. Brands et ses collaborateurs ont mené une étude (2004) sur des participants à un programme de TEM qui comptait 35 % de femmes. Ils ont constaté que la plupart des participants (plus de 70 % d'entre eux) avaient consommé de l'alcool et des benzodiazépines au cours des 12 mois précédant l'entrevue avec les chercheurs. Une autre constatation essentielle des études menées au Canada est l'établissement d'un lien entre la consommation d'opioïdes et celle de cocaïne ou de crack, ou encore d'opioïdes et de cocaïne. Fischer et ses collègues (2008) ont constaté qu'environ 50 % des participants (dont le tiers était des femmes) à un TEM avaient consommé de la cocaïne et/ou du crack dans les 30 jours précédant l'entrevue.

Le TEM en milieu correctionnel

Le traitement d'entretien à la méthadone a été utilisé par diverses administrations correctionnelles, notamment à New York et à Baltimore, aux États-Unis, dans l'État de la Nouvelle-Galles-du-Sud, en Australie, et dans le système correctionnel fédéral du Canada (Cropsey, Villalobos et St. Clair, 2005; Darke, Kaye et Finlay-Jones, 1998; Dolan, Wodak et Hall, 1998; Heimer et coll., 2006; Johnson, van de Ven et Grant, 2001; Magura, Rosenblum, Lewis et Joseph, 1993). À notre connaissance, aucune étude n'a précisément porté sur les caractéristiques ou les résultats des participantes à un programme de substitution aux opioïdes offert en établissement correctionnel.

Les habitudes de consommation d'opioïdes des hommes qui ont participé au PTEM du SCC entre 2003 et 2008 reflètent celles des toxicomanes qui vivent dans la collectivité. On remarque des variations précises selon les régions et une augmentation de la consommation de substances pharmaceutiques au fil des années (Johnson, Farrell MacDonald et Cheverie, sous presse). Selon les études disponibles sur les détenus de sexe masculin qui ont participé à des TEM, ces derniers ont obtenu des résultats positifs, tant pendant leur incarcération – réduction du nombre de comportements à risque élevé (Dolan et coll., 1998; Dolan et coll. 2003), du nombre de résultats positifs aux tests d'urine (Cheverie, MacSwain, Farrell MacDonald et Johnson, sous presse) et du nombre d'accusations d'infractions disciplinaires graves liées aux drogues (Johnson, van de Ven et Grant, 2001) – qu'après leur mise en liberté – diminution du taux de consommation de drogues, participation à un TEM dans la collectivité et réduction du

nombre de jours où ils ont pris part à des activités criminelles (Kinlock, Gordon, Schwartz, Fitzgerald et O'Grady, 2009).

La politique du SCC en matière de traitement d'entretien à la méthadone

Les délinquants qui ont une dépendance aux opioïdes et qui sont incarcérés dans les établissements fédéraux gérés par le SCC ont accès au Programme de traitement d'entretien à la méthadone. Le SCC a lancé la phase 1 de ce programme en 1998, pour répondre aux besoins des délinquants dépendants aux opioïdes et qui suivaient un traitement d'entretien à la méthadone avant leur admission dans un établissement fédéral et de ceux qui satisfaisaient aux critères des « circonstances exceptionnelles » (c.-à-d. échec de tous les traitements et programmes disponibles, état de santé du délinquant gravement compromis par la toxicomanie et besoin pressant d'une intervention immédiate).

À la mise en œuvre de la phase 2, en 2002, le programme a évolué pour inclure tous les délinquants répondant aux critères suivants.

1. Un diagnostic de dépendance aux opioïdes effectué en conformité avec le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV), où la modalité de consommation privilégiée est l'injection intraveineuse, ou encore des antécédents bien documentés de dépendance aux opioïdes indiquant un risque élevé de rechute confirmé par un médecin certifié de l'établissement.
2. Des antécédents d'échec des traitements et des données probantes indiquant une faible probabilité qu'un traitement autre que le TEM donne de bons résultats.
3. L'acceptation formelle par le délinquant des conditions du traitement d'entretien à la méthadone.

En décembre 2008, le SCC a adopté les lignes directrices relatives au Programme de traitement de substitution aux opioïdes (PTSO), une version améliorée de l'ancien PTEM. Dans le cadre du PTSO, on peut offrir de la méthadone ou du Suboxone®[1] aux délinquants qui satisfont aux critères indiqués dans les lignes directrices (CSC, 2008). Les objectifs du PTSO du SCC rejoignent ceux poursuivis par d'autres administrations. Ils comprennent notamment une

[1] Le Suboxone® est un mélange de médicaments combinant la buprénorphine et la naloxone. La naloxone sert à décourager l'injection de drogues. Le Suboxone® est un médicament sublingual (qui se dissout sous la langue) servant à combattre la dépendance aux opioïdes chez les adultes. Il doit d'abord être pris tous les jours; la posologie peut ensuite être réduite à une prise du médicament tous les deux jours, ou plus, selon la décision de la personne concernée et du médecin (SCC, 2008).

diminution du taux de consommation de drogues injectables, du taux de rechute en matière de consommation d'opioïdes et du nombre d'actes criminels liés aux drogues, l'amélioration de l'état de santé général et de la qualité de vie du délinquant, et la réduction du taux de transmission du VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang. Le programme vise en outre à aider et à encourager les délinquants à renoncer progressivement à la consommation de toute substance illicite (SCC, 2008)[2].

Objectif et justification

Le présent rapport rend compte de l'étude réalisée auprès des délinquantes qui ont participé au PTEM du SCC entre 2003 et 2008[3]. Il fait partie d'un ensemble de rapports sur le PTEM offert en établissement par le SCC produits par le Centre de recherche en toxicomanie. Les autres rapports portent sur les caractéristiques des participants de sexe masculin; sur l'adaptation en établissement de ces participants; et sur les résultats obtenus par les participants de sexe masculin et féminin après leur mise en liberté.

Le présent rapport comporte deux grandes sections. La première propose un résumé descriptif du groupe de délinquantes qui ont participé au PTEM. On y trouve leur profil démographique et des données sur la gravité de leur toxicomanie, sur les infractions qu'elles ont commises et la peine qu'elles purgeaient au moment de l'étude et d'autres éléments descriptifs permettant de comparer les participantes aux autres délinquantes incarcérées pendant la même période. La deuxième section porte sur des indicateurs particuliers propres aux participantes au PTEM. Nous présentons aussi dans cette section une analyse comparée de certaines variables associées aux participantes au PTEM selon les régions ainsi qu'une analyse de l'évolution de ces variables au fil du temps. Voici les principales questions auxquelles notre recherche tente de répondre.

1) Les caractéristiques démographiques des participantes au PTEM diffèrent-elles de celles de l'ensemble des détenues?
2) Les évaluations[4] des facteurs de risque statiques et dynamiques des

[2] Consulter le document intitulé *Lignes directrices spécifiques pour le traitement de la dépendance aux opiacés (méthadone/suboxone)*, 2008, Ottawa, Ontario : Service correctionnel du Canada, pour obtenir une description exhaustive du PTSO du SCC.
[3] L'étude porte uniquement sur les délinquantes qui ont participé au PTEM car le PTSO n'a été élargi qu'en décembre 2008, ce qui signifie que l'on n'a pas eu recours au Suboxone durant la période de collecte des données.
[4] Les facteurs de risque statiques incluent des facteurs rétrospectifs comme les antécédents criminels, la gravité des

participantes au PTEM diffèrent-elles de celles de l'ensemble des détenues?

3) Comment les participantes au PTEM se comparent-elles à la population carcérale générale de sexe féminin pour ce qui est de la gravité de leurs problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie?

4) Y a-t-il une différence significative entre le groupe du PTEM et la population carcérale générale de sexe féminin, sur le plan des antécédents criminels?

5) Quelles sont les caractéristiques particulières des participantes au PTEM, en lien avec le programme? Par exemple, quel opioïde consomment-elles le plus? Sont-elles aux prises avec d'autres toxicomanies posant problème? Quel est leur état de santé physique et mental?

---

infractions, les antécédents d'infractions sexuelles et la probabilité de récidive, tandis que les facteurs dynamiques sont des facteurs susceptibles d'être modifiés par les programmes correctionnels et qui correspondent à sept domaines : l'emploi, les relations matrimoniales et familiales, les fréquentations et les relations sociales, la toxicomanie, le fonctionnement dans la collectivité, l'orientation personnelle et affective et les attitudes (SCC, 2007).

Méthode

Plan d'étude

Les auteures ont réalisé une étude de cohorte rétrospective pour cerner les caractéristiques des délinquantes sous responsabilité fédérale qui ont commencé le PTEM du SCC entre janvier 2003 et décembre 2008. Les participantes à l'étude ont été retenues en fonction de deux critères : a) le dossier de la délinquante, dans la base de données administrative et opérationnelle du SCC (le Système de gestion des délinquant(e)s, ou SGD), comportait un indicateur relatif à la méthadone; et/ou b) les bases de données de recherche sur le PTEM du Centre de recherche en toxicomanie comportaient au moins deux documents relatifs au traitement à la méthadone dans le cadre du PTEM au nom de la délinquante. Dans le cas des délinquantes dont le dossier ne comportait qu'un indicateur relatif à la méthadone, nous avons vérifié si elles ont participé au PTEM en procédant à une étude de dossier approfondie et en examinant les documents consignés dans le SGD.

Les auteures ont comparé les participantes au PTEM et les membres de la population carcérale générale de sexe féminin, soit toutes les détenues sous responsabilité fédérale n'ayant pas participé au PTEM entre 2003 et 2008. Ce groupe était considéré comme celui qui se prêtait le mieux à la comparaison avec le groupe des participantes au PTEM, les membres des deux groupes ayant été incarcérées durant la même période.

Sources des données

Les deux principales sources de données pour ce rapport sont le Système de gestion des délinquant(e)s et la documentation administrative du PTEM.

Le SGD est une base de données administrative et opérationnelle électronique dans laquelle le SCC saisit tous les dossiers relatifs à un délinquant, du début à la fin de sa peine. Il comprend des éléments d'information comme des données démographiques, des renseignements sur la peine et la condamnation, tous les dossiers d'admission et de mise en liberté, les résultats d'analyses d'urine, des données sur les accusations d'infraction disciplinaire, des rapports sur le rendement du délinquant durant son incarcération et dans la collectivité, des alertes et des indicateurs particuliers, les résultats de l'Évaluation initiale des délinquants (EID), y compris les évaluations des facteurs de risque statiques et dynamiques et des besoins, les évaluations de la

toxicomanie, ainsi que des données provenant d'autres évaluations et les dossiers connexes.

Comme le SGD ne comprend pas tous les renseignements sur le traitement à la méthadone, le Centre de recherche en toxicomanie (CRT) s'est joint au Secteur des services de santé du SCC, en 2004, pour recueillir, gérer et analyser à des fins de recherche les données administratives courantes et archivées relatives au PTEM du SCC. Des bases de données de recherche ont été créées pour gérer les dossiers administratifs sur la méthadone en provenance des unités opérationnelles. Nous avons utilisé deux documents relatifs au traitement à la méthadone, soit le *Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie* et l'*Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone*, pour déterminer quelles délinquantes participeraient à l'étude et pour étudier les renseignements particuliers propres au groupe des délinquantes qui ont suivi le traitement d'entretien à la méthadone. Ces deux formulaires se trouvent à l'Annexe A.

Mesures

Le processus d'Évaluation initiale des délinquants (EID) commence immédiatement après l'imposition de la peine[5]. Il se fonde sur de multiples sources d'information et évaluations, et constitue un important outil de planification correctionnel. L'EID sert plus précisément à cerner et à analyser de façon systématique les facteurs critiques susceptibles de nuire à la réinsertion sociale sécuritaire et en temps opportun des délinquants. Les principaux éléments de l'EID sont l'Évaluation des facteurs statiques (risque) et l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) (SCC, 2007).

L'évaluation des facteurs statiques porte notamment sur les antécédents criminels, la gravité de l'infraction et les antécédents d'infractions sexuelles. Les délinquants sont classés selon trois niveaux – faible, moyen ou élevé – en fonction des résultats de l'analyse des facteurs statiques. L'évaluation des facteurs dynamiques porte sur les besoins dans sept domaines : l'emploi, les relations matrimoniales et familiales, les fréquentations, la toxicomanie, le fonctionnement dans la collectivité, l'orientation personnelle et affective et les attitudes.

[5] En septembre 2009, l'Évaluation initiale des délinquants — condensée (EIDC) a été mise en application. Elle vise les délinquants qui purgent une peine de quatre ans ou moins pour des crimes sans violence, qui ont peu ou pas d'antécédents criminels, qui n'ont pas besoin d'une évaluation psychologique ou d'un renvoi en vue d'un éventuel maintien en incarcération et qui ne sont pas des délinquants à contrôler. Toutefois, cette version révisée de l'EID n'a aucune incidence sur les données de l'EID relatives aux délinquantes visées par cette étude puisqu'elle a été adoptée après la fin de la période de collecte de données (31 décembre 2008).

Contrairement aux facteurs statiques, il est possible de modifier les facteurs de risque dynamiques associés à ces domaines au moyen de programmes et d'interventions correctionnels. Dans chacun des sept domaines, on utilise un certain nombre d'indicateurs pour déterminer le niveau de besoin global. Ainsi, le domaine de l'emploi comporte 35 indicateurs; celui des relations matrimoniales et familiales, 31; celui des fréquentations et relations sociales, 11; celui de la toxicomanie, 29; celui du fonctionnement dans la collectivité, 21; celui de l'orientation personnelle et affective, 46; et celui des attitudes, 24. Les délinquants sont évalués au moyen d'une échelle à quatre points, dans chaque domaine[6]. Les cotes possibles sont les suivantes : Facteur considéré comme un atout en vue de la réinsertion sociale; Aucun besoin immédiat d'amélioration; Besoin modéré d'amélioration; et Besoin important d'amélioration. On leur attribue en outre une cote globale relative aux facteurs dynamiques, qui peut être « faible », « moyenne » ou « élevée », en fonction du nombre de domaines et de la gravité des facteurs de risque dynamiques dans chaque domaine. Les indicateurs individuels sont évalués comme suit : présent : 1; absent : 0; et inconnu : 9 (Brown et Motiuk, 2005).

Le degré de motivation dépend de l'aptitude et de la disposition du délinquant à participer à des programmes et à des interventions ciblant ses facteurs criminogènes et de l'existence de mécanismes de soutien externes et d'antécédents montrant qu'il peut changer. Le degré de motivation est aussi mesuré à l'aide d'une échelle à trois points, où la cote « faible » signifie que le délinquant ne reconnaît pas qu'il a un besoin; où la cote « modéré » nous indique qu'il ne reconnaît peut-être pas pleinement ses besoins, mais qu'il est toutefois disposé à participer aux programmes recommandés; et où la cote « élevé » indique qu'il est prêt à participer à des programmes et qu'il reconnaît pleinement son besoin.

L'évaluation du potentiel de réinsertion sociale permet d'évaluer le risque que le délinquant présente pour la collectivité. Dans le cas des délinquantes, cette évaluation se fonde sur leurs résultats selon l'Échelle de classement par niveau de sécurité (ECNS) et sur les cotes (faible, modéré ou élevé) attribuées aux facteurs de risque statiques et dynamiques au moyen de l'EID.

Le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST) comporte 20 questions visant à déterminer la gravité des problèmes liés à la consommation de drogues (Skinner, 1982). Il porte

[6] Les domaines de la toxicomanie et de l'orientation personnelle et affective sont évalués selon une échelle à trois points n'allant de « aucun besoin d'amélioration » à « besoin important d'amélioration » (ces domaines ne peuvent pas être considérés comme un atout en vue de la réinsertion sociale).

sur la fréquence de la consommation, sur les symptômes de dépendance et sur les conséquences négatives découlant de la toxicomanie. Le DAST permet de classer le niveau des problèmes occasionnés par la toxicomanie dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : aucun problème; problèmes légers; problèmes modérés; problèmes sérieux; et Problèmes graves. Le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS) comprend 25 questions servant à déterminer la gravité des problèmes de consommation d'alcool (Skinner et Horn, 1984). Les résultats possibles sont les suivants : aucun problème; problèmes légers; problèmes modérés; problèmes sérieux; et Problèmes graves. Les deux questionnaires portent sur la période de 12 mois précédant l'arrestation. Leurs résultats, de même que ceux du Questionnaire sur les problèmes reliés à l'alcool (Questionnaire PRA), permettent de diriger les délinquants vers le programme pour toxicomanes du niveau d'intensité requis.

Les autres variables descriptives examinées dans ce rapport et disponibles dans le SGD sont, entre autres, les renseignements démographiques de base, comme l'état matrimonial, l'ascendance autochtone et l'âge à l'admission, de même que des renseignements sur la peine et les infractions, comme le nombre et le type d'infractions à l'origine de la peine actuelle et de peines antérieures. Les données sur le type de mise en liberté ont également été examinées pour les délinquantes qui ont obtenu leur mise en liberté durant la période à l'étude.

Certaines autres variables n'ont été étudiées que chez les participantes au PTEM (les données nécessaires provenant des documents administratifs du PTEM). Ces variables sont les suivantes : opioïdes de prédilection; autres utilisations problématiques de drogues; âge à la première utilisation de drogue injectable; et Antécédents en matière de santé mentale et physique. Les documents administratifs d'où proviennent ces données sont l'Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone et le Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie.

Analyses statistiques

La gestion et les transformations de données, de même que les analyses statistiques, ont été effectuées au moyen du logiciel SAS®, version 9.2 (SAS Institute Inc, 2007). Des distributions statistiques et des tableaux croisés ont été calculés pour les variables nominales, tandis que des moyennes et des écarts-types l'ont été pour les variables continues. En outre, les relations entre les variables nominales ont été examinées au moyen du khi carré de Pearson.

Quand les relations entre les variables étaient statistiquement significatives, la valeur V de Cramer a également été utilisée pour déterminer le degré de l'association. On a jugé que la valeur V de Cramer indiquait une faible association quand elle était inférieure à 0,10, une légère association quand elle était comprise entre 0,10 et 0,30, une association modérée quand elle était située entre 0,30 et 0,50 et une forte association quand elle était d'au moins 0,50[7]. Les différences entre les groupes pour les variables continues ont été analysées au moyen du test-t, ou analyse de la variance. Un niveau alpha de 0,05 a été utilisé pour déterminer la signification statistique.

[7] Les valeurs limites du V de Cramer proviennent de la source suivante : http://www.acastat.com/Statbook/chisqassoc.htm

Résultats

Les résultats portent sur six domaines principaux, soit 1) incidence et répartition relatives au PTEM par région; 2) données démographiques; 3) information provenant de l'évaluation initiale des délinquantes; 4) gravité des problèmes d'alcool et de drogues; 5) information sur la peine et les infractions; 6) renseignements particuliers sur les participantes au traitement à la méthadone. Nous avons aussi, au besoin, effectué des comparaisons entre le groupe des délinquantes qui participaient au traitement à la méthadone et la population carcérale générale de sexe féminin.

Incidence et répartition relatives au PTEM par région

Dix pour cent (n = 209) de toutes les détenues qui ont purgé une peine de ressort fédéral entre 2003 et 2008 (n = 2 088) ont commencé le PTEM pendant la période visée par l'étude. C'est la région de l'Atlantique qui a affiché la plus forte incidence à cet égard, puisque 20 % (n = 49) des 241 délinquantes de la région ont entrepris le PTEM pendant la période visée par l'étude. La plus faible incidence a été enregistrée au Québec, où 3 % (n = 11) de la population carcérale (n = 325) a commencé le PTEM entre 2003 et 2008. Les taux d'incidence dans les autres régions étaient de 14 % (n = 30) dans la région du Pacifique (n = 216), de 11 % (n = 76) dans celle des Prairies (n = 687) et de 7 % (n = 43) dans celle de l'Ontario (n = 596).

Données démographiques

Les participantes au PTEM étaient en moyenne beaucoup plus jeunes que l'ensemble des détenues lorsqu'elles ont été admises dans des établissements fédéraux pour purger leur peine actuelle. Leur âge moyen à l'admission était en effet de 32,9 ans (ET = 7,5), comparativement à 34,3 ans (ET = 10,2) dans le cas de la population carcérale générale, $t (302,19) = 2,51$, $p = 0,01$.

Le Tableau 1 compare les participantes au PTEM et la population carcérale générale sur les plans de l'ascendance autochtone et de l'état matrimonial. Une importante proportion de l'ensemble des délinquantes était d'ascendance autochtone, soit le tiers (34 %) des participantes au PTEM et 27 % de la population carcérale générale. Cette différence, qui a été jugée statistiquement significative, correspond à une faible association,

$\chi 2$ (1, N = 2 085) = 4,75, p = 0,03, V = 0,05. Sur le plan de l'état matrimonial, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes, $\chi 2$ (3, N = 2 070) = 0,69, p = 0,88.

Tableau 1

Ascendance autochtone et état matrimonial des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

Variable	Participantes au PTEM		Population carcérale générale		Total *N = 2 088*	
	% (n)		% (n)		% (n)	
Ascendance						
Autochtone	34	(71)	26,9	(504)	27,6	(575)
Non autochtone	66	(138)	73,1	(1372)	72,4	(1510)
État matrimonial						
Célibataire	48,8	(102)	48,3	(898)	48,3	(1000)
Mariée ou en union de fait	35,4	(74)	36	(670)	35,9	(744)
Divorcée ou séparée	13,9	(29)	13	(241)	13	(270)
Veuve	1,9	(4)	2,8	(52)	2,7	(56)

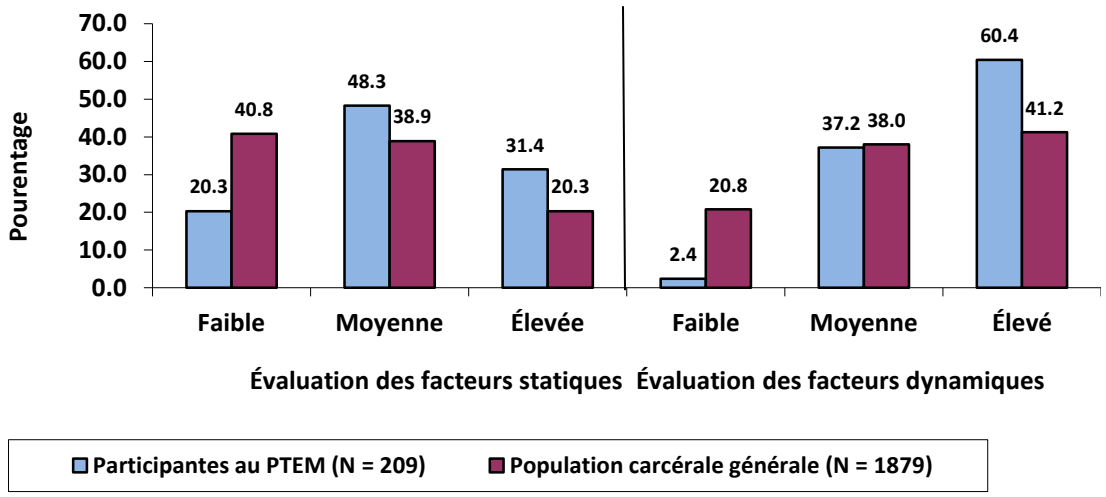
Remarque. L'ascendance ethnique de trois des délinquantes faisant partie des délinquantes de la population carcérale générale était inconnue. Il en était de même de l'état matrimonial de 18 d'entre elles. Les nombres ayant été arrondis, il se peut que la somme des pourcentages ne soit pas égale à 100.

Information provenant de l'Évaluation initiale des délinquants

Évaluation des facteurs statiques et dynamiques

La Figure 1 compare l'évaluation globale des facteurs de risque statiques et dynamiques des participantes au PTEM et de la population carcérale générale. Les participantes au PTEM étaient plus nombreuses que les autres détenues à afficher une cote élevée en ce qui a trait aux facteurs statiques (31 % contre 20 %), $\chi 2$ (2, N = 2 056) = 34,96, p < 0,0001, V = 0,13 et aux facteurs dynamiques (60 % contre 41 %), ce qui révèle dans l'ensemble un niveau plus élevé de besoins liés aux facteurs criminogènes (Figure 1).

Figure 1. Cotes d'évaluation des facteurs statiques et dynamiques des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

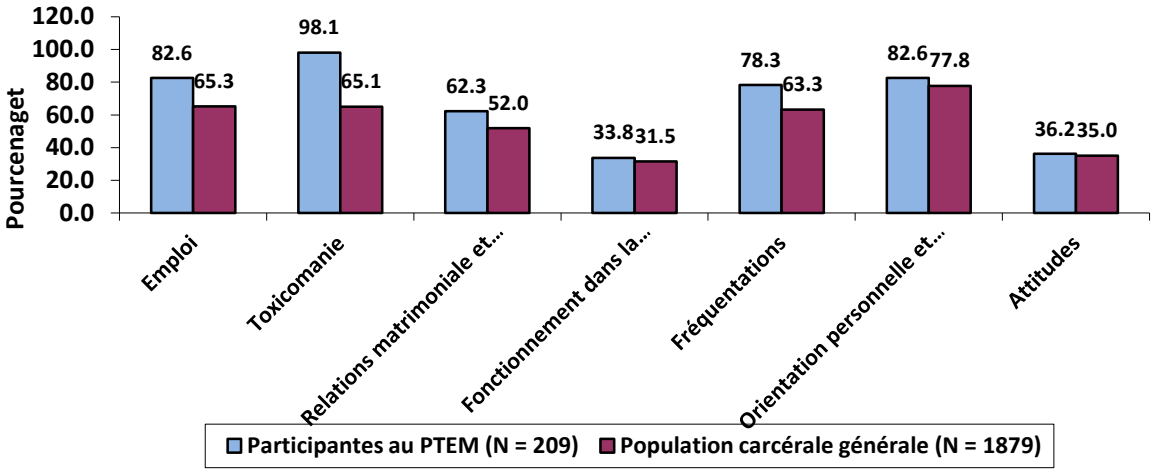


Remarque : Les cotes relatives aux facteurs statiques et dynamiques de 2 participantes au PTEM et de 30 délinquantes de la population carcérale générale n'étaient pas disponibles.

Besoins liés aux facteurs criminogènes

La cote globale attribuée aux facteurs dynamiques se fonde sur l'évaluation de sept domaines de facteurs criminogènes. L'examen de ces facteurs individuels indique que les participantes au PTEM affichent des cotes significativement plus élevées dans les domaines de l'emploi, des relations matrimoniales et familiales, des fréquentations et de la toxicomanie. Aucune différence significative n'a été notée entre les deux groupes en ce qui concerne les attitudes, le fonctionnement dans la collectivité et l'orientation personnelle et affective (Figure 2).

Figure 2. Domaines de facteurs criminogènes où les besoins des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale sont modérés ou importants

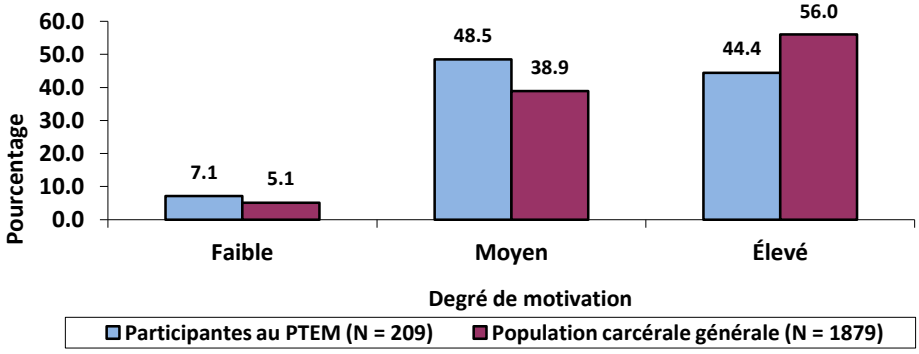


Remarque : Les cotes des besoins liés aux facteurs criminogènes de 2 participantes au PTEM et de 30 délinquantes de la population carcérale générale n'étaient pas disponibles.
Emploi/éducation $\chi 2$ (1, N = 2056) = 25,16, p < 0,0001, V = 0,11
Toxicomanie χ^2 (1, N = 2056) = 93,80, p < 0,0001, V = 0,21
Relations matrimoniales et familiales $\chi 2$ (1, N = 2056) = 7,92, p = 0,005, V = 0,06
Fonctionnement dans la collectivité $\chi 2$ (1, N = 2056) = 0,45, p = 0,50
Fréquentations χ^2 (1, N = 2056) = 18,32, p < 0,0001, V = 0,09
Orientation personnelle et affective $\chi 2$ (1, N = 2056) = 2,56, p = 0,11
Attitudes $\chi 2$ (1, N = 2056) = 0,13, p = 0,72

Degré de motivation

Les participantes au PTEM étaient moins nombreuses que les membres de la population carcérale générale à déclarer des niveaux élevés de motivation (c.-à-d. de motivation à changer leurs comportements), χ^2 (2, N = 1976) = 9,80, p = 0,008, V = 0,07 (Figure 3).

Figure 3. Degré de motivation des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

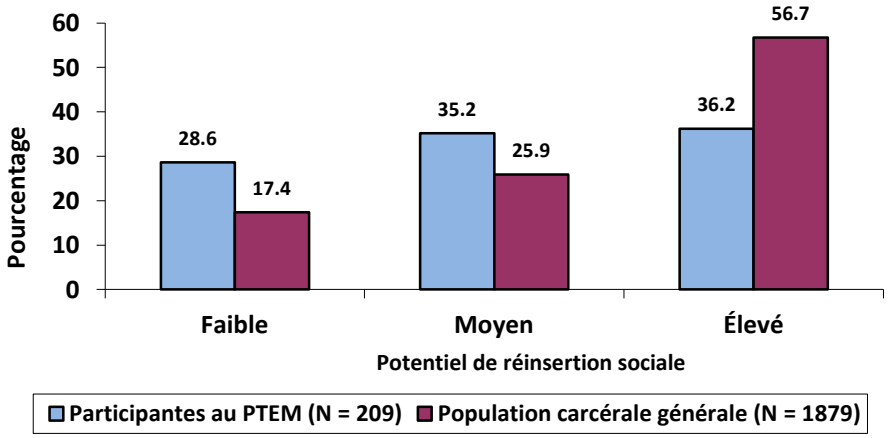


Remarque : Les cotes du degré de motivation de 13 participantes au PTEM et de 99 délinquantes de la population carcérale générale n'étaient pas disponibles.

Potentiel de réinsertion sociale

Les participantes au PTEM étaient moins nombreuses (d'environ 20 %) que les membres de la population carcérale générale à présenter un potentiel de réinsertion sociale élevé, et plus nombreuses à afficher un potentiel faible ou moyen. Ce résultat était statistiquement significatif et le degré d'association était faible, χ^2 (2, N = 1976) = 31,30, p < 0,0001, V = 0,13 (Figure 4).

Figure 4. Potentiel de réinsertion sociale des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

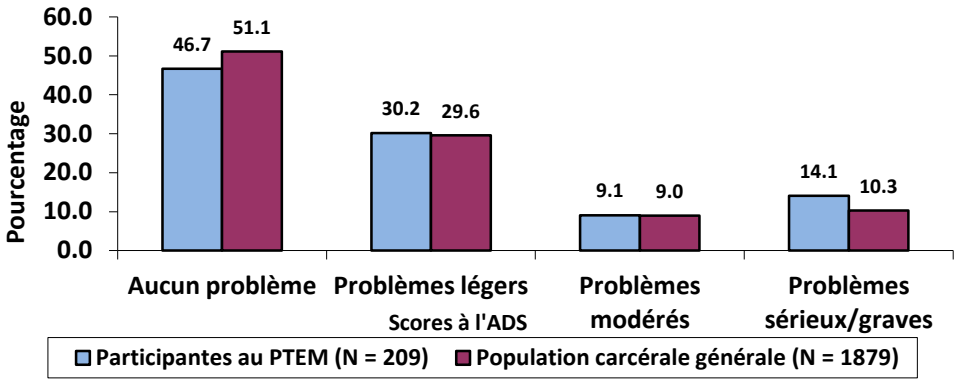


Remarque : Les cotes du potentiel de réinsertion sociale de 13 participantes au PTEM et de 99 délinquantes de la population carcérale générale n'étaient pas disponibles.

Gravité des problèmes d'alcool et de drogues

Comme nous l'avons déjà signalé, l'évaluation initiale des délinquants comprend aussi des mesures de la toxicomanie, c'est-à-dire du degré général de dépendance à l'alcool et aux drogues. La Figure 5 présente les résultats obtenus au Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS) par les participantes au PTEM comparés à ceux qu'ont obtenus les délinquantes de la population carcérale générale. Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait au degré de gravité de la dépendance à l'alcool, $\chi 2$ (3, N = 1793) = 3,06, p = 0,38.

Figure 5. Résultats à l'ADS des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

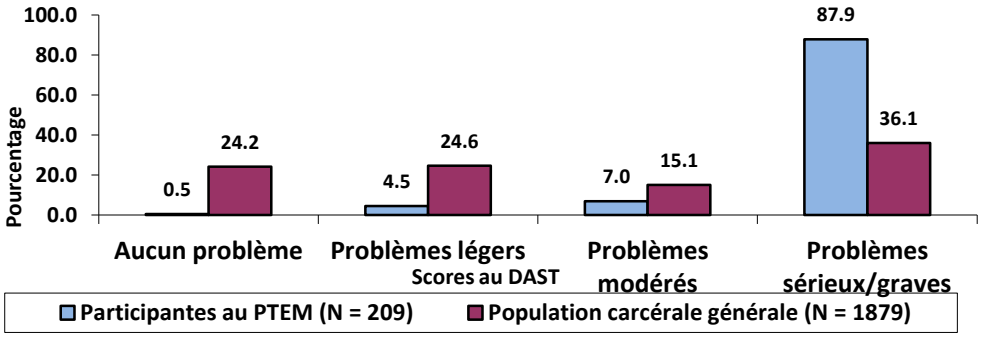


Remarque : Les résultats à l'ADS de 10 participantes au PTEM et de 285 délinquantes de la population carcérale générale n'étaient pas disponibles.

La Figure 6 présente les résultats obtenus au Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST) par les participantes au PTEM comparativement aux délinquantes de la population carcérale générale. La plupart des participantes au PTEM étaient aux prises avec une dépendance sérieuse à grave (88 %), alors que seulement 36 % des délinquantes de la population carcérale générale étaient classées au même niveau de dépendance, χ^2 (3, N = 1793) = 199,86, p < 0,0001, V = 0,33. Ce résultat était prévisible, le PTEM s'adressant précisément aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie[8].

[8] Seules les personnes ayant une dépendance aux opioïdes peuvent participer au PTEM. On a analysé les cas de délinquants de sexe masculin qui ont participé au PTEM et qui avaient été classés comme n'ayant aucun problème de drogues, ou de légers problèmes de drogues, après avoir été soumis au DAST dans le cadre de leur évaluation initiale. Les raisons expliquant qu'on n'ait pas décelé leurs problèmes de toxicomanie au moment de l'évaluation initiale sont les suivants : ils suivaient un traitement à la méthadone lorsqu'ils ont été admis en établissement (ils ne consommaient donc pas de drogues au moment de l'évaluation); leur dépendance aux opioïdes résultait de la prise de médicaments obtenus au moyen d'ordonnances légitimes, et n'a donc pas été considérée comme posant problème au départ; et certains délinquants ont commencé à consommer des opioïdes pendant leur incarcération. En outre, un certain nombre de délinquants ont nié faire usage de drogues au moment de l'évaluation initiale, mais ont par la suite admis qu'ils en consommaient en fortes quantités.

Figure 6. Résultats au DAST des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale



Remarque : Les résultats au DAST de 10 participantes au PTEM et de 285 délinquantes de la population carcérale générale n'étaient pas disponibles.

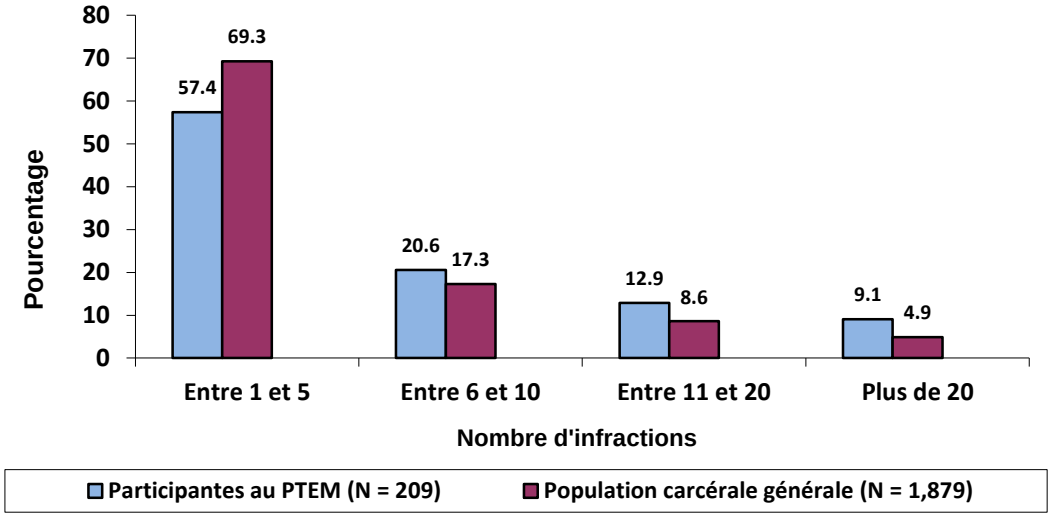
Information sur la peine et les infractions

Dans cette section, les participantes au PTEM sont comparées à la population carcérale générale pour ce qui est de la peine actuelle et des peines antérieures de ressort fédéral, de la durée de la peine actuelle, de la cote de sécurité en établissement et de la mise en liberté.

Peine actuelle

La majorité des délinquantes de la population carcérale générale et des participantes au PTEM en étaient à leur première peine de ressort fédéral (89 % contre 74 %, respectivement). Les participantes au PTEM étaient deux fois plus nombreuses à purger leur deuxième peine de ressort fédéral (17 % contre 9 %), et cinq fois plus nombreuses à purger leur troisième peine de ressort fédéral, ou plus, que les membres de la population carcérale générale (10 % contre 2 %). Cette constatation était significative et se caractérisait par une légère association, χ^2 (2, N = 2088) = 53,19, p < 0,0001, V = 0,16. Nous avons en outre constaté que la peine purgée par les participantes au PTEM résultait de la perpétration d'infractions beaucoup plus nombreuses, $\chi 2$ (3, N = 2087) = 15,40, p = 0,002, V = 0,09. En effet, les participantes étaient moins nombreuses que les autres détenues à avoir commis entre 1 et 5 infractions, et plus nombreuses à avoir commis entre 6 et 10 infractions, entre 11 et 20 infractions, ou plus de 20 infractions (Figure 7).

Figure 7. Nombre d'infractions à l'origine de la peine actuelle des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale



Remarque : Le nombre d'infractions à l'origine de la peine actuelle n'était pas disponible pour une délinquante de la population carcérale générale.

On peut voir au Tableau 2 la prévalence des types d'infractions à l'origine de la peine actuelle des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale. Pour les besoins de la description, chaque type d'infraction est classé dans l'une des deux catégories suivantes : « aucune infraction » ou « une ou plusieurs infractions ». Le tableau représente donc la proportion des délinquantes de chaque groupe ayant commis une ou plusieurs des infractions indiquées à l'origine de leur peine actuelle. Les délinquantes peuvent avoir commis plusieurs types d'infractions, ce qui signifie que les types d'infractions ne s'excluent pas mutuellement. Les participantes au PTEM étaient significativement plus nombreuses à avoir commis des infractions acquisitives, comme le vol qualifié, le vol et/ou l'introduction par effraction ou la fraude et l'usage de faux, et de s'être déjà évadées d'un établissement correctionnel ou de s'être rendues coupables d'autres crimes sans violence, que les délinquantes de la population carcérale générale. Les participantes au PTEM étaient par ailleurs moins nombreuses à avoir commis un homicide ou des infractions liées aux drogues.

Tableau 2

Pourcentage des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale qui ont commis une ou plusieurs des infractions suivantes à l'origine de leur peine actuelle, pour chaque type d'infraction

Type d'infraction+	Participantes au PTEM		Population carcérale générale		Test de signification
	% (n)		% (n)		
Homicide	5,3	(11)	10,8	(203)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 6,29, *V* = -0,05*
Infraction sexuelle	0,5	(1)	1,9	(36)	Chi carré non valide
Infraction liée aux drogues	25,4	(53)	38,5	(722)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 13,80, *V* = -0,08*
Voies de fait	20,6	(43)	17,7	(332)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 1,07, *V* = 0,02
Vol qualifié	40,7	(85)	17,6	(330)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 62,98, *V* = 0,17*
Vol/introduction par effraction	43,1	(90)	23,6	(444)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 37,25, *V* = 0,13*
Fraude/usage de faux	19,6	(41)	14,3	(268)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 4,26, *V* = 0,05*
Infraction relative aux armes	9,6	(20)	6,3	(119)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 3,16, *V* = 0,04
Enlèvement	3,8	(8)	3,6	(68)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 0,02, *V* = 0,003
Évasion	6,2	(13)	2,1	(40)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 12,71, *V* = 0,08*
Incendie criminel/menaces	5,3	(11)	5,0	(93)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 0,04, *V* = 0,004
Crime sans violence++	70,3	(147)	51,5	(967)	χ^2 (1, *N* = 2087) = 26,84, *V* = 0,11*

Remarque. Aucune donnée sur les infractions commises par l'une des délinquantes de la population carcérale générale n'était disponible.

+Les types d'infractions ne s'excluent pas mutuellement.

++Les crimes sans violence comprennent l'inobservation d'un engagement, l'outrage au tribunal, le défaut de se conformer, les méfaits, les infractions relatives aux véhicules automobiles, l'entrave à la justice, la violation de lois provinciales, la sollicitation, l'intrusion, etc.

* $p < 0,05$

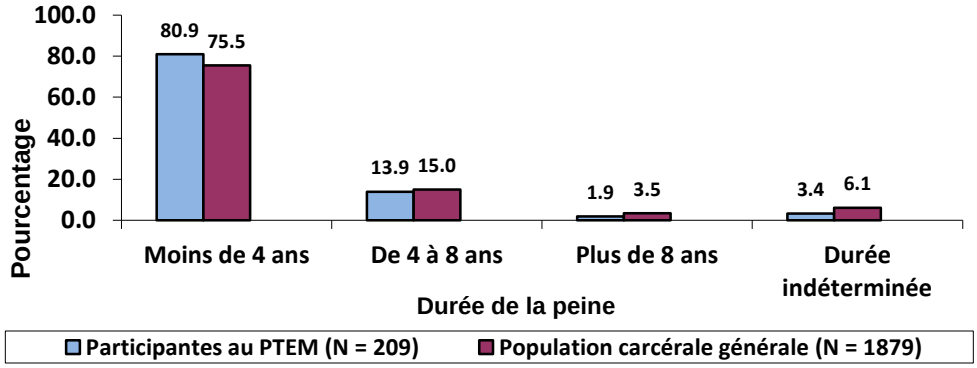
Infractions antérieures

Nous avons également comparé les infractions antérieures commises par les participantes au PTEM et par les délinquantes de la population carcérale générale. Il en ressort que la proportion des délinquantes ayant commis une ou plusieurs infractions antérieures pour lesquelles elles ont purgé une peine de ressort fédéral était significativement plus élevée parmi les participantes au PTEM (26 %) que parmi les délinquantes de la population carcérale générale (10 %), $\chi 2$ (1, N = 2087) = 46,7, $p < 0,0001$, V = 0,15.

Durée de la peine

Nous avons examiné la durée de la peine imposée aux participantes au PTEM et aux délinquantes de la population carcérale générale, et avons classé les peines sous quatre catégories : les peines de moins de quatre ans; les peines de quatre à huit ans; les peines de plus de huit ans; et les peines d'une durée indéterminée. La majorité des délinquantes des deux groupes purgeait des peines de moins de quatre ans. Les participantes au PTEM ne se distinguaient pas de façon significative des délinquantes de la population carcérale générale en ce qui a trait à la durée de la peine, $\chi 2$ (3, N = 2088) = 4,61, p = 0,20. Toutefois, ces dernières étaient près de deux fois plus nombreuses que les participantes au PTEM à purger des peines d'une durée indéterminée (Figure 8).

Figure 8. Durée de la peine des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale



Remarque. Dans le cas de délinquantes sous responsabilité fédérale, une peine de moins de deux ans signifie que la peine a été rajustée en raison d'un appel ou d'un transfèrement d'un autre pays.

Cote de sécurité en établissement

La cote de sécurité d'un délinquant est une mesure dynamique qui est réévaluée tout au long de la peine. Les délinquants sont classés sous l'un ou l'autre des trois niveaux de sécurité possibles, soit minimal, moyen et maximal. Le Tableau 3 donne un aperçu du classement par niveau de sécurité effectué au cours de l'évaluation initiale des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale. Les participantes au PTEM sont proportionnellement plus nombreuses à avoir été classées au niveau de sécurité maximal et moyen et proportionnellement moins nombreuses à avoir été classées au niveau de sécurité

minimal que les délinquantes de la population carcérale générale. Ce résultat était statistiquement significatif et il se caractérisait par un faible degré d'association,
$\chi 2$ (2, N = 2048) = 37,01, p < 0,0001, V = 0,13.

Tableau 3

Classement par niveau de sécurité des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

Niveau de sécurité	Participantes au PTEM N = 209		Population carcérale générale N = 1879		Total N = 2088	
	% (n)		% (n)		% (n)	
Minimal	29,3	(61)	51,5	(948)	49,3	(1009)
Moyen	62	(129)	42	(773)	44	(902)
Maximal	8,7	(18)	6,5	(119)	6,7	(137)

Remarque. La cote de sécurité d'une participante au PTEM et de 39 délinquantes de la population carcérale générale était inconnue.

Types de mise en liberté

Quelque 90 % des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale ont été mises en liberté pendant la période visée par l'étude. Les types de mise en liberté conditionnelle accordés aux participantes au PTEM et aux délinquantes de la population carcérale générale sont présentés au Tableau 4. La libération discrétionnaire, qui englobe la semi-liberté et la libération conditionnelle totale, est accordée par la Commission des libérations conditionnelles du Canada et laisse supposer que le délinquant présente moins de risque, tandis que la libération d'office signifie que le délinquant a été maintenu sous garde et n'était pas admissible à la semi-liberté ou à la libération conditionnelle totale ou qu'il n'a pas demandé de telles mises en liberté. Les participantes au PTEM étaient significativement moins nombreuses à avoir bénéficié d'une mise en liberté discrétionnaire et plus nombreuses à avoir été libérées d'office, comparativement aux délinquantes de la population carcérale générale,
$\chi 2$ (3, N = 1870) = 43,74, p < 0,0001, V = 0,15. Plus précisément, le pourcentage des participantes au PTEM à avoir été libérées d'office était près de deux fois plus important que

celui des délinquantes de la population carcérale générale (48 % contre 26 %, respectivement).

Tableau 4

Types de mise en liberté des participantes au PTEM et des délinquantes de la population carcérale générale

Types de mise en liberté	Participantes au PTEM *N* = 188		Population carcérale générale *N = 1682*	
	% (n)		% (n)	
Semi-liberté	46,3	(87)	64,8	(1090)
Libération conditionnelle totale	4,8	(9)	8,3	(140)
Libération d'office	48,4	(91)	25,7	(432)
Autres[+]	0,5	(1)	1,2	(20)

Remarque. 21 des participantes au PTEM et 197 des délinquantes de la population carcérale générale n'ont pas été libérées durant la période à l'étude; il n'existe donc pas de données relatives à la mise en liberté de ces délinquantes.
[+]Autres : date d'expiration du mandat, libération ordonnée par le tribunal et ordonnance de surveillance de longue durée.

Renseignements sur les participantes au PTEM

En moyenne, les participantes au PTEM ont commencé le programme de traitement à la méthadone à l'âge de 33,6 ans (ET = 7,5). Elles l'ont entamé à différentes étapes de leur peine. Parmi les délinquantes visées par l'étude, 32 % (n = 66) ont poursuivi en établissement le traitement à la méthadone qu'elles avaient commencé dans la collectivité[9] et 38 % (n = 80) d'entre elles ont amorcé leur traitement entre 3 et 12 mois après leur admission; 18 % (n = 37) des participantes au PTEM ont commencé le traitement au cours de leur deuxième année d'incarcération et les autres, soit 12 % (n = 26) d'entre elles, l'ont commencé après avoir purgé au moins 2 ans d'incarcération.

[9] Les participantes ont été classées dans le groupe des délinquantes poursuivant un TEM commencé dans la collectivité lorsque leur dossier indiquait qu'elles avaient entamé le TEM en établissement dans les trois mois suivant le début de leur peine. Nous avons procédé ainsi en raison du manque de fiabilité des dates indiquées dans le document de début du programme et de l'écart possible entre la date à laquelle la délinquante a commencé le programme et la date de début consignée dans le dossier. Cet écart nous a obligées à assouplir nos critères temporels. Comme l'évaluation initiale survient normalement durant cette période de trois mois, nous avons jugé pertinent de classer les délinquantes qui ont commencé un traitement dans la collectivité et qui l'ont repris au cours des trois premiers mois de leur incarcération dans le groupe des délinquantes poursuivant un TEM commencé dans la collectivité.

Certaines délinquantes commencent à suivre le PTEM dans le but de se préparer à leur mise en liberté dans la collectivité. Nous avons par conséquent examiné le délai écoulé entre le début de la participation au PTEM et la date de mise en liberté des délinquantes qui ont été libérées après avoir entamé le PTEM, et qui comptaient pour 90 % (n = 188) de la population étudiée. Environ 19 % (n = 35) de ces délinquantes ont été libérées trois mois ou moins après avoir commencé le PTEM et 21 % (n = 19) entre trois et six mois après l'avoir amorcé. La proportion des délinquantes libérées entre six mois et un an après avoir commencé le PTEM était de 29 % (n = 54) et celle des délinquantes mises en liberté deux ans après avoir entamé le PTEM était de 28 % (n = 52). Les autres délinquantes (4 %, n = 8) ont commencé le TEM plus de deux ans avant leur mise en liberté.

Dans les sections suivantes, nous présentons des renseignements sur les participantes au PTEM. Ces renseignements proviennent des formulaires relatifs au PTEM qui ont été décrits dans la section portant sur la méthode employée dans cette étude, comme l'Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone (disponible pour 150 des 209 participantes –72 %) et le Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie (disponible pour 140 des 209 participantes – 67 %). On trouvera tous ces formulaires à l'Annexe A.

Antécédents de toxicomanie

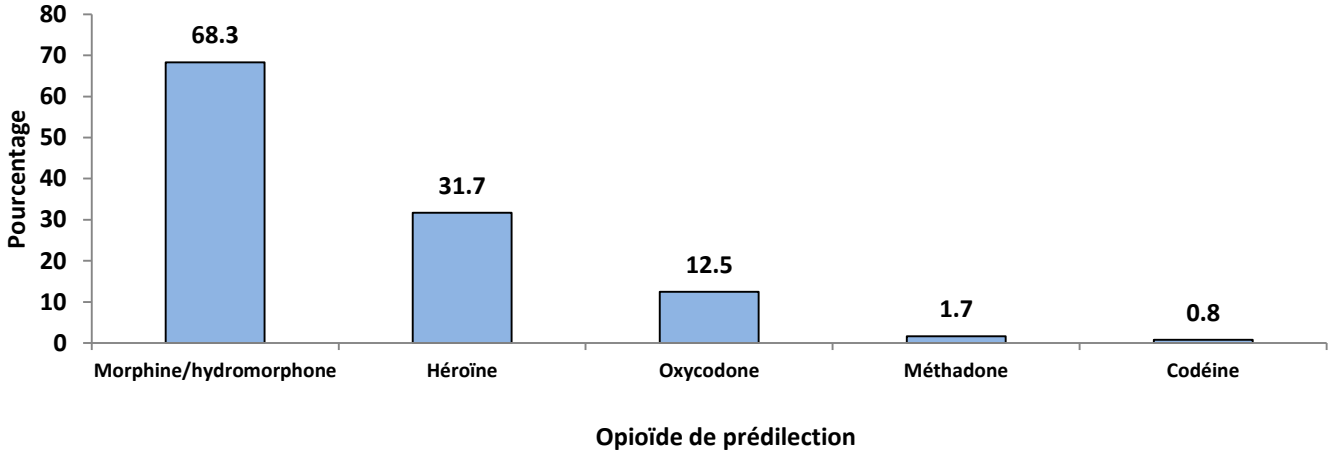
Dans le cadre de l'évaluation des délinquantes qui souhaitaient participer au PTEM, ces dernières devaient décrire leurs antécédents en matière de toxicomanie. La présente section présente donc un profil des participantes au PTEM où l'on trouvera des renseignements sur leur opioïde de prédilection (c.-à-d. le ou les opioïdes que les délinquantes préféraient consommer pendant les 12 mois précédant le début du PTEM), sur leur consommation problématique d'autres substances dans le passé, sur leurs problèmes de santé et comportements à risque liés à la consommation de drogues et sur les traitements suivis dans le but de régler leurs problèmes de toxicomanie.

Opioïde le plus fréquemment consommé

La Figure 9 présente l'opioïde le plus fréquemment consommé par les participantes au PTEM au cours des 12 mois qui ont précédé le début du programme. Comme elles pouvaient mentionner plusieurs substances, la somme des valeurs n'est pas égale à 100 %. Parmi les

valeurs complètes, les opioïdes de prédilection les plus souvent déclarés étaient la morphine ou l'hydromorphone (Dilaudid®). En effet, 68 % (n = 82) des délinquantes ont indiqué qu'il s'agissait de leurs drogues de prédilection. Quelque 32 % (n = 38) des participantes au PTEM ont déclaré que l'héroïne était leur opioïde préféré, et 13 % (n = 15) ont mentionné l'oxycodone ou l'oxycodone avec acétaminophène (Percocet®). Un petit nombre de délinquantes ont déclaré que la codéine ou la méthadone[10] étaient leurs opioïdes de choix (Figure 9).

Figure 9. Opioïde le plus fréquemment consommé dans l'ensemble des participantes au PTEM au cours des 12 mois ayant précédé le début du PTEM



Remarque. Vingt des participantes au PTEM ayant répondu au Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie ont omis d'indiquer leur opioïde de prédilection.

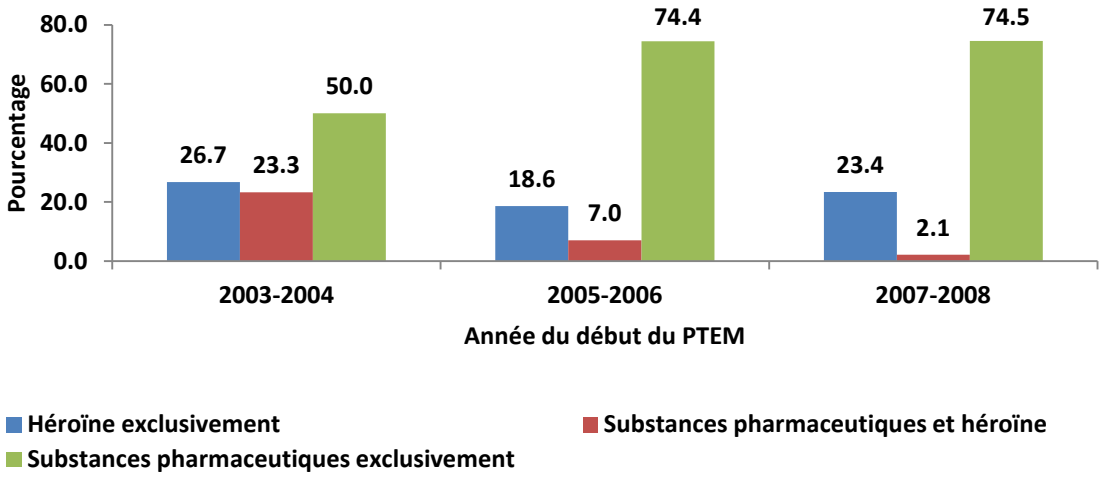
Pour avoir une meilleure idée des tendances en ce qui concerne les opioïdes de prédilection, nous avons classé les participantes au PTEM en trois catégories selon l'opioïde qu'elles préféraient consommer au cours des 12 mois précédant le début du programme : héroïne seulement; substances pharmaceutiques seulement; et héroïne et substances pharmaceutiques. Les participantes qui avaient indiqué l'oxycodone, la morphine ou l'hydromorphone, la codéine ou la méthadone comme opioïde de prédilection étaient considérées comme des consommatrices de substances pharmaceutiques. La majorité des participantes au PTEM ne consommaient que des substances pharmaceutiques (68 %, n = 82) et seules 23 % (n = 27) d'entre elles ont déclaré

[10] Deux participantes au PTEM ont indiqué que la méthadone était leur opioïde de prédilection. Dans un cas, il s'agissait de méthadone vendue sur ordonnance; dans l'autre, il est impossible de déterminer si la méthadone avait été prescrite ou si elle était illicite.

consommer de l'héroïne. Quant à celles qui ont indiqué avoir pris à la fois de l'héroïne et des substances pharmaceutiques, elles étaient encore moins nombreuses (9 %, n = 11).

Nous nous sommes également penchées sur les types d'opioïdes consommés au fil des années et selon les régions. Les délinquantes qui consommaient exclusivement des substances pharmaceutiques étaient systématiquement plus nombreuses que celles n'ayant consommé que de l'héroïne et celles ayant pris de l'héroïne et des substances pharmaceutiques, pendant toute la période visée par l'étude (Figure 10). La consommation exclusive de substances pharmaceutiques s'est accrue de plus de 20 points de pourcentage entre 2003-2004 et 2005-2006, pour demeurer relativement stable pendant les deux années suivantes. La consommation d'héroïne, seule ou en association avec des opioïdes pharmaceutiques, a atteint des sommets en 2003-2004, la moitié des participantes au PTEM ayant déclaré que l'héroïne était leur opioïde de prédilection cette année-là. Elle a en revanche diminué au cours des années suivantes, de sorte que seule une délinquante sur quatre citait l'héroïne comme opioïde de prédilection entre 2005 et 2008.

Figure 10. Types d'opioïdes consommés par les participantes au PTEM, selon l'année où elles ont commencé le PTEM

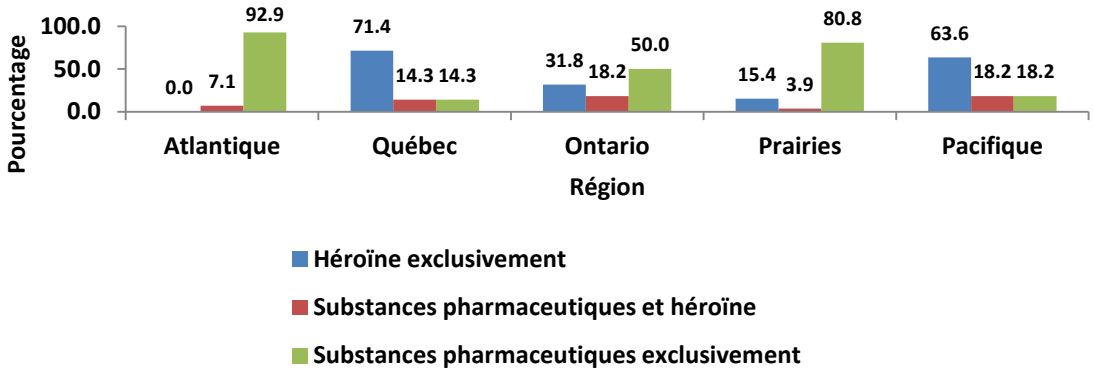


Remarque. Vingt des participantes au PTEM qui ont rempli le Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie n'ont pas fourni les renseignements permettant de déterminer quelle catégorie d'opioïdes elles consommaient.

Nous avons observé des différences marquantes en ce qui a trait aux types d'opioïdes

consommés dans les différentes régions. La consommation exclusive d'héroïne était plus répandue au Québec et dans la région du Pacifique, alors que les régions de l'Atlantique et des Prairies affichaient la plus forte concentration en matière de consommation d'opioïdes pharmaceutiques (Figure 11).

Figure 11. Types d'opioïdes consommés par les participantes au PTEM, par région



Remarque. Vingt des participantes au PTEM qui ont rempli le Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie n'ont pas fourni les renseignements permettant de déterminer quelle catégorie d'opioïdes elles consommaient.

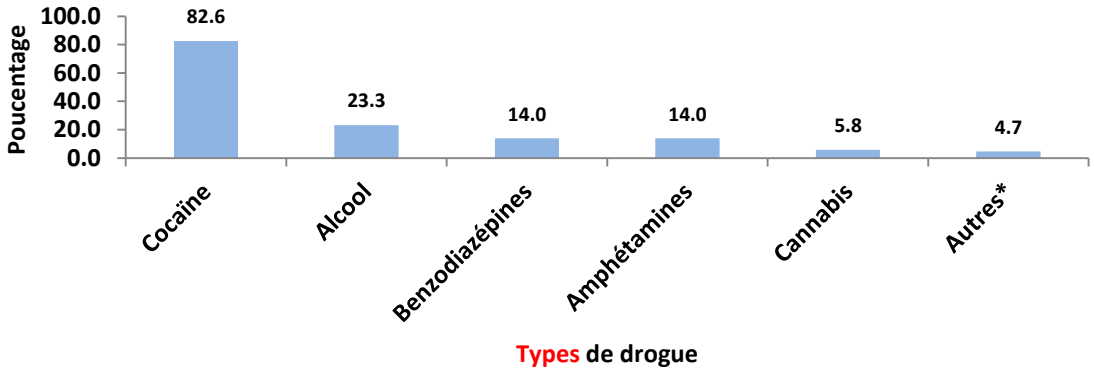
Consommation problématique d'autres substances

Nous avons demandé aux participantes au PTEM si la consommation de substances autres que les opioïdes leur avait causé des problèmes dans le passé. Globalement, 65 % (n = 86) d'entre elles ont répondu par l'affirmative[11]. La Figure 13 présente le pourcentage des participantes qui ont dit avoir consommé d'autres substances leur ayant causé des problèmes. Parmi les participantes au PTEM qui ont déclaré avoir pris de multiples substances, la drogue la plus fréquemment consommée de façon abusive (outre les opioïdes) était la cocaïne. En effet, plus de 80 % d'entre elles ont signalé que leur consommation de cocaïne était problématique alors qu'à peine plus d'une participante sur cinq a répondu que sa consommation d'alcool était problématique. Environ 14 % de ce groupe de participantes admettent que leur consommation de benzodiazépines et d'amphétamines posait problème. Enfin, très peu de délinquantes considéraient que leur consommation de cannabis (6 %) et d'autres drogues (5 %) constituait un

[11] Huit des participantes au PTEM qui ont rempli le Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie n'ont pas fourni les renseignements permettant de déterminer si elles avaient consommé plusieurs substances et si elles considéraient cette polyconsommation comme problématique. Nos estimations sont probablement prudentes, car rien ne permettait de savoir si les participantes qui n'ont pas répondu à cette question n'avaient pas consommé de substances multiples ou si elles ont simplement omis d'y répondre.

problème pour elles.

Figure 12. Antécédents de consommation problématique d'autres substances chez les polytoxicomanes



Remarque. Nous ne disposons d'aucun renseignement sur la consommation problématique d'autres substances par huit des participantes au PTEM qui ont répondu au Questionnaire d'évaluation du problème de toxicomanie.
*La catégorie Autres englobe les barbituriques, le LSD, le PCP, les solvants et d'autres substances.

Problèmes de santé et comportements à risque liés à la consommation de drogues

Nous avons interrogé les participantes au PTEM quant à leurs problèmes de santé et à leurs comportements à risque liés à la consommation de drogues. Parmi celles qui ont rempli l'Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone, 97 % (n = 136) ont déclaré avoir consommé de la drogue injectable[12]. Globalement, les utilisatrices de drogues injectables (n = 126) ont commencé à consommer de telles drogues, en moyenne, à l'âge de 19,9 ans (ET = 6,9), alors que l'âge de début le plus souvent déclaré était de 14 ans. Les valeurs s'échelonnaient entre 3[13] et 38 ans. Dans l'ensemble, 55 % (n = 76) des participantes au PTEM pour lesquelles aucune valeur ne manque[14] ont déclaré avoir été victimes de surdose. En outre, près des trois quarts (74 %, n = 103) d'entre elles ont admis avoir partagé des aiguilles, et plus de la moitié (52 %, n = 69) ont dit avoir fait des abcès au point d'injection. Enfin, 18 % (n = 22) ont dit s'être fait des injections sous-cutanées et intramusculaires, soit des

[12] L'indication d'antécédents en matière de consommation de drogue injectable a été déterminée par l'année où la première injection a eu lieu, selon les réponses des délinquantes, ou par une indication d'antécédents de partage d'aiguilles, d'abcès au point d'injection ou d'injections sous-cutanées ou intramusculaires. Neuf des délinquantes qui ont rempli l'Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone ont omis de fournir des renseignements sur leurs antécédents de consommation de drogue injectable.
[13] Quatre délinquantes ont indiqué qu'elles avaient 10 ans ou moins lorsqu'elles ont commencé à consommer de la drogue injectable.
[14] Douze délinquantes ont omis de fournir des renseignements sur leurs antécédents liés aux surdoses.

injections sous la peau et dans les muscles plutôt que dans une veine, pratique qui augmente le risque d'infections de la peau et des tissus mous[15].

Consommation d'opioïdes et utilisation d'aiguilles pendant la peine actuelle

Au cours du processus d'admission au PTEM, on a évalué la consommation d'opioïdes, l'utilisation d'aiguilles et les comportements connexes qu'ont eus les délinquantes pendant leur peine actuelle (celle qu'elles purgeaient lorsqu'elles ont commencé le PTEM), mais avant le début du programme. Globalement, dans les cas où nous disposons de valeurs complètes, 35 % (n = 48) des participantes au PTEM ont indiqué avoir consommé des opioïdes pendant leur peine actuelle, avant de commencer le PTEM. Parmi elles, 62 % (n = 29)[16] ont utilisé des aiguilles. De plus, 86 % (n = 25) des participantes qui ont consommé des opioïdes et utilisé des aiguilles ont déclaré avoir partagé des aiguilles au cours de leur peine actuelle. Et 90 % (n = 18) de celles qui ont partagé des aiguilles ont dit avoir toujours ou parfois utilisé de l'eau de Javel pour les nettoyer, la grande majorité ayant indiqué qu'elles le faisaient toujours.

Participation antérieure à un TEM et à une cure de désintoxication

Les participantes au PTEM ont été interrogées sur leurs antécédents de traitement de la toxicomanie et plus précisément de traitement d'entretien à la méthadone et de cures en centre de désintoxication. Dans l'ensemble, 67 % d'entre elles ont dit avoir déjà participé à un TEM. En outre, la majorité (80 %, n = 108) ont rapporté avoir déjà fait une cure dans un centre de désintoxication[17].

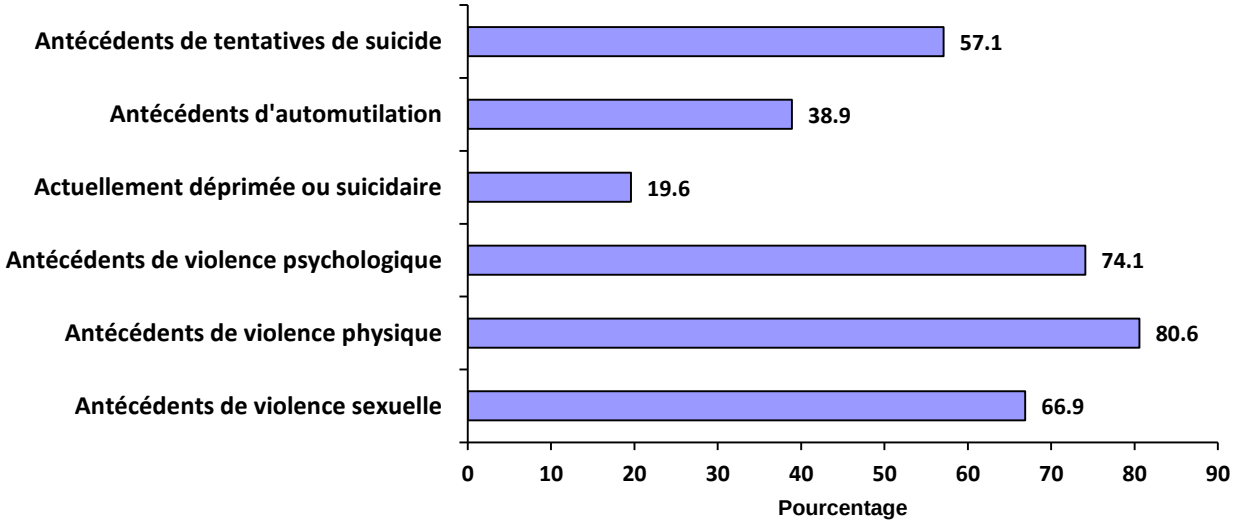
Antécédents de santé mentale

L'information sur la santé mentale actuelle et passée des participantes ainsi que sur leurs antécédents de traitement pour des problèmes de santé mentale et de violence a été évaluée à l'admission dans le PTEM. Nous présentons un certain nombre de constatations à ce sujet à la Figure 13. Plusieurs des participantes au PTEM ont déclaré avoir fait des tentatives de suicide,

[15] L'information était manquante pour 11 participantes concernant le partage d'aiguilles; pour 16 participantes concernant les abcès au point d'injection; et pour 26 participantes concernant les injections sous-cutanées ou intramusculaires.
[16] L'information était manquante pour une délinquante concernant l'utilisation d'aiguilles pendant l'incarcération.
[17] Valeurs manquantes pour six délinquantes concernant la participation antérieure à un TEM et pour cinq délinquantes concernant les cures antérieures en centre de désintoxication.

s'être automutilées et avoir subi de la violence psychologique, physique et sexuelle dans le passé. Un peu moins d'une participante sur cinq a déclaré être déprimée ou avoir des idées suicidaires au moment de l'étude. Une forte proportion des participantes au PTEM ont affirmé avoir été traitées pour divers problèmes de santé mentale, notamment l'anxiété (62 %, n = 84), la dépression (63 %, n = 87), le trouble panique (32 %, n = 45) et la psychose (14 %, n = 20). Plus du tiers d'entre elles ont déclaré avoir été admises en établissement psychiatrique (38 %, n = 53) et avoir été traitées pour des problèmes d'ordre émotif (39 %, n = 53)[18].

Figure 13. Indicateurs de la santé mentale



Remarque : l'information relative à certaines variables était inconnue ou manquante pour certaines des participantes au PTEM ayant subi l'Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone. C'était le cas de 10 participantes pour la variable Antécédents de tentatives de suicide; de 11 participantes pour la variable Antécédents d'automutilation; de 12 participantes pour la variable Actuellement déprimée ou suicidaire; de 11 participantes pour la variable Antécédents de violence psychologique; de11 participantes pour la variable Antécédents de violence physique; et de 11 participantes pour la variable Antécédents de violence sexuelle.

[18] Valeurs manquantes pour 14 délinquantes concernant les antécédents relatifs à l'anxiété; pour 11 délinquantes concernant les antécédents de dépression; pour 9 délinquantes concernant les antécédents de troubles de panique; pour 9 délinquantes concernant les antécédents de psychose; pour 9 délinquantes concernant les antécédents d'admission en établissement psychiatrique; et pour 14 délinquantes concernant les antécédents de traitement pour des problèmes d'ordre émotif.

Analyse

Au cours de la période de cinq ans visée par la présente étude, 10 % des détenues ont commencé le PTEM. La plus forte incidence a été observée dans la région de l'Atlantique, où plus d'une délinquante sur cinq a participé à ce programme pendant son incarcération. Comme notre étude ne portait que sur la participation pendant la période visée, nos données ne rendent pas compte du nombre total de délinquantes ayant suivi le PTEM, et elles constituent vraisemblablement une sous-estimation de la participation d'ensemble au programme. Le fait qu'un aussi grand nombre de délinquantes s'inscrivent au PTEM met en lumière l'importance des programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes destinés aux détenues, les besoins des délinquantes à cet égard et la nécessité de poursuivre la recherche dans ce domaine.

L'examen des caractéristiques des participantes au PTEM révèle qu'elles forment un groupe très complexe, à risque élevé, faisant face à de multiples problèmes qui doivent être pris en compte par quiconque souhaite répondre à leurs besoins en matière de traitement. Nous avons constaté que, comparativement à la population carcérale générale, les participantes au PTEM présentaient un risque plus élevé et des facteurs criminogènes plus importants. Compte tenu de ces facteurs, auxquels s'ajoutent un faible degré de motivation à modifier leurs comportements et un potentiel de réinsertion sociale peu élevé, ces délinquantes ont sans aucun doute besoin d'une aide supplémentaire pour arriver à s'intégrer à la collectivité après leur mise en liberté.

Les participantes au PTEM ont des antécédents criminels plus lourds que les délinquantes de la population carcérale générale; elles ont commis davantage d'infractions ayant donné lieu à leur peine actuelle et à des peines antérieures, et elles ont purgé davantage de peines de ressort fédéral. L'examen des types d'infractions commises par les participantes au PTEM indique qu'elles se rendent davantage coupables d'infractions acquisitives, comme le vol qualifié et le vol et/ou l'introduction par effraction, que les délinquantes de la population carcérale générale. Elles sont également plus nombreuses à commettre des infractions sans violence classées dans la catégorie autre, comme la sollicitation. Les résultats de la présente étude sont comparables à ceux d'une étude semblable portant sur les caractéristiques des délinquants de sexe masculin qui ont participé au PTEM (Johnson et coll., sous presse). Les liens entre la toxicomanie et la criminalité ont été solidement documentés, et plus particulièrement ceux entre la toxicomanie et les infractions d'ordre acquisitif auxquelles les toxicomanes ont recours pour se procurer les

sommes nécessaires à l'achat des substances dont ils sont dépendants (Gossop, Marsden, Stewart et Rolfe, 2000). Il se peut donc que le fait de régler leurs problèmes de dépendance aux drogues amène les délinquants à réduire leurs activités criminelles. Une étude sur les conséquences de la participation au PTEM sur la récidive et la réincarcération est en cours.

Dans l'ensemble, la majorité des participantes au PTEM consommaient des substances pharmaceutiques, et près de 70 % d'entre elles ont désigné la morphine ou l'hydromorphone comme leur opioïde de prédilection. Bien qu'elle vienne au deuxième rang parmi les opioïdes de prédilection des participantes au PTEM, l'héroïne ne fait pas l'objet d'une consommation aussi courante parmi les délinquantes que parmi les délinquants. Dans le cadre d'une étude sur les délinquants de sexe masculin qui ont participé au PTEM du SCC, on a découvert que l'héroïne est la drogue de prédilection d'environ 53 % d'entre eux. En comparaison, seulement 32 % des délinquantes qui composaient notre échantillon ont déclaré que l'héroïne était leur opioïde de prédilection (Johnson et coll., sous presse). Nous avons aussi constaté de nettes différences en ce qui a trait aux opioïdes consommés dans les différentes régions, la proportion de délinquantes qui prennent exclusivement de l'héroïne étant plus élevée dans les régions du Québec et du Pacifique, et celle des consommatrices de substances pharmaceutiques étant plus importante en Atlantique et dans les Prairies. Ces résultats confirment ceux d'une étude réalisée auprès des participants de sexe masculin au PTEM du SCC et ceux d'une étude menée dans la collectivité (Fischer et coll., 2008; Johnson et coll., sous presse).

Des chercheurs ont constaté de nombreuses différences entre les consommateurs de substances pharmaceutiques et les consommateurs d'opioïdes illicites, notamment sur le plan de la prévalence des comportements à risque élevé liés à la toxicomanie, de la consommation de drogues autres que des opioïdes, de la douleur chronique et des problèmes de santé mentale. Ces chercheurs estiment que ces différences pourraient avoir des incidences sur le traitement (Brands et coll., 2004; Fischer et coll., 2008). Si l'efficacité des TEM dans le traitement de l'héroïnomanie a été abondamment démontrée, rares sont les études qui ont porté sur l'efficacité des TEM dans le traitement de la dépendance aux opioïdes pharmaceutiques. Il est très important de poursuivre les recherches sur ce sujet compte tenu du nombre élevé de consommateurs d'opioïdes pharmaceutiques qui participent à des TEM parmi la population carcérale canadienne.

Les délinquantes qui ont participé au PTEM du SCC sont également nombreuses à avoir fait un usage abusif de drogues autres que les opioïdes. En effet, quelque 65 % d'entre elles ont

déclaré que la consommation d'autres drogues leur avait causé des problèmes. Plus de 80 % de ces délinquantes ont dit avoir consommé de la cocaïne. Pendant la même période, dans un échantillon de participants de sexe masculin au PTEM, le taux de déclaration de consommation problématique d'autres drogues était de 55 %, la cocaïne étant la drogue la plus fréquemment consommée en dehors des opioïdes (Johnson et coll., sous presse). La consommation de cocaïne par les personnes dépendantes aux opioïdes a des conséquences très néfastes sur leur santé et pour l'ensemble de la société. Il s'agit en outre d'un important facteur prédisant de piètres résultats au traitement (Downey, Helmus et Schuster, 2000). Certaines études ont montré une diminution de la consommation de cocaïne parmi des détenus ayant participé à des TEM, mais le traitement à la méthadone s'adresse principalement aux consommateurs d'opioïdes (Kinlock et coll., 2009). Par conséquent, il faudrait offrir d'autres formes de soutien aux participants au PTEM qui consomment plusieurs substances différentes afin de les amener à réduire ou à cesser la consommation de drogues autres que les opioïdes et ainsi les aider à réussir leur réinsertion sociale.

La prévalence de divers problèmes de santé et comportements à risque associé à la consommation de drogues déclaré par les participantes au PTEM est très élevée. Plus de 90 % d'entre elles ont déclaré avoir fait usage de drogues injectables, près des trois quarts ont dit avoir partagé des aiguilles et plus de la moitié avaient été victimes d'une ou de plusieurs surdoses. Un peu plus du tiers a déclaré avoir consommé des opioïdes pendant qu'elles étaient incarcérées, avant de commencer à participer au PTEM; de plus, la majorité d'entre elles ont utilisé et partagé des aiguilles. Il n'est pas étonnant de constater que les participantes au PTEM ont eu des comportements à risque, des recherches antérieures ayant hors de tout doute établi que ces comportements demeurent très fréquents chez les consommateurs d'opioïdes (Johnson et coll., sous presse). Les programmes de traitement de substitution aux opioïdes sont conçus pour réduire non seulement la consommation d'opioïdes, mais également pour mettre un terme aux comportements à risques élevés associés à la toxicomanie. Selon une étude réalisée par Dolan et ses collègues (2003), les participants à un programme de traitement d'entretien à la méthadone offert en établissement correctionnel ont affiché de plus faibles niveaux de consommation d'héroïne et de drogues injectables et de partage de seringues que les membres d'un groupe témoin en liste d'attente, à la fin d'une période de suivi de cinq mois. Les futures recherches qui seront réalisées dans les établissements correctionnels fédéraux, au Canada, devraient porter sur

les changements dans les comportements à risque survenant après le début des traitements.

L'une de nos constatations les plus frappantes est la proportion élevée de femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale parmi les participantes au PTEM. Plus de la moitié d'entre elles ont déclaré avoir tenté de se suicider, plus du tiers ont eu des comportements autodestructeurs, un cinquième a affirmé avoir été déprimé ou avoir eu des pensées suicidaires au moment de l'étude, et une forte majorité a déclaré avoir suivi des traitements en raison de divers problèmes de santé mentale, dont l'anxiété, la dépression et les troubles de panique. De nombreux travaux de recherche ont clairement établi que la prévalence des problèmes de santé mentale diffère selon le sexe, parmi les toxicomanes, et que les femmes déclarent des taux de psychopathologie considérablement plus élevés que les hommes (Cicero et coll., 2008). Dans une étude récente qui portait sur ce genre de variables chez des délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale, on rapporte des taux de tentatives de suicide, de comportements autodestructeurs et de traitement pour des problèmes de santé mentale beaucoup plus faibles que ceux de notre échantillon (Johnson et coll., sous presse). La comorbidité très distincte entre toxicomanie et problèmes de santé mentale, particulièrement chez les femmes, fait ressortir la nécessité d'aborder ces deux catégories de problèmes au moyen de méthodes de traitement intégrées et polyvalentes, d'autant plus que la maladie mentale constitue un facteur de risque par rapport à la toxicomanie (Cicero et coll., 2008; Powis et coll., 2002, Zilberman et coll., 2002).

Nombre de délinquantes ont été victimes de traumatismes divers. Il s'agit ici encore d'un facteur de risque à l'égard de la toxicomanie. Les trois quarts, au moins, des délinquantes qui composent l'échantillon de la présente étude, ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique, physique et/ou sexuelle. Des taux tout aussi élevés ont été rapportés dans des études portant sur les traumatismes subis par les détenues. Dans le rapport d'une étude réalisée par Browne, Miller et Maguin (1999) auprès de 150 femmes, on apprend que 70 % d'entre elles avaient subi de la violence physique grave pendant leur enfance et que 59 % ont déclaré avoir été victimes d'une forme ou d'une autre de violence sexuelle lorsqu'elles étaient enfants ou adolescentes. Ces violences physiques et sexuelles se poursuivent souvent à l'âge adulte, comme en témoignent les femmes qui composent cet échantillon; en effet, 75 % d'entre elles ont affirmé que leur conjoint leur infligeait de la violence, sous une forme ou une autre (Bradley et Davino, 2002). Compte tenu de la comorbidité de la toxicomanie et des traumatismes au sein de cette population carcérale, il faut évaluer les traumatismes subis par les délinquantes et concevoir

des interventions axées sur les besoins qui en découlent, et non seulement sur leurs besoins en matière de traitement de la toxicomanie.

Limites

Il faut tenir compte de certaines des limites de la présente étude dans l'interprétation des résultats. L'échantillon de participantes au PTEM comprenait uniquement les délinquantes qui ont commencé le programme en établissement entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2008. Par conséquent, celles qui ont entamé un TEM avant 2003 ont été considérées comme faisant partie de la population carcérale générale, même si elles suivaient toujours le traitement pendant la période à l'étude. Il en découle un certain risque d'erreur quant au classement des délinquantes, risque inévitable compte tenu du manque de renseignements sur la durée des traitements. Ce risque est toutefois minime en raison du petit nombre de participantes qui ont commencé à suivre un TEM entre 1998 et 2002.

Le PTEM existe depuis plusieurs années, mais l'exhaustivité et l'exactitude des données s'y rapportant posent problème. Il est souvent difficile d'identifier les participantes au PTEM parce qu'il n'existe pas de méthode normalisée et cohérente de suivi de ces personnes (il existe des formulaires administratifs, mais on ne les remplit pas systématiquement et il n'y a pas de bases de données complètes sur les participantes au PTEM). Quand une participante au PTEM est correctement identifiée, il arrive souvent que d'autres éléments d'information pertinents, comme les dates de début et de fin du programme, la durée de la participation et les renseignements sur le suivi du TEM dans la collectivité soient absents ou incomplets. La méthode de collecte des données compromet elle aussi la qualité des données de l'étude. En effet, les formulaires administratifs sont remplis par les membres du personnel de l'établissement et par les participantes au PTEM, et il y manque souvent des renseignements importants, notamment les dates et les données d'identification. La plupart des recherches qui dépendent de systèmes administratifs pour la collecte de données se heurtent à des difficultés semblables, mais, malgré leurs limites, ces systèmes fournissent néanmoins des mines de données qui ne seraient pas disponibles autrement.

Recherche future

Le présent rapport réunit de nombreux renseignements sur un groupe qui n'a jamais fait l'objet de recherches approfondies. À notre connaissance, aucune étude sur les caractéristiques

des délinquantes qui participent à un programme de traitement de substitution des opioïdes n'a été publiée à ce jour. Les renseignements qui constituent le profil des participantes au PTEM du SCC – données démographiques, mesures du risque et renseignements sur les peines et les infractions – brossent le portrait d'un groupe qui est beaucoup plus complexe et qui exige plus de services que la population carcérale générale. En outre, en raison des hauts niveaux de comorbidité de problèmes psychiatriques et de traumatismes rapportés par les participantes, il est entendu qu'il faut évaluer leurs besoins dans ces domaines et tenter d'y répondre. Il faudra aussi poursuivre la recherche sur l'efficacité des TEM auprès des consommatrices d'opioïdes pharmaceutiques et tenir compte des résultats de ces recherches dans le traitement de ces dernières.

Un rapport sur les résultats postlibératoires des délinquants de sexe masculin et de sexe féminin ayant participé au PTEM est en cours de rédaction. Il portera sur les répercussions du PTEM sur des facteurs comme la réincarcération dans un établissement fédéral et la récidive.

Bibliographie

Back, S. E., Payne, R. L., Simpson, A. N., et Brady, K. (2010). Gender and prescription opioids: Findings from the national survey on drug use and health. *Addictive Behaviors, 35*(11), 1001-1007.

Back, S. E., Payne, R. L., Stroud, Z., Haynes, L., Hillhouse, M., Brady K. T., et Ling, W. (2011). Comparative profiles of men and women with opioid dependence: Results from a national multisite effectiveness trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(5), 313-323.

Bradley, R. G., et Davino, K. M. (2002). Women's perceptions of the prison environment: When prison is "the safest place I've ever been." *Psychology of Women Quarterly, 26*(4), 351-359.

Brands, B., Blake, J., & Marsh, D. (2002). Changing patient characteristics with increased methadone maintenance availability. *Drug and Alcohol Dependence, 66*(1), 11-20.

Brands, B., Blake, J., Sproule, B., Gourlay, D., et Busto, U. (2004). Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 73*(2), 199-207.

Brown, S. L. et Motiuk. L. L. (2005). *Le volet Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) du processus d'évaluation initiale des délinquants (EID) : examen méta-analytique, psychométrique et consultatif*. (Rapport de recherche n^{o} R-164). Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Browne, A., Miller, B., et Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4), 301-322.

Caplehorn, J. R. M. (1994). A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance treatment. *The International Journal of the Addictions, 29*(11), 1361-1375.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).(2003 et 2011). *Vous connaissez… La méthadone*. Site visité à l'adresse suivante : http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/methadone/Pages/methadone_dyk.aspx

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2003b). *Methadone maintenance therapy: Information for clients*. Site visité à l'adresse suivante :

http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/methadone_therapy.html

Cheverie, M., MacSwain, M., Farrell MacDonald, S., et Johnson, S. (sous presse). *Institutional adjustment of methadone maintenance treatment program (MMTP participants*: *A comparative study*. Ottawa (Ontario). Correctional Service of Canada.

Cicero, T. J., Lynskey, M., Todorov, A., Inciardi, J. A., et Surratt, H. L. (2008). Co-morbid pain and psychopathology in males and females admitted to treatment for opioid analgesic abuse. *Pain, 139*(1), 127-135.

College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). (2005). *Methadone maintenance guidelines*. Site visité à l'adresse suivante : http://www.cpso.on.ca/publications/MethadoneGuideNov05.pdf (Hyperlien périmé)

Cropsey, K. L., Villalobos, G. C., et St. Clair, C. L. (2005). Pharmacotherapy treatment in substance-dependent correctional populations: A review. *Substance Use and Misuse*, *40*(13-14), 1983-1999.

Darke, S., Kaye, S., et Finlay-Jones, R. (1998). Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*, *93*(8), 1169-1175.

Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R. P., Hall, W., et Wodak, A. D. (2003). A randomized controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*, *72*(1), 59-65.

Dolan, K. A., Wodak, A. D., et Hall, W. D. (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug and Alcohol Review*, *17*(2), 153-158.

Downey, K. K., Helmus, T. C., et Schuster, C. R. (2000). Treatment of heroin-dependent poly-drug abusers with contingency management and buprenorphine maintenance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *8*(2), 176-184.

Fischer, B., Firestone-Cruz, M., et Rehm, J. (2006). Illicit opioid use and its key characteristics: A select overview and evidence from a Canadian multisite cohort of illicit opioid users (OPICAN). *La revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(10), 624-634.

Fischer, B., Gliksman, L., Rehm, J., Daniel, N., et Medved, W. (1999). Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: Results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, *90*(5), 299-303.

Fischer, B., Patra, J., Firestone-Cruz, M., Gittins, J., et Rehm, J. (2008). Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site population of illicit opioid users. *Drug and Alcohol Review, 27*(6), 625-632.

Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., El-Guebaly, N., et Baliunas, D. (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New Your Academy of Medicine, 82*(2), 250-266.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., et Rolfe, A. (2000). Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 58*(1-2), 165-172.

Grant, B. A., et Gileno, J. (2008). *Évolution de la population carcérale sous responsabilité fédérale*. Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada. Site visité à l'adresse suivante : http://www.csc-scc.gc.ca/research/sr-2009-fra.shtml

Green, T. C., Grimes Serrano, J. M., Licari, A., Budman, S. H., et Butler, S. F. (2009). Women who abuse prescription opioids: Findings from the Addiction Severity Index-Multimedia Version® Connect prescription opioid database. *Drug and Alcohol Dependence, 103*(1-2), 65-73.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, K., et Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 1-21.

Hall, W., Doran, C., Degenhardt, L., et Shepard, D. (2006). "Illicit opiate abuse" dans W. Hall, C. Doran, L. Degenhardt, et D. Shepard, D.), *Disease control priorities in developing countries* (2e éd.), pp. 907-932. New York, NY : Oxford University Press.

Heimer, R., Catania, H., Newman, R., Zambrano, J., Brunet, A., et Ortiz, A. (2006). Methadone maintenance in prison: Evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug and Alcohol Dependence, 83*(2), 122-129.

Hume, L. (2004). Un programme de traitement de la toxicomanie spécialement conçu pour les femmes purgeant une peine fédérale. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle, 16*(1), 42-43. Site visité à l'adresse suivante : http://www.cpha.ca/fr/portals/substance/prevention/faq05.aspx

Johnson, S. L., Farrell MacDonald, S., et Cheverie M. (2011). *Caractéristiques des participants au programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM).* Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Johnson, S. L., van de Ven, J. T. C., et Grant B. A. (2001). *Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral : Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement*. (Rapport de recherche n° R-119). Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Kerr, T., Marsh, D., Li, K., Montaner, J., et Wood, E. (2005). Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug and Alcohol Dependence, 80*(3), 329-335.

Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P, Fitzgerald, T. T., et O'Grady, K. E. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 12 months postrelease. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(3), 277-285.

Kunic, D. et Grant, B. A. (2006). *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote*. (Rapport de recherche n° R-173). Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Kunic, D. et Varis, D. D. (2009) *Le Programme pour délinquants autochtones toxicomanes : Examen des effets de l'achèvement avec succès du programme sur les résultats postlibératoires*. (Rapport de recherche R-217). Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

L'Association canadienne de santé publique *Qu'est-ce que la méthadone et comment fonctionne-t-elle ?* Site visité à l'adresse suivante : http://www.cpha.ca/en/portals/substance/prevention/faq05.aspx)

MacSwain, M.-A., Cheverie, M., Farrell MacDonald, S., et Johnson S. (sous presse). *L'adaptation au milieu carcéral des participants au Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTEM) : une étude*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Magura, S., Rosenblum, A., Lewis, C., et Joseph, H. (1993). The effectiveness of in-jail methadone maintenance. *The Journal of Drug Issues, 23*(1), 75-99.

Matheson, F. I., Doherty, S., et Grant, B. A. (2008). *Le Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes et la réinsertion sociale*. (Rapport de recherche n° R-202). Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

North American Opiate Medication Initiative (NAOMI). (2006). *Backgrounder: North American Opiate Medication Initiative*. Site visité à l'adresse suivante : http://www.naomistudy.ca /pdfs /naomi_ background.pdf.

Office of National Drug Control Policy (ONDCP). (2000). *Methadone*. Site visité à l'adresse suivante : http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/methadone/index.html

Parsells Kelly, J., Cook, S. F., Kaufman, D. W., Anderson, T., Rosenberg, L., et Mitchell, A. A. (2008). Prevalence and characteristics of opioid use in the US adult population. *Pain, 138*(3), 507-513.

Poole, N., et Isaac, B. (2001). Apprehensions: *Barriers to treatment for substance-using mothers.* B C Centre of Excellence for Women's Health, Vancouver.

Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne K., et Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: Social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review, 19*(2), 171-180.

Santé Canada (2006). *Meilleures pratiques - Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.* Ottawa (Ontario) : l'auteur.

Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques - Traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa(Ontario) : l'auteur.

Santé Canada. (2002). *Recension de la documentation - Traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa (Ontario) : l'auteur.

SAS Institute Inc. (2007). *SAS/STAT® 9.2 User's Guide*. Cary, NC : SAS Institute Inc.

Service Correctionnel Canada. (2007). *Directive du commissaire 705 : Processus d'évaluation initiale*. Ottawa (Ontario): l'auteur.

Service Correctionnel Canada. (2008). *Lignes directrices spécifiques pour le traitement de la dépendance aux opiacés (méthadone/ Suboxone®).* Ottawa (Ontario) : l'auteur.

Simoni-Wastila, L., Ritter, G., et Strickler G. (2004). Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Substance Use and Misuse, 39*(1), 1-23.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviours, 7*(4), 363-371.

Skinner, H. A., et Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide*. Toronto (Ontario): Addiction Research Foundation.

Sproule, B., Brands, B., Li, S., et Catz-Biro, L. (2009). Évolution de la dépendance aux opiacés – Caractéristiques des utilisateurs d'oxycodone et autres opiacés. *Le Médecin de famille canadien, 55*(1), 69-69.e1-5. Site visité à l'adresse suivante : http://www.cfp.ca/content/55/1/68.full.pdf

Tetrault, J. M., Desai, R. A., Becker, W. C., Fiellin, D. A., Concato, J., et Sullivan L. E. (2007). *Addiction, 103*(2), 258-268.

Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Steward, J., et Blake, J. (2000). Social costs of untreated opioid dependence. *Journal of Urban Health, 77*(4), 688-722.

Wechsberg, W. M., Craddock, S. G., et Hubbard, R. L. (1998). How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drugs & Society, 13(*1-2), 97-115.

Weekes, J., Moser, A., Ternes, M. et Kunic. D. (2009). *La toxicomanie parmi les délinquants de sexe masculin.* Ottawa (Ontario). Service correctionnel du Canada.

Zilberman, M. L., Hermano, T., Blume, S. B., et El-Guebaly, N. (2002). Towards best practices in the treatment of women with addictive disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment, 1*(2), 39-46.

Annexes

Annexe A : Documents administratifs relatifs au PTEM

Correctional Service Canada / Service correctionnel Canada

PROTÉGÉ **A** **B** **C** UNE FOIS REMPLI

FICHIER DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Classer au dossier ➲	Voir ci-dessous
Numéro SED ➲	
Nom de famille ➲	
Prénom(s) ➲	
Date de naissance ➲	

Évaluation médicale en vue d'un traitement à la méthadone

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET LE PERSONNEL INFIRMIER (DANS LES SECTIONS DÉSIGNÉES)

Établissement : _____

A REMPLIR PAR LE PERSONNEL INFIRMIER ET/OU LE MÉDECIN PENDANT L'ENTREVUE AVEC LE DÉLINQUANT

Source du renvoi								Date (AAAA-MM-JJ)
	Entrevue		Dossier		Autre			

Le détenu a-t-il examiné et signé la Section Entente de participation au processus d'évaluation ou Reconnaissance des modalités du Programme de traitement d'entretien à la méthadone avec son agent de libération conditionnelle?			
	Oui		Non
L'Entente concernant la divulgation des renseignements médicaux a-t-elle été expliquée au détenu?			
	Oui		Non
Les options de traitement de la toxicomanie aux opioïdes ont-elles été expliquées au détenu?			
	Oui		Non
L'évaluation du problème de toxicomanie a-t-elle été remplie et est-elle accessible au médecin?			
	Oui		Non
Doit-on diriger le détenu vers un psychologue afin de lui faire subir une évaluation de la santé mentale?			
	Oui		Non
Le délinquant doit-il être adressé à un psychiatre en raison de la présence réelle ou possible de comorbidité psychiatrique?			
	Oui		Non
Si le détenu a déjà participé à un programme de traitement d'entretien à la méthadone, une autorisation de divulgation de renseignements a-t-elle été remplie et transmise à l'ancien fournisseur du traitement?			
	Oui		Non
Le détenu a-t-il des questions à propos du traitement d'entretien à la méthadone offert par le SCC?			
	Oui		Non

DISTRIBUTION

Original: Dossier de santé du détenu
Copie Centre de recherche en toxicomanie

➲

Numéro SED

ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION – Veuillez vous assurer que tous les vaccins indiqués sont à jour

	Dernier rappel (AAAA-MM-JJ)	Date de vaccination (s'il y a lieu)
Td adsorbées		
Grippe		
Pneumovax		
Hépatite A		
Hépatite B		

REMARQUES

- Les tests de dépistage de l'hépatite A et B ne sont pas nécessaires si les résultats précédents confirment une immunité.
- Le test de dépistage de l'hépatite C n'est pas nécessaire si les résultats précédents sont positifs.
- En ce qui concerne les tests de dépistage du VIH, des services de counseling doivent être offerts avant et après les tests.

Si les résultats d'un test de dépistage du VHC sont positifs, le détenu doit-il suivre un traitement contre l'hépatite C? A B R

A. Ne sait pas; l'investigation n'a pas été effectuée.
B. L'investigation a été effectuée; le détenu est candidat à un traitement, mais on doit lui administrer de la méthadone avant le traitement.
C. L'investigation a été effectuée, mais le détenu n'a pas besoin d'un traitement contre l'hépatite C pour l'instant.

Le détenu a-t-il déjà suivi un traitement contre l'hépatite C? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

DÉPISTAGE – Les tests suivants devraient être effectués dans les deux mois suivant la demande à moins d'indication contraire.

TEST	**Date (AAAA MM JJ)**	RÉSULTAT
Analyses d'urine toxicologie générale (2) (sous supervision)		
Analyse d'urine		
Test de grossesse (s'il y a lieu)		
Mantoux (au cours de la dernière année)		
FSC		
Créatinine		
Bilirubine totale		
AST		
ALT		
Albumine		
INR		
VDRL		
Ac antiVHA		
AgHBs		
Ac antiHBs		
Ac antiVHC		
VIH		
Dépistage d'autres MTS, si cela est indiqué		

Recommandations selon le groupe d'âge et le sexe : cholestérol, mammographie, cytologie gynécologique, etc.

Numéro SED

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Indiquez tous les antécédents familiaux ou problèmes médicaux (alcool, toxicomanie, dépression, maladie cardiaque, etc.)

Mère Père

Frères, sœurs, partenaires ou autres

ANTÉCÉDENTS PHARMACEUTIQUES – Dressez la liste des médicaments actuels

Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration et fréquence	Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration et fréquence

Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu une ordonnance de narcotiques (p. ex. Tylenol 3, Percodan, Percocet, Dilaudid, Talwin, morphine) que vous prenez ou avez pris pendant une période prolongée (p. ex. plus de quatre semaines)?

a) Oui/Non b) Nom du (des) narcotique(s)

c) Quantité prescrite et durée de l'ordonnance ➲

d) Pour quelle raison le narcotique a-t-il été prescrit? ➲

L'ordonnance a-t-elle été interrompue? Quand et pourquoi? ➲

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES

(Écrire aucune ou décrire les allergies)

➲

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Année où vous avez commencé à consommer des ➲ _____ Jamais

Abcès au point d'injection? Oui Non

Antécéden (incluant ouate, cuillères, filtres, etc.)

Partage d'aiguilles	Oui	Non	Comportement sexuel à haut risque	Oui	Non
Inhalation de drogue	Oui	Non	Injection sous-cutanée	Oui	Non
Tatouages	Oui	Non	Si oui : Où les tatouages ont-ils été faits (en prison, dans la rue, etc.)? ➲		
			Antécédents d'autres problèmes de dépendance ➲ Jeux de hasard / Risque / Dépenses / Sexe		
Trouble de constipation chronique	Oui	Non	Perte de poids récente	Oui	Non
Fatigue	Oui	Non	Insomnie	Oui	Non
Dysfonction sexuelle	Oui	Non	Accidents de voiture découlant de la consommation d'opioïdes	Oui	Non

Surdose (décrire)

➲

Numéro SED

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)

EXAMEN DES SYSTÈMES

YEUX ET ORL	SYST. RESP.
SCV	GI
SNC	SYST. ENDOC.
INS	SYST. UROGÉN.
PEAU	SYST. MUSCULOSQ

GYNÉCO : G _____ C _____ A _____ Cycle _____

Pratiques contraceptives : ➲

Interventions chirurgicales Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Autres :

➲

FEMMES SEULEMENT (4 PROCHAINES QUESTIONS)

Quelle est la date de début de vos dernières menstruations? ➲

Méthode contraceptive actuelle? Pilule/condoms/autre : ➲

Y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte? Oui Non ➲

Avez-vous souffert d'aménorrhée au cours de la dernière année? Oui Non

SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Avez-vous déjà été traité par un médecin de famille ou un psychiatre pour les problèmes suivants : ➲ Anxiété? Oui Non ➲ _____

Dépression? Oui Non ➲ _____

Troubles paniques? Oui Non ➲ _____

Psychose? Oui Non ➲

Avez-vous déjà été admis dans un établissement psychiatrique? Oui Non ➲

Avez-vous été traité pour tout autre problème psychologique? Oui Non ➲

Avez-vous subi de la violence psychologique? physique? sexuelle? ➲

Avez-vous déjà tenté de vous suicider? ➲

Actuellement, êtes-vous dépressif ou avez-vous des pensées suicidaires? ➲

Vous êtes-vous déjà automutilé? ➲

Numéro SED

Examen physique (cette section doit être remplie par le médecin.)

TA /	RC /Min	Taille	Poids
Pupilles normales, en tête d'épingle ou dilatées	Fond d'œil		
YEUX ET ORL Cloison nasale ➲ Intacte Irritée		Autre :	
RESP Fluide	Autre :		
SCV Souffle ➲ Oui Non	Autre :		
ABDO Sensible au toucher ➲ Oui Non	Hypertrophie de la rate ou du foie ➲ Oui Non	Autre :	
SYST. MUSCULOSQUEL			
SYST. NERVEUX			

PEAU

Marques de piqûre	Bras	Jambes	Cou	Abdomen	Marques récentes	Cicatrices	Les deux	
Abcès	Oui	Non ➲	Lieu					
Tatouages	Oui	Non ➲	Lieu où ils ont été faits					
Perçages	Oui	Non ➲	Lieu où ils ont été faits					
Lésions	Oui	Non ➲	Lieu où elles ont été subies					
Jaunisse	Oui	Non	Autre :					

ADÉNOPATHIE

Dans l'affirmative, précisez :

Oui Non ➲

ORGANES GÉNITAUX

➲

APPARENCE GÉNÉRALE

Signes d'intoxication	Somnolence	Difficulté d'élocution	Démarche instable	Aucun		
Signes de sevrage	Arthralgie	Myalgie	Diaphorèse	Diarrhée	Fièvre	Chair de poule

Malnutrition

Examen physique – Autres :

MINI-EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL (si indiqué)

➲

Numéro SED

ÉVALUATION ET PLAN DU MÉDECIN

Candidat au traitement d'entretien à la méthadone? Oui Non

Dans la négative, indiquez les contre-indications médicales.

Dans le cas d'un détenu qui a été dépendant des opioïdes dans le passé, qui ne consomme pas ces drogues actuellement, MAIS qui présente un risque élevé de rechute, le médecin doit fournir les raisons précises justifiant le traitement à la méthadone.
Remarque : Un détenu qui correspond à la description ci-dessus peut tout de même être admissible à un traitement à la méthadone. Le médecin doit consigner les raisons qui justifient le traitement afin de satisfaire aux exigences du Collège des médecins et des chirurgiens.

s.o.

Les raisons précises et applicables justifiant le traitement sont les suivantes :

➲

Avez-vous discuté des avantages et des inconvénients de la méthadone? Oui Non

Comorbidité

Psychiatrique Médicale

Renvois requis

Psychologie

Psychiatrie Médecine

Autres tests de laboratoire requis :

➲

Le détenu satisfait-il aux critères du DSM IV concernant la toxicomanie aux opioïdes?

	Oui		Non

SIGNATURE RELATIVES AU DSM IV

MÉDECIN OU PSYCHIATRE – Prénom(s) (lettres moulées)	Nom de famille (lettres moulées)

Signature Date (AAAA-MM-JJ)

➲

SIGNATURES

MÉDECIN	
Prénom(s) (lettres moulées)	Nom de famille (lettres moulées)

Signature Date (AAAA-MM-JJ)

➲

MEMBRE DU PERSONNEL INFIRMIER	
Prénom(s) (lettres moulées)	Nom de famille (lettres moulées)

Signature Date (AAAA-MM-JJ)

Correctional Service Canada / Service correctionnel Canada

PROTÉGÉ **A** **B** **c** UNE FOIS REMPLI

FICHIER DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Classer au dossier ➲	Voir ci-dessous
Numéro SED ➲	
Nom de famille ➲	
Prénom(s) ➲	
Date de naissance ➲	

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU PROBLÈME DE TOXICOMANIE

Établissement _____

Date _____

ÉVALUATION DU PROBLÈME DE TOXICOMANIE EN VUE D'UN TRAITEMENT À LA MÉTHADONE

Nom de l'agent de programmes correctionnels :

Date de l'entrevue (AAAA-MM-JJ)

Avant cette entrevue, j'ai examiné le dossier du détenu, notamment son plan correctionnel, ses réponses au Questionnaire informatisé sur le mode de vie des toxicomanes, son profil criminel et les programmes qu'il a suivis. Oui Non

Le détenu a-t-il signé l'Entente de participation au traitement d'entretien à la méthadone?

Oui Non

Le comportement criminel du détenu est-il directement lié à sa toxicomanie?

Oui Non

⇩ Si oui, veuillez préciser :

Résultats des tests

ADS _____ PRA _____ DAST _____

Programmes de traitement de la toxicomanie récemment suivis :

⇩ **Remarque : Avant de commencer l'entrevue, veuillez expliquer au délinquant en quoi cette entrevue consiste et lui décrire les étapes suivantes du processus. Pendant l'entrevue, notez les réponses du délinquant sous chaque question, en reproduisant textuellement ses paroles, dans la mesure du possible.**

CONSOMMATION D'OPIOÏDES DANS LE PASSÉ (ou autre consommation principale d'opioïdes)

1. Pourquoi souhaitez-vous participer au programme de TEM?

2. Veuillez décrire la vie que vous meniez avant de commencer à consommer des opioïdes.

3. Comment avez-vous commencé à consommer des opioïdes (héroïne et autres)? Quel âge aviez-vous?

4. Quels sont les bons côtés de votre consommation d'opioïdes?

5. Quels sont les mauvais côtés de votre consommation d'opioïdes?

PROTÉGÉ
Original : Dossier de santé du détenu
Copie : Centre de recherche en toxicomanie

➲

Numéro SED

CONSOMMATION D'OPIOÏDES DANS LE PASSÉ (suite)

6. Vous êtes-vous aperçu que vous deviez consommer de plus en plus d'opioïdes, avec le temps, pour obtenir l'effet voulu?

7. Diriez-vous que vous avez une dépendance aux opioïdes? Veuillez expliquer votre réponse.

8. Quand diriez-vous que vous êtes devenu dépendant aux opioïdes?

9. Décrivez une journée normale de consommation d'opioïdes.

10. Au plus fort de votre consommation d'opioïdes, quelle est la quantité la plus importante que vous ayez prise?

11. Au plus fort de votre consommation d'opioïdes, combien de fois et de quelle manière (par injection, en fumant, etc.) en preniez-vous, dans une journée?

12. Combien d'argent dépensiez-vous, chaque jour, à cette époque?

13. Avez-vous déjà pris une surdose d'opioïdes? Si oui, veuillez expliquer ce qui s'est produit.

14. À quand remonte votre dernière période de dépendance aux opioïdes?

15. Combien de temps cette période de consommation a-t-elle duré?

16. Subveniez-vous à vos besoins pendant cette période? Si oui, de quelle manière? Si non, qui subvenait à vos besoins?

Numéro SED

CONSOMMATION D'OPIOÏDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS Cette section porte uniquement sur la consommation d'opioïdes pendant les 12 derniers mois

17. Quelle est votre drogue préférée (de prédilection)?

18. Devez-vous consommer des quantités de drogue de plus en plus fortes pour obtenir le même effet?

19. Si vous cessez soudainement de prendre de la drogue, ressentez-vous des symptômes particuliers? Si oui, veuillez décrire ces symptômes.

20. Vous arrive-t-il souvent de consommer davantage de drogue que prévu, ou pendant une plus longue période que prévu?

21. Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation de drogue? Si oui, combien de tentatives avez-vous faites? Combien de vos tentatives ont réussi?

22. Passez-vous une grande partie de votre journée à vous procurer de la drogue, à la consommer et à vous remettre de ses effets?

23. Avez-vous laissé tomber votre travail, votre vie sociale ou d'autres activités en raison de votre consommation de drogues?

24. Est-ce que vous continuez à consommer de la drogue même si votre consommation vous cause du tort ou des problèmes?

Numéro SED

TENTATIVES DE CESSATION ANTÉRIEURES

25. Combien de fois avez-vous essayé de cesser de consommer des opioïdes dans le passé?

26. Pendant combien de temps avez-vous réussi à vous en passer?

27. Comment vous y êtes-vous pris?

28. Lorsque vous avez cessé de consommer des opioïdes, avez-vous ressenti des symptômes de sevrage? Si oui, veuillez décrire ces symptômes.

29. Pourquoi avez-vous recommencé à consommer des opioïdes?

30. Veuillez énumérer les situations qui vous donnent envie de consommer des opioïdes.

CONSOMMATION D'OPIOÏDES PENDANT L'INCARCÉRATION

31. Avez-vous consommé des opioïdes pendant votre période d'incarcération actuelle?

32. Veuillez décrire votre consommation d'opioïdes en établissement (Quels opioïdes avez-vous consommés? À quelle fréquence? En quelle quantité? Quelle méthode avez-vous utilisée? Quand avez-vous consommé des opioïdes pour la dernière fois? Y a-t-il eu des changements?)

33. Vous êtes-vous servi d'aiguilles pendant la présente période d'incarcération?	Oui	Non
Avez-vous partagé des aiguilles?	Oui	Non
Si oui, les avez-vous nettoyées à l'eau de Javel?	Oui	Non

	Numéro SED			
Remarque : L'échelle de gravité de la dépendance (SDS) est un outil de mesure objective de la gravité de la dépendance aux opioïdes et à d'autres drogues. **Lisez les questions suivantes au détenu, ainsi que les réponses possibles. Le détenu doit répondre en pensant à ce qu'il vivait pendant ses périodes de consommation dite normale. Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à chacune de ses réponses.**	Jamais/Presque jamais	Parfois	Souvent	Toujours/Presque toujours
1. Pensiez-vous qu'il vous était impossible de maîtriser votre consommation d'opioïdes?	0	1	2	3
2. Est-ce que la perspective de manquer une injection (ou une dose) ou de ne pas pouvoir vous mettre à la recherche de drogues vous angoissait ou vous inquiétait?	0	1	2	3
3. Votre consommation de drogue vous inquiétait-elle?	0	1	2	3

4. Auriez-vous aimé pouvoir arrêter de consommer cette drogue?	0	1	2	3
5. À quel point vous était-il difficile de cesser de consommer cette drogue ou de vous en passer?	0	1	2	3
Pour calculer le résultat obtenu, additionnez les chiffres encerclés. Plus le résultat est élevé, plus la dépendance est grave. Total	/15			

TRAITEMENTS À LA MÉTHADONE ANTÉRIEURS

34. Qu'est-ce que votre participation au programme de traitement à la méthadone vous apportera, à votre avis?

35. Avez-vous déjà pris de la méthadone? ⇩ Si la réponse est non, passez à la question 43. Oui Non

36. Où et quand avez-vous participé à un programme de traitement à la méthadone?

37. Vous souvenez-vous du nom du médecin?

38. Pendant combien de temps avez-vous participé à ce programme?

39. Quelle quantité de méthadone preniez-vous?

40. Qu'avez-vous pensé du programme de traitement à la méthadone?

41. Quand et pourquoi avez-vous cessé de participer au programme?

42. Combien de temps après avoir cessé de participer au programme avez-vous recommencé à consommer des opioïdes?

43. Comment avez-vous recommencé?

Numéro SED

ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION D'AUTRES DROGUES

44. Mise à part votre drogue de prédilection (question 17), quelles sont les substances que vous avez le plus souvent consommées au cours de votre vie?

Drogue	Âge la première fois	Durée de la période de consommation quotidienne (mois, années)	Quantité habituellement consommée	Mode d'administration (injection, voie orale)	Date de la dernière consommation	Avez-vous déjà cessé de consommer cette drogue?	Pendant combien de temps avez-vous cessé?	Avez-vous ressenti des symptômes de sevrage?
Autres opioïdes								
Percocet ou Percodan								
Morphine ou Dilaudid								
Médicaments contenant de la codéine (p. ex. Tylenol 3)								
Héroïne								
Cocaïne								
Barbituriques (Seconal, Tuinal, Fiorinal avec codéine)								
Benzodiazépines (Valium, Ativan, Serax, Halcion)								
Cannabis (marijuana, hachisch)								
Amphétamines (benzédrine et autres)								
LSD, PCP								
Solvants								
Alcool								
Tabac								

45. Outre les opioïdes, y a-t-il d'autres substances dont la consommation vous cause des problèmes?

46. En quoi la consommation de ces substances vous cause-t-elle des problèmes?

PROGRAMMES ANTÉRIEURS

47. Avez-vous déjà fait une cure en centre de désintoxication? Veuillez me parler de cette cure.

48. Quels genres de traitements de la toxicomanie avez-vous suivis? (Remarque : il peut s'agir de programmes de traitement, d'efforts autonomes, de counselling, etc.) Décrivez ces traitements. Quand les avez-vous suivis? Ont-ils été utiles? Si oui, de quelle manière?

Numéro SED

OPIOÏDES ET DOMAINES DE LA VIE

49. Quelles conséquences la consommation d'opioïdes a-t-elle eues sur votre vie?

Relations interpersonnelles

Enfants

Famille

Amis

Travail et études

Santé physique

Santé mentale

Consommation de substances et comportement criminel

50. Quelles sont les infractions à l'origine de votre peine actuelle?

51. Dans quelles circonstances avez-vous commis ces infractions?

52. Aviez-vous les facultés affaiblies par une ou plusieurs substances?

53. Votre consommation d'opioïdes a-t-elle joué un rôle dans la perpétration de cette infraction? Si oui, de quelle manière?

54. Parmi tous les crimes que vous avez commis, y compris ceux pour lesquels vous ne vous êtes jamais fait prendre, combien étaient liés aux drogues?

Aucun Quelques-uns La plupart Tous

Numéro SED

TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE (TEM) DU SCC ET AVENIR DU DÉLINQUANT

55. Qu'espérez-vous obtenir ou réaliser en participant au TEM?

56. À quoi ressemblerait votre vie si vous réussissiez votre traitement à la méthadone?

57. Si vous êtes accepté dans le programme de traitement à la méthadone, vous devrez satisfaire aux exigences du programme. Connaissez-vous ces

58. Supposons que le TEM vous aide à ne pas consommer d'opioïdes. Y a-t-il d'autres domaines où vous devez faire des efforts afin de réussir votre réinsertion sociale?

59. Quels efforts faites-vous actuellement dans ces domaines?

60. Que prévoyez-vous faire pour régler ces problèmes?

61. Y a-t-il d'autres sujets dont nous devrions parler avant de terminer cette entrevue?

SIGNATURE

NOM DU DÉTENU

Prénom(s) (lettres moulées)	Nom de famille (lettres moulées)

Signature ⇩ Date (AAAA-MM-JJ)

Numéro SED

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION - À REMPLIR APRÈS L'ENTREVUE

En tenant compte de tous les renseignements obtenus pendant l'entrevue, veuillez évaluer chacun des points ci-dessous.

1.	Indications de consommation d'opioïdes supérieure à la consommation prévue, en quantité et en durée.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
2.	Indications de cessation de la consommation d'opioïdes.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
3.	Indications de dépendance physique aux opioïdes.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
4.	Indications de torts physiques causés par la consommation d'opioïdes.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
5.	Indications de comportements à risque liés à la consommation d'opioïdes (partage d'aiguilles, notamment).	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
6.	Indications de désir persistant ou d'efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation d'opioïdes.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
7.	Indications selon lesquelles le détenu consacre beaucoup de temps aux activités nécessaires pour obtenir et consommer des opioïdes et se remettre de leurs effets.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs
8.	Indications de conséquences négatives de la consommation d'opioïdes dans les divers domaines de la vie du délinquant.	Aucune	Quelques-unes	Plusieurs

9. Degré de compréhension qu'a le délinquant de son rôle et des attentes à son égard dans le cadre du TEM

1	2	3	4	5
Aucune compréhension		Compréhension moyenne		Bonne compréhension

10. Degré de volonté du délinquant de respecter les exigences du TEM

1	2	3	4	5
Aucune volonté		Volonté moyenne		Grande volonté

11. Degré de compréhension du fait que la méthadone n'assure pas à elle seule la guérison de la toxicomanie et que le délinquant devra faire des efforts pour modifier certaines choses dans sa vie

1	2	3	4	5
Aucune compréhension=		Compréhension moyenne		Bonne compréhension

12. Niveau d'aide requis par le délinquant pour faire face à la vie sans consommer d'opioïdes

1	2	3	4	5
Aide importante requise		Aide moyenne requise		Peu d'aide requise

13. Probabilité que le délinquant continue à consommer des opioïdes s'il ne suit pas le TEM

1	2	3	4	5
Probabilité élevée		Probabilité moyenne		Probabilité peu élevée

Recommandation quant à la participation du délinquant au TEM :	Bon candidat	Mauvais candidat

SIGNATURE

ÉVALUATEUR

Prénom(s) (lettres moulées)	Nom de famille (lettres moulées)
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)
⇩	