



CORRECTIONAL SERVICE CANADA

CHANGING LIVES. PROTECTING CANADIANS.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



Lignes directrices intégrées en santé mentale

2020-03-16

Table des matières

| | |
|--|----|
| Section 1 : Normes générales de pratique..... | 1 |
| 1.0 Aperçu des services en santé mentale..... | 1 |
| 2.0 Équipes interdisciplinaires en santé mentale | 2 |
| 3.0 Champ de pratique et compétence | 5 |
| 4.0 Comité régional sur les cas complexes en santé mentale | 5 |
| 5.0 Priorisation des Services | 6 |
| 6.0 Confidentialité, accès à l'information et partage de l'information | 6 |
| 7.0 Consentement..... | 7 |
| 8.0 Documentation des cas..... | 10 |
| 9.0 Renvoi | 12 |
| 10.0 DC 843 – Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves | 14 |
| 11.0 Processus d'évaluation de la santé (incluant la santé mentale) à l'évaluation initiale | 15 |
| 11.1 Processus d'aiguillage | 15 |
| 11.2 Évaluation de la santé au 1 ^{er} jour..... | 15 |
| 11.3 Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) | 17 |
| 11.4 Évaluation de la santé mentale par un professionnel de la santé mentale identifié | 20 |
| 12.0 Évaluation et traitement..... | 21 |
| 13.0 Autres Évaluations | 23 |
| 13.1 Processus d'évaluation de la santé des personnes dans une unité d'intervention structurée et /ou déplacements restreints..... | 23 |
| 13.2 Évaluations psychologiques du risque | 23 |
| 13.3 Évaluations pour la réévaluation de la cote de sécurité et Opinions sur les transfèrements | 24 |
| 13.4 Évaluation d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)..... | 25 |
| 13.5 Évaluations sans consentement..... | 25 |
| 14.0 Alertes, indicateurs et besoins..... | 26 |
| 15.0 Cessation des soins | 27 |
| 16.0 Transfèrement | 27 |
| Section 2 : Normes détaillées selon le niveau de soins | 29 |
| 17.0 Soins primaires..... | 29 |

| | | |
|------|---|----|
| 17.1 | Admissibilité | 29 |
| 17.2 | Réponse à un renvoi..... | 29 |
| 17.3 | Triage..... | 30 |
| 17.4 | Évaluation de la santé mentale et planification du traitement/d'intervention..... | 31 |
| 17.5 | Rapports sur le progrès | 31 |
| 17.6 | Fin des soins | 32 |
| 18.0 | Processus d'admission et de congé dans les unités de soins de santé..... | 34 |
| 18.1 | Critères d'admission..... | 34 |
| 18.2 | Critères de congé | 34 |
| 18.3 | Comité des admissions et des congés..... | 34 |
| 18.4 | Processus de renvoi à une unité de soins de santé..... | 35 |
| 18.5 | Personnes dans les unités de soins de santé et non engagées dans leur traitement | 37 |
| 18.6 | Services pour les personnes qui ont obtenu leur congé de l'unité de soins de santé et qui sont en attente de leur transfèrement. | 37 |
| 19.0 | Soins intermédiaires en santé mentale | 37 |
| 19.1 | Soins intermédiaires d'intensité élevée en santé mentale..... | 37 |
| 19.2 | Soins intermédiaires d'intensité modérée en santé mentale..... | 38 |
| 19.3 | Réponse aux renvois | 38 |
| 19.4 | Coordinateur de cas cliniques..... | 39 |
| 19.5 | Évaluation et planification du traitement/de l'intervention..... | 39 |
| 19.6 | Rapports sur le progrès | 40 |
| 19.7 | Processus de congé | 41 |
| 20.0 | Soins intermédiaires en santé mentale pour les femmes | 43 |
| 20.1 | Soins intermédiaires d'intensité élevée en santé mentale..... | 44 |
| 20.2 | Soins intermédiaires d'intensité modérée en santé mentale..... | 45 |
| 20.3 | Réponses aux renvois..... | 45 |
| 20.4 | Évaluation et planification du traitement/de l'intervention..... | 46 |
| 20.5 | Processus de congé | 46 |
| 21.0 | Soins psychiatriques hospitaliers..... | 47 |
| 21.1 | Critères d'admission..... | 47 |
| 21.2 | Réponse aux demandes de renvoi | 47 |
| 21.3 | Considérations d'admission | 47 |
| 21.4 | Professionnel traitant responsable | 48 |

| | | |
|--|--|----|
| 21.5 | Coordination clinique du cas..... | 48 |
| 21.6 | Évaluation et la planification du traitement/d'intervention..... | 48 |
| 21.7 | Rapports sur le progrès | 49 |
| 21.8 | Processus de congé | 50 |
| 22.0 | Soins psychiatriques hospitaliers (CPR) pour femmes..... | 52 |
| 22.1 | Évaluation et planification du traitement/d'intervention | 52 |
| 22.2 | Processus de congé | 52 |
| 22.3 | Placement des femmes dans les centres régionaux de traitement pour hommes | 52 |
| 23.0 | Services de planification clinique de la continuité des soins et de santé mentale dans la collectivité | 53 |
| 23.1 | Planification clinique de la continuité des soins | 53 |
| 23.2 | Prestation de services de santé mentale dans la collectivité | 54 |
| 23.3 | Réponse aux demandes de renvoi, triage et établissement de l'ordre de priorité des services | 54 |
| 23.4 | Évaluation et planification du traitement/d'intervention | 56 |
| 23.5 | Fin des soins | 57 |
| 23.6 | Suicide et automutilation..... | 57 |
| Annexe A : Cadre clinique pour l'identification, la gestion et l'intervention auprès des individus ayant des vulnérabilités liées au suicide ou à l'automutilation | | 58 |
| Annexe B: Guide de documentation..... | | 65 |
| Annexe C : Processus d'intervention en cas de suicide ou d'automutilation..... | | 73 |
| Annexe D : Diagramme sur le processus d'évaluation initiale de l'état de santé (incluant la santé mentale)..... | | 76 |
| Annexe E: Lignes directrices pour compléter les examens de l'état mental..... | | 77 |
| Annexe F: Lignes directrices portant sur le contenu des lettres adressées aux personnes ayant complété un test de dépistage du SIDTMEI mais qui ne se rendent pas au rendez-vous comme prévu afin de compléter une entrevue avec un professionnel de la santé mentale identifié..... | | 85 |
| Annexe G : Lignes directrices sur le contenu des évaluations en santé mentale à l'évaluation initiale et dans une UIS | | 86 |
| Annexe H : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation et d'un plan de traitement/d'intervention | | 89 |
| Annexe I : Lignes directrices sur le contenu d'un rapport sur le progrès et d'un rapport final..... | | 92 |
| Annexe J : diagramme sur le processus d'évaluation de la santé (incluant la santé mentale) pour les unités d'intervention structurée/déplacements restreints..... | | 93 |

| | |
|---|-----|
| Annexe K: Consultation et évaluation de la santé pour les unités d'intervention structurées et les déplacements restreints. | 94 |
| Annexe L : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation de la santé mentale en établissement ... | 101 |
| Annexe M : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation de santé mentale en vue d'un transfèrement à l'Unité spéciale de détention..... | 104 |
| Annexe N : Lignes directrices relatives à l'évaluation et au traitement du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité | 107 |
| Annexe N.2 – Entente de traitement pour l'utilisation de médicaments à potentiel élevé d'abus . | 125 |
| Annexe O : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation de la santé mentale aux fins de triage .. | 127 |
| Annexe P : Lignes directrices sur le contenu des avis écrits remis aux personnes concernant une décision relative à leur admission à une unité de soins de santé | 128 |
| Annexe Q : Lignes directrices sur le contenu des avis écrits remis aux personnes concernant une décision relative à leur congé d'une unité de soins de santé | 130 |
| Annexe R : Lignes directrices sur le contenu d'un rapport de fin de traitement – soins psychiatriques hospitaliers ou intermédiaires (versions complète et provisoire)..... | 131 |
| Annexe S : Lignes directrices sur le contenu d'un rapport de fin de traitement psychiatrique | 133 |

Le présent document est réparti en deux sections. La première section représente les grandes lignes des normes de pratique applicables à l'ensemble des niveaux de soins en santé mentale fournis par le Service correctionnel du Canada, tandis que la deuxième élabore davantage sur les directives au sujet des exigences relatives à chaque niveau de soins.

Section 1 : Normes générales de pratique

La présente section décrit les normes de pratiques applicables à l'ensemble des niveaux de soins en santé mentale. Elle renferme un aperçu des services en santé mentale fournis par le SCC et des renseignements *généraux* sur les thèmes suivants :

- Équipes interdisciplinaires en santé mentale
- Champ d'exercice et compétences professionnelles
- Comités régionaux sur les cas complexes en santé mentale
- Priorisation des services
- Confidentialité, accès à l'information et partage de l'information
- Consentement
- Documentation de cas
- Renvois
- DC 843, *Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves*
- Évaluations de la santé (incluant la santé mentale) à l'évaluation initiale
- Évaluations et traitements
- Autres évaluations
- Les alertes, les indicateurs et les besoins
- La cessation des soins
- Le transfèrement

1.0 Aperçu des services en santé mentale

Les présentes lignes directrices traitent de la prestation de services en santé mentale aux personnes dans les établissements réguliers, les centres régionaux de traitement du Service correctionnel du Canada (SCC) ainsi qu'aux personnes en liberté sous condition/sous surveillance dans la collectivité. Les lignes directrices ont été établies à la lumière des normes professionnelles en matière de pratique et des politiques et lois pertinentes.

La Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada repose sur cinq volets principaux qui s'inscrivent dans un continuum de soins allant de l'admission à l'expiration du mandat. Ces volets sont : (1) dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale; (2) les soins primaires en santé mentale; (3) les soins intermédiaires en santé mentale ; (4) les soins psychiatriques hospitaliers administrés dans les centres de traitement régionaux, et (5) les soins de transition en vue de la mise en liberté dans la collectivité (planification clinique de la continuité des soins et santé mentale dans la collectivité). Un diagramme et une liste des services offerts à chaque niveau de soins sont présentés à la figure 1.

Les lois et les politiques pertinentes requièrent que les personnes sous la supervision du SCC bénéficient de soins de santé essentiels et aient un accès raisonnable à des services de santé non essentiels. En outre, les politiques exigent la mise en place de services d'évaluation psychologique du risque, d'autres services psychologiques spécialisés, et les services de santé mentale qui contribuent à la prise de décisions pour la

gestion des cas, à la gestion du risque et aux objectifs de réinsertion sociale. Ces services doivent être fournis conformément aux normes professionnelles en matière de pratique et d'éthique et aux normes établies par le SCC.

Services de santé mentale du SCC

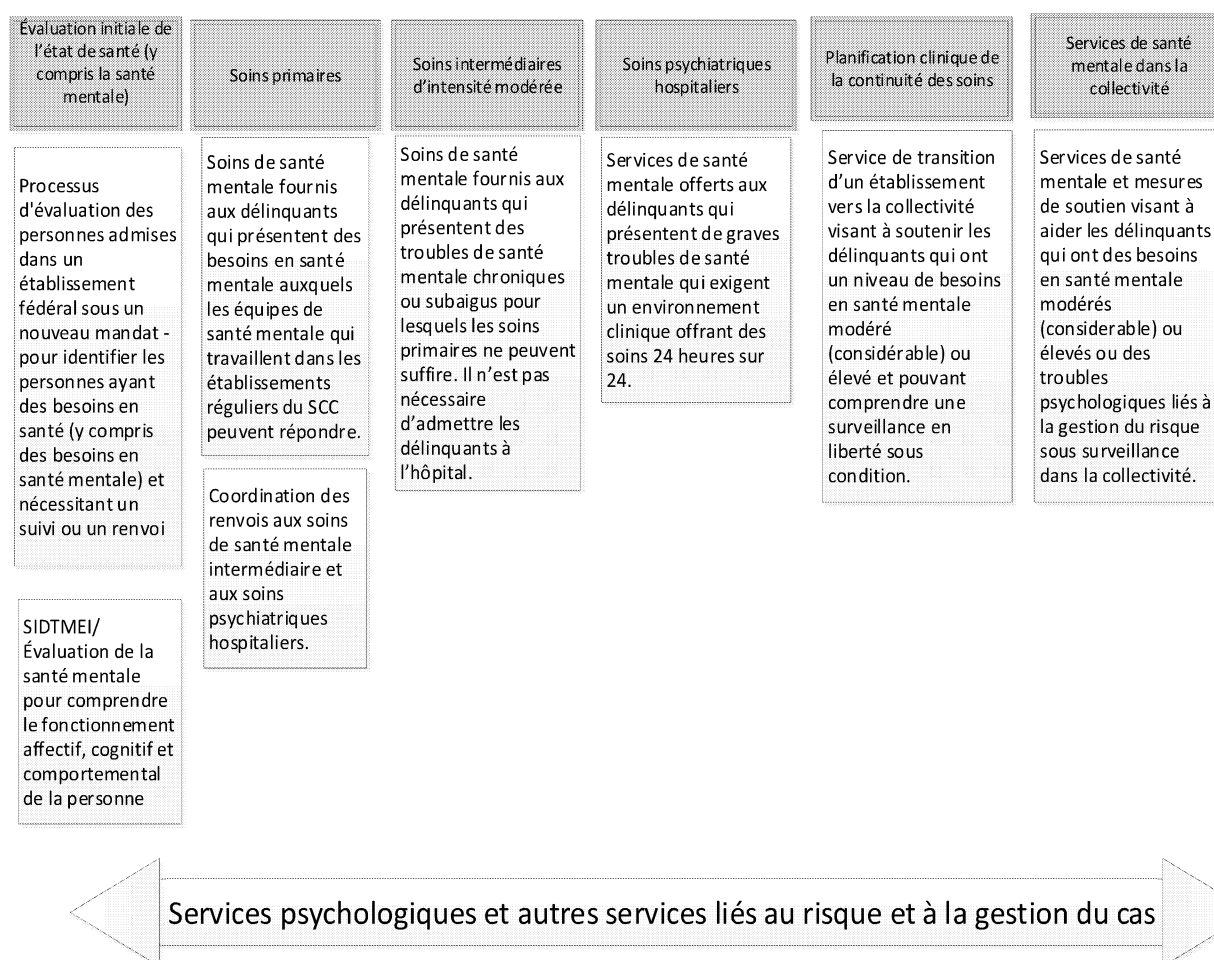


Figure 1. SCC Service en santé mentale : Un continuum de soins

2.0 Équipes interdisciplinaires en santé mentale

Une équipe interdisciplinaire en santé mentale est mise sur pied pour coordonner la prestation de services en santé mentale et pour faciliter la consultation interdisciplinaire. Les membres de ces équipes ont la responsabilité de cerner les besoins et les exigences en matière de services, d'établir l'ordre de priorité des services de santé mentale et de discuter des questions et/ou préoccupations courantes d'ordre clinique ou opérationnel concernant la gestion des cas, des objectifs à court et long terme, des rôles et des responsabilités de tous les employés intervenants auprès des personnes ayant des besoins élevés et des nouveaux enjeux en santé mentale.

Les réunions des équipes interdisciplinaires en santé mentale sont présidées par le chef des Services de santé mentale, le chef d'équipe clinique ou son délégué. La taille et la composition interdisciplinaire des équipes en santé mentale varient selon les unités opérationnelles, ces équipes peuvent comprendre des psychologues, des membres du personnel infirmier, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des techniciens en science du comportement, des cliniciens en santé mentale, des agents de santé mentale et/ou des psychiatres. Elles peuvent également compter d'autres membres du personnel des services de santé, des agents de réadaptation, des agents de libération conditionnelle, des gestionnaires correctionnels, des Aînés et des membres invités selon le besoin.

Vu la diversité des milieux de travail à la grandeur du pays, notamment par rapport aux profils de la population, à la complexité des besoins en santé mentale, à la disponibilité des ressources et aux champs d'exercice particuliers des professionnels au sein des équipes en santé mentale, les chefs et/ou les gestionnaires des Services en santé mentale doivent tenir compte de ces facteurs et d'autres facteurs, entre autre, pour déterminer la répartition des cas et la prestation de services spécialisés particuliers. Les chefs et/ou les gestionnaires en santé mentale veilleront à ce que les personnes qui remplissent les critères relatifs aux services en santé mentale reçoivent les services en santé mentale requis et appropriés en accord avec les normes professionnelles. Cela peut inclure la définition précise des rôles au sein de l'équipe ou le jumelage de spécialisations professionnelles avec les besoins de la personne. Il peut s'avérer nécessaire de consulter la littérature basée sur des données probantes, des ordres professionnels et des agences de santé mentale pour s'assurer de respecter les normes professionnelles afin de fournir les services en santé mentale les plus efficaces et efficients.

En conséquence, l'affectation des renvois est fondée sur la charge de cas, la complexité des rôles, la complexité des services requis, le niveau de responsabilité et les compétences spécialisées des membres de l'équipe de santé mentale.

L'équipe de santé mentale va :

- se réunir au besoin, **mais au moins une fois par mois**. Pour des raisons pratiques, ces réunions dans la collectivité peuvent être tenues en personne, par conférence vidéo ou téléphonique ou par courriel;
- à tout le moins, discuter des cas complexes de troubles mentaux, des cas de comportement suicidaire, des cas d'automutilation (catégorie 4 et 5 voir (l'annexe A), des plans de gestion des incidents et d'intervention en cas d'urgence (PGIUI) et des renvois aux services de santé mentale dans la collectivité;
- examiner les renvois considérés pour recevoir des soins intermédiaires et des soins psychiatriques hospitaliers afin de veiller à ce que les personnes aient un accès en temps opportun au niveau requis de soins en santé mentale.
- examiner les renvois et la priorisation des cas pour les personnes qui sont en attente de services; l'examen devrait comprendre des sujets comme les changements au niveau du fonctionnement ou des besoins de la personne, la détérioration de son état de santé mentale et la proximité de la date de libération ou de l'expiration du mandat.

Chaque unité opérationnelle doit disposer d'un processus de documentation des comptes rendus des réunions de l'équipe de santé mentale. Les comptes rendus doivent être classés de façon à ce que seulement les membres du personnel des Services de santé mentale puissent y accéder. Un membre du personnel désigné s'occupera de copier et de coller des renseignements contenus dans l'ensemble des comptes rendus et de verser les renseignements dans le dossier médical électronique du SGISD-DME des personnes.

Le professionnel traitant responsable (PTR)

Les personnes qui ont des besoins en matière de santé mentale requièrent habituellement des soins offerts simultanément par plus d'un fournisseur de soins de santé. Une coordination efficace de ces soins joue un rôle primordial dans la sécurité du patient et l'approche holistique de la prestation des services de santé. Le concept du « professionnel traitant responsable » désigne généralement un professionnel de la santé qui a la responsabilité globale de la direction et de la coordination des soins et de la prise en charge de la personne à un moment donné, c'est-à-dire pendant le temps où la personne reçoit des soins dans une unité spécifique.

Le professionnel traitant responsable (PTR) doit être un professionnel de la santé agréé.

Les tâches clés du PTR sont les suivantes :

- Donne des conseils pour aider une équipe clinique à élaborer un plan de traitement pour le patient et à surveiller ses progrès au fil du temps. Si nécessaire, cela inclut également la direction et la clarification des plans de traitement; Bien que le PTR ne dispose peut-être pas de la spécialisation requise pour les soins de la personne, il doit néanmoins veiller à ce que l'équipe de traitement comprenne un professionnel de la santé possédant la spécialisation requise;
- En collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, veille à ce que la documentation standard requise soit complétée dans les délais établis.
- Assiste aux consultations lorsque cela est nécessaire et approprié, en fonction des besoins spécifiques de la personne;
- Coordonne le processus de congé, notamment en assurant la continuité des soins et en identifiant le prochain PTR si nécessaire.

L'identification du PTR doit être effectuée tôt lors de la prestation de soins à la personne et clairement documentée dans le SGISD-DME. De plus, chaque personne sera informée de l'identité de son PTR attribué et du rôle de ce dernier. En cas d'absence du PTR, le chef des Services de santé mentale et/ou le chef d'équipe clinique doivent s'assurer qu'un autre membre du personnel soit désigné pour assurer le rôle du PTR et que la personne concernée en soit informée.

Coordonnateur clinique de cas (CCC)

Un coordonnateur clinique de cas est assigné à chaque personne admise aux soins intermédiaires en santé mentale ou aux soins psychiatriques hospitaliers. Le CCC peut être n'importe quel professionnel de la santé.

Les tâches clés du CCC sont les suivantes :

- Assurer la liaison avec le professionnel traitant responsable (PTR) au besoin pour veiller à ce que le PTR ait l'information pertinente pour coordonner le plan de soins et y faire des révisions si nécessaires.
- Aider à coordonner les soins interdisciplinaires liés aux domaines de besoins en matière de traitement déterminés pendant le processus d'évaluation. Pendant les conférences de cas ou au besoin, le CCC communique avec les membres de l'équipe de traitement concernant les domaines de besoins des personnes, les objectifs en matière de traitement et les interventions prévues.

- Veiller à ce que l'équipe de traitement soit tenue au courant de l'état de santé mentale ou de l'état émotionnel ou comportemental de la personne et soit informée des éléments contextuels qui peuvent influencer sur l'état mental et le fonctionnement de la personne et/ou qui peuvent entraîner des modifications au plan de traitement.
- Solliciter l'avis des membres de l'équipe interdisciplinaire aux fins de documentation et de suivi des progrès.
- Coordonner le processus de congé, notamment en assurant la continuité des soins et en identifiant le prochain PTR si nécessaire;
- En cas d'absence du CCC, le chef des Services de santé mentale et/ou le chef d'équipe clinique doit veiller à ce qu'un membre du personnel ou un délégué soit désigné pour assurer les tâches du CCC.

3.0 Champ de pratique et compétence

Les professionnels de la santé agréés doivent adhérer aux normes de leur association ou de leur ordre respectif, et sont responsables de fournir des services de façon éthique et compétente conformément aux normes provinciales et nationales ainsi qu'à l'organisme de réglementation pertinent. Il incombe à chaque membre de l'équipe d'intervenir dans son champ d'exercice et dans ses domaines de compétence dans le cadre de la prestation de services en santé mentale. Les professionnels de la santé non agréés peuvent exercer des activités ne faisant pas l'objet de restrictions sous la direction d'un professionnel de la santé agréé, conformément à leur organisme de réglementation provincial.

En respectant les normes professionnelles acceptées et la gouvernance des soins de santé, le Service appui l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique des professionnels de la santé agréés, y compris leur capacité d'exercer leur jugement professionnel sans influence indue pour les soins et le traitement de leurs patients\clients.

Conformément aux exigences des ordres professionnels, le rôle des professionnels de la santé consiste entre autres à défendre les intérêts des patients dans la prestation des soins favorisant la santé et le bien-être.

4.0 Comité régional sur les cas complexes en santé mentale

Le Comité régional sur les cas complexes en santé mentale (CRCCSM) est un mécanisme servant à conseiller et à soutenir les établissements en vue d'assurer l'efficacité du continuum de soins offerts aux personnes qui ont, pendant leur incarcération, de graves problèmes de santé mentale qui suscitent, pour les établissements, des difficultés importantes en ce qui concerne la prise en charge et le traitement de ces personnes. Le CRCCSM est coprésidé par le Directeur régional, Services de santé, et le sous-commissaire adjoint, Opérations en établissement. Les autres membres sont le Directeur exécutif, Centre de traitement; le gestionnaire, Services de santé mentale en établissement; le gestionnaire, Services de santé mentale dans la collectivité (au besoin); les directeurs des établissements pour femmes; et le directeur de district (au besoin). Des membres spéciaux peuvent être invités à siéger à la demande du président de la réunion. Le CRCCSM se réunit chaque mois pour examiner les cas complexes. Au besoin, la fréquence des réunions peut être augmentée.

5.0 Priorisation des Services

La priorisation des services est décrite plus en détail dans les sections portant sur chacun des niveaux de soins.

De manière générale, ce qui suit s'applique :

- L'ordre de priorité des services fournis aux personnes ayant des problèmes de santé mentale est établi en fonction de l'urgence du renvoi, du niveau de besoins évalué de la personne et de la complexité du cas. L'utilisation de **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** peut aider les professionnels de la santé mentale à déterminer le niveau de besoins en santé mentale et l'admissibilité aux services. Les personnes qui remplissent les critères relatifs aux services de santé mentale recevront le niveau de soins approprié.
- La prestation de services de santé mentale peut nécessiter une révision de l'ordre de priorité afin de gérer des crises et des situations émergentes. Il faut faire preuve de souplesse et de jugement clinique pour pouvoir répondre aux besoins de santé mentale identifiés chez les personnes. Les gestionnaires des services de santé mentale s'assurent que ces décisions sont prises en mettant l'accent sur le client et dans le respect des politiques, des normes professionnelles et des pratiques fondées sur des données probantes. Une certaine souplesse peut s'imposer afin de permettre une intervention plus adaptée au niveau de fonctionnement ou aux besoins changeants, mais les services de santé mentale sont fournis dans les meilleurs délais et documentés conformément aux normes professionnelles.
- La priorité des services psychologiques liés à l'évaluation et à la gestion du risque, et d'autres services qui contribuent à la prise de décisions et aux objectifs liés à la réinsertion sociale, est établie en fonction des exigences des politiques, du risque, de la réceptivité et de la complexité du cas.

6.0 Confidentialité, accès à l'information et partage de l'information

L'équipe des Services de santé préserve la confidentialité des renseignements personnels sur la santé de la personne, à moins que celle-ci consente à leur divulgation. L'échange de renseignements en matière de santé mentale doit se faire conformément aux normes professionnelles et aux politiques internes, dont *la DC 701 – Communication de renseignements*, les *Lignes directrices sur la communication de renseignements personnels sur la santé*, et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Indépendamment de l'obligation de protéger la confidentialité des renseignements personnels sur la santé, les professionnels de la santé du SCC doivent communiquer certains types de renseignements, notamment les suivants :

- les renseignements dénotant un risque imminent de danger pour le personne ou une autre personne;
- les renseignements pertinents aux fins de la prise de décisions ou de la surveillance;
- les renseignements relatifs à toute activité pouvant porter atteinte à la sécurité;
- les renseignements indiquant qu'un enfant court ou pourrait courir un risque et qu'il a besoin de protection;
- les nouveaux renseignements communiqués au sujet d'infractions, s'ils sont liés à l'un des éléments qui précèdent;

Le professionnel de la santé doit expliquer ces limites en matière de confidentialité à la personne au moment où celle-ci consent à recevoir des services. Ces explications peuvent traiter, entre autres, des sujets suivants :

- la communication de divers types de rapports;

- la politique relative à l'échange de renseignements au titre de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC)* et des *Lignes directrices sur la communication de renseignements personnels sur la santé*;
- L'obligation de consigner un refus de participer à une évaluation ou autre intervention non liée à un risque ou à la gestion du risque;
- que le personne ait donné ou non son consentement, l'obligation qu'un psychologue fournisse par écrit une opinion et informe les membres du personnels appropriés au sujet du risque de récidive que présente la personne d'après les renseignements disponibles, dans l'intérêt de la sécurité publique;
- que le personne ait donné ou non son consentement, l'obligation qu'un professionnel de la santé fournisse par écrit une opinion et informe les membres du personnels appropriés au sujet du risque imminent que présente la personne de s'automutiler, de se suicider ou d'infliger des lésions corporelles graves ou mortelles à d'autres personnes (voir la **section 13.5**);
- que le personne ait donné ou non son consentement, l'obligation qu'un professionnel de la santé fournisse par écrit une opinion et informe les membres du personnels appropriés s'il y a des préoccupations en matière de santé mentale qui pourraient avoir un impact sur le statut de la personne dans une unité de soins structurée (UIS) ou en déplacements restreints (DR) ou le transfèrement à l'unité spéciale de détention;
- dans les cas où la personne ne consent pas à une évaluation pour la reclassification de sécurité (c.-à-d., Santé mentale - évaluation institutionnelle), l'obligation pour un professionnel de la santé de réaliser une évaluation basée sur son dossier, avec un aperçu clair des limites de cette évaluation basée induites par l'absence d'entrevue clinique avec la personne (voir la **section 13.5**).

Il est essentiel d'échanger des renseignements pertinents en matière de santé mentale avec l'équipe de gestion de cas concernant notamment le risque de récidive et/ou la gestion de cas de la personne, ou les mesures d'accommodements éventuelles requises aux fins de la participation à des programmes ou de la gestion de cas, en vue d'assurer un soutien efficace et un bon suivi des progrès accomplis. Les renseignements qui doivent être communiqués à l'équipe de gestion de cas sont versés dans le SGD et copiés dans le dossier de gestion de cas, s'il y a lieu.

Les employés qui n'œuvrent pas en santé mentale ont accès au dossier de santé mentale ou psychologique que sous la supervision d'un professionnel de la santé mentale agréé. Le contenu spécialisé ou protégé par droit d'auteur (p. ex. les données brutes et les tests) ne doit être examiné qu'en accord avec le champ d'exercice et les qualifications des professionnels de la santé.

La personne a le droit à un accès raisonnable à son dossier de santé mentale, sauf si le professionnel de la santé est d'avis que ce n'est pas dans le meilleur intérêt de la personne ou si le personnel du SCC est d'avis que la communication de cette information pourrait présenter un risque pour la sécurité de l'établissement.

7.0 Consentement

Le consentement de la personne doit être obtenu pour toutes les évaluations et les traitements, l'implication ou la participation à toute forme de recherche, ou le partage de renseignements personnels de santé, à l'exception de disposition contraire dans les lois et politiques pertinentes. Suivant les normes professionnelles reconnues, le consentement peut être exprimé ou implicite. Il peut être fourni verbalement ou par écrit par la personne. S'il s'agit d'un consentement verbal, le professionnel de la santé

devrait le consigner et y apposer sa signature. Ce consentement doit être donné librement et être éclairé. Lorsqu'une personne est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est alors assujéti aux lois fédérales et aux lois provinciales/territoriales pertinentes (**LD 800-3 : Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux**).

7.1 Consentement pour les soins primaires, la planification clinique du congé et les services de santé mentale dans la collectivité

Avant de fournir des services de soins primaires, des services de planification clinique de la continuité des soins et des services de santé mentale dans la collectivité, les limites de la confidentialité et les questions liées au consentement doivent être examinées avec la personne. Ce processus peut être documenté et signé par la personne à l'aide du **formulaire CSC/SCC 4000-18 : Formulaire de consentement uniformisé pour les services de santé**. Les détails sur les discussions tenues avec la personne en ce qui concerne le consentement et les services fournis doivent être documentés au SGISD- DME.

7.2 Consentement aux soins intermédiaires et aux soins psychiatriques hospitaliers

Pour les cas d'admission volontaire aux soins intermédiaires ou aux soins psychiatriques hospitaliers, une copie signée du **formulaire CSC/SCC 1482 : Participation à un traitement de soins psychiatriques hospitaliers ou à un traitement de soins de santé mentale intermédiaires** doit être fournie avant de procéder à une évaluation ou de fournir un traitement. Le formulaire doit être signé et classé dans le dossier papier approprié et versé dans le **SGISD-DME dans les 24 heures suivant l'admission**. Pour assurer la conformité avec les processus de consentement, chaque unité devra utiliser un processus de vérification interne (système de rappel, etc.). Les détails sur les discussions tenues avec la personne en ce qui concerne le consentement et les services fournis devraient être documentés au SGISD-DME.

Un transfèrement en vue d'une admission en soins de santé mentale intermédiaires peut se faire sur la base sur une décision clinique. Les personnes qui ont la capacité de consentir doivent fournir un consentement éclairé pour le traitement lorsqu'ils résident dans une unité de soins intermédiaires. Généralement, si la personne refuse de consentir au traitement, elle devrait être maintenue dans un centre de soins de santé mentale intermédiaire pour une période **d'au moins 30 jours** durant laquelle on tentera de l'engager à recevoir son traitement. Dans ces cas, l'équipe interdisciplinaire en santé mentale devrait examiner et documenter les efforts déployés pour impliquer la personne au traitement. Si, au bout de 30 jours, la personne ne consent toujours pas au traitement, son cas doit être examiné par le comité d'admission et de congé afin de prendre une décision quant au congé des soins de santé mentale intermédiaires et au retour à l'établissement principal.

7.3 Refus de consentement

Les **paragraphes 88(1) et (2)** de la **LSCMLC** précisent que la personne peut refuser de donner son consentement à toute procédure, même si cela risque de mettre sa vie en danger. Si tel est son souhait, la personne est normalement invitée à signer une déclaration qui indique son refus de consentir à ce traitement. Le refus de consentir au traitement doit être versé dans le SGISD-DME. Aucune mesure disciplinaire n'est prise et, si possible, d'autres traitements lui sont offerts. Le professionnel de la santé avisera la personne des conséquences potentielles de son refus.

Selon les **LD 800-3 : Consentement relatif aux évaluations médicales, aux traitements et à la communication de renseignements**, lorsque le refus de consentir aux soins présente un risque pour la santé ou la sécurité d'autres personnes, le personnel doit s'en remettre aux lois fédérales et aux lois provinciales/territoriales applicables pour déterminer les mesures à prendre.

Les personnes ont le droit de retirer en tout temps leur consentement volontaire à l'évaluation ou au traitement. Le retrait du consentement doit être consigné dans le dossier. Lorsqu'une personne retire son consentement volontaire à la participation aux services de soins psychiatriques hospitaliers et ne satisfait pas aux critères d'admissibilité à un certificat médical en vertu de la loi provinciale applicable, un processus de fin de traitement doit être amorcé (à l'exception du centre de traitement de la région du Québec qui n'est pas considéré un hôpital psychiatrique selon les termes de la Loi provinciale).

Que le personne ait donné son consentement ou non, un professionnel de la santé fournira par écrit une opinion et informera les membres du personnel appropriés au sujet du risque de récurrence que présente la personne d'après les renseignements à sa disposition, dans l'intérêt de la sécurité publique, ainsi que du risque imminent que présente la personne de s'automutiler, de se suicider ou d'infliger des lésions corporelles graves ou mortelles à d'autres personnes (dans le cas d'une évaluation du risque, le professionnel de la santé doit être un psychologue ou un psychiatre). Pour de plus amples renseignements concernant la tenue d'évaluations sans consentement, veuillez-vous référer à la **Section 13.5** des présentes lignes directrices.

La personne doit être avisée que son refus de donner son consentement sera consigné.

7.4 Incapacité à donner son consentement

S'il y a quelque indication que la personne n'est pas en mesure de fournir son consentement (p. ex. la personne démontre de la difficulté à comprendre ce qu'on lui explique, démontre des signes importants de déficience intellectuelle ou de limitations neurologiques ou fait preuve d'une importante instabilité mentale, etc.), une consultation avec le psychiatre et/ou le psychologue devrait être initiée.

Si l'incapacité à fournir son consentement a été établie, aucun service en santé mentale ne sera fourni, et ce, jusqu'à ce qu'une certification ou ordonnance de la cour soit obtenue. Ainsi, les services en santé mentale devront être fournis en fonction des législations provinciales existantes. Les interventions urgentes et immédiates en cas de crise doivent être assurées conformément aux politiques en vigueur (lois provinciales, *Lignes directrices intégrées en santé mentale, DC 843, Interventions visant à protéger la vie et à prévenir les blessures corporelles graves*).

Si la personne est incapable de donner son consentement **dans les 24 heures suivant son admission** en raison d'une grave instabilité mentale, le processus de surveillance interne devra permettre de s'assurer que la personne signe le formulaire de consentement une fois qu'elle aura retrouvé une stabilité mentale. Ce formulaire sera alors versé au dossier.

8.0 Documentation des cas

Conformément aux normes professionnelles, les services et les interventions en santé mentale doivent être consignés. L'annexe B présente un guide pour consigner au SGISD-DME les types de services décrits ci-après.

La tenue de dossiers exacts est essentielle à la prise de décisions, à la communication de renseignements, à la continuité des soins et à la prestation de services appropriés. De plus, elle doit répondre aux exigences établies selon les politiques et les normes professionnelles. Pour obtenir des directives détaillées sur les exigences liées à la documentation des cas à tous les niveaux de soins, veuillez-vous référer à la section des lignes directrices traitant du niveau de soins pertinent.

Les documents relatifs à la santé mentale doivent refléter le travail professionnel effectué par le professionnel de la santé. Dans certaines circonstances, seuls ces documents permettent au professionnel de la santé ou à d'autres intervenants de savoir ce que le professionnel de la santé a établi et les motifs à l'appui des interventions mises en œuvre. Un professionnel de la santé doit déterminer ce qui doit être inclus dans les documents en fonction des renseignements nécessaires pour fournir des soins adéquats, pour aider l'Équipe interdisciplinaire de santé à prodiguer des soins, pour assurer la continuité des services, pour bien documenter toute décision prise, tout particulièrement dans les situations à risque élevé, et pour être lui-même en mesure de répondre efficacement à toute plainte en justice ou toute plainte portant sur les règlements. En ce qui concerne le niveau de détail des documents, le professionnel de la santé doit établir un juste milieu entre les soins fournis à la personne et les exigences et les risques juridiques et éthiques. Certaines directives de contenu sont fournies pour la documentation dans les annexes des sections correspondantes aux niveaux de soins spécifiques.

8.1 Système national de gestion de l'information sur la santé des personnes – SGISD-DME

Le Système national de gestion de l'information sur la santé des *délinquants* (personnes) (SGISD) est le dossier médical électronique (DME). Il s'agit du dossier de santé électronique de toutes les personnes sous la garde du SCC. Conformément aux normes professionnelles, tous les contacts avec les personnes aux fins d'évaluation ou de traitement doivent être consignés dans le SGISD-DME.

Lorsque des formulaires existent dans le SGISD-DME (par exemple, des formulaires de surveillance conformément à la DC 843), ils doivent être complétés pour la documentation dans le SGISD-DME. Si un formulaire n'existe pas mais qu'il existe un formulaire officiel du SCC (disponible dans le catalogue de formulaires du SCC, y compris les formulaires de renvois, etc.), il peut être rempli, puis numérisé et entré dans le SGISD-DME.

Les formulaires suivants sont uniques au SGISD-DME et devraient être utilisés comme indiqué ci-dessous :

Formulaire de la santé mentale :

- Utilisé pour documenter les évaluations de santé et les évaluations de santé mentale, au besoin, pour les personnes participant au processus d'évaluation initiale à l'admission dans le but d'effectuer les évaluations de santé (y compris la santé mentale), ainsi que pour les personnes autorisées au transfèrement à une unité d'intervention structurée (UIS) et/ou en déplacements restreints. Pour plus d'informations sur la réalisation de ces évaluations, reportez-vous aux sections correspondantes de ces directives (sections 11.0 et 13.1).

MHSM-1f : Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale

- Si une évaluation, un triage ou un plan de traitement est complété et n'est pas documenté comme l'exige le formulaire de la santé mentale, ces services doivent être documentés dans MHSM-1f: Rapports de triage et d'évaluations.
- Utilisé pour documenter les résultats du triage, l'évaluation et les plans de traitement
- Utilisé pour documenter les décisions de renvoi pour des soins intermédiaires ou hospitaliers psychiatriques
- Le contenu de ces rapports doit suivre les directives de contenu approprié qui se trouvent dans les annexes de ces directives

MHSM-2f : Rapport sur le progrès santé mentale

- Utilisé pour documenter les progrès thérapeutiques des personnes qui reçoivent un soutien à long terme ou pour documenter un changement important au plan de traitement d'une personne (p. ex. un changement de niveau de besoins en santé mentale, un changement de niveau de soins, un changement de fournisseur de traitement, etc.)

MHSM-3f : Rapport de fin de traitement santé mentale

- Utilisé pour documenter le rapport de fin de traitement pour tous niveaux de soins, incluant les services de planification cliniques de la continuité des soins

MHSM-4f Notes cliniques – santé mentale

- Utilisé pour documenter toutes activités pertinentes en relation à un cas (c.-à-d. tous les contacts avec la personne, des services indirects importants comme la consultation d'un cas, une absence à un rendez-vous)
- Si un triage ou évaluation de santé mentale est complété pendant une seule session, des notes cliniques peuvent être entrées dans la section de commentaires du formulaire *MHSM-5f : Échelle d'évaluation des besoins en santé mentale* le plus tôt possible après le contact, et les résultats complets du triage ou de l'évaluation de santé mentale entrés dans le formulaire *MHSM-1f : Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale*. Si plusieurs sessions sont requises pour mener une évaluation, les notes cliniques pour chaque session devraient être entrées dans le formulaire MHSM-4f pour assurer qu'il y a des notes pour chaque contact individuel. Les formulaires MHSM-1f et MHSM-5f sont requis afin de résumer les résultats complets de l'évaluation.
- Notez que Notes cliniques – santé mentale était précédemment nommé *Of : Consignation d'un service*.

MHSM-5f Échelle des besoins en santé mentale

- Utilisée pour structurer l'évaluation du niveau de besoin de santé d'une personne. Cette échelle établit les domaines prioritaires de traitement, le cas échéant. Elle est aussi utilisée pour les évaluations de la santé mentale lorsque les personnes se trouvent dans des unités d'intervention structurée (au besoin).

Outil de classification de la vulnérabilité au suicide et des besoins:

- Utilisé pour la classification des vulnérabilités face au suicide et à l'automutilation, auprès des individus nouvellement admis au SCC. (Voir annexe A).

8.2 Documentation des dossiers imprimés

Les documents qui sont remplis par du personnel n'œuvrant pas dans le domaine de la santé mentale (p. ex. les formulaires de renvoi), les rapports des professionnels de la santé n'œuvrant pas au SCC ou nécessitant une signature doivent être numérisés et placés dans le SGISD-DME et la copie imprimée peut être déchiquetée (conformément à *Ligne directrice sur la numérisation et l'élimination des documents téléchargés dans le DME du délinquant*).

8.2.1 Dossier de soins psychiatriques de niveau hospitalier

Le dossier des Centres de traitement s'appelle maintenant le dossier des hôpitaux psychiatriques et sera uniquement utilisé pour la documentation sur la santé mentale exigée en copie papier pour les soins psychiatriques offerts aux personnes dans les centres de traitement¹. Le dossier des hôpitaux psychiatriques est ouvert et conservé au Centre de traitement après l'obtention du congé en conformité avec la législation provinciale (loi provinciale des hôpitaux) et conservé en fonction des pratiques de gestion de l'information régionale. Les documents requis sur papier et non placés dans le SGISD-DME seront copiés dans le dossier Soins de santé et santé mentale / psychologie et le dossier médical au moment du congé. Il est à noter que tous les Services de santé mentale fournis aux personnes, même pendant des soins psychiatriques, devraient être documentés dans le SGISD-DME, comme indiqué dans les *Lignes directrices intégrées en santé mentale*.

8.3 Documentation dans le SGD

La documentation relative aux activités d'évaluation ou de traitement doit être placée dans le SGD que si elle concerne le risque et / ou la gestion de cas, ou lorsque la nécessité d'une adaptation est suggérée en ce qui concerne les processus de programmation ou de gestion de cas. Le SGD est accessible aux personnes qui ne sont pas directement impliquées dans les soins de santé. Par conséquent, lors de l'envoi au SGD, les informations personnelles sur la santé qui ne concernent pas le risque ou la gestion de cas devraient être exclues des documents; seules des références générales à ce type d'informations sont faites. Évaluations pour le traitement et les plans de traitement ne doivent pas être placés dans le SGD. L'*Annexe B* fourni un guide sur les catégories de rapports qui peuvent être placés dans le SGD.

9.0 Renvoi

Un renvoi pour des services de santé mentale peut être initié à n'importe quel moment durant la peine de la personne.

Les exigences afin de répondre à un renvoi peuvent être trouvées dans les sections qui définissent les normes pour chaque niveau de soins.

¹ À l'exception du Québec qui continuera d'utiliser le dossier médical et le dossier de santé mentale/de psychologie

9.1 Renvoi vers les soins primaires, la planification clinique de la continuité des soins et les Services en santé mentale dans la collectivité

Un renvoi vers les soins primaires, la planification clinique de la continuité des soins et les Services de santé mentale dans la collectivité peut être initié par n'importe quel membre du personnel à l'aide du **formulaire électronique 4000-01 : Renvoi aux Services de santé**. Les personnes peuvent également faire leur propre renvoi. Cela comprend les renvois pour des services liés à la gestion du risque et visant à appuyer la prise de décisions liées à la gestion des cas ou à la Commission des libérations conditionnelles du Canada. Ces renvois sont coordonnés par l'équipe interdisciplinaire de la santé mentale.

9.2 Renvoi aux soins intermédiaires en santé mentale des établissements réguliers / milieux de vie structurés

Les renvois aux soins intermédiaires en santé mentale des établissements réguliers peuvent être amorcés par divers professionnels de la santé; ils doivent ensuite être coordonnés par l'équipe de la santé mentale de l'établissement régulier de la personne, qui veillera à ce que le renvoi soit approprié et conforme aux lignes directrices d'admission. Le renvoi est effectué à l'aide du **formulaire électronique 1479 : Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale**. Une copie dûment remplie de **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale**, qui se trouve dans le SGISD-DME, doit être jointe à toutes les demandes de renvoi.

En ce qui concerne les femmes pour qui l'on envisage de fournir des soins de santé mentale intermédiaires en milieu de vie structuré (MVS), le processus d'admission décrit dans la **DC 578 : Stratégie d'intervention intensive dans les établissements/unités pour femmes** s'applique également, à l'exception de l'exigence de remplir le **formulaire CSC/SCC 1241 : Renvoi en milieu de vie structuré (délinquantes)**. Il n'est pas obligatoire de remplir le **formulaire CSC/SCC 1241** si le **formulaire CSC/SCC 1479 : Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale** a été rempli.

9.3 Renvoi aux unités de soins de santé – soins intermédiaires en santé mentale et soins psychiatriques hospitaliers aux centres de traitement.

Les renvois aux soins intermédiaires en santé mentale et aux soins psychiatriques hospitaliers aux centres de traitement doivent être effectués par le professionnel de la santé agréé. Le formulaire devrait être rempli par le professionnel traitant responsable (PTR) de la personne, si un PTR a été assigné. Le professionnel traitant responsable s'assurera que le renvoi est approprié et conforme aux lignes directrices d'admission. Le renvoi est effectué à l'aide du **formulaire électronique 1479 : Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale**. Tous les renvois seront accompagnés d'une **MHSM-5f : Échelle des besoins en santé mentale** disponible dans le SGISD-DME et une copie dûment remplie du **formulaire CSC /SCC 1482: Consentement volontaire à participer à des soins de santé mentale en milieu hospitalier ou intermédiaire** (si possible).

9.4 Renvois par des professionnels de la santé

La personne sera avisée du renvoi et pourra en discuter. Son consentement éclairé (la personne peut accepter ou refuser le traitement) sera obtenu au préalable, si possible, et versé dans le SGISD-DME en utilisant **formulaire électronique 4000-01f: Renvoi aux Services de santé** or **formulaire électronique 1479: Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale**.

En ce qui concerne les renvois sollicités, avant que l'équipe de santé mentale de l'établissement régulier de la personne ne présente une demande de renvoi, on doit obtenir le consentement de la personne à recevoir un traitement et le consigner dans le formulaire de renvoi.

En ce qui concerne les renvois d'urgence/non sollicités, il faut suivre les processus de renvoi établis dans la région en question.

Pour les personnes qui passent d'un niveau de soins à un autre avec la même équipe de traitement (p. ex. des soins psychiatriques hospitaliers aux soins intermédiaires de haute intensité au sein d'un même centre de traitement), il n'est pas nécessaire de remplir un formulaire de renvoi. En ce qui concerne les personnes qui passent d'un niveau de soins à un autre, mais à une nouvelle unité (p. ex. des soins psychiatriques hospitaliers dans un centre de traitement à des soins intermédiaires d'intensité modérée dans un établissement régulier), il est nécessaire de remplir un formulaire de renvoi.

9.5 Renvoi vers les soins psychiatriques hospitaliers ou intermédiaires en santé mentale pour les personnes de l'unité spéciale de détention (USD)

Selon la **DC 708 : Unité spéciale de détention**, lorsqu'un agent de libération conditionnelle envisage le transfèrement d'une personne de l'USD à une unité de soins psychiatriques hospitaliers ou intermédiaires en santé mentale, une conférence de cas aura lieu avec l'établissement d'accueil proposé. Si, après la conférence de cas, l'établissement d'accueil proposé est en faveur du transfèrement, on demandera un plan de gestion qui comprendra l'évaluation des renseignements cliniques et la façon dont les besoins en santé mentale de la personne seront comblés. Le plan de gestion sera soumis au moyen d'une note au dossier dans les dix jours suivant la présentation de la demande. Si le site d'accueil est une unité de soins de santé (c'est-à-dire un centre de traitement), les processus d'admission applicables doivent être respectés (voir section 9.3).

10.0 DC 843 – Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves

Les normes de gestion des personnes qui présentent un risque de suicide et d'automutilation et de ceux qui sont atteints d'une maladie mentale grave avec une déficience importante nécessitant une observation intensifiée sont indiquées dans la **DC 843 : Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves**.

On peut recourir à une observation intensifiée et à la contrainte conformément aux lois provinciales applicables en santé mentale (p. ex. dans un Centre de traitement) plutôt qu'à la DC 843, à la condition que l'évaluation, la surveillance et les données recueillies remplissent ou excèdent les exigences énoncées dans la présente politique.

Les procédures qui orientent les professionnels de la santé dans le processus d'intervention en cas de suicide et d'automutilation se trouvent à l'**annexe C** des présentes lignes directrices. D'autres *évaluations* et d'autres *plans de traitement ou d'intervention* seront réalisés au cours de la peine de la personne, conformément à ces lignes directrices.

L'**annexe A** fournit des informations détaillées sur le **Cadre clinique du SCC pour l'identification, la gestion et l'intervention pour les individus présentant une vulnérabilité au suicide ou à l'automutilation**. L'**Annexe**

A est complémentaire à la DC 843 et à l'Annexe C et devrait être utilisée pour identifier les solutions alternatives les moins restrictives à l'observation intensifiée.

11.0 Processus d'évaluation de la santé (incluant la santé mentale) à l'évaluation initiale

Ce qui suit décrit le processus d'évaluation de la santé (y compris la santé mentale) à l'évaluation initiale qui s'applique à toutes les personnes admises dans un établissement fédéral en vertu d'un nouveau mandat d'incarcération. Outre les détails suivants de ce processus, l'annexe D démontre une illustration du processus à l'aide d'un diagramme.

Toutes les évaluations dans le cadre du processus d'évaluation de la santé (y compris la santé mentale) doivent être effectuées en privé et dans une salle d'entrevue, à moins qu'une telle évaluation ne compromette la sécurité de la personne, du personnel ou d'autrui. Les raisons seront documentées dans le SGISD-DME lorsque l'évaluation ne pourra pas être effectuée en privé et dans une salle d'entrevue.

11.1 Processus d'aiguillage

Dans les 24 premières heures suivant l'admission dans un établissement fédéral en vertu d'un nouveau mandat d'incarcération, un renvoi sera fait par les opérations pour une évaluation de leurs besoins en matière de soins de santé, y compris la santé mentale. Le chef des Services de santé et le chef des Services de santé mentale de chaque site d'admission détermineront un processus pour s'assurer que tous les aiguillages sont traités.

11.2 Évaluation de la santé au 1^{er} jour.

Le but de l'évaluation au premier jour est d'évaluer l'état de santé actuel de la personne, y compris sa santé mentale, afin de déterminer si un suivi est nécessaire et considérer la pertinence de l'aiguillage immédiat pour une évaluation plus poussée dans un délai qui reflète le niveau de besoin.

11.2.1 Personnes nécessitant une évaluation de la santé au 1^{er} jour

Toutes les personnes qui sont admises dans un établissement fédéral en vertu d'un nouveau mandat d'incarcération doivent recevoir une évaluation de la santé mentale au 1^{er} jour.

11.2.2 Responsabilités et échéances pour l'évaluation de la santé au 1^{er} jour

Un professionnel de la santé (habituellement une infirmière) effectuera l'évaluation de la santé du 1^{er} jour dans les 24 heures suivant l'admission de la personne à l'évaluation initiale.

11.2.3 Processus de l'évaluation de la santé au 1^{er} jour

Le professionnel de la santé rencontrera la personne afin de :

- Compléter l'évaluation de l'état de santé et autres processus et services cliniques requis et documenter les services dispensés, comme indiqué dans le processus existant de l'admission à l'évaluation initiale;

- Compléter l'évaluation de la santé mentale tel qu'indiqué ci-dessous :

L'évaluation de la santé mentale comprendra :

Un examen des principaux éléments du dossier de soins de santé, notamment des médicaments actuels, des diagnostics, des consultations psychiatriques, des alertes et toute documentation sur la santé incluant les interventions en santé mentale les plus récentes dans le SGISD-DME, si disponible.

Une évaluation de la présence des symptômes observés par le professionnel de la santé ou déclarés par le patient.

Un examen de l'état mental (EEM), qui est effectué au moyen de l'outil prévu à cet effet sur le formulaire de la santé mentale (consulter l'Annexe E) pour obtenir des instructions détaillées sur l'outil (EEM).

11.2.4 Actions nécessaires en fonction des résultats

Les interventions urgentes et immédiates en cas de crise doivent être assurées conformément aux politiques en vigueur (c.-à-d. *Lignes directrices intégrées en santé mentale, Directive du commissaire 843 : Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves et les protocoles cliniques de soins infirmiers en situations urgentes et non urgentes*).

De plus, en fonction des résultats de l'évaluation de la santé du premier jour, les actions suivantes sont nécessaires:

- a) Besoins en santé mentale identifiés nécessitant un renvoi immédiat : Si des besoins en santé mentale sont décelés au cours de l'évaluation de santé au 1^{er} jour, le professionnel de la santé doit informer la personne qu'elle sera aiguillée vers les services de santé mentale pour qu'une évaluation de la santé mentale soit effectuée par un professionnel en santé mentale (voir section 11.1). Le professionnel de la santé effectuera cet aiguillage dans les deux jours ouvrables en utilisant le **formulaire électronique 4000-01f : Renvoi aux services de santé**.
- b) Besoins en santé mentale ne nécessitant pas un renvoi immédiat ou s'il n'y a pas de besoin en santé mentale : basé sur l'évaluation du premier jour, si les besoins en santé mentale identifiés ne nécessitent pas de renvoi immédiat ou qu'aucun besoin en santé mentale n'est identifié, le professionnel de la santé offrira la possibilité de passer un test de dépistage des troubles mentaux au moyen du système informatisé (SIDTMEI).
 - Si la personne accepte de participer à SIDTMEI, le professionnel de la santé complétera un renvoi pour tester SIDTMEI aux services de santé mentale dans le SGISD-DME.
 - Si la personne refuse de participer à SIDTMEI, le professionnel de la santé informera la personne de la conclusion du processus d'évaluation de l'état de santé, incluant la santé mentale au moment de l'admission à l'évaluation initiale et fournira des instructions sur la manière d'accéder aux services de santé mentale, si nécessaire.
 - Si la personne refuse de participer à SIDTMEI, mais que le professionnel de la santé a identifié certains besoins en matière de santé mentale nécessitant un suivi, un renvoi sera transmis aux Services de santé mentale.

- c) Besoins de santé physique identifiés: Si des besoins en santé physique sont identifiés durant le processus d'évaluation de la santé, le professionnel de la santé s'assurera que la personne aura accès à un suivi continu de ses besoins de santé et il considèrera si un renvoi à un praticien est nécessaire dans un délai qui reflète le niveau de besoins en matière de soins de santé de la personne.
- d) Résultats de l'échelle d'Échelle du risque de suicide de Columbia: En fonction des réponses fournies par l'individu à l'échelle de gravité du suicide de Columbia, le professionnel de la santé soumettra un renvoi à des fins de classification, conformément à l'**Annexe A**.

11.2.5 Documentation de l'évaluation de la santé au 1^{er} jour

L'évaluation de la santé à l'évaluation initiale (ainsi que l'évaluation de l'état de santé, si nécessaire) sera effectuée et documentée dans le SGISD-DME.

L'évaluation de la santé du premier jour sera documentée dans le formulaire de Santé Mentale dans le SGISD-DME. (C'est-à-dire qu'une note de progrès dans la section « encounter » dans le SGISD-DME n'est pas requise). L'outil (EEM) et la section « rapport » d'évaluation de la santé mentale doivent être documentés sur ce formulaire. La section « rapport » du formulaire d'évaluation de la santé mentale devrait comprendre tous les renseignements clés sur la santé recueillis lors de l'examen du dossier et de l'entrevue. De plus, il faut documenter si la personne a besoin ou non de soins de santé ou d'un suivi, et si un aiguillage est effectué pour une évaluation en santé mentale par un professionnel en santé mentale. (voir **section 11.4**)

11.3 Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI)

Le but de SIDTMEI : est d'obtenir des renseignements supplémentaires sur l'état de santé mentale de la personne afin de mieux identifier les personnes qui peuvent avoir des besoins en santé mentale et qui ont besoin de services de santé mentale.

Le SIDTMEI est un outil d'évaluation informatisé qui permet de déterminer si la personne a des besoins en santé mentale qui nécessitent un suivi par un professionnel de la santé mentale. L'outil permet à la personne de répondre (soit par oui ou non, soit au moyen d'une échelle d'évaluation) à un certain nombre de questions à déclaration volontaire sur sa santé mentale. Il faut environ une heure pour répondre aux questions. Par la suite, les résultats sont examinés et interprétés par un professionnel de la santé mentale qualifié qui fournira ensuite les résultats à la personne lors d'une entrevue de suivi.

11.3.1 Personnes recevant l'évaluation du SIDTMEI

À l'évaluation initiale, les personnes qui ne sont pas dirigées vers un professionnel de la santé mentale par le professionnel de santé après avoir effectué l'évaluation de la santé au 1^{er} jour se verront offrir la possibilité de passer un test de dépistage des troubles mentaux au moyen du système informatisé (SIDTMEI).

11.3.2 Responsabilités et échéances pour l'évaluation du SIDTMEI

Entre 72 heures et 14 jours suivant l'admission de la personne à l'unité d'admission, un membre du personnel des Services de santé lui offrira la possibilité de faire une évaluation au moyen du SIDTMEI.

Les actions requises par les professionnels de la santé mentale identifiés seront basées sur les résultats du SIDTMEI, comme indiqué ci-dessous. Un professionnel de la santé mentale agréé et identifié sera l'un des suivants: un psychologue, un associé en psychologie, un psychiatre, une infirmière psychiatrique ou un travailleur social clinicien.

Les autres professionnels de la santé agréés pourront effectuer cette évaluation après confirmation par le Directeur régional des Services de santé que le professionnel de la santé agréé a démontré qu'il a complété une formation spécialisée en santé mentale.

11.3.3 Processus et documentation pour l'évaluation du SIDTMEI

L'administration de l'évaluation du SIDTMEI implique ce qui suit :

- Une fois que la personne a complété l'évaluation du SIDTMEI, le membre du personnel qui administre la partie informatisée de l'évaluation téléchargera les résultats dans l'application Web du SIDTMEI pour la production de rapports et la notation (voir le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale : Manuel technique).
- Les documents suivants seront produits et versés dans le dossier de santé mentale/psychologie à titre de données brutes :
 1. Le *Dossier de dépistage individuel de la personne – Évaluations individuelles* [Indicateurs de santé mentale (ISM), Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (DHS), Mesure des capacités cognitives générales chez l'adulte (GAMA), Bref inventaire des symptômes (BSI) et Échelle d'autoévaluation du TDAH chez l'adulte (ASRS)] fournit les réponses de la personne pour chacun des quatre tests ainsi que les indicateurs de santé mentale.
 2. Le *Dossier de dépistage de la personne – Rapport sommaire sur la personne* fournit un résumé des résultats aux tests du SIDTMEI, y compris les résultats bruts, les scores T, le cas échéant, et la décision recommandée d'après l'analyse des scores fondée sur le modèle arborescent itératif de classification. La personne est désignée « signalée », « non signalée » ou « indéterminé » en fonction de la probabilité établie selon laquelle une personne ayant obtenu ces résultats nécessite des services de santé mentale. Si la personne a déclaré être un vétéran, vous devez consigner cette information dans le résumé et avec le consentement de la personne communiquer avec son agent de libération conditionnelle.

Un *rapport initial* du SIDTMEI sera préparé à l'aide du **MSHM-4f : Notes cliniques sur la santé mentale**, et placé dans le SGISD- DME pour indiquer que l'évaluation a été effectuée et le résultat obtenu par la personne, soit « non signalé », « indéterminé » ou « signalé ».

11.3.4 Actions requises et documentation basée sur les résultats du SIDTMEI

Une fois que SIDTMEI est terminé pour une personne, un professionnel de la santé mentale identifié examinera l'évaluation de la santé du premier jour et les résultats du SIDTMEI.

Les processus suivants seront suivis en fonction des résultats :

Résultats au SIDTMEI : « signalé »

- Les personnes qui obtiennent le résultat « signalé » seront aiguillées en vue de recevoir une évaluation de la santé mentale. (**voir section 11.4**) basée sur la priorisation des besoins en santé mentale identifiés. Cependant, ils doivent être remplis avant le transfèrement de l'admission de la personne.

Résultat au SIDTMEI : « indéterminé »

- Pour les personnes qui obtiennent le résultat « indéterminé », le professionnel de la santé mentale identifié prendra rendez-vous pour une entrevue clinique dans le but de réviser les résultats au SIDTMEI avec la personne et évaluera s'il y a des besoins immédiats en santé mentale au moment de l'entrevue. Cette entrevue sera complétée dans **les 60 jours suivant l'admission de la personne à l'évaluation initiale**. Cette entrevue devrait être complétée pendant que la personne est encore à l'unité d'admission. Si le transfèrement se fait plus tôt, un renvoi sera fait à l'équipe de santé mentale ou la personne recevra l'entrevue.
- Si des besoins de santé mentale immédiats sont identifiés lors de cette évaluation, une évaluation de la santé mentale est effectuée (**voir section 11.4**).
- Si aucun besoin immédiat en santé mentale n'est identifié au cours de cette évaluation, la personne sera informée que le processus d'évaluation de la santé à l'évaluation initiale est terminé et recevra des instructions sur l'accès aux services de santé mentale si nécessaire. Cette entrevue clinique et cette évaluation de la santé mentale seront documentées dans le formulaire de Santé Mentale dans le SGISD-DME.
- S'il y a des antécédents identifiés d'automutilation ou de tentatives de suicide, l'outil de classification des besoins et vulnérabilités au suicide sera complété et placé dans le SGISD-DME.
- Si la personne ne se présente pas à l'entrevue clinique, une lettre lui sera envoyée pour lui rappeler que le but de cette entrevue est d'examiner les résultats du SIDTMEI et d'évaluer tous les besoins immédiats en matière de santé mentale. Un autre rendez-vous sera pris. Si la personne n'assiste pas à ce deuxième rendez-vous, elle recevra une lettre l'informant qu'elle n'a pas assisté aux rendez-vous prévus pour examiner les résultats du SIDTMEI et évaluer ses besoins immédiats en matière de santé mentale. La lettre expliquera comment accéder aux services de santé mentale si nécessaire à l'avenir et notamment pour demander un rendez-vous pour examiner les résultats. Voir l'**annexe F** pour un échantillon du contenu requis pour cette lettre à la personne.

Résultat au SIDTMEI : « non signalé »

- Pour les personnes qui obtiennent le résultat « non signalé », le professionnel de la santé mentale identifié organisera une entrevue clinique pour examiner les résultats de l'évaluation du SIDTMEI avec la personne et évaluera les besoins immédiats en matière de santé mentale au moment de

l'entrevue. Cette entrevue sera complétée **dans les 4 à 6 mois suivant l'admission de la personne à l'évaluation initiale.**

- Si des besoins en santé mentale immédiats sont identifiés lors de cette évaluation, une évaluation de la santé mentale est effectuée (**voir section 11.4**)
- Si aucun besoin immédiat en santé mentale n'est identifié au cours de cette évaluation, la personne sera informée que le processus d'évaluation de la santé mentale à l'évaluation initiale est terminé et recevra des instructions sur l'accès aux services en santé mentale si nécessaire. Cette entrevue clinique et l'évaluation de la santé mentale seront documentées dans le formulaire de Santé Mentale dans le SGISD-DME.
- S'il y a des antécédents identifiés d'automutilation ou de tentatives de suicide, l'outil de classification des besoins et vulnérabilités au suicide sera complété et placé dans le SGISD et le DME.
- Si la personne ne se présente pas à l'entrevue clinique, elle recevra une lettre l'informant qu'étant donné son absence, le processus de l'évaluation de la santé mentale est terminé et expliquera comment accéder aux services de santé mentale si nécessaire à l'avenir et notamment pour demander un rendez-vous pour examiner les résultats.

11.4 Évaluation de la santé mentale par un professionnel de la santé mentale identifié

Le but de l'évaluation de la santé mentale est de fournir une compréhension complète du fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental de la personne.

11.4.1 Responsabilités pour l'évaluation de la santé mentale

L'un des professionnels de la santé mentale agréés identifiés ci-dessous complétera l'évaluation de la santé mentale: un psychologue, un associé en psychologie, un psychiatre, une infirmière psychiatrique ou un travailleur social clinicien.

Les autres professionnels de la santé agréés pourront effectuer cette évaluation après confirmation par le Directeur régional des Services de santé que le professionnel de la santé agréé a démontré qu'il a complété une formation spécialisée en santé mentale.

11.4.2 Processus et documentation pour l'évaluation en santé mentale

L'évaluation de la santé mentale comprendra :

- (a) un examen du dossier;
- (b) un examen de l'état mental ;
- (c) une mise à jour de l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) [s'il y a lieu];
- (d) tout autre instrument d'évaluation psychologique ou psychiatrique jugé approprié.
- (e) une entrevue clinique avec la personne.

Si une évaluation de la santé mentale a déjà été effectuée sur une personne, le professionnel de la santé mentale identifié passera en revue toutes les informations de santé pertinentes disponibles et interrogera

la personne pour évaluer son état de santé actuel et effectuera une mise à jour de l'évaluation de la santé mentale.

Consulter l'Annexe G pour obtenir un résumé des principaux points de l'évaluation de la santé mentale.

Les évaluations de la santé mentale seront documentées dans le formulaire électronique de la santé mentale dans le SGISD-DME.

Services de santé mentale basés sur une évaluation de la santé mentale. La personne recevra des services de santé mentale basés sur l'évaluation de la santé mentale, en fonction de ses besoins en matière de santé mentale, conformément aux critères d'admissibilité et aux processus établis dans les *Lignes directrices intégrées en santé mentale*.

12.0 Évaluation et traitement

La présente section fournit un aperçu de la planification du traitement et de l'évaluation au SCC. Les exigences particulières pour la planification du traitement et de l'évaluation varieront selon le niveau de soins. De plus amples renseignements concernant ces exigences se trouvent dans les sections pertinentes pour chaque niveau de soins.

12.1 Évaluations et planification du traitement/et de l'intervention

Des évaluations et des plans de traitement sont réalisés tout au long de la peine de la personne à tous les niveaux de soins, conformément aux présentes lignes directrices. Elles peuvent porter sur tous les points suivants ou sur certains d'entre eux : diagnostic de troubles mentaux; fonctionnement cognitif; capacité de la personne de s'adapter à l'établissement et/ou de s'intégrer avec succès dans la collectivité; facteurs de risque de comportement criminel ou d'autres sujets pertinents.

Une évaluation exhaustive est un élément essentiel de la planification du traitement. Les processus d'évaluation viseront avant tout à déterminer les types et les niveaux de besoins, ainsi que le risque, et à cerner les facteurs de réceptivité pertinents, qui sont tous des considérations de base dans la planification du traitement. Une évaluation peut être plus formelle, à savoir reposer sur des tests psychométriques, des outils actuariels et des entrevues structurées, ou moins formelle, à savoir reposer sur une évaluation clinique fondée sur une entrevue et un examen du dossier. Afin d'aider à établir l'ordre de priorité des multiples domaines de besoins cernés pendant le processus d'évaluation, les domaines de besoins élevés considérés comme problématiques à l'heure actuelle devraient toujours avoir la priorité. Les *évaluations* et les *plans de traitement* sont étayés en complétant : **MHSM-5f l'Échelle des besoins en santé mentale** et le **formulaire électronique : Outil de classification de la vulnérabilité au suicide et des besoins**. Le **Guide d'instructions détaillé** contient des renseignements détaillés sur l'utilisation de le **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale**. Les lignes directrices sur le contenu des *évaluations* et des *plans de traitement* se trouvent à l'annexe H. L'Annexe A fourni des instructions détaillées sur la gestion et l'intervention des personnes présentant des vulnérabilités au suicide et à l'automutilation.

Conformément aux principes de soins axés sur la personne, la participation de la personne à l'élaboration du plan de traitement est essentielle au processus de traitement. Une fois qu'il est achevé, on le communique à la personne et on en discute avec elle.

Les professionnels de la santé mentale doivent inscrire que les antécédents sociaux des Autochtones ont été considérés pour tirer des conclusions et des recommandations, et intégrer les aspects pertinents de ces antécédents dans leur rapport d'évaluation. L'accent mis sur les antécédents variera d'un cas à l'autre. De plus, dans le cas des personnes autochtones, les professionnels de la santé doivent collaborer avec les Aînés et les conseillers spirituels au moment d'élaborer le plan de traitement de la personne, le cas échéant.

Si une évaluation récente d'une personne figure dans le dossier, une mise à jour peut être réalisée plutôt qu'une évaluation complète. Une évaluation est dite « à jour » si elle décrit toujours fidèlement l'état de santé mentale de la personne, ses besoins et sa situation, et que le cas ne présente pas de changement important. Une évaluation de mise à jour comporte habituellement un bref rappel des faits pertinents et un bilan des besoins et des préoccupations qui sont apparus depuis la dernière évaluation complète. Le professionnel de la santé passera les rapports en revue avec la personne, sauf si cela ne peut être fait en raison de circonstances imprévues (p. ex. si la personne a fait l'objet d'un transfèrement d'urgence).

Le traitement :

- comporte un certain nombre d'éléments, notamment l'évaluation, la planification, l'administration du traitement conformément à un plan de traitement écrit, ainsi que le suivi des progrès accomplis;
- vise l'atténuation des symptômes, l'élaboration de stratégies d'adaptation viables, une meilleure gestion de soi, la prévention des rechutes et les problèmes associés au risque de comportement criminel.

Les *plans de traitement* peuvent comprendre des renseignements confidentiels sur la santé qui ne concernent pas le risque ou la gestion du cas et qui ne peuvent pas être versés au SGD en vertu des lois relatives à la protection des renseignements personnels.

Une note clinique sur la santé mentale doit être complétée pour chaque séance de traitement. La documentation des services de traitement vise principalement à faciliter la continuité des soins et à garantir que le traitement reste ciblé et axé sur les objectifs. Ces notes doivent inclure une description des techniques de traitement spécifiques utilisées, les problèmes abordés et les progrès de chaque patient, de sorte qu'un autre professionnel de la santé ne connaissant pas bien le cas puisse bien comprendre ce qui s'est passé pendant la session. Les notes de traitement ou de séance sont versées dans le SGISD-DME en tant que **MHSM-4e: Note clinique sur la santé mentale**.

12.1.2 Rapports sur le progrès du traitement

Les *rapports sur le progrès* devraient comprendre des renseignements sur les progrès réalisés à l'égard des objectifs de traitement, des sujets de préoccupation, ainsi que tout changement apporté à la fréquence des séances ou à la date prévue de fin du traitement. On devrait également y préciser les besoins consignés dans les précédents rapports et les objectifs de traitement correspondants, y compris les résultats obtenus aux tests (le cas échéant). Les exemples de comportements et tout autre renseignement utilisé pour orienter l'évaluation des progrès devraient être décrits, tout comme le niveau

de motivation et d'engagement de la personne. En outre, le *Rapport sur le progrès* doit comprendre un résumé des domaines de besoins qui seront visés par la prochaine période de traitement, et les objectifs de traitement correspondants et les interventions interdisciplinaires planifiées.

Lorsqu'il y a absence de progrès par rapport aux objectifs du traitement, il faut réévaluer la pertinence des objectifs établis ou des interventions choisies. Lorsque c'est possible, la mise à jour des plans de traitement devrait correspondre aux objectifs révisés, aux interventions révisées, aux variations des cotes de niveau de besoins, etc. S'il n'y a pas lieu d'apporter des modifications à un plan de traitement existant au moment de l'examen des progrès, une brève justification indiquant que les domaines de besoins, les objectifs de traitement, les interventions, etc., demeurent valides doit être consignée.

L'examen des progrès doit également prendre en considération les commentaires des membres de l'équipe clinique, de la personne et de tous les autres membres du personnel qui participent à la prestation des soins et à la gestion du cas de la personne (p. ex. superviseur au travail, enseignant, Aîné, agent de libération conditionnelle, agents correctionnels, etc.).

Des lignes directrices sur le contenu du *Rapport sur le progrès* se trouvent à l'annexe I.

13.0 Autres Évaluations

13.1 Processus d'évaluation de la santé des personnes dans une unité d'intervention structurée et /ou déplacements restreints.

Évaluations spécifiques requises pour les personnes autorisées au transfèrement dans une unité d'intervention structurée et/ou déplacements restreints. Celles-ci comprennent les évaluations de la santé (y compris la santé mentale) effectuées par des professionnels de la santé et les évaluations de la santé mentale par des professionnels de la santé mentale agréés. Voir l'annexe J illustrant le processus de l'évaluation de la santé et les évaluations requises, ainsi que l'annexe K pour des détails sur ces processus et les évaluations requises.

13.2 Évaluations psychologiques du risque

Des évaluations psychologiques du risque, réalisées par des psychologues agréés et des cliniciens en santé mentale (PS-02) sous la supervision d'un psychologue agréé, et d'autres évaluations pouvant aider l'équipe de gestion de cas à prendre des décisions, sont complétées en accord avec la politique pour les personnes qui répondent aux critères de renvoi établis (voir la *DC 705-5 – Évaluations supplémentaires*, la *DC 708 – Unité spéciale de détention*, la *DC 710-2 – Transfèrement de personnes*, la *DC 710-6 – Réévaluation de la cote de sécurité des personnes*, *DC-711 Unités d'intervention structurée*, *DC 712-1 – Processus de décision prélibératoire*, et la *DC 712-2 – Maintien en incarcération*).

Les évaluations psychologiques du risque réalisées aux fins de mise en liberté sous condition :

- portent principalement sur le risque de récidive criminelle avec violence (y compris de violence sexuelle, le cas échéant) que présente la personne, sur ses besoins et sa réceptivité, ainsi que sur la gestion du risque;
- font appel à diverses méthodes d'évaluation validées scientifiquement, selon un processus intégré;

- mesurent le niveau de risque que présente la personne, proposent des options pour des interventions comportementales ou en santé mentale ou d'autres stratégies de gestion du risque et indiquent les facteurs qui pourraient l'accroître ou l'atténuer;
- si la mise en liberté du personne est à l'étude, ou si le personne est sous surveillance dans la collectivité, comportent des recommandations sur la nécessité de poursuivre des interventions dans la collectivité, y compris des services de santé mentale, des recommandations pour la surveillance et la gestion du risque et des indicateurs de haut risque;
- comportent un examen des antécédents de santé mentale;
- comportent un examen des antécédents psychosociaux (quant aux personnes autochtones, leur historique social doit être examinée en arrivant aux conclusions et recommandations et une discussion des aspects pertinents de l'histoire intégrée dans l'évaluation);
- comportent une évaluation de l'état actuel de santé mentale;
- permettent de définir les forces et les besoins.

Les évaluations psychologiques du risque réalisées pour les personnes ayant le statut de délinquant(e)s dangereux(se) lorsque leur reclassification au niveau de sécurité minimale est envisagée (conformément à la DC 710-6 : *Réévaluation de la cote de sécurité des détenus*) porteront sur les éléments suivants :

- le risque et l'adaptation au milieu carcéral, y compris le risque pour la sécurité du public, du personnel et d'autres personnes;
- les interventions comportementales nécessaires pour favoriser la stabilisation et l'adaptation de la personne;
- d'autres questions ou facteurs ayant trait à la capacité de la personne de s'adapter à un niveau de sécurité réduit.

Les évaluations psychologiques du risque dûment remplies sont versées dans le SGD et dans le SGISD-DME.

13.3 Évaluations pour la réévaluation de la cote de sécurité et Opinions sur les transfèrements

a. Évaluations de la santé mentale en établissement pour la réévaluation de la cote de sécurité

Certaines personnes (voir ci-dessous) pour lesquelles une reclassification à un niveau de sécurité inférieur est envisagée devront se soumettre à une *évaluation de la santé mentale en établissement*. Il s'agit d'un type d'évaluation de la santé mentale qui a pour objectif d'évaluer et de définir les problèmes importants de santé mentale et/ou de réceptivité (p. ex. fonctionnement intellectuel, facteurs culturels, etc.) à prendre en considération en ce qui a trait à l'adaptation en établissement ou à la cote de sécurité. L'évaluation déterminera les facteurs qui peuvent avoir une incidence sur l'adaptation de la personne et/ou son intégration dans un environnement de niveau de sécurité moindre.

Les personnes suivantes qui sont dans un établissement de sécurité moyenne feront l'objet d'un aiguillage à l'évaluation initiale par un agent de libération conditionnelle aux fins de l'*évaluation de la santé mentale en établissement* lorsqu'on envisage de leur attribuer une cote de sécurité moyenne :

- (a) personnes ayant le statut de délinquant(e) dangereux(se) purgeant une peine d'une durée indéterminée
- (b) personnes purgeant une peine d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre au premier ou au deuxième degré

- (c) personnes reconnues coupables d'infractions de terrorisme passibles d'une peine d'emprisonnement à perpétuité

Les lignes directrices sur le contenu de l'évaluation de la santé mentale en établissement se trouvent à l'annexe L.

b. Opinions sur les transfèvements

L'équipe de gestion des cas demande aux Services de santé mentale de fournir une opinion sur le transfèrement lorsqu'on songe à transférer un personne dans un autre établissement, conformément à l'*article 87* de la *LSCMLC*. Pour donner une telle opinion, le professionnel de santé agréé, ou tout autre personnel de santé mentale sous la supervision d'un professionnel de la santé agréé, doit examiner le dossier de la personne et aviser le personnel pertinent des problèmes de santé mentale éventuels qui pourraient avoir une incidence sur le transfèrement. Selon le cas, la personne pourrait être reçue en entrevue si le professionnel de la santé mentale croit que c'est nécessaire.

Lorsqu'il n'y a aucun problème de santé mentale pertinent, l'opinion sur le transfèrement sera simplement comprise dans un courriel à l'intention de l'agent de libération conditionnelle qui l'a demandée. Au moment de la rédaction de l'opinion sur le transfèrement, il est important de mettre l'accent sur les limites du processus, puisque l'opinion repose habituellement sur un examen du dossier et non une évaluation en personne. Le courriel doit être imprimé et une note doit être versée dans le SGISD-DME.

En présence de problèmes de santé mentale pertinents, l'opinion sur le transfèrement est consignée dans le SGISD-DME et dans le SGD. Les diagnostics et les renseignements médicaux ne doivent pas être compris dans le message. On doit aussi mentionner si la personne a reçu ou non des services de santé mentale dans l'établissement. Il est important d'indiquer si la personne est actuellement gérée en application de la *DC 843 : Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves*. Il importe aussi de documenter si une personne souffre actuellement d'un problème de santé mentale aigu qui pourrait militer contre un transfèrement. L'agent de libération conditionnelle doit être avisé lorsque le document a été versé dans le SGD.

c. Évaluation en vue du transfèrement à l'unité spéciale de détention

Des lignes directrices sur l'évaluation des personnes dont on envisage le transfèrement à l'Unité spéciale de détention se trouvent à l'annexe M.

13.4 Évaluation d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Une orientation relative à l'identification adéquate des personnes qui présentent une déficience fonctionnelle importante attribuable à un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est présentée dans le document *Lignes directrices sur l'évaluation et le traitement d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* ainsi qu'à l'annexe N.

13.5 Évaluations sans consentement

Un professionnel en santé donnera son opinion par écrit et avisera le personnel approprié, peu importe que la personne ait donné son consentement ou non, pour les documents suivants :

- évaluations psychologiques du risque;
- évaluations de la santé mentale en vue d'un transfèrement à une unité spéciale de détention;
- risque de suicide et d'automutilation.

Les commentaires écrits doivent noter le refus de la personne de consentir ainsi que les limitations subséquentes d'une telle opinion.

En outre, il importe :

- de s'assurer que la personne est pleinement informée du processus d'évaluation et sait qu'un rapport sera rédigé, avec ou sans son consentement;
- d'indiquer clairement qu'une évaluation complète n'a pu être effectuée et que le rapport et les commentaires qui l'accompagnent sont fondés uniquement sur l'examen de la documentation disponible au dossier;
- dans le cas d'une évaluation du risque, il faut aussi s'assurer que le rapport contient une mention voulant qu'il ne présente ni opinion concernant l'état actuel de santé mentale de la personne, ni diagnostic, mais traite seulement des questions liées au risque de récidive et à la gestion de ce risque, dans les limites de l'information disponible au dossier et de s'assurer que la personne obtient une copie du rapport et la possibilité d'obtenir des explications quant au contenu du rapport et la possibilité de formuler des observations ou une contre-argumentation.

14.0 Alertes, indicateurs et besoins

Lorsque le niveau global des besoins d'une personne est Modéré ou Élevé selon **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** ou – en l'absence d'une évaluation à l'aide de cette échelle – selon la détermination d'un professionnel de la santé, ce dernier doit activer l'élément « *Préoccupations liées à la santé mentale* » dans le SGD. Le professionnel de la santé réexamine à sa discrétion les « *Préoccupations liées à la santé mentale* », mais **au moins une fois tous les six mois**.

Si un professionnel de la santé décèle chez une personne une possible déficience cognitive qui pourrait avoir une incidence sur son fonctionnement en établissement et/ou exiger une adaptation de l'approche utilisée pour la gestion des cas et l'établissement des plans correctionnels, l'indicateur de besoin « *déficience cognitive* » devrait être activé dans le SGD. L'indicateur de besoin « *déficience cognitive* » ne devrait être activé qu'après une évaluation de la santé mentale réalisée par un professionnel de la santé. La période d'examen est déterminée à la discrétion du professionnel de la santé.

Lorsqu'une personne présente un trouble d'apprentissage soupçonné ou diagnostiqué qui pourrait nécessiter une adaptation de l'approche utilisée pour la gestion des cas ou l'établissement des plans correctionnels, l'indicateur de besoin « *trouble d'apprentissage* » est activé dans le SGD. La période d'examen est fixée par le professionnel de la santé.

Si une personne présente actuellement un risque de suicide ou d'automutilation, l'alerte « *risque actuel suicide/automutilation* » est activée dans le SGD par le professionnel de la santé, le membre du personnel qui complète la Liste de contrôle des besoins immédiats et/ou un membre de l'équipe de gestion des cas dans la collectivité. Cette alerte devrait être activée pour les personnes à qui on a attribué un niveau d'observation de la surveillance du risque de suicide, ceux qui font l'objet d'un plan de gestion interdisciplinaire actif et ceux qui ont été aiguillés d'urgence vers un professionnel de la santé mentale après le dépistage effectué à l'aide de la liste de contrôle des besoins-risque de suicide. Cette alerte est

revue chaque mois, à la réunion de l'équipe interdisciplinaire en santé mentale, jusqu'à ce que la personne ne soit plus à risque aux termes de la **DC 843 – Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves**.

Si une personne a des antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilation, l'alerte « *antécédents de suicide ou d'automutilation* » est activée dans le SGD. Le numéro de classe résultant de l'outil de classification sera documenté dans cette alerte, conformément à l'**annexe A**. Cette alerte peut être saisie par un professionnel de la santé, par le personnel qui mène l'entrevue sur les besoins immédiats ou par un membre de l'équipe de gestion de cas de l'établissement ou dans la collectivité. Si l'alerte est saisie par une personne autre qu'un professionnel de la santé, un examen du bien-fondé de l'activation de l'alerte sera effectué dans le cadre de l'évaluation préliminaire réalisée par un professionnel de la santé. L'alerte n'est désactivée que si l'état de la personne passe à *décédé*.

Avant un transfèrement, la fin des soins, ou la libération dans la collectivité, les alertes, les indicateurs et les besoins pertinents doivent être examinés et désactivés, le cas échéant.

15.0 Cessation des soins

La décision de mettre fin à l'intervention clinique est généralement prise conjointement par la personne et le professionnel de la santé. Parmi les motifs pouvant mener à la fin d'une intervention clinique (mais sans y être limités), mentionnons les suivants :

- les objectifs du traitement ont été réalisés;
- la personne a terminé de façon satisfaisante son programme de psychoéducation ou de réadaptation;
- les besoins en santé mentale de la personne ont été suffisamment pris en compte;
- la personne ne tire aucun bénéfice du traitement;

Une personne peut à tout moment retirer son consentement pour l'ensemble de son plan de traitement ou des éléments particuliers de ce dernier. Quand les soins sont cessés, le formulaire **MHSM-3f : Rapport de fin de traitement santé mentale** doit être complété et versé dans le SGISD-DME.

16.0 Transfèrement

Le transfèrement d'une personne ayant des problèmes en santé mentale et recevant des soins (soit à un autre niveau de soins ou équipe de traitement au sein du même établissement régulier et/ou centre de traitement, soit à un autre établissement régulier et/ou centre de traitement) exige ce qui suit :

- mettre fin à la relation thérapeutique avec la personne ;
- favoriser la continuité des soins de santé mentale en établissant une communication avec l'établissement d'accueil qui assume la responsabilité de la continuité des soins.

Toutes les unités opérationnelles doivent disposer d'un processus permettant d'examiner les cas de personnes ayant des difficultés en santé mentale dont le transfèrement à une autre unité opérationnelle est considéré. Au moment où une personne est transférée à un autre établissement, la responsabilité liée à la continuité des soins est déléguée à l'établissement d'accueil ou à la collectivité. Pour favoriser la continuité des soins, les équipes de santé mentale des deux établissements se consultent et échangent des renseignements avant le transfèrement, dans la mesure du possible. Cette consultation de cas vise à

confirmer que l'établissement d'accueil peut répondre aux besoins de la personne et que les équipes en santé mentale ont suffisamment de temps pour se préparer à la transition des soins.

Une conférence de cas aura également lieu pour les personnes sous toute forme de surveillance, conformément à la **DC 843 : Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves**.

16.1 Critères cliniques pour les transfèrements entre les centres régionaux de traitement

Il est attendu que les centres régionaux de traitement (CRT) assument les soins de leurs propres patients qui présentent des problèmes cliniques ou de comportements importants, ou de trouver du soutien pour la gestion de leurs soins dans leur région.

Exceptionnellement, un CRT peut demander le transfèrement d'un patient à un autre CRT s'il a toujours besoin de soins dans un centre régional de traitement, et **si le transfèrement est plus probable de faciliter le traitement, le rétablissement ou la réinsertion sociale du patient**. Pour qu'un tel transfèrement soit considéré, le patient doit satisfaire à au moins un des critères cliniques suivants :

1. Le patient demande un transfèrement pour être plus près du soutien de sa famille, de ses proches et de sa collectivité, ou pour se rapprocher de la collectivité dans laquelle il sera mis en liberté.
2. Des services spécialisés ou traitements indiqués sont dispensés dans un autre centre de traitement, mais non au CRT d'origine, notamment des services dans la langue officielle choisie par le patient.
3. De nombreuses incompatibilités graves et irrésolvables menacent la sécurité entre le patient et ses pairs sur plusieurs unités, au point où le patient ne peut être géré.
4. Le patient se trouve dans une impasse thérapeutique à un CRT, et il y a lieu de croire qu'un transfèrement pourrait faciliter ses progrès thérapeutiques.

Les décisions de transfèrement sont prises au cas par cas, généralement par consentement mutuel des centres de traitement en cause, et préférablement avec le consentement du patient (ou de la personne qui prend des décisions à sa place). Le SCC privilégie la sécurité du patient et du personnel, notamment un milieu de travail sain et respectueux, et la demande de transfèrement entre CRT doit en tenir compte. Si les centres de traitement n'arrivent pas à s'entendre, le cas est soumis au psychiatre principal national qui réunit un groupe ad hoc de cliniciens non impliqués dans le conflit, afin de recommander une solution aux directeurs exécutifs, aux directeurs d'établissement et aux sous-commissaires régionaux concernés. Tous les cas soumis au psychiatre principal national pour la résolution d'un conflit, qu'il soit transféré ou non, sont révisés après un certain temps à la demande du CRT où se trouve le patient.

Section 2 : Normes détaillées selon le niveau de soins

La présente section fournit des lignes directrices plus détaillées relatives aux exigences à chaque niveau de soin, notamment les suivantes :

- l'admissibilité à un niveau de soin
- les critères d'admission pour les soins intermédiaires en santé mentale et les soins psychiatriques hospitaliers
- la réponse à un renvoi, le triage et la priorisation des services (pour les renvois à des services de santé mentale et à des services psychologiques ainsi qu'aux autres services liés à la gestion du risque et à la prise de décisions)
- les délais pour les évaluations, les plans de traitement et les rapports de progrès
- les procédures de congé pour les soins intermédiaires en santé mentale et les soins psychiatriques hospitaliers

17.0 Soins primaires

17.1 Admissibilité

Les personnes avec un niveau global de besoins en santé mentale modéré ou plus élevé sur **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** sont admissibles aux soins primaires. Les personnes présentant un niveau global de besoin évalué à faible peuvent bénéficier de services si les ressources le permettent. Les services psychologiques et les autres services liés à la gestion du risque et à la prise de décisions sont fournis conformément aux politiques et aux lois pertinentes, et leur ordre de priorité est établi comme il est indiqué à la section 17.3.2.

17.2 Réponse à un renvoi

À la réception d'une demande de renvoi :

- Le membre du personnel administratif ou l'employé désigné doit estampiller ou écrire la date de réception sur le formulaire de renvoi.
- Le renvoi est transmis au chef des services de santé mentale (ou son délégué), qui analyse le renvoi et établit les mesures de suivi qui conviennent. Les mesures seront différentes en fonction du type de renvoi (voir les sections 17.3.1 et 17.3.2 plus bas).
- Le processus de triage est réalisé conformément à la **Section 17.3** ci-dessous.
- L'agent d'orientation sera informé de l'état du renvoi (p. ex. accepté, mis sur une liste d'attente, refusé) **dans les 15 jours ouvrables** suivant la réception du renvoi. La décision concernant le renvoi sera consignée sur le formulaire de renvoi, dans le SGISD-DME.
- Lorsqu'on juge, après évaluation, qu'une personne n'a pas besoin de services, la justification sera consignée brièvement dans le **Formulaire électronique 4000-01f : Renvoi aux Services de santé**.
- Toutes les unités opérationnelles doivent disposer d'un processus de suivi des personnes à risque élevé/ayant des besoins élevés qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous.

17.3 Triage

Dans les cas d'urgence, une intervention en situation de crise est effectuée dans l'immédiat.

Les décisions relatives à la prestation de services sont fondées sur une utilisation optimale des ressources, à savoir fournir des ressources aux personnes qui présentent les besoins les plus élevés. L'ordre de priorité des services est établi en fonction de l'urgence du renvoi, du niveau de besoins, du risque, de la réceptivité, des dates de libération et des exigences définies dans les politiques.

17.3.1 Renvoi aux Services en santé mentale

Chaque unité opérationnelle attribue la responsabilité des tâches liées au triage comme elle l'entend. Un psychologue ou un psychiatre doit être disponible pour fournir des conseils aux membres de l'équipe de triage, au besoin.

Renvoi pour le cadre clinique pour l'identification, la gestion et l'intervention auprès des individus ayant des vulnérabilités liées au suicide ou à l'automutilation selon l'annexe A.

- Selon l'urgence du renvoi, l'équipe de triage rencontrera les personnes **dans les cinq à dix jours ouvrables suivant la réception d'un renvoi.**
- Dans le cas des personnes qui ont des besoins faibles ou nul en santé mentale à la section *Niveau global de besoins en santé mentale* de **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale**, il n'est pas nécessaire de remplir le reste de l'échelle (section des domaines). L'évaluation aux fins du triage et **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** sont versées dans le SGISD-DME. Les lignes directrices sur le contenu pour les évaluations de la santé mentale aux fins du triage se trouvent à l'annexe O.
- S'il y a déjà une **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale**, le choix revient à l'évaluateur d'effectuer une mise à jour. → Le choix de faire une mise à jour devrait être fait lorsque le statut actuel reste inchangé par rapport à l'échelle des besoins déjà complétée. L'évaluateur devrait indiquer si l'évaluation actuelle est une mise à jour ou un complément aux évaluations précédentes.
- Les personnes qui, selon une évaluation aux fins du triage, sont admissibles aux soins intermédiaires ou psychiatriques hospitaliers (besoins aigus ou sévères/besoins substantiellement élevés en santé mentale) feront l'objet d'un renvoi au moyen du **formulaire électronique 1479 : Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale.**
- Les personnes qui, selon le triage, sont admissibles aux soins primaires (besoins modérés ou élevés en santé mentale) sont assignés par le chef des Services de santé mentale ou son délégué à un membre de l'équipe de santé mentale pour que ce dernier s'occupe de leur cas. L'assignation du renvoi est fondée sur la charge de travail, la complexité des rôles, la complexité des services requis, le niveau de responsabilité et les compétences spécialisées des membres de l'équipe de santé mentale.
- Les personnes dont les besoins en santé mentale sont jugés faibles peuvent bénéficier de services si les ressources le permettent. Les personnes ayant de faibles besoins peuvent se voir offrir des interventions générales préventives ou précoces d'une durée limitée, comme des séances psychoéducatives, si elles sont offertes par l'unité opérationnelle. Ils peuvent également être dirigés vers d'autres ressources en établissement (p. ex. l'aumônier, un Aîné, des bénévoles et/ou le groupe de soutien par les pairs).

17.3.2 Renvois aux services psychologiques et aux autres services liés à la gestion du risque et à la prise de décisions

- Les services psychologiques et les autres services liés à la gestion du risque, à la gestion des cas et à la prise de décisions de la Commission des libérations conditionnelles du Canada sont fournis conformément aux politiques pertinentes (*DC 705-5 – Évaluations supplémentaires à l'évaluation initiale, DC 708 – Unité spéciale de détention, DC 710-2 – Transfèrement de personnes, DC 711 : Unités d'intervention structurée, DC 712-1 – Processus de décision prélibératoire, et DC 712-2 – Maintien en incarcération*). L'ordre de priorité pour les services est établi en fonction des délais prescrits dans les politiques, des dates de libération, du risque, de la réceptivité et de la complexité du cas.

17.4 Évaluation de la santé mentale et planification du traitement/d'intervention

L'information générale sur les évaluations et les plans de traitement/d'intervention se trouvent dans la section 12.1 des présentes lignes directrices. L'annexe A décrit également les attentes en ce qui concerne les vulnérabilités au suicide et à l'automutilation.

Les *Évaluations et les plans de traitement et/ ou d'intervention* doivent être complétés **au plus tard 30 jours** après le processus d'évaluation initiale avec le professionnel de la santé. Un professionnel de la santé peut avoir besoin de plusieurs entrevues avec une personne avant la formulation du cas, laquelle est nécessaire pour préparer une évaluation et/ou un plan de traitement. L'*Évaluation de la santé mentale* et le *plan de traitement* doivent être versés dans le SGISD-DME.

17.5 Rapports sur le progrès

Des *rapports sur le progrès* seront rédigés lorsqu'un événement important ou un renseignement clinique important doit être communiqué. Ces rapports devraient comprendre un aperçu des progrès réalisés à l'égard des objectifs de traitement définis dans le *plan de traitement/d'intervention* ou dans les précédents rapports sur le progrès. En outre, le rapport sur le progrès fournit un résumé des domaines de besoins qui devront être traités durant la prochaine période de traitement ainsi que les objectifs de traitement correspondants et les interventions interdisciplinaires planifiées. Les **MHSM-2f: Rapport sur le progrès santé mentale** sont versés dans le SGISD-DME et une copie du rapport est remise à la personne.

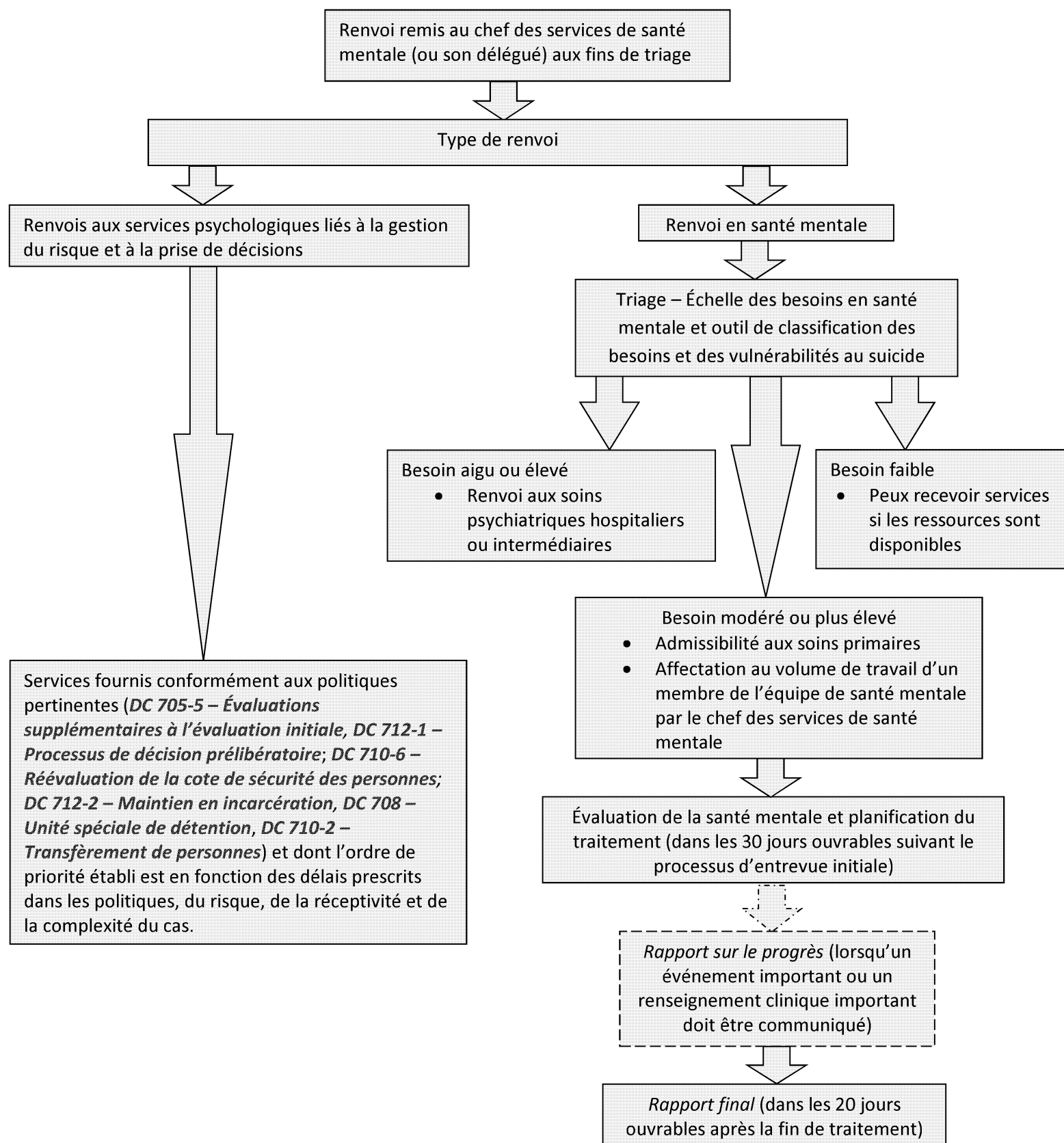
Lorsqu'il est recommandé de poursuivre le traitement au-delà de 24 séances avec le même professionnel de la santé, on doit examiner le cas et énoncer clairement les raisons pour lesquelles de nouvelles séances s'imposent afin d'atteindre les buts. Le plan de traitement doit également être inclus. Il y a des cas où une thérapie à long terme peut être requise, mais cette thérapie doit toujours être justifiée et assortie de buts. D'autres traitements doivent être envisagés, comme l'aiguillage vers un programme correctionnel de base, l'entraide dans l'établissement ou une pause dans la thérapie pour la mise en pratique des compétences acquises suivie d'une reprise envisagée. Lorsque l'intervention excède 24 séances, un rapport sur le progrès devrait être complété après chaque cycle de 12 séances.

17.6 Fin des soins

Un *Rapport final sur le progrès* doit habituellement être rédigé **dans les 20 jours ouvrables** suivant la fin du traitement et versé dans le SGISD-DME.

Dans le cas d'un transfèrement, le professionnel de la santé rédige le *Rapport final sur le progrès en santé mentale* **dans les 15 jours ouvrables suivant l'avis** de transfèrement.

Processus pour soins primaires



18.0 Processus d'admission et de congé dans les unités de soins de santé

Les centres de traitement qui se retrouvent dans les cinq régions seront désignés comme unités de soins de santé. Vous trouverez ci-dessous les exigences spécifiques relatives aux processus d'admission et de congé pour ces unités de soins de santé. Tous les processus liés aux soins intermédiaires fournis dans les établissements réguliers seront conformes aux processus en vigueur décrits dans les Lignes directrices intégrées en santé mentale respectivement dans les sections 19.0 et 20.0.

Les processus pour l'admission et le congé des personnes considérées pour les unités de soins de santé sont répartis en deux étapes. Cela implique tout d'abord une décision clinique requise par la personne désignée chargée de l'unité de soins de santé, tenant compte des critères requis d'admission et de congé. À la suite de la décision clinique, les opérations confirment la décision du transfèrement, tenant compte la sécurité des autres et du pénitencier.

18.1 Critères d'admission

Les personnes ne seront admises dans une unité de soins de santé (centre régional de traitement) que si elles répondent aux critères d'admission cliniques.

Les critères relatifs à l'admission clinique sont les suivants :

- Les personnes atteintes de maladie mentale ou de troubles cognitifs qui affectent leur capacité à fonctionner dans un établissement régulier
- Les personnes nécessitant des soins cliniques 24 heures sur 24
- Les personnes nécessitant un accès à une programmation clinique.

18.2 Critères de congé

Les personnes obtiendront un congé d'une unité de soins de santé (centre régional de traitement) si elles répondent aux critères de congé clinique.

Les critères relatifs au congé clinique sont les suivants :

- Les besoins en matière de santé mentale de la personne ont été dûment traités;
- Le transfèrement dans un autre établissement de santé plus approprié est requis
- Un niveau de soins alternatif est cliniquement approprié.

18.3 Comité des admissions et des congés

Chaque unité de soins de santé (USS) aura un comité qui examinera les demandes d'admission et de congé.

Le but de ce comité est :

- D'assurer l'uniformité des critères d'admission et du processus d'examen des renvois;
- Renforcer la collaboration;
- D'assurer le partage d'informations.

La décision d'admettre et de donner le congé dans les unités de soins de santé est prise par la personne désignée chargée de l'unité de soins de santé. Un médecin ou un psychiatre est la personne chargée désignée de l'unité de soins de santé et a le pouvoir d'admettre et de donner le congé des soins tertiaires

au sein de l'unité de soins de santé. Le gestionnaire clinique principal ou Chef des services de santé mentale (dans les unités de soins de santé où il n'existe pas de gestionnaire clinique principal) a le pouvoir d'admettre et de donner le congé aux personnes de et vers les soins intermédiaires au sein de l'unité de soins de santé. Le médecin ou le psychiatre ainsi que le gestionnaire clinique principal et le Chef des services de santé mentale doivent être employés ou engagés par le Service correctionnel Canada pour fournir des services à l'unité de soins de santé pour laquelle ils autorisent l'admission ou le congé.

18.4 Processus de renvoi à une unité de soins de santé

18.4.1. Faire un renvoi

Le processus d'admission est enclenché par un renvoi à une unité de soins de santé devant être complété par un professionnel de la santé agréée (le professionnel traitant responsable de la personne, le cas échéant) généralement en collaboration avec le Chef des services de santé mentale et en consultation avec l'équipe de santé interdisciplinaire.

Les documents suivants doivent être remplis :

- **Formulaire électronique 1479: Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale**
- **Formulaire SCC 1482f: Formulaire de Consentement : Participation à un traitement de soins psychiatriques hospitaliers ou à un traitement de soins intermédiaires en santé mentale**

18.4.2 Examiner les renvois – comité des admissions et des congés

La décision d'admettre et de donner le congé dans les unités de soins de santé est prise par la personne désignée chargée de l'unité de soins de santé.

Si nécessaire, le comité peut consulter des ressources supplémentaires des Services de santé du SCC pour discuter d'un cas avant de prendre une décision concernant l'admission et le congé tel que : le Directeur exécutif du Centre de traitement, les médecins dirigeants régionaux, le psychiatre principal ou le conseiller médical national.

Le comité d'admission et de congé se réunira au moins une fois par semaine pour examiner les renvois.

Les responsabilités du comité d'admission et de congé :

- Examiner les raisons du renvoi;
- Prioriser les renvois;
- Examiner les besoins de traitement et les ressources disponibles;
- S'assurer que la personne remplit les critères d'admission ou de congé

Un professionnel de la santé agréé sera désigné comme professionnel traitant responsable de toutes les personnes admises dans une unité de soins de santé. Un psychiatre sera assigné comme le professionnel traitant responsable des personnes qui seront admises au niveau psychiatrique dans une unité de soins de santé. Un psychologue ou un psychiatre sera le professionnel traitant responsable (PTR) identifié de toutes les personnes qui seront admises au niveau intermédiaire dans une unité de soins de santé.

18.4.3 Notification des décisions d'admission et de congé à la personne et aux opérations.

Admission:

Un professionnel de la santé avisera les personnes par écrit, dans un délai d'une semaine, de toute décision relative à leur admission clinique ou à leur refus d'admission dans une unité de soins de santé, en indiquant les motifs de la décision. Voir l'Annexe P pour les directives concernant le contenu de la notification écrite de la décision d'admission de la personne dans une unité de soins de santé.

Le Directeur exécutif du Centre de traitement de l'unité de soins de santé d'accueil et le gestionnaire des Services de santé/chef des services de santé mentale de l'établissement référant doivent établir un processus permettant de notifier toute décision écrite et verbale à la personne concernée.

Le Directeur exécutif du Centre de traitement élaborera également un processus pour notifier les opérations à l'unité de soins de santé, si l'admission a été approuvée par la personne désignée chargée de l'unité de soins de santé.

Dans les cas où l'admission ou le transfèrement n'est pas approuvé, tous les membres du personnel impliqués dans le cas de la personne collaboreront à élaborer un plan visant à faciliter la continuité des soins de la personne.

Congé :

Selon les meilleures pratiques et normes de prestation de soins, les personnes devraient être informées verbalement de la décision de congé d'une unité de soins de santé (Centre régional de traitement) et ce, dès que possible. Par la suite, une notification écrite de la décision de congé et du motif doit être fournie à la personne dans les 2 jours suivants. Voir l'annexe Q pour les directives sur le contenu de la notification écrite à une personne à propos de la décision de congé d'une unité de soins de santé.

Le Directeur exécutif du centre de traitement établira un processus pour compléter la notification écrite et verbale de toute décision de congé clinique de la personne. Le Directeur exécutif du Centre de traitement élaborera également un processus pour notifier les opérations de l'unité de soins de santé, si le congé de l'unité de soins de santé a été approuvé par la personne désignée chargée de l'unité de soins de santé.

18.4.4 Documentation de la décision de l'admission et du congé

Le compte rendu de décision d'admission doit être saisi dans le DME à l'aide du formulaire **MHSM-1f : Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale**, et être justifié en détail dans le cas d'un refus.

18.4.5 Renvois urgents

Les renvois urgents sont toujours traités en priorité.

La réponse du renvoi doit être saisie dans le DME à l'aide du formulaire **MHSM-1f : Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale**, et être justifié en détail dans le cas d'un refus.

Un professionnel de la santé sera responsable de communiquer la décision de l'admission urgente à la personne.

Les principaux critères de priorisation pour les admissions se feront en fonction de la gravité des affections, des risques et des dates de libération lorsque le nombre de renvois répondant aux critères d'admission pour les soins hospitaliers psychiatriques, les soins intermédiaires et les Centres de traitement régionaux dépassera la capacité en lits.

18.5 Personnes dans les unités de soins de santé et non engagées dans leur traitement

Un consentement n'est pas nécessaire pour être **admis** dans une unité de soins de santé (le processus de gestion des cas peut obliger une personne à être transférée dans une telle unité). Celle-ci doit toutefois donner son consentement éclairé, si elle est apte à le faire, pour être **traitée**. À moins que la personne soit sous certificat médical en vertu de la loi provinciale en santé mentale applicable. La personne qui refuse tout traitement devrait être gardée à l'unité de soins de santé pendant **au moins 30 jours** afin d'essayer de la convaincre de participer au traitement. Dans de tels cas, l'équipe interdisciplinaire de santé mentale devrait revoir et consigner les efforts déployés pour engager la personne au traitement avant l'obtention de son congé. Si, après les 30 jours, la personne ne consent pas à l'admission ou au traitement, elle devrait être renvoyée de l'unité de soins de santé et retournée à son établissement principal et/ou régulier.

18.6 Services pour les personnes qui ont obtenu leur congé de l'unité de soins de santé et qui sont en attente de leur transfèrement.

Les personnes qui ont obtenu leur congé et qui attendent toujours un transfèrement d'une unité de soins de santé devraient continuer de recevoir des services de soins de santé selon leur niveau de soins évalué à ce moment, ainsi qu'un suivi continu de leur état de santé pour s'assurer que tout changement soit pris en considération en temps opportun.

19.0 Soins intermédiaires en santé mentale

19.1 Soins intermédiaires d'intensité élevée en santé mentale

Les soins intermédiaires d'intensité élevée en santé mentale sont fournis dans un centre régional de traitement.

19.1.1 Critères d'admission

- Les personnes atteints de maladie mentale comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de troubles majeurs de l'humeur, psychotiques, de stress post-traumatique, anxieux, du spectre de l'autisme et de la personnalité, et dont l'évaluation au moyen **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès à un soutien en tout temps (p. ex. pour une surveillance

de l'état mental, une psychothérapie intensive ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.)

- Les personnes atteintes de déficience cognitive comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de déficience intellectuelle, de lésion cérébrale et de démence, et dont l'évaluation au moyen de **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuit à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès à un soutien en tout temps (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intense ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes devant subir des évaluations psychiatriques ou spécialisées non disponibles autrement.

19.2 Soins intermédiaires d'intensité modérée en santé mentale

Les soins intermédiaires d'intensité modérée en santé mentale sont fournis dans certains établissements réguliers à sécurité moyenne ou maximale, ainsi que quelques unités de soins de santé.

19.2.1 Critères d'admission

- Les personnes atteintes de maladie mentale comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de troubles majeurs de l'humeur, psychotiques, de stress post-traumatique, anxieux, du spectre de l'autisme et de la personnalité, et dont l'évaluation au moyen de **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès à un soutien quotidien (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intensive ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes atteintes de déficience cognitive comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de déficience intellectuelle, de lésion cérébrale et de démence, et dont l'évaluation au moyen de **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuit à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.).
- Les personnes devant subir des évaluations psychiatriques ou spécialisées non disponibles autrement.

19.3 Réponse aux renvois

- Le processus suivant pour répondre aux renvois s'applique uniquement aux renvois effectués pour des soins de santé mentale intermédiaires fournis dans certains établissements réguliers à sécurité moyenne et maximale. Voir la **section 18.4** pour le processus de renvoi à une unité de soins de santé.
- L'admission aux soins de santé mentale intermédiaires est une décision qui revient aux responsables des soins de santé.

- Les demandes d'admission seront examinées lors de réunions régulières par l'équipe interdisciplinaire de santé mentale, composée de personnel clinique, opérationnel et de gestion de cas de l'établissement d'accueil. La personne doit répondre aux critères cliniques pour pouvoir recevoir des soins de santé mentale intermédiaires.
- Les décisions touchant les renvois seront consignées dans le SGISD-DME et le SGD dans les 15 jours ouvrables suivant la réception de la demande de renvoi. Il est primordial que les personnes aient accès en temps opportun à des soins de santé mentale afin d'éviter une déstabilisation causée par une attente prolongée. La réponse à la demande de renvoi doit être entrée dans le SGISD-DME au moyen du formulaire *MHSM-1f Rapport de triage ou d'évaluation de la santé mentale*, accompagnée d'une justification de la décision dans les cas de refus de la demande de renvoi.
- L'établissement d'origine a la responsabilité de communiquer la décision à la personne.
- Quand le nombre de demandes de renvoi qui satisfont aux critères d'admission dépasse le nombre de places dans un niveau de soins donné, la gravité de la déficience, le risque et les dates d'admissibilité et de libération seront les critères principaux pour établir l'ordre de priorité des admissions.
- Si la personne a besoin d'un transfèrement pour avoir accès à des soins intermédiaires, le transfèrement s'effectuera conformément aux **LD 710-2-3 : Processus de transfèrement des personnes**.

19.4 Coordinateur de cas cliniques

En plus d'un PTR, un coordonnateur des cas cliniques (CCC) sera assigné à chaque personne dans **les cinq jours ouvrables** suivant son admission.

19.5 Évaluation et planification du traitement/de l'intervention

De l'information générale sur *l'évaluation et la planification du traitement/d'intervention*, ainsi que sur *les rapports sur le progrès*, se trouve dans la **section 12.1** des présentes lignes directrices.

Le *plan de traitement/d'intervention* des personnes consentantes qui reçoivent des soins de santé intermédiaires doit normalement être complété **dans les 60 jours civils suivant la fin du processus d'évaluation initiale**. Le *plan de traitement* complété est placé dans le SGISD-DME. Si un rapport d'évaluation/plan de traitement à jour existe déjà, il est plus approprié de faire une mise à jour qu'une nouvelle évaluation complète. Une évaluation est dite « à jour » si elle décrit toujours fidèlement l'état de santé mentale de la personne, ses besoins et sa situation, et que le cas ne présente pas de changements importants. Une mise à jour d'évaluation comporte habituellement un bref rappel des faits pertinents et un bilan des problèmes et des préoccupations qui sont apparus depuis la dernière évaluation complète.

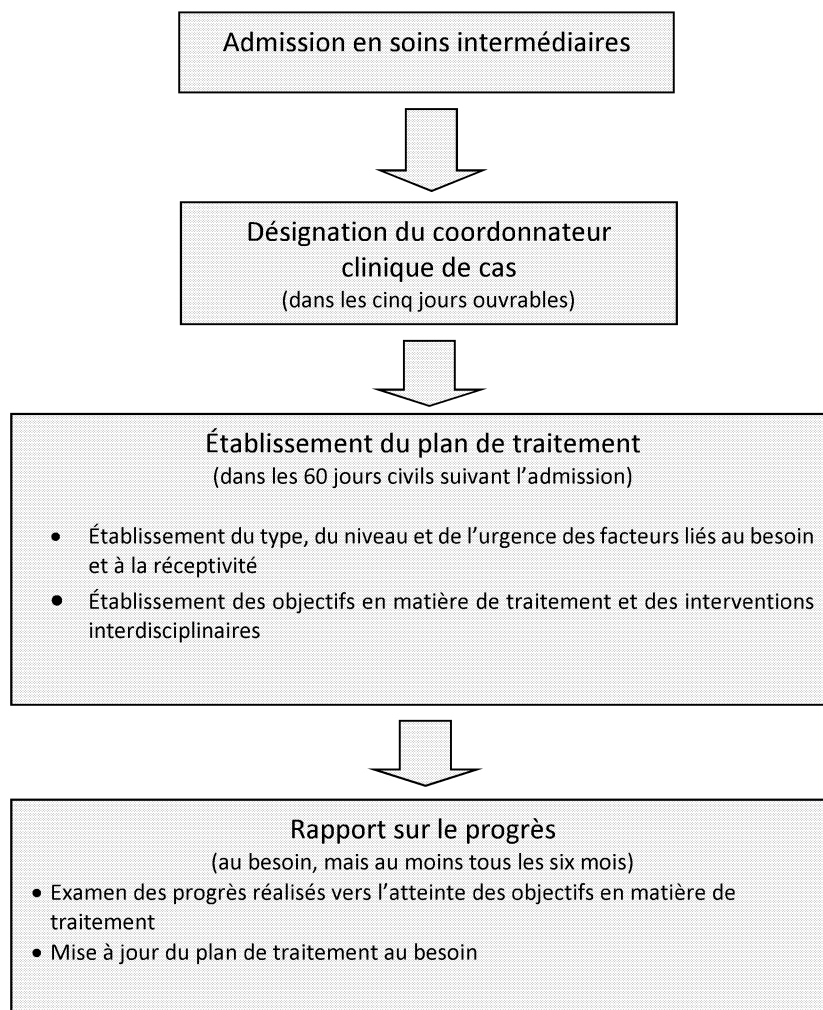
On ne peut remplir un *plan de traitement* pour les personnes en soins intermédiaires qui n'ont pas consenti au traitement. Pour ces personnes, il faudra peut-être plus de 60 jours pour établir le plan de traitement, de manière à disposer de plus de temps pour convaincre la personne de participer au traitement. Toutefois, conformément aux normes professionnelles, tous les contacts avec la personne liée aux stratégies pour amener la personne à participer au traitement doivent être consignés sous forme de notes clinique qui seront versées dans le SGISD-DME.

19.6 Rapports sur le progrès

La révision du plan de traitement par l'équipe interdisciplinaire est un élément essentiel du processus de traitement. Il importe en outre que la personne participe à ces révisions.

Les *plans de traitement* doivent être examinés afin d'évaluer les progrès réalisés à l'égard du traitement et des objectifs spécifiques, et être mis à jour au besoin mais au moins **tous les six mois**. Un processus de suivi interne (p. ex. un système de rappel) devrait être établi pour veiller à ce que les plans de traitement soient examinés tel qu'il est indiqué. Le *Rapport sur le progrès* doit être versé dans le SGISD-DME.

Processus d'évaluation et planification du traitement pour les soins intermédiaires en santé mentale



19.7 Processus de congé

Le processus de congé décrit ici concerne uniquement les soins de santé mentale intermédiaires d'intensité modérée dispensés dans certains établissements réguliers à sécurité moyenne et maximale. Voir la section 18.2 pour le processus de congé d'une unité de soins de santé.

La décision de congé des soins intermédiaires revient aux responsables des soins de santé. Elle sera examinée par le personnel clinique et opérationnel et le personnel de gestion des cas de l'établissement où l'on évalue la fin de traitement de la personne.

Les critères relatifs au congé des soins intermédiaires sont les suivants :

- L'équipe clinique détermine qu'on a dûment traité les besoins du patient en matière de santé mentale.
- L'équipe clinique détermine qu'on ne peut plus répondre aux besoins de la personne, car il a besoin d'un niveau de soins différent.
- L'équipe de traitement conclut que la personne ne s'implique plus dans son plan de traitement et les interventions et les autres traitements axés sur la motivation ont été employés, mais avec une efficacité limitée. Les documents cliniques doivent décrire de manière claire les efforts déployés pour faire participer la personne au traitement. Les décisions cliniques de fin du traitement tiennent compte des principes et des processus relatifs au changement et à la prévention de la rechute.

L'équipe de santé mentale formulera des recommandations relativement au traitement subséquent et fera l'aiguillage approprié.

On doit consulter l'établissement d'accueil prévu avant la fin du traitement d'une personne aux soins de santé mentale intermédiaires afin de faciliter la transition et la continuité des soins.

19.7.1 Documents requis au moment de la fin du traitement

Les exigences suivantes en matière de documentation au moment de la fin du traitement s'appliquent aux soins de santé mentale intermédiaires d'intensité modérée dispensés dans certains établissements réguliers à sécurité moyenne et maximale, ainsi qu'à une unité de soins de santé.

Un bref rapport sur l'évolution du cas doit être rempli par le CCC et versé dans le SGISD-DME et le SGD pour les personnes en transition entre une unité de soins intermédiaires à intensité élevée ou modérée dans un centre de traitement.

Un *Résumé de fin de traitement* doit être rempli et versé dans le SGISD-DME et le SGD pour les personnes qui quittent une unité de soins de santé intermédiaires.

Le *résumé de fin de traitement* doit être rempli par un membre clinique de l'équipe interdisciplinaire désigné par le gestionnaire clinique ou un coordonnateur clinique de cas. Le *Rapport de fin de traitement* dans un centre de traitement se présente sous deux formats : la version complète et la version provisoire. Une version provisoire est rédigée seulement lorsque des imprévus retardent la rédaction de la version complète au moment où la personne reçoit son congé.

Résumé de fin de traitement (version complète)

Pour toutes les personnes qui reçoivent leur congé d'une unité de soins intermédiaires, la version complète du *Résumé de fin de traitement* doit être remplie **au plus tard avant la date de congé**. Le *résumé de fin de traitement* comprend tous les renseignements pertinents sur le traitement (à l'exception des renseignements médicaux ou les renseignements sur les médicaments, lesquels peuvent être donnés dans les formulaires *Sommaire de transfèrement* ou *Fin de soins de santé* qui sont remplis à la fin du traitement). Il est exigé que l'opinion du personnel interdisciplinaire qui a participé aux soins et à la gestion de la personne soit rendue dans le *Résumé de fin de traitement*. Le résumé doit être versé dans le SGISD-DME et le SGD et une copie doit être remise à la personne. Des lignes directrices sur le contenu pour la version complète du *Résumé de fin de traitement* se trouvent à l'**annexe R**. Si un *Rapport provisoire de fin de traitement* est entré dans le SGISD-DME, le *Rapport final* peut être entré en créant une nouvelle version du e-formulaire existant, au lieu d'entrer un nouveau e-formulaire. En faisant cela, le rapport provisoire sera caché dans la liste de e-formulaires après que le rapport final est entré, mais va rester accessible dans les versions archivées du **MHSM-3f Rapport de fin de traitement**.

Résumé de fin de traitement (version provisoire)

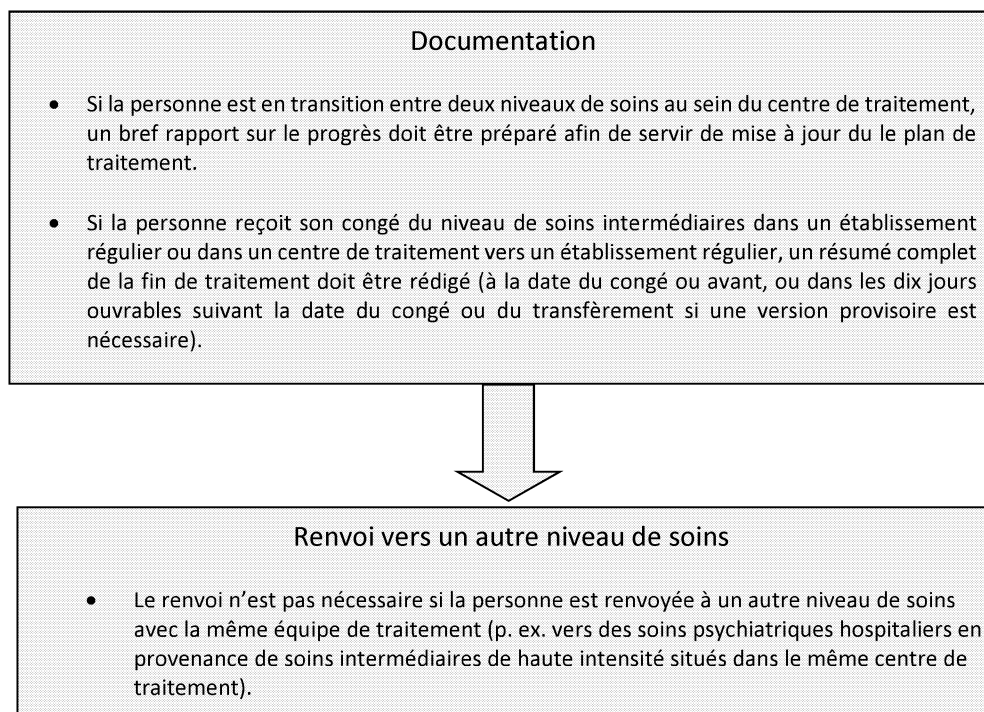
Si, au moment où la personne reçoit son congé ou avant cette date, des circonstances imprévues empêchent la production de la version complète (p. ex. contraintes de temps ou d'autres facteurs), une version provisoire du *Résumé de fin de traitement* doit être remplie **le jour du congé ou avant**. La version provisoire comprend des renseignements immédiats sur la continuité des soins et permet de veiller à une gestion efficace et sécuritaire du transfèrement de la personne. La version provisoire du *Résumé de fin de traitement* doit être versée dans le SGISD-DME et le SGD et une copie doit être remise à la personne. Des lignes directrices sur le contenu pour la version provisoire du *Résumé de fin de traitement* se trouvent à l'**annexe R**.

Dans les 10 jours ouvrables suivant la date du congé/du transfèrement, la version complète du *Résumé de fin de traitement* (laquelle comprend un exposé exhaustif du fonctionnement de la personne et des progrès réalisés grâce au traitement pendant le placement) doit aussi être remplie.

Les renseignements compris dans la version provisoire peuvent également être utilisés pour la version complète du *Résumé de fin de traitement* et peuvent donc être copiés et collés plus tard dans ce rapport.

Dans le cas des personnes qui sont décédées dans une unité des soins de santé mentale intermédiaires, une version abrégée du *Résumé de fin de traitement* est remplie; elle doit indiquer seulement que le patient est décédé, la date du décès et l'endroit où se trouvait le patient au moment du décès. Dans de telles circonstances, le délai de production est suspendu, mais la version abrégée du *Résumé de fin de traitement* doit être remplie le plus tôt possible.

Processus de congé pour les soins de santé mentale intermédiaires



20.0 Soins intermédiaires en santé mentale pour les femmes

Les soins intermédiaires en santé mentale pour les femmes sont fournis au Centre psychiatrique régional (CPR), dans les unités en milieu de vie structuré (MVS) et dans tous les établissements réguliers pour femmes.

Pour les critères et processus d'admission et de congé pour les soins de santé mentale intermédiaires destinés aux femmes du CPR, voir la **section 22.0**.

Environnement de soutien accru

L'Environnement de soutien accru (ESA) vise à créer un environnement positif de courte durée pour les femmes qui ont besoin d'un soutien plus direct et/ou qui nécessitent des compétences, des interventions ou des programmes plus ciblés. L'ESA aura une fonction pluridimensionnelle afin que l'on puisse répondre à divers besoins. L'ESA sera utilisé comme mesure de diversion ou solution de rechange à l'unité d'intervention structurée (UIS). De plus, les détenues placées dans l'ESA recevront du soutien pour acquérir les aptitudes nécessaires en vue d'être placées dans une autre unité de la population carcérale régulière ou de se préparer à la mise en liberté dans la collectivité, au besoin. L'objectif combiné permettra également de réduire le nombre de détenues reclassées au niveau de sécurité maximale en ciblant des interventions précoces et personnalisées, ainsi que l'acquisition de compétences afin que les détenues puissent demeurer dans la population carcérale régulière.

Les ESA ne sont pas des unités de soins de santé et, par conséquent, les détenues qui y résident ne font pas l'objet d'une admission clinique; toutefois, les ESA auront des ressources de soins de santé dédiées. Chaque ESA aura un ergothérapeute et/ou un travailleur social et ces membres du personnel relèveront des Services de santé. Des professionnels de la santé fourniront des services de santé mentale conformément aux Lignes directrices intégrées en santé mentale; des plans de traitement personnalisés seront élaborés en conséquence et exigeront le consentement éclairé et volontaire de la femme. Les interventions peuvent être offertes de façon individuelle ou en groupe, au besoin.

Les programmes de base, les services de santé et les rendez-vous médicaux continueront d'être offerts en dehors de l'ESA. Les interventions/services de soutien, comme des groupes de psychoéducation, la planification de la continuité des soins, etc., seront offerts à l'intérieur ou à l'extérieur de l'ESA (selon la planification de l'intervenant).

Les aiguillages vers l'ESA seront effectués comme les aiguillages vers les soins primaires au moyen du **formulaire n° 4000-01**. Voir la **section 17.1** pour le processus et les critères d'admissibilité prévus par les Lignes directrices intégrées en santé mentale stipulent que : Les personnes qui ont des besoins modérés ou élevés en santé mentale selon **MSHM-5f : l'Échelle des besoins de santé mentale** sont admissibles aux soins primaires. Les personnes dont les besoins en santé mentale sont jugés faibles peuvent bénéficier de services si les ressources le permettent.

20.1 Soins intermédiaires d'intensité élevée en santé mentale

Les soins intermédiaires d'intensité élevée en santé mentale sont fournis au Centre psychiatrique régional (CPR) qui est désigné comme étant une unité de soins de santé. Voir la **section 22.0** pour les critères et les processus d'admission et de congé

20.1.1 Critères d'admission

- Les personnes atteintes de maladie mentale comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de troubles majeur de l'humeur, psychotiques, de stress post-traumatique, anxieux, du spectre de l'autisme et de la personnalité, et dont l'évaluation au moyen de **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès au support quotidien (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intensive ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes atteintes de déficience cognitive comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de déficience intellectuelle, de lésion cérébrale et de démence, et dont l'évaluation au moyen de **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès au support quotidien (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intense ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes devant subir des évaluations psychiatriques ou spécialisées non disponibles autrement.

20.2 Soins intermédiaires d'intensité modérée en santé mentale

Les soins intermédiaires d'intensité modérée en santé mentale sont fournis dans les MVS et dans les établissements réguliers.

20.2.1 Critères d'admission

- Les personnes atteintes de maladie mentale comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de troubles majeur de l'humeur, psychotiques, de stress post-traumatique, anxieux, du spectre de l'autisme et de la personnalité, et dont l'évaluation au moyen de **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès à un soutien quotidien (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intense ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes atteintes de déficience cognitive comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de déficience intellectuelle, de lésion cérébrale et de démence, et dont l'évaluation au moyen **MSHM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin de considérable à substantiel, qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès à un soutien quotidien (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intense ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes devant subir des évaluations psychiatriques ou spécialisées non disponibles autrement.

20.3 Réponses aux renvois

- L'admission aux soins intermédiaires en santé mentale est une décision qui revient aux responsables des soins de santé.
- Les demandes d'admission seront examinées lors de réunions régulières par l'équipe interdisciplinaire de santé mentale, composée de personnel clinique, opérationnel et de gestion de cas de l'établissement d'accueil. La personne doit répondre aux critères cliniques pour pouvoir recevoir des soins de santé mentale intermédiaires.
- Les décisions touchant les renvois seront consignées dans le SGISD-DME et dans le SGD **dans les 15 jours ouvrables** suivant la réception de la demande de renvoi. Il est primordial que les personnes aient accès en temps opportun à des soins de santé mentale afin d'éviter qu'elles soient déstabilisées par une attente prolongée. La réponse à la demande de renvoi sera saisie dans le DME au moyen du formulaire **MHSM-1f : Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale**, accompagné de la justification de la décision en cas de refus de la demande de renvoi.
- L'établissement d'origine a la responsabilité de communiquer la décision à la personne.
- Quand le nombre de renvois qui satisfont aux critères d'admission dépasse le nombre de places dans un niveau de soins donné, la gravité de la déficience, le risque et les dates d'admissibilité et de libération seront les critères principaux pour établir l'ordre de priorité des admissions.
- S'il faut transférer la personne pour qu'elle ait accès aux soins intermédiaires, le transfèrement doit être effectué en conformité avec les **LD 710-2-3 : Processus de transfèrement des détenus** et le

bulletin sur la gestion de cas *Processus liés au déplacement et au transfèrement de détenus* daté du 2013-05-01.

- Il revient au chef des services de santé mentale de refuser ou d'accepter le renvoi. Les admissions d'urgence constituent une exception; elles peuvent parfois être acceptées par un médecin disposant de droits d'admission.
- Pour les soins intermédiaires en santé mentale en MVS, l'équipe des soins intermédiaires en santé mentale présentera le renvoi à l'équipe interdisciplinaire aux fins d'admission au MVS.

Le processus d'admission dans une unité de soins de santé mentale intermédiaires est distinct du processus d'admission dans une unité en milieu de vie structuré. Ces processus peuvent se dérouler en même temps ou à des moments différents. Les admission au MVS se font conformément aux termes de la DC 578 : *Stratégie d'intervention intensive dans les établissements pour femmes*.

20.4 Évaluation et planification du traitement/de l'intervention

Reportez-vous aux processus d'évaluation et de planification du traitement / de l'intervention décrits dans les sections 12.1 et 19.6 des présentes lignes directrices.

20.5 Processus de congé

La décision de congé des soins intermédiaires en santé mentale revient aux responsables des soins de santé. Elle sera examinée par le personnel clinique et opérationnel et le personnel de gestion des cas de l'établissement où l'on étudie le congé de la personne.

Les critères relatifs au congé des soins intermédiaires sont les suivants :

- L'équipe clinique détermine qu'on a dûment traité les besoins de la personne en matière de santé mentale.
- L'équipe clinique détermine qu'on ne peut plus répondre aux besoins de la personne, car elle a besoin d'un niveau de soins différent.
- L'équipe de traitement conclut que la femme ne s'implique plus dans son plan de traitement, et les interventions et les autres traitements axés sur la motivation ont été employés, mais avec une efficacité limitée. Les documents cliniques doivent décrire de manière claire les efforts déployés pour faire participer la femme au traitement. Les décisions cliniques de fin du traitement tiennent compte des principes et des processus relatifs au changement et à la prévention de la rechute.

L'équipe de santé mentale formulera des recommandations relativement au traitement subséquent et fera les aiguillages appropriés.

On doit consulter l'établissement d'accueil prévu avant la fin du traitement d'une personne aux soins intermédiaires en santé mentale afin de faciliter la transition et la continuité des soins.

20.5.1 Processus de congé pour le MVS

Le processus de congé dans une unité de soins intermédiaire en santé mentale est distinct du processus de congé dans une unité en milieu de vie structuré. Ces processus peuvent se dérouler en même temps ou à des moments différents.

Le congé dans un MVS doit être conforme aux exigences énoncées dans la **DC 578 : Stratégie d'intervention intensive dans les établissements pour femmes**.

21.0 Soins psychiatriques hospitaliers

Les soins hospitaliers psychiatriques font partie des unités de soins de santé désignées. Voir la **section 18.0** pour les critères et le processus d'admission et de congé. Ce qui suit fournit plus de détails sur ces critères.

21.1 Critères d'admission

- Les personnes atteints de maladie mentale comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de troubles graves de l'humeur, psychotiques, de stress post-traumatique, anxieux, du spectre de l'autisme et de la personnalité, et dont l'évaluation au moyen de **MHSM-5f: l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin élevé (substantiellement élevé ou aigu/grave), qui nuisent à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont généralement besoin de stabilisation et d'un accès à un soutien en tout temps (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intensive ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes atteintes de déficience cognitive comprenant, sans s'y limiter, celles qui sont atteintes de déficience intellectuelle, de lésion cérébrale et de démence, et dont l'évaluation au moyen de **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** indique un besoin élevé (substantiellement élevé ou aigu/grave), qui nuit à leur capacité de fonctionner dans un établissement régulier (p. ex. automutilation récurrente, risque de suicide, négligence des soins personnels de base, vulnérabilité à la prédation en raison d'une déficience, etc.). Ces personnes ont besoin d'un accès à un soutien en tout temps (p. ex. pour une surveillance de l'état mental, une psychothérapie intensive ou une intervention comportementale, un soutien pour les soins personnels de base, la prise des médicaments et la supervision, etc.).
- Les personnes devant se soumettre à des évaluations psychiatriques ou spécialisées non disponibles autrement.
- Les personnes atteintes de déficiences cognitives ou de déficiences cognitives et physiques concomitantes liées au vieillissement qui ont besoin de soins infirmiers et d'autres soins cliniques en tout temps.
- Les personnes désignées comme n'étant pas tenues criminellement responsables en raison de troubles mentaux (lorsque le Centre de traitement est reconnu comme un hôpital selon la loi de la province).

21.2 Réponse aux demandes de renvoi

Voir la **section 18.0** pour le processus de réponse à un renvoi. En outre, les éléments suivants doivent être pris en compte.

21.3 Considérations d'admission

Les renvois urgents sont toujours traités en priorité.

Voici des considérations générales dont il faut tenir compte pour les admissions :

- Comme les programmes et les services correctionnels offerts dans la plupart des établissements du SCC permettent de répondre convenablement aux besoins en traitement des personnes dont le seul trouble mental diagnostiqué est une toxicomanie ou un trouble de la personnalité antisociale, ces personnes ne seront pas normalement admises aux soins psychiatriques hospitaliers.
- La sécurité et le bien-être des personnes constituent une priorité des soins psychiatriques hospitaliers. Puisque les centres de traitement accueillent un grand nombre de personnes très vulnérables et souvent dans un environnement ouvert, ils ne sont pas toujours en mesure de gérer les personnes ouvertement agressives ou perturbatrices et/ou qui ont des comportements de prédation envers les autres. Cependant, les centres de traitement gèrent les cas dont l'agression est un symptôme d'un trouble mental sous-jacent. En outre, les centres de traitement gèrent les personnes inaptes aux termes de la loi sur la santé mentale qui s'applique, peu importe leur comportement envers les autres.
- Si le centre de traitement est désigné à titre d'hôpital et/ou d'unité de santé mentale par la province, le centre doit se conformer aux exigences des lois provinciales applicables (p. ex. lois sur les hôpitaux et la santé mentale).

21.4 Professionnel traitant responsable

Pour assurer des soins efficaces, chaque personne se verra attribuer un psychiatre en tant que professionnel traitant responsable à l'admission à l'unité de soins de santé/, documentée dans le SGISD-DME.

21.5 Coordination clinique du cas

Afin de veiller à une prestation efficace des soins, on affectera à chaque personne un coordonnateur clinique de cas (CCC) **dans les cinq jours ouvrables suivant son admission**. Le CCC peut être un infirmier, un ergothérapeute, un travailleur social, un psychologue ou un autre professionnel clinique.

21.6 Évaluation et la planification du traitement/d'intervention

De l'information générale sur les *évaluations, la planification du traitement et ou l'intervention* ainsi que les *rapports du progrès* se trouve dans la **section 12.1** des présentes lignes directrices.

Le processus d'évaluation et la consultation interdisciplinaire relativement au cas permettent ensemble de déterminer les domaines de besoins requérant des traitements, les forces de la personne (p. ex. les facteurs de protection tels que la capacité d'adaptation et de maîtrise de soi, le soutien social, etc.), ainsi que les problèmes de réceptivité qui doivent être pris en considération pendant l'évaluation et la planification du traitement (p. ex. déficiences cognitives, troubles d'apprentissage, résistance au traitement, considérations relatives à la culture ou au sexe, etc.).

Toutes les personnes placées en soins psychiatriques hospitaliers doivent disposer d'un *plan de traitement/d'intervention* complet **dans les 30 jours ouvrables suivant le processus d'entrevue initiale**. Le *plan de traitement/d'intervention* dûment rempli doit être versé dans le SGISD-DME.

Les personnes admises d'urgence ou gravement malade font exception à cette règle. Pour ce genre d'admission, le processus d'évaluation initiale vise à cerner les domaines de besoins qui ont le plus

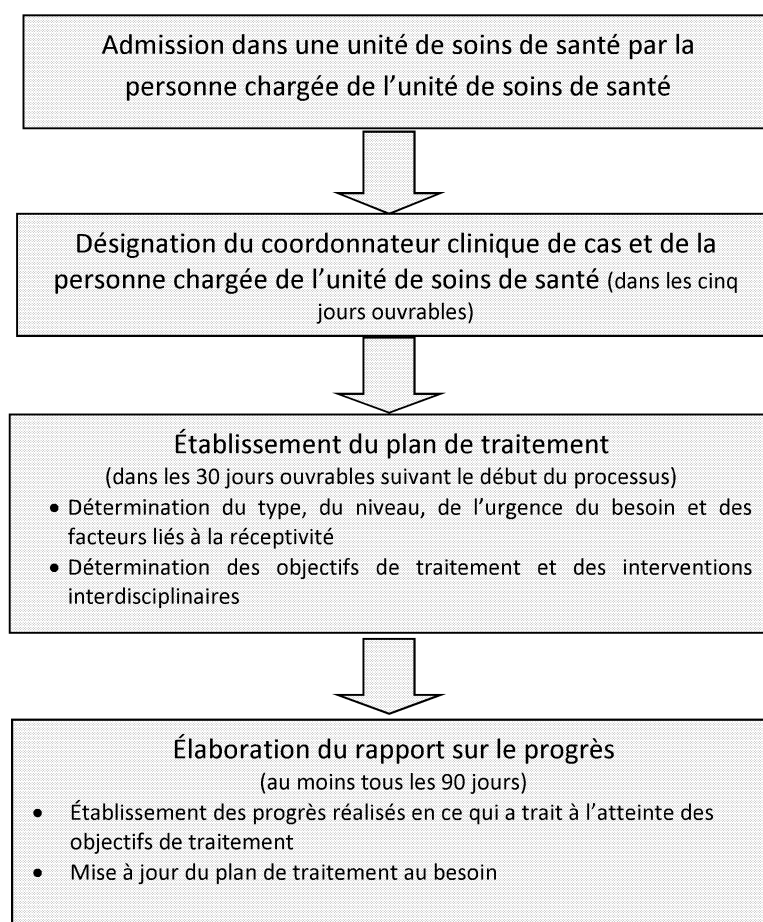
d'incidence sur la stabilité mentale de la personne, y compris un examen des besoins de traitement prioritaires documenté dans **MHSM-5f : l'Échelle des besoins en santé mentale**. Un *plan de traitement provisoire* doit être rédigé **dans les deux jours ouvrables** suivant l'admission et versé au SGISD-DME. **Dans les 30 jours** suivant la stabilisation des symptômes ou des comportements graves, il faut élaborer un plan de traitement régulier et un résumé du plan de traitement initial. Si **MHSM 5f : l'Échelle des besoins en santé mentale** n'a pas été complétée au moment du renvoi en raison de la nature urgente de l'admission, elle devra être complétée au cours du processus d'évaluation pour le plan de traitement.

21.7 Rapports sur le progrès

La révision du plan de traitement par l'équipe interdisciplinaire est un élément essentiel du processus de traitement. Il importe en outre que la personne participe à ces révisions.

Les *plans de traitement/d'intervention* devraient être examinés afin d'évaluer le progrès réalisé à l'égard des objectifs/buts du traitement et mis à jour au besoin (au minimum **tous les 90 jours civils**). Un processus de suivi interne (p. ex. un système de rappel) devrait être établi pour veiller à ce que les plans de traitement soient examinés tel qu'il est indiqué. Une fois rempli, le *Rapport sur le progrès* est versé dans le SGISD-DME. *Résumé du rapport sur le progrès MHSM-2f: Rapport sur le progrès santé mentale*.

Processus d'évaluation et de planification du traitement pour les soins psychiatriques hospitaliers



21.8 Processus de congé

Voir la section 18.2 pour le processus de congé d'une unité de soins de santé.

Avant que la personne obtienne son congé de l'hôpital psychiatrique, l'établissement d'accueil prévu devrait être consulté afin de faciliter la transition et la continuité des soins.

Pour toutes les personnes, le diagnostic pertinent en santé mentale, les médicaments et les autres renseignements médicaux applicables sont communiqués à l'établissement d'accueil au moyen du *formulaire CSC/SCC 0377-01 Sommaire de transfèrement* ou du *formulaire CSC/SCC 1372 congé des services de santé au moment du congé*.

21.8.1 Documents exigés lors du congé

1. Résumé de fin de traitement psychiatrique

Le *Résumé de fin de traitement psychiatrique* doit être rempli par un psychiatre. Il comprend des renseignements démographiques et thérapeutiques pertinents ainsi que des renseignements médicaux (p. ex. diagnostic, médicaments, santé physique). Pour toutes les personnes bénéficiant de soins psychiatriques directs au moment du retour à l'établissement régulier, à une unité de soins de santé mentale intermédiaires dans un centre de traitement ou dans la collectivité, le *Résumé de fin de traitement psychiatrique* doit être rempli **dans les 30 jours suivant la date de congé**. Le résumé doit être versé dans le SGISD-DME. **Le Résumé de fin de traitement psychiatrique ne doit pas être versé dans le SGD ni dans les dossiers de gestion de cas.** Les lignes directrices sur le contenu pour le *Rapport de fin de traitement psychiatrique* se trouvent à l'annexe S.

2. Résumé de fin de traitement

Si une personne demeure dans un centre de traitement pour y obtenir des soins de santé mentale intermédiaires (intensité élevée ou modérée), le coordonnateur clinique de cas (CCC) doit remplir un bref rapport sur les progrès et le publier dans le SGISD-DME.

Si la personne quitte l'hôpital psychiatrique pour aller dans un autre établissement, le CCC doit remplir un *Résumé de fin de traitement* complet et le verser au SGISD-DME.

Le *Résumé de fin de traitement* doit être rempli par un membre clinique de l'équipe interdisciplinaire désigné par le gestionnaire clinique ou le coordonnateur clinique de cas. Il existe deux formats de *résumé de fin de traitement* : les versions « *complète* » et « *provisoire* ». La version provisoire est rédigée seulement lorsque des imprévus retardent la rédaction de la version complète au moment où la personne quitte le centre de traitement pour retourner dans un établissement régulier ou dans la collectivité.

Résumé de fin de traitement (version complète)

Pour toutes les personnes qui reçoivent leur congé des soins psychiatriques hospitaliers dans un centre de traitement pour retourner dans un établissement régulier ou dans la collectivité, la version complète du résumé de fin de traitement doit être remplie **au plus tard à la date de congé**. Le *Résumé de fin de traitement* doit contenir tous les renseignements thérapeutiques pertinents, y compris tous les domaines

de besoins en matière de traitement non satisfaits (à l'exception des renseignements médicaux ou qui touchent la médication, qui devraient être fournis dans les formulaires *Sommaire de transfèrement* ou *Rapport sommaire de continuité des soins* au moment de la fin du traitement et, par la suite, également dans le *Résumé de fin de traitement psychiatrique*). Il faut que l'opinion de divers membres du personnel interdisciplinaire qui a participé aux soins et à la gestion de la personne soit rendue dans le *Résumé de fin de traitement*. Le *Résumé de fin de traitement* rempli doit être versé au le SGISD-DME et une copie de ce résumé doit être remise à la personne. Les lignes directrices sur le contenu pour la version complète du *Résumé de fin de traitement* se trouvent à l'**annexe R**. Si un *Rapport provisoire de fin de traitement* est entré dans le SGISD-DME, le *Rapport final* peut être entré en créant une nouvelle version du e-formulaire existant, au lieu d'entrer un nouveau e-formulaire. En faisant cela, le rapport provisoire va être caché dans la liste de e-formulaires après que le rapport final est entré, mais va rester accessible dans les versions archivées du *MHSM-3f Rapport de fin de traitement*.

Résumé de fin de traitement (version provisoire)

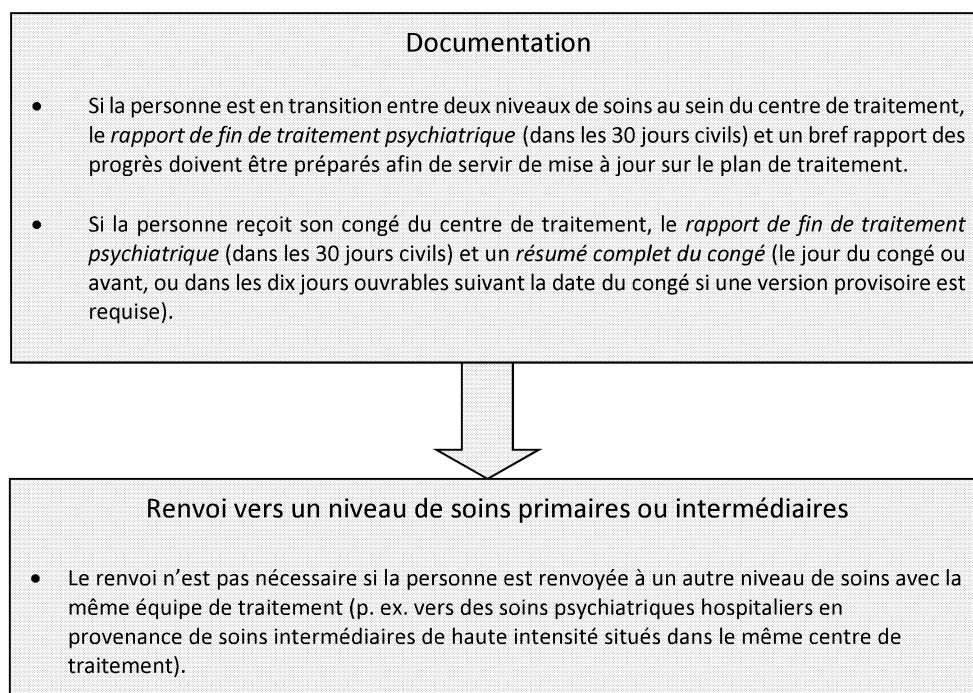
Si, avant que la personne reçoive son congé, des circonstances imprévues (p. ex. contraintes de temps ou autres facteurs) empêchent la version complète du *Résumé de fin de traitement* d'être remplie, la version provisoire du *Résumé de fin de traitement* peut être utilisée comme un résumé de fin de traitement abrégé, **le jour de congé ou avant**. La version provisoire comprend des renseignements immédiats sur la continuité de soins qui permettent de veiller à une gestion efficace et sécuritaire du transfèrement de la personne. La version provisoire du *Résumé de fin de traitement* est versée au DME et au SGD et une copie de cette version est remise à la personne. Les lignes directrices sur le contenu pour la version provisoire du *Résumé de fin de traitement* se trouvent à l'**annexe R**.

Dans les 10 jours ouvrables suivant la date de congé/du transfèrement, la version complète du *Résumé de fin de traitement* (laquelle comprend un exposé exhaustif du fonctionnement de la personne et des progrès réalisés grâce au traitement pendant le placement) doit aussi être remplie.

Les renseignements compris dans la version provisoire peuvent également être utilisés pour la version complète du *Résumé de fin de traitement* et peuvent donc être copiés et collés plus tard dans ce rapport. On doit aviser le personnel pertinent de l'établissement d'accueil en temps opportun s'il existe des renseignements supplémentaires sur la continuité des soins dans le *Résumé de fin de traitement psychiatrique*, ou lorsqu'il existe des renseignements qui contredisent ceux donnés auparavant dans le *Résumé de fin de traitement* ou dans les formulaires de transfèrement qui ont été remplis au moment de la fin du traitement.

Dans le cas des personnes qui sont décédées dans une unité des soins de santé mentale intermédiaires, une version abrégée du *Résumé de fin de traitement* est remplie; elle doit indiquer seulement que le patient est décédé, la date du décès et l'endroit où se trouvait le patient au moment du décès. Dans de telles circonstances, le délai de production est suspendu, mais la version abrégée du *Résumé de fin de traitement* doit être remplie le plus tôt possible.

Processus de congé pour les soins psychiatriques hospitaliers



22.0 Soins psychiatriques hospitaliers (CPR) pour femmes

Les unités comprenant des soins hospitaliers psychiatriques pour femmes sont des unités de soins de santé. Par conséquent, voir la section 18.0 pour les critères et le processus d'admission et de congé, ainsi que pour la réponse à toute demande de renvoi.

22.1 Évaluation et planification du traitement/d'intervention

Voir la section 19.6 et section 20.5 dans les présentes lignes directives pour de plus amples renseignements sur les processus d'évaluation et de planification du traitement/d'intervention.

22.2 Processus de congé

Voir la section 18.2 pour les critères et processus de congé dans une unité de soins de santé.

22.3 Placement des femmes dans les centres régionaux de traitement pour hommes

Les centres régionaux de traitement peuvent accueillir des femmes nécessitant des soins de stabilisation à court terme, mais seulement dans des situations d'urgence exceptionnelles :

- Tout placement d'une femme dans un centre régional de traitement pour hommes sera uniquement effectué suivant la recommandation du médecin traitant.
- Tout séjour d'une femme dans un centre régional de traitement fera l'objet d'une surveillance par les comités régionaux sur les cas complexes de santé mentale.

- Toute interaction avec une femme placée temporairement dans un centre régional de traitement devra être conforme à la DC 577 – *Protocole relatif au personnel dans les établissements pour délinquantes*.

23.0 Services de planification clinique de la continuité des soins et de santé mentale dans la collectivité

23.1 Planification clinique de la continuité des soins

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la planification clinique de la continuité des soins, veuillez consulter les *Lignes directrices sur la planification de la continuité des soins (2019)*.

23.1.1 Admissibilité

Lorsque les ressources sont disponibles, toute personne qui présente un niveau global de besoins en santé mentale considérable ou plus élevé sur **MHSM-5f: l'Échelle des besoins en santé mentale** est admissible à la planification clinique de continuité des soins.

23.1.2 Renvoi

- On utilise le **formulaire électronique 4000-01f : Renvoi aux services de santé** pour l'aiguillage vers la planification clinique de continuité des soins. Le moment de présentation des renvois est normalement dicté par la date de libération prévue de la personne, le processus de gestion de cas et le niveau de besoins prévu. On recommande que le renvoi soit effectué un an avant la date de mise en liberté prévue de la personne.
- Le formulaire de renvoi est remis à un membre du personnel désigné, qui l'analyse pour s'assurer qu'il est approprié et contient l'information requise.

23.1.3 Évaluation

Dans les cas où le professionnel de la santé fournit des services de planification clinique de la continuité des soins (pour tout type de mise en liberté), il doit normalement remplir une note pour les interventions brèves (si les services sont spécifiques ou ont une durée limitée) ou un *Rapport d'évaluation de fin de traitement (pour les plans de continuité des soins à long terme ou plus complets)* :

- Dans les deux mois suivant le début des services.
- Le rapport doit être achevé et versé dans le SGISD-DME au plus tard 35 jours civils avant l'audience de la personne devant la Commission des libérations conditionnelles du Canada (CLCC). Cela permet à la CLCC de prendre en considération le plan clinique de continuité des soins de la personne lors de la prise de décision concernant la mise en liberté sous condition. Toutefois, dans certains cas, des rapports mis à jour ou des addendas faisant état de changements importants dans le plan de libération peuvent être affichés deux semaines avant l'audience de libération conditionnelle, et une communication directe doit avoir lieu avec l'agent de libération conditionnelle. Les agents de libération conditionnelle ont 15 jours pour soumettre toute la documentation pertinente à la CLCC, et l'on demandera aux personnes de signer un formulaire de renonciation pour tout document soumis par la suite.

- Un résumé de tout changement important ou de tout progrès lié au plan de libération de la personne devrait être communiqué à l'agent de libération conditionnelle en établissement et à l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité avant la mise en liberté. Un Rapport d'évaluation clinique de fin de traitement résumant les interventions sera affiché dans les 14 jours suivant la mise en liberté dans la collectivité.

Le rapport d'évaluation clinique de fin de traitement doit être communiqué à l'équipe de gestion du cas de la personne et avec celle-ci aux fins de discussion, puis versé dans le SGISD-DME et le SGD. Les lignes directrices sur le contenu des évaluations de la santé mentale et des plans de traitement qui se trouvent à l'annexe H s'appliquent.

Le professionnel de la santé communique les renseignements à l'équipe de gestion de cas de la personne dans le cadre de la planification de la continuité des soins. Si des références sont faites dans le cadre de la planification de la continuité des soins de la personne, le professionnel de la santé doit communiquer tout renseignement pertinent lié à la sécurité du public et à la gestion du risque aux fournisseurs de services communautaires concernés et au réseau de soutien.

23.2 Prestation de services de santé mentale dans la collectivité

23.2.1 Admissibilité

MHSM-5f : L'Échelle des besoins de santé mentale et/ou d'autres outils cliniques et évaluation peuvent être utilisés pour déterminer l'admissibilité aux services de santé mentale dans la collectivité. Si **MHSM-5f : L'Échelle des besoins de santé mentale** est utilisée, un niveau global de besoins en santé mentale considérable ou plus élevé indiquerait si les personnes sont éligibles pour ces services. Les personnes qui présentent un risque de récurrence élevé et dont les besoins ne peuvent être satisfaits au moyen des programmes correctionnels peuvent être se voir offrir des services psychologiques, lorsque de l'avis d'un professionnel de la santé mentale, il existe un besoin fondé sur des éléments de preuve.

23.3 Réponse aux demandes de renvoi, triage et établissement de l'ordre de priorité des services

Les décisions concernant la prestation de services sont fondées sur l'utilisation optimale des ressources pour les personnes ayant les besoins les plus grands. L'ordre de priorité des services repose sur l'urgence du renvoi, sur le niveau de besoin, sur le risque, sur la réceptivité et sur les exigences établies dans les politiques. La priorité est accordée aux personnes soumises à des conditions de la CLCC.

À la réception d'un renvoi :

- Le membre du personnel désigné estampillera ou écrira la date de réception sur le formulaire de renvoi.
- Chaque unité opérationnelle aura un processus de triage des renvois afin de prendre les mesures de suivi nécessaires.
- L'agent à l'origine de la demande sera informé de l'état de sa demande (p. ex. accepté, mis sur une liste d'attente, refusé) **dans les 15 jours ouvrables** suivant la réception du renvoi. La décision prise à l'égard du renvoi sera consignée sur le formulaire de renvoi, lequel est ensuite versé au DME.
- Lorsqu'on conclut qu'une personne n'a pas besoin de services, la justification doit être consignée brièvement dans le **Formulaire électronique 4000-01 : Renvoi aux Services de santé**. La personne doit également en être informée.

- Une fois le renvoi approuvé, le SSMC examinera l'évaluation de la sécurité du personnel remplie par l'ALC dans la collectivité et consignera l'examen dans un Registre des interventions et dans le SGISD-DME. Cela doit avoir lieu avant que les SSMC effectue toute visite dans la collectivité.
- Dans les cas où l'ALC dans la collectivité doit effectuer une surveillance en tandem dans le cadre de visites dans la collectivité, y compris les visites à domicile (p. ex. pendant au moins les trois premiers mois de la surveillance des personnes reconnues coupables d'une infraction ayant causé la mort ou d'agression sexuelle), les SSMC doivent faire de même. Avant d'effectuer toute visite dans la collectivité, le professionnel des SSMC doit avoir terminé sa formation sur la sécurité dans la collectivité. Le personnel des SSMC respecter les mêmes procédures liées aux entrées et aux sorties en vigueur dans les bureaux de libération conditionnelle que celles auxquelles sont assujetties les ALC dans la collectivité lorsqu'il effectue des visites dans la collectivité.

23.3.1 Renvois aux Services de santé mentale

Chaque unité opérationnelle assigne les tâches liées au triage comme elle l'entend.

- Dans le cadre du processus de triage, **MHSM-5f : L'Échelle des besoins de santé mentale** peut être utilisé afin de documenter le niveau de besoins de la personne et d'aider à établir l'ordre de priorité des services. L'évaluation aux fins du triage et **MHSM-5f : L'Échelle des besoins de santé mentale** dûment remplies sont versées au DME. Les lignes directrices sur le contenu pour l'évaluation de la santé mentale aux fins du triage se trouvent à l'**annexe O**.
- Dans la plupart des cas, il y aura déjà une évaluation faite à l'aide de **MHSM-5f : L'Échelle des besoins de santé mentale** au dossier. La décision de mettre l'évaluation à jour revient au professionnel de la santé mentale. L'évaluateur devrait indiquer si l'évaluation actuelle est une mise à jour ou un complément aux évaluations précédentes.
- Les personnes qui, selon l'évaluation aux fins du triage, présentent des niveaux globaux de besoins en soins de santé mentale considérables ou élevés sont admissibles aux services et la priorité sera accordée en fonction de l'urgence du renvoi.
- L'assignation d'un renvoi est basée sur la charge de travail, la complexité des rôles, la complexité des services requis, le niveau de responsabilité et l'ensemble des compétences spécialisées des membres de l'équipe de santé mentale.

23.3.2 Renvois aux services psychologiques liés à la gestion du risque et à la prise de décisions

Les services psychologiques liés à la gestion du risque et visant à aider à la gestion des cas et à la prise de décisions par la Commission des libérations conditionnelles du Canada sont offerts conformément aux politiques et aux lois pertinentes, et l'ordre de priorité est établi en fonction des considérations suivantes :

- Les personnes qui présentent un risque élevé de récidive avec violence ou de récidive sexuelle et qui nécessitent une intervention par un professionnel de la santé mentale lorsque les programmes correctionnels, les autres membres du personnel du SCC ou les ressources communautaires ne permettent pas de répondre à leurs besoins ou lorsqu'il y a escalade de besoins liés aux facteurs criminogènes.
- Lorsque la Commission des libérations conditionnelles du Canada (CLCC) impose comme condition à une personne de suivre un traitement psychologique ou d'assister à des séances de counseling, s'il répond aux critères susmentionnés. Il arrive qu'une demande de renvoi soit présentée pour une personne assujettie à une condition d'assister à des séances de counseling imposée par la CLCC, bien que cette personne ne suscite aucune préoccupation en matière de santé mentale et que le risque qu'elle présente soit faible, sans indication d'escalade des facteurs criminogènes. Les décisions en matière de soins de santé sont régies par la législation provinciale, et l'autorité

décisionnelle en cette matière revient au professionnel de la santé mentale agréé. Les psychologues dans la collectivité sont tenus de répondre aux demandes de renvoi, bien qu'ils ne soient pas tenus de fournir des services à moins qu'il y ait (de l'avis d'un professionnel de la santé agréé) des motifs cliniques ou criminogènes fondés sur des données probantes de le faire. Lorsque le professionnel de la santé détermine qu'il n'y a pas nécessité d'offrir un service, les raisons doivent être bien documentées.

23.4 Évaluation et planification du traitement/d'intervention

23.4.1 Évaluation de la santé mentale et plan de traitement/d'intervention et évaluation de la santé mentale pour l'intégration dans la collectivité

Des renseignements généraux sur la façon de réaliser des *évaluations de la santé mentale* et des *plans de traitement/d'intervention* se trouvent à la **section 12.1** des présentes lignes directrices.

Les *évaluations et les plans de traitement/d'intervention*, ainsi que les *évaluations de la santé mentale pour l'intégration des services de santé mentale dans la collectivité*, doivent être réalisés **au plus tard 30 jours après l'entrevue initiale avec le professionnel de la santé**. Un professionnel de la santé mentale peut avoir besoin de plusieurs entrevues avec la personne avant la formulation du cas, laquelle est nécessaire pour préparer une évaluation. L'*évaluation de la santé mentale* et le *plan de traitement/d'intervention* doivent être versés dans le SGISD-DME.

L'*évaluation de la santé mentale pour l'intégration des services de santé mentale dans la collectivité* est généralement effectuée par un travailleur social ou un infirmier en santé mentale. Elle évalue les forces et les besoins biopsychosociaux et culturels de la personne. Les lignes directrices sur le contenu des *évaluations* et des *plans de traitement/d'intervention* que l'on trouve à l'**annexe H** des présentes lignes directrices s'appliquent. Une fois établi, le plan est communiqué à la personne aux fins de discussion et une conférence de cas est tenue avec l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité assignée au cas. Le plan est versé dans le SGISD-DME et une copie est versée au dossier de gestion de cas dans le SGD.

23.4.2 Rapports sur le progrès

Les *plans de traitement* devraient être examinés afin d'évaluer les progrès réalisés à l'égard des buts/objectifs de traitement établis et mis à jour au besoin.

Des *rapports sur le progrès* seront rédigés au besoin pour faciliter la prise de décisions et la gestion du cas (p. ex. lorsqu'un événement important ou un renseignement clinique important doit être communiqué, ou à la demande de la Commission des libérations conditionnelles du Canada). Ces rapports devraient comprendre un aperçu des progrès réalisés à l'égard des objectifs de traitement définis dans les précédents *rapports sur le progrès*. En outre, le rapport sur le progrès fournit un résumé de domaines de besoins qui devront être traités durant la prochaine période de traitement ainsi que les objectifs de traitement correspondants et les interventions interdisciplinaires planifiées. Les *rapports sur le progrès* sont versés dans le SGISD-DME, en utilisant le formulaire **MHSM-2f : Rapport sur le progrès santé mentale**

Lorsqu'il est recommandé de poursuivre le traitement au-delà de 24 séances, on doit examiner le cas et énoncer clairement les raisons pour lesquelles de nouvelles séances s'imposent afin d'atteindre les buts.

Il y a des cas où une thérapie à long terme peut être requise, mais cette thérapie doit toujours être justifiée et assortie de buts. D'autres traitements doivent être envisagés, comme l'aiguillage vers un programme correctionnel, l'entraide dans l'établissement ou une pause dans la thérapie pour la mise en pratique des compétences acquises suivie d'une reprise envisagée. Lorsque l'intervention excède 24 séances, un rapport sur le progrès devrait être complété après chaque cycle de 12 séances.

23.4.3 Évaluation psychologique du risque et autres évaluations aux fins de la gestion des cas ou pour la Commission des libérations conditionnelles du Canada

Des renseignements généraux sur ces types d'évaluation se trouvent dans la **section 13.2** des présentes lignes directrices.

23.5 Fin des soins

Normalement, **à l'intérieur de 20 jours ouvrables**, un *rapport final sur le progrès* doit être préparé. Ce rapport doit être versé dans le SGISD-DME et au SDG et une copie doit être classée dans le dossier de gestion de cas.

Dans le cas d'une personne qui termine sa peine, le *Rapport final sur le progrès* doit être préparé dans un **délai de cinq (5) jours ouvrables avant la date d'expiration du mandat**.

23.6 Suicide et automutilation

Si un personne présente un risque imminent de suicide ou d'automutilation, les professionnels de la santé mentale dans la collectivité doivent intervenir conformément à la politique de l'organisation et aux normes professionnelles trouvés à la **DC 568-1 : Consignation et signalement des incidents de sécurité**. Les professionnels de la santé mentale dans la collectivité évaluent de façon continue le risque de suicide ou d'automutilation d'une personne lorsqu'ils interviennent auprès d'elle. Si des facteurs de risque de suicide ou d'automutilation sont présents, le professionnel de la santé doit consulter l'EISM et l'équipe de gestion de cas. Cette consultation devrait être documentée sous forme de note clinique qui sera versée dans le SGISD-DME et intégrée au *Rapport d'intégration des services de santé mentale dans la collectivité et/ou au plan de traitement*, si applicable.

Annexe A : Cadre clinique pour l'identification, la gestion et l'intervention auprès des individus ayant des vulnérabilités liées au suicide ou à l'automutilation

Le présent document fournit des directives provisoires concernant la mise en œuvre du Cadre clinique pour l'identification, la gestion et l'intervention auprès des individus ayant des vulnérabilités liées au suicide ou à l'automutilation (Cadre clinique). Ces directives ne s'appliquent qu'au personnel qui travaille en établissement. Les établissements qui ont complété la formation sur le Cadre clinique doivent respecter les processus qui suivent en ce qui a trait au dépistage, à la classification, à l'évaluation et à la planification du traitement. Tous les processus existant en matière de santé mentale décrits dans les Lignes directrices intégrées en santé mentale (LDISM) demeurent en vigueur, y compris l'obligation d'obtenir un consentement volontaire et éclairé, à moins d'indication contraire figurant dans la présente annexe provisoire. Le Portail en ligne de la formation sur le Cadre clinique fournit des renseignements additionnels sur les concepts et les procédures décrits ci-dessous.

Dépistage et aiguillage aux fins de la classification des vulnérabilités liées au suicide ou à l'automutilation

Les personnes sont soumises à un dépistage aux fins de la classification aux moments suivants pendant leur sentence :

À l'admission :

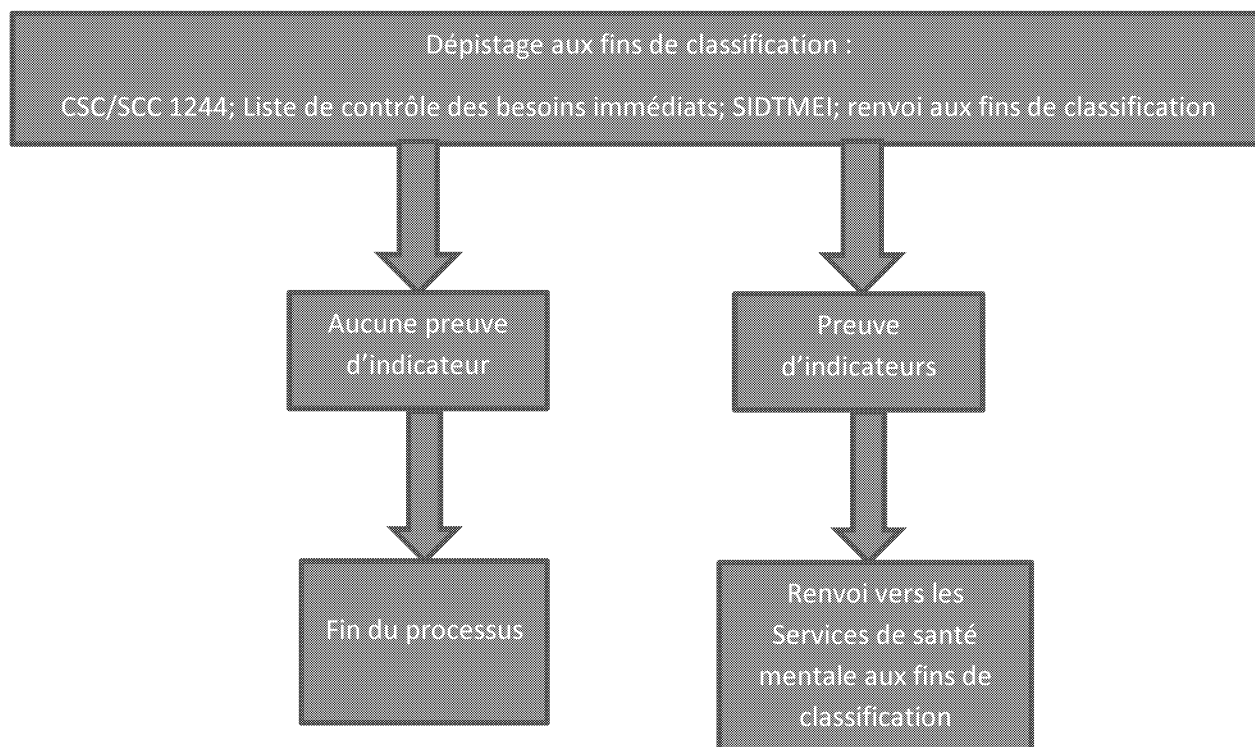
- (a) Évaluation 24 heures de l'état de santé effectuée par le personnel infirmier, offerte à tous les individus suivant leur admission.
- (b) Aiguillage fondé sur les résultats de l'Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (C-SSRS) au moment de l'évaluation initiale de l'état de santé dans les 24 heures suivant l'admission, effectuée par le personnel infirmier (CSC/SCC 1244).
- (c) Aiguillage fondé sur les résultats de la Liste de contrôle des besoins immédiats – Risque de suicide (CSC/SCC 1433).
- (d) Toute désignation « signalée » dans le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale.
- (e) Réception de nouveaux renseignements ou prise de connaissance de nouvelles circonstances au cours du processus d'admission (p. ex., le personnel peut obtenir des renseignements collatéraux au sujet d'une tentative de suicide antérieure; la personne peut subir une perte; etc.).

Après l'admission, les personnes peuvent être aiguillées à des fins de classification dans les cas suivants :

- (a) Selon les résultats de l'Échelle des besoins en santé mentale concernant le risque de suicide ou d'automutilation
- (b) Après un incident d'automutilation ou un comportement suicidaire si aucune classification n'avait été effectuée
- (c) Lorsqu'un renvoi aux fins d'évaluation est fait par des membres du personnel en raison de préoccupations liées au suicide ou à l'automutilation
- (d) Lorsqu'un renvoi aux fins expresses de classification est fait par des membres du personnel en raison de préoccupations liées au suicide ou à l'automutilation
- (e) Lorsqu'un renvoi est fait en fonction des résultats de la Liste de contrôle des besoins immédiats – Risque de suicide (CSC/SCC 1433) après l'admission (p.ex., au retour d'une cour extérieure, dans le cas d'un transfèrement).

Les renvois aux fins de classification sont effectués à l'aide du formulaire électronique 4000-01.

Processus de dépistage



Classification

La classification des vulnérabilités liées au suicide ou à l'automutilation est conçue pour aider à déterminer quelles personnes présentent le plus de besoins et de vulnérabilités liés au suicide et à l'automutilation, ce qui permet de procéder à l'évaluation et à la planification du traitement de façon proactive.

Les professionnels de la santé classifient de façon proactive les personnes qui font l'objet d'un dépistage au moment de leur admission, puis tout au long de l'incarcération, s'il y a lieu. L'Outil de classification est utilisé pour répartir les individus dans cinq catégories en fonction de leur capacité acquise de suicide, et procède à un dépistage des possibles indicateurs de besoins (PIB) liés au suicide ou à l'automutilation. L'outil sert à des fins de dépistage et ne devrait pas être utilisé pour gérer un incident de suicide ou d'automutilation.

Lorsqu'il reçoit un renvoi, le chef, Santé mentale, assigne au membre du personnel approprié la tâche de procéder à la classification.

La classification peut être effectuée conjointement au processus de triage.

L'utilisation de l'Outil de classification exige que l'on obtienne le consentement de la personne et qu'on lui explique les limites à la confidentialité. L'outil nécessite également une courte entrevue qui inclut l'histoire des antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilation.

Les personnes qui ne présentent aucun besoin et celles qui présentent de faibles besoins liés au suicide ou à l'automutilation (catégories 1 et 2) sont écartées des évaluations et des interventions plus

approfondies. Ces personnes demeurent admissibles à des services réguliers en matière de santé mentale tel que requis en vertu des lignes directrices intégrées en santé mentale.

Les personnes classées dans les catégories 3, 4 et 5 feront l'objet d'une évaluation plus poussée tel que décrit plus tôt. De plus, une planification de la protection et une planification des interventions liées au suicide ou à l'automutilation seront effectuées, au besoin, selon les résultats de cette évaluation.

Dès que possible après la classification, une note clinique sera complétée, indiquant que la classification a été complétée (ou la raison pour laquelle elle n'a pas été complétée). La note sera insérée dans le DME sous **MSHM 4f : Note clinique – santé mentale**, ainsi que dans SGD sous Psychologie – Activité/Note.

- Pour les personnes identifiées comme appartenant aux catégories 1 et 2 : la note spécifiera la catégorie (1 ou 2) et indiquera qu'une évaluation plus approfondie n'est pas requise à ce stade.
- Pour les personnes identifiées comme appartenant aux catégories 3, 4 et 5 : la note spécifiera que, sur la base des résultats obtenus à l'outil de classification, l'individu est référé aux services de santé mentale pour une évaluation plus approfondie, afin d'éclairer la planification du traitement.

L'Outil de classification doit être versé au système DME, en utilisant le formulaire électronique.

- Remarque : L'Outil de classification N'est PAS utilisé pour évaluer des cas aigus d'incident de suicide ou d'automutilation.
 - S'il devient apparent au cours du processus de classification que la personne présente un risque aigu de suicide ou d'automutilation, il faut interrompre la classification et évaluer la situation ou l'incident.
 - Si une classification/reclassification est nécessaire après un incident, elle peut être effectuée par le personnel responsable des services de santé mentale, une fois l'incident réglé.

Refus de consentir à l'entrevue de classification

Étant donné le risque potentiellement élevé associé aux comportements de suicide et d'automutilation, une classification partielle, basée sur les informations disponibles au dossier, sera complétée pour les individus qui refusent l'entrevue de classification. Dans de telles circonstances, la procédure suivante sera suivie :

- Le personnel expliquera à la personne qu'une classification partielle sera faite sur dossier et documentée dans le DME (mais PAS dans le SGD). La personne sera invitée à participer à la classification. Si elle maintient son refus, ce refus sera documenté tel que prévu dans les LDISM.
- Le personnel complètera les portions de l'Outil de classification pour lesquelles des informations sont disponibles, en utilisant le formulaire électronique. Les questions pour lesquelles l'information n'est pas disponible demeureront non répondues.
- Si la classification partielle mène à une catégorie 1 ou 2, le processus prendra fin à cette étape. La catégorie partielle sera documentée dans la section Préoccupations en cours du DME. L'information mentionnera clairement que la classification est partielle et basée uniquement sur les informations au dossier. Elle **ne** sera **pas** documentée au SGD, puisque l'individu ne présente aucun risque imminent justifiant un partage d'information sans consentement.

- Si la classification partielle mène à une catégorie 3, 4 ou 5, la personne sera référée pour une évaluation. Il s'agira alors d'une seconde occasion de discuter de la pertinence de participer au processus d'évaluation.
- Si la personne consent à l'évaluation, une classification entière sera complétée au cours du processus d'évaluation et documentée tel que prévu à cette annexe.
- Si la personne maintient son refus, le processus prendra fin à cette étape et le personnel documentera le refus tel que prévu aux LDISM.

Alertes

Une fois la classification terminée, l'alerte « ANTÉCÉDENTS DE SUICIDE/D'AUTOMUTILATION » est activée dans le SGD (si ce n'est pas déjà le cas) pour les personnes classées dans les catégories 2, 3, 4 et 5. La catégorie précise doit être indiquée dans la section de la description de l'alerte. La catégorie sera aussi indiquée dans la section Alerte du système DME. Le paragraphe qui suit sert d'exemple afin de spécifier la classe dans l'alerte. Le texte peut être ajusté au besoin.

« La classification des vulnérabilités liées au suicide et à l'automutilation a été complétée le (insérer la date). Suite à cette classification, monsieur X a été identifié comme appartenant à la catégorie (insérer la catégorie). Son histoire personnelle révèle des antécédents de tentative de suicide ou d'automutilation tel que décrit ici : (décrire les antécédents de tentative de suicide ou d'automutilation). »

Tel que mentionné précédemment, s'il devient apparent pendant le processus de classification qu'une personne présente un risque aigu de suicide ou d'automutilation, la classification sera interrompue et la situation ou l'incident sera géré. L'alerte « Risque actuel de suicide ou d'automutilation » sera alors activée au besoin.

Évaluation

Toutes les personnes se situant dans les catégories 3, 4 et 5 de l'Outil de classification seront aiguillées en vue d'une évaluation afin de compléter cette classification, d'évaluer la présence possible d'une idéation suicidaire chronique et de préciser les besoins et les vulnérabilités. Cette évaluation permettra d'établir un plan de traitement, si requis, abordant les vulnérabilités et les besoins liés au suicide ou à l'automutilation. Une évaluation diagnostique doit être amorcée si elle permet de mieux comprendre les besoins de la personne en matière de suicide ou d'automutilation.

Il incombe au chef des Services de santé mentale de désigner le personnel approprié pour procéder à l'évaluation.

L'évaluation sera documentée à l'aide du formulaire **MHSM-1f : Rapport de triage ou d'évaluation de la santé mentale** – type de rapport : Évaluation du suicide et de l'automutilation.

L'évaluation sera complétée dans les délais prescrits aux LDISM.

Si la personne est également évaluée pour d'autres difficultés au plan de la santé mentale, un seul rapport global d'évaluation sera produit et l'information ayant trait au suicide et à l'automutilation sera incluse dans une sous-section de ce rapport, appelée Suicide/Automutilation.

Si un plan de traitement ou un plan de protection est développé pour cette personne suite à l'évaluation, un plan global sera produit et documenté au DME sous **MHSM1f : Rapport de triage ou d'évaluation de la santé mentale** – type de rapport : Évaluation et plan de traitement – Suicide/Automutilation.

Plan de traitement/plans de protection

Un plan de traitement sera établi pour les personnes figurant dans les catégories 3, 4 et 5, selon les résultats du processus d'évaluation. Le plan de traitement sera complété et mis à jour selon les délais prescrits aux LDISM.

Le plan de traitement général comportera une section sur la planification de la protection. Un modèle de plan de protection peut être obtenu dans le Portail en ligne de la formation sur le Cadre clinique.

Un plan de protection sera développé pour toutes les personnes appartenant aux catégories 3, 4 et 5.

La section « plan de protection » du plan de traitement sera versée dans le SGD en tant que note de service sous le titre « Plan de protection ». Les mises à jour et les révisions du Plan de protection seront versées dans le SGD, le cas échéant. Le Plan de protection ne comportera aucun renseignement confidentiel sur la santé de la personne.

Le développement du plan de traitement remplace l'exigence relative au Plan de gestion interdisciplinaire, conformément à l'annexe C des présentes lignes directrices.

Si la personne reçoit des services pour d'autres besoins en santé mentale, les plans de traitement et de protection à l'égard du suicide et de l'automutilation seront inclus dans un plan global de traitement et documentés dans une sous-section de ce plan global appelée Suicide/Automutilation.

Les plans de traitement et de protection seront mis à jour et documentés au DME tel que prescrit par les LDISM, sous **MHSM – 2f : Rapport sur le progrès en santé mentale** – type de rapport : Plan de traitement/de protection : Suicide/automutilation ou sous **MHSM – 3f : Rapport de fin de traitement en santé mentale** – type de rapport : Plan de traitement/de protection : Suicide/automutilation.

Reclassification

Toutes les personnes qui figurent dans les catégories 3, 4 et 5 doivent faire l'objet d'une reclassification au minimum une fois par année.

La reclassification consiste à reprendre l'Outil de classification afin de déterminer si un changement de catégorie est justifié. Les tendances suicidaires et d'automutilation, la formulation du cas et les changements au niveau des possibles indicateurs de besoins sont passés en revue. Les résultats de cette reclassification sont consignés à l'aide du formulaire **MHSM-2f : Rapport sur le progrès en santé mentale**.

Les motifs de reclassification peuvent être les suivants :

- (a) Examen périodique – les personnes qui figurent dans les catégories 3, 4 et 5 font l'objet d'un examen chaque année.
- (b) Après une tentative de suicide, une période de tendances suicidaires ou un incident d'automutilation, une fois la classification initiale effectuée.
- (c) Réception de nouveaux renseignements ou prise de connaissance de nouvelles circonstances (p. ex., un trouble mental peut apparaître; le personnel peut obtenir des renseignements collatéraux au sujet d'une tentative de suicide antérieure; la personne peut subir une perte; etc.).

Trajectoire de la classification :

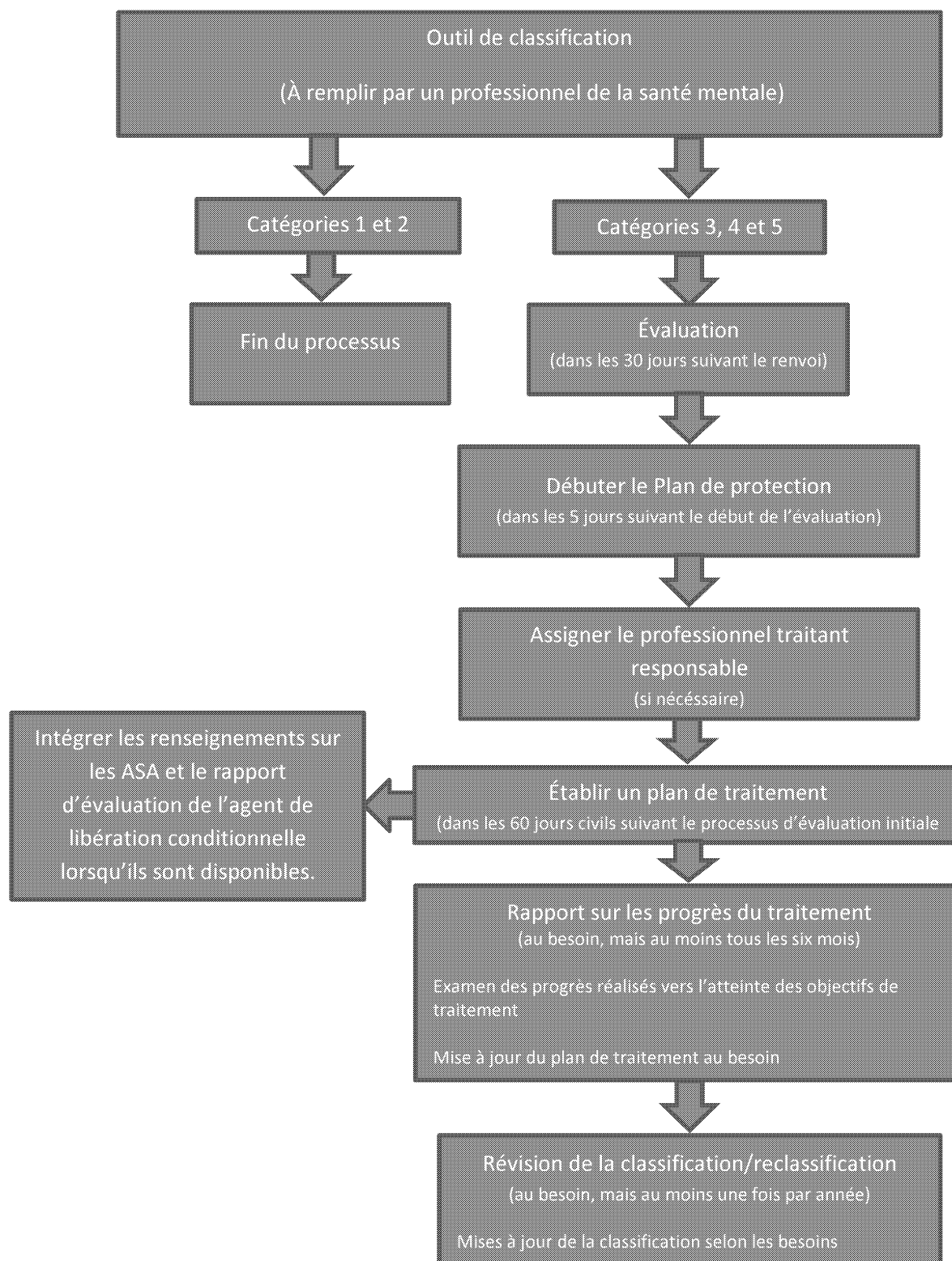
- a. Une reclassification à la hausse est possible pour toutes les personnes, si des incidents se produisent ou si des renseignements nouveaux sont obtenus (p. ex., une tentative de suicide qui n'avait pas été mentionnée).
- b. La reclassification à la baisse est limitée. Des progrès observés dans le cadre des interventions peuvent donner lieu à une reclassification à la baisse. Les règles du Cadre clinique s'appliquant aux catégories faible, moyenne et élevée de capacité acquise de suicide sont adaptées au moment de revoir à la baisse une classification (c-à-d. passer d'une catégorie plus élevée à une catégorie moins élevée), de la façon suivante :
 - i. Une personne classée dans la catégorie 5 peut être reclassée dans la catégorie 4 après deux ans s'il n'y a aucune preuve de comportement suicidaire ou d'automutilation, et si des preuves d'amélioration sont observées du point de vue de ses possibles indicateurs de besoins (PIB). Des idéations suicidaires ou d'automutilation peuvent demeurer présentes.
 - ii. Une personne classée dans la catégorie 4 peut être reclassée dans la catégorie 3 après deux ans s'il n'y a aucune preuve de comportement suicidaire ou d'automutilation, et si une amélioration des PIB est observée. Les idéations suicidaires ou d'automutilation peuvent demeurer présentes.
 - iii. Les personnes classées dans les catégories 4 ou 5 alors qu'elles sont sous la garde du SCC **NE PEUVENT ÊTRE RECLASSIFIÉES DANS UNE CATÉGORIE INFÉRIEURE** à la catégorie 3.
 - iv. Une personne classée dans la catégorie 3 peut être reclassée dans la catégorie 2 après deux ans s'il n'y a aucune preuve de comportement ou d'idéation suicidaire ou d'automutilation (sauf dans le cas d'une personne ayant DÉJÀ été classée dans les catégories 4 ou 5).

Gestion des incidents

Les normes de gestion des personnes qui présentent un risque de suicide ou d'automutilation et de celles qui souffre d'un trouble mental grave avec une déficience importante devant faire l'objet d'une observation intensifiée sont indiquées dans la **DC 843 – Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves**.

Lorsqu'il gère un incident, le personnel doit consulter le plan de traitement ou le plan de protection de la personne concernée, afin d'identifier des alternatives à l'observation intensifiée.

Processus de classification, d'évaluation et de planification du traitement



Annexe B: Guide de documentation

- Veuillez inclure la date initiale du service dans la « ligne d’objet » du formulaire électronique **MHSM-4f : Notes cliniques - santé mentale**. Cela donnera une meilleure idée aux autres membres du personnel du moment où le service a été fourni (p. ex. dans le cas de notes téléversées à une date ultérieure, d’interventions multiples téléversées à une même date, etc.).
- Formulaires visés par la **DC 843** (formulaires 1434, 1435 et 1436) : Pour les mettre à jour ou les modifier, veuillez ouvrir le document initial (ou sa version la plus récente) et entrer vos ajouts. Cela créera de nombreuses versions, qui sont toutes accessibles et horodatées. Pour tous les autres formulaires, un nouveau formulaire électronique doit être créé, à moins qu’il soit nécessaire de corriger ou de modifier des renseignements déjà entrés dans un formulaire précédent. Par exemple, s’il faut modifier **MHSM-5f : L’Échelle des besoins de santé mentale**, cela doit se faire dans un nouveau formulaire électronique (et non dans le formulaire précédent). Cependant, si une erreur a été faite au moment d’entrer **MHSM-5f : L’Échelle des besoins de santé mentale**, ou si le formulaire n’a pas été rempli au complet, il faut mettre à jour ce formulaire. Une nouvelle version sera alors créée (comme il a été expliqué plus haut).

Processus initial

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|--|---|--|
| Évaluation initiale de l’état de sante | Non | Oui Formulaire électronique Formulaire de la santé mentale |
| Enregistrement du dépistage individuel des personnes (données brutes générées par le portail Web SIDTMEI et rapport sommaire) | Non | Non <i>Copie originale papier dans le dossier SSM</i> |
| SIDTMEI rapport initial (pour indiquer que les tests de dépistage ont été effectués, ou la raison pour laquelle ils ne l’ont pas été, et si la personne a été désignée « non signalée », « Indéterminé » ou « signalée »). | Oui <i>Sommaire des besoins de santé</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-4f Notes cliniques - santé mentale Catégorie : Dépistage et triage Objet : rapport SIDTMEI |

Renvoi et décision du renvoi

| | | |
|---|-----|--|
| Renvoi au soins primaires, à la planification de la continuité des soins et aux soins de santé mentale communautaires | Non | Oui Formulaire électronique 4000-01f: Renvoi aux services de santé Le professionnel de la santé met à jour le statut Renvois en version papier du personnel n’œuvrant pas en santé (Agent de libération conditionnel, Agent du programme éducateur etc.) sont numérisés dans le SGISD-DME et le Formulaire électronique 4000-01f: Renvoi aux services de santé est complété par un professionnel de la |
|---|-----|--|

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|--|-----------------------|--|
| | | santé de la part du membre du personnel (avec une note disant de voir la version originale scannée) |
| Renvoi au soins intermédiaires en santé mental, / milieu de vie structuré | Non | Oui Formulaire électronique 1479: Renvoi pour les soins psychiatriques hospitaliers et intermédiaires en santé mentale Ou SCC/CSC 1241: Renvoi en milieu de vie structuré (MVS) à l'évaluation initiale et Formulaire électronique MHSM-5f: Échelle d'évaluation des besoins en santé mentale |
| Renvoi : Requête du détenu | Non | Oui Numérisé la demande du détenu dans la section Documents Type: Demande du délinquant |
| Décision concernant le renvoi Et Minutes du Comité d'admission et de congé | Non | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type de rapport: Décision: renvoi aux soins hospitaliers/intermédiaires |

Consentement

| | | |
|---|-----|--|
| Consentement pour les soins primaires, la planification de la continuité des soins et les soins de santé mentale dans la collectivité | Non | Oui SCC/CSC 4000-18f: Consentement à participer à des services de santé ou à en recevoir (numérisés dans le SGISD-DME) |
| Consentement pour les soins intermédiaires en santé mentale et les soins psychiatriques hospitaliers | Non | Oui SCC/CSC 1482: Formulaire de consentement: participation à un traitement de soins psychiatriques hospitaliers ou à un traitement de soins intermédiaires en santé mentale (numérisés dans le SGISD-DME) |

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|--|--|---|
| Évaluation du risque de suicide et d'automutilation | | |
| DC 843 | Oui <i>Rapport de suicide / automutilation</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Catégorie : Évaluation de risque suicide/d'automutilation |
| PGIIU | Oui Note de service précisant la réalisation du PGIIU | Oui Formulaire électronique 1430 PGIIU Catégorie : Suicide et Automutilation Objet : PGIIU |
| PGI | Oui Note de service indiquant que le PGI a été complété et communiqué | Oui Utiliser le formulaire 1432 (pas encore disponible dans le SGISD-DME) et numériser dans la section Documents du SGISD-DME une fois les signatures obtenues. Formulaires électroniques MHSM-4f Notes cliniques - santé mentale indiquant de voir la version numérisée du PGI dans la section des documents. Catégorie : Suicide et automutilation Objet : PGI – aa/mm/jj |
| Documents connexes de surveillance DC 843 | Oui Note de service indiquant que la personne est sous surveillance tel qu'indiqué dans la DC843. Veuillez mettre à jour les alertes lorsque des changements du niveau de surveillance sont recommandés. | Oui À l'aide des formulaires électroniques suivants : 1434 : Surveillance accrue 1435 : Surveillance modifiée 1436 : Surveillance de la santé mentale Lorsque la surveillance est changée ou terminée, veuillez mettre à jour le document original ou la dernière version. Créez un nouveau formulaire lorsqu'un nouveau niveau de surveillance est instauré, si tel est le cas. |
| Mises à jour des Alertes | Oui RASA : Risque <u>actuel</u> de suicide et automutilation – seulement actif lorsque la personne est actuellement à risque de suicide/automutilation ou lorsqu'un PGI est en vigueur. | Oui L'information concernant le risque actuel de suicide et d'automutilation devrait être indiquée aux endroits suivants : <ul style="list-style-type: none"> • La case brune « Alertes » dans l'écran « Rencontre » : Une fois que le détenu n'est plus sous surveillance dans le cadre de la DC843, l'alerte peut être « résolue » et archivée. |

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|--------------|--|---|
| | ASAM : Sert à documenter les <u>antécédents</u> de suicide et d'automutilation. Mettre à jour cette information suite à tous incident d'automutilation ou de tentative de suicide. | <ul style="list-style-type: none"> Les antécédents de tentative de suicide doivent être consignés dans la section « préoccupations » de l'écran « Rencontre ». |

Évaluations, Traitement, Plan d'intervention , Rapport sur le progrès et Rapport final

| | | |
|--|---|---|
| Évaluation de la santé mentale par un professionnel de la santé mentale agréé à l'évaluation initiale | Non | Oui Formulaire électronique : Formulaire de la santé mentale |
| Évaluation de la santé mentale | Non | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type de rapport: Évaluation aux fins de triage |
| Évaluation de la santé mentale aux fins de la continuité des soins | Oui <i>Plan de congé clinique</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type de rapport: Plan de congé clinique |
| Évaluation de la santé mentale aux fins de la réinsertion dans la collectivité (par le personnel inf. et TS) | Oui <i>Sommaires des besoins santé</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type de rapport: Évaluation de la santé mentale |
| Échelle des besoins en santé mentale | Non | Oui Formulaire électronique MHSM-5f: Échelle des besoins en santé mentale |
| Outil de classification | Non | Oui Formulaire électronique Outil de classification des besoins et des vulnérabilités au suicide |
| Plan de traitement et d'intervention | Non Remarque : Il peut être approprié de partager avec l'équipe de gestion de cas toute information pouvant avoir un | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type de rapport: Plan de traitement |

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|--|---|---|
| | <p>impact sur la gestion du cas, en utilisant le Sommaire des Besoins Santé</p> <p>Ce résumé ne doit pas contenir de langage clinique ou les spécificités nécessaires à un professionnel de la santé.</p> | <p>Si un <i>rapport provisoire de traitement</i> est créé, le e-formulaire dans le SGISD-DME doit être mis à jour quand le plan de traitement final est complété au lieu de créer un nouveau e-formulaire. Des rapports séparés sont requis dans le SGD.</p> <p>Remarque : Si le <i>rapport de traitement et l'évaluation de santé mentale</i> sont dans le même rapport, utiliser « Rapport de traitement » comme type de rapport.</p> |
| Notes sur les séances de traitement de groupe ou individuel | Non | <p>Oui</p> <p>Formulaire électronique MSHM-4f: Notes cliniques - santé mentale</p> <p>Catégorie : Note sur les progrès cliniques</p> <p>Objet : Traitement et intervention</p> |
| Consultation clinique/ Échange de renseignements, discussion de cas | Non | <p>Oui</p> <p>Formulaire électronique MSHM-4f: Notes cliniques - santé mentale</p> <p>Catégorie : Note d'activité</p> <p>Objet : Consultation</p> |
| Rapport de progrès (pour le traitement de groupe ou individuel) | <p>Non</p> <p>Remarque : Un résumé du rapport peut être versé dans le SGD sous Résumé des interventions de santé s'il y a un événement important ou des renseignements cliniques importants à communiquer. Ce résumé ne doit pas contenir de langage clinique ou les spécificités nécessaires à un professionnel de la santé.</p> | <p>Oui</p> <p>Formulaire électronique MSHM-2f: Rapport sur le progrès santé mentale</p> |
| Évaluation psychologique du risque | <p>Oui</p> <p><i>Évaluation risque psychologique</i></p> | <p>Oui</p> <p>Formulaire électronique MSHM-4f: Notes cliniques - santé mentale</p> <p>Catégorie : Évaluation psychologique du risque</p> <p>Objet : Évaluation psychologique du risque- aa/mm/jj</p> |
| Notes psychiatriques | Non | <p>Oui</p> <p>Formulaire électronique MSHM-4f: Notes cliniques - santé mentale</p> <p>Catégorie : Psychiatrique</p> <p>Objet : Psychiatrique</p> |

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|---|--|--|
| | | Remarque : Si la note original a été écrite à la main, cet original est placé dans le dossier clinique. |
| Évaluation psychiatrique | S'il y a lieu | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type of Rapport: Évaluation de la santé mentale |
| Interactions quotidiennes (par le personnel inf.) | Non | Oui Sous rencontres |
| Évaluations spécialisées | Non Remarque : il peut être approprié d'entrer une <i>Note Sommaires Besoins Sante</i> si certains éléments ou résultats de l'évaluation doivent être partagés avec l'équipe de cas. Ce résumé ne doit pas contenir de langage clinique ou les spécificités nécessaires à un professionnel de la santé. | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale Type de Rapport: Évaluation de la santé mentale ou évaluation cognitive/neuropsychologique (S'il y a lieu) |
| Autre pour opération : visites familiales privées, temps calme, permission de travailler hors-clôture, exonération pour les programmes/travail/école due à des raisons de santé mentale, attribution de cellule, etc. | Oui <i>Note d'évolution de la santé</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-4f: Notes cliniques - santé mentale (Insérer courriel de réponse à l'agent de libération conditionnelle ou demandeur) Catégorie : Autres évaluation et rapports de gestion opérationnelle Objet : commentaires TYPE DE DEMANDE |
| Rapport final | Non Remarque : Un résumé du rapport peut être versé dans le SGD sous Résumé des interventions santé s'il y a un événement important ou des renseignements cliniques importants à communiquer. Ce résumé ne doit pas contenir le langage clinique ou les | Oui Formulaire électronique MHSM-3f: Rapport de fin de traitement santé mentale Type de Rapport: Rapport final |

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|--|--|---|
| | spécificités nécessaires à un professionnel de la santé. | |
| Résumé de fin de traitement interdisciplinaire (versions provisoires incluses) | Oui <i>Congé soins hospital/intermed</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-3f: Rapport de fin de traitement santé mentale Type de Rapport: Rapport final de traitement Si un rapport provisoire de fin de traitement est créé, le e-formulaire dans le SGISD-DME doit être actualisé quand le rapport de fin de traitement final est complété au lieu de créer un nouveau e- formulaire |
| Sommaire de congé psychiatrique | Non | Oui Formulaire électronique MHSM-3f: Rapport de fin de traitement santé mentale Type de Rapport: rapport de fin de traitement psychiatrique |

Unités d'intervention structurée et déplacements restreints

| | | |
|---|--|--|
| Évaluation de la santé le 1er jour | Oui Confirmer la visite d'un professionnel de la santé agréé dans l'application mobile ou de bureau | Oui Formulaire électronique Formulaire de la santé mentale |
| Visite quotidienne d'un professionnel de la santé agréé | Oui Confirmer la visite d'un professionnel de la santé agréé dans l'application mobile ou de bureau | Oui Noter les progrès dans la portion du centre de la page Rencontre au moyen de la méthode SOAP <i>Lorsque requis, Formulaire électronique Formulaire de la santé mentale</i> |
| Évaluation de la santé après 14 jours (tous les 12 - 14 jour) | Oui Confirmer la visite d'un professionnel de la santé agréé dans l'application mobile ou de bureau | Oui Formulaire électronique Formulaire de la santé mentale |
| Évaluation de la santé mentale (dans les 26 – 28 jours) | Oui Confirmer la visite d'un professionnel de la santé agréé | Oui Formulaire électronique Formulaire de la santé mentale |

| Type de note | SGD / Application UIS | SGISD - DME |
|---|---|---|
| | dans l'application mobile ou de bureau | <i>Au besoin Formulaire électronique MHSM-5f : Échelle d'évaluation des besoins en santé mentale</i> |
| Demande d'une évaluation en santé mentale | <i>Confirmation de complétion de l'évaluation envoyée automatiquement à l'application (au moment de la soumission du formulaire électronique dans le SGISD-DME)</i> | Oui Formulaire électronique MHSM-1f: Rapports de triage ou d'évaluation de la santé mentale No. de demande UIS Type de Rapport: UIS ou RD évaluation de la santé mentale |
| Recommandation d'un professionnel de la santé au directeur de l'établissement | <i>Recommandation envoyée automatiquement à l'application (au moment de la soumission du formulaire électronique dans le SGISD-DME)</i> | Oui Formulaire électronique Recommandations des Services de santé concernant l'Unité d'intervention structurée et le déplacement restreint |

Annexe C : Processus d'intervention en cas de suicide ou d'automutilation

1. OBJECTIF

Décrire une méthode d'intervention à deux volets auprès des personnes qui s'automutilent ou tentent de se suicider :

- a. intervention à court terme – Plan de gestion des incidents et d'intervention en cas d'urgence (PGIIU), axé sur l'intervention immédiate auprès d'un détenu suivant un incident d'automutilation ou une tentative de suicide
- b. intervention à long terme – Plan de gestion interdisciplinaire (PGI), qui constitue une méthode globale d'intervention auprès des personnes qui s'automutilent **à répétition et dont le comportement habituel présente de grandes difficultés pour l'établissement.**

2. PLAN DE GESTION DES INCIDENTS ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

But : Le Plan de gestion des incidents et d'intervention en cas d'urgence (PGIIU) sert à évaluer le comportement d'un détenu à la suite d'un incident d'automutilation ou d'une tentative de suicide. L'objectif est d'encourager et de faciliter le recours à une approche interdisciplinaire afin que le détenu reprenne ses activités habituelles dès que possible.

Personnes responsables/délais

- Le PGIIU est généralement préparé dans les 24 heures suivant l'incident, par un professionnel de la santé à l'établissement où l'incident s'est produit. Si un transfèrement est effectué immédiatement après un incident d'automutilation ou une tentative de suicide, le PGIIU sera établi par l'établissement d'accueil, au besoin, en collaboration avec l'établissement de départ. Comme les raisons qui poussent une personne à s'automutiler ou à tenter de se suicider peuvent être différentes d'un incident à l'autre, il faut rédiger un PGIIU après chaque incident d'automutilation ou tentative de suicide.
- La préparation du PGIIU nécessite une entrevue en personne avec l'individu concerné.
- Le PGIIU et le dossier de la personne sont examinés par l'EISM à la réunion suivante prévue. Si le professionnel de la santé estime que l'examen devrait avoir lieu plus tôt, une réunion sera convoquée.

Contenu/détails

- L'évaluation porte, entre autres, sur les raisons de l'acte d'automutilation ou de la tentative de suicide, le risque d'un autre acte d'automutilation ou d'une autre tentative de suicide, le niveau d'intervention requis et les recommandations concernant des soins de santé mentale plus poussés.
- Si de multiples actes d'automutilation sont commis par la même personne au cours d'une période de 24 heures ou lorsqu'un PGI est en vigueur, on peut ajouter un **addenda** au PGIIU au lieu de remplir un PGIIU pour chaque acte d'automutilation ou tentative de suicide. Dans ces cas d'exception, il faut consigner dans l'addenda, à tout le moins, la nature de l'incident d'automutilation ou de la tentative de suicide et tout changement à la surveillance ou aux interventions, conformément aux normes professionnelles.
- Si l'on décide d'établir un PGI, une version préliminaire de celui-ci sera préparée dès que possible, normalement dans les trois à cinq jours ouvrables suivants. Cette version préliminaire contiendra à tout le moins une stratégie de gestion des crises pour la personne.

Documentation

- Le PGIU ne contiendra pas de renseignements personnels sur la santé.
- Le PGIU sera consigné dans une « Note de service au dossier » versée dans le SGD et le dossier médical électronique.
- **Formulaire électronique 1430 : Plan de gestion des incidents et d'intervention en cas d'urgence**

3. ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE/D'AUTOMUTILATION

But : Une évaluation est obligatoire pour toutes les personnes nécessitant un PGI. Il est impératif de réaliser une évaluation pour comprendre la personne et déterminer quels sont les soins cliniques appropriés.

Responsabilités/délais

- L'évaluation sera effectuée par un professionnel de la santé si une telle évaluation n'a pas été réalisée au cours des deux dernières années.
- Si une évaluation a été réalisée au cours des deux dernières années, une deuxième évaluation peut être effectuée à la discrétion du chef, Services de santé mentale/du psychiatre traitant, selon la particularité du cas.
- Comme l'évaluation fait partie intégrante du PGI, elle est habituellement effectuée dans les quatre semaines suivant la date à laquelle elle est confiée.

Contenu/détails

- Le niveau de détail de l'évaluation et des évaluations psychométriques dépend des particularités du cas, comme la complexité des besoins de la personne (profil clinique), les caractéristiques des actes d'automutilation et le jugement clinique. Le contenu sera déterminé par le professionnel de la santé qui rédige le rapport, en consultation avec le chef, Services de santé mentale/psychiatre traitant, au besoin.
- Pour obtenir des suggestions sur le contenu, consulter la **page de la Santé mentale sur le Hub**.
- On devrait faire tous les efforts possibles pour obtenir le consentement éclairé et la participation de la personne.
- Si la personne refuse de donner son consentement, un examen exhaustif du dossier sera effectué dans la mesure du possible.

Documentation

- En raison de la confidentialité des renseignements sur la santé, l'évaluation sera versée dans le dossier médical électronique.
- Si la personne ne donne pas son consentement, cette décision doit être clairement consignée dans l'introduction de l'examen exhaustif du dossier.
- Les renseignements essentiels seront intégrés dans la version préliminaire du PGI.

4. PLAN DE GESTION INTERDISCIPLINAIRE

But : Le Plan de gestion interdisciplinaire (PGI) est un plan d'intervention intégré, de gestion clinique de cas et de sécurité, qui a pour objectif d'aider le personnel à intervenir efficacement auprès des personnes ayant des besoins complexes liés à l'automutilation afin qu'elles reprennent leurs activités habituelles dès que possible.

Responsabilités/délais

- L'EISM préparera normalement le PGI dans les dix jours ouvrables suivant l'achèvement de l'évaluation.
- Toutes les versions du PGI – préliminaires et complètes, y compris les mises à jour – seront fournies au directeur de l'établissement/directeur exécutif.
- Tous les membres du personnel qui travaillent auprès de la personne doivent avoir accès au PGI.
- L'EISM doit effectuer chaque semaine un examen officiel du PGI.
- On mettra fin au PGI lorsque le détenu pourra maintenir un certain niveau de stabilité, selon la décision de l'EISM. L'EISM continuera à faire un suivi de la personne, conformément aux *Lignes directrices intégrées en santé mentale*.

Contenu/détails

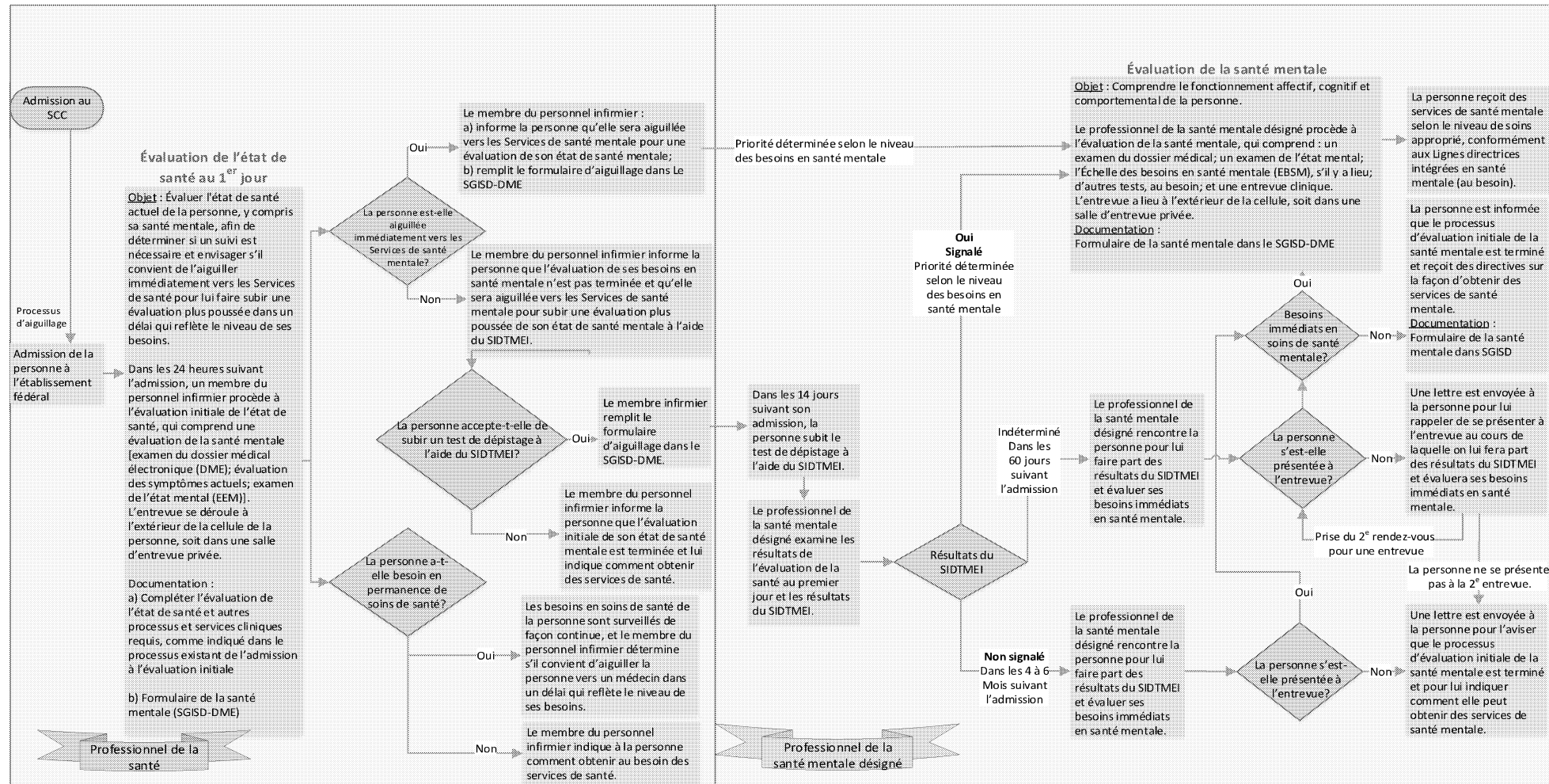
Un PGI doit être établi pour les personnes atypiques qui adoptent à répétition un comportement mettant en danger leur vie ou leur intégrité physique, qui peuvent faire l'objet de rapports d'incidents spéciaux liés à des tentatives de suicide ou à des actes d'automutilation et pour lesquels les méthodes d'intervention normales ne produisent pas les résultats escomptés.

- Le PGI présente les lignes directrices et activités d'intervention actuelles en fonction du niveau d'observation attribué à la personne (c.-à-d., surveillance accrue, surveillance modifiée, surveillance de la santé mentale). Il décrit l'environnement requis pour assurer la sécurité des membres du personnel, des contractuels et des personnes pendant la crise et revenir le plus rapidement possible à la normale tout en recourant aux soins les moins restrictifs possible. Le PGI indiquera les comportements et les affects associés à la vulnérabilité, les méthodes à employer pour amener la personne à s'investir dans son traitement, le processus à suivre ainsi que les rôles précis du personnel.
- Le PGI sera davantage fructueux si l'on obtient la participation de la personne (par consentement éclairé). Si la personne refuse de donner son consentement, le PGI sera élaboré à partir de sources collatérales. Tous les efforts seront déployés pour inciter la personne à apporter sa collaboration. Toutes les tentatives doivent être consignées dans le SGD/Registre des interventions.
- L'agent de libération conditionnelle mettra à jour le Plan correctionnel au besoin (**DC 710-1 : Progrès par rapport au Plan correctionnel**).

Documentation

- Le PGI doit être conservé en lieu sûr (p. ex. bureau d'unité ou bureau du gestionnaire correctionnel).
- **Formulaire électronique 1432 : Plan de gestion interdisciplinaire (activités quotidiennes)**
- Le PGI sera versé dans le dossier médical électronique.

Annexe D : Diagramme sur le processus d'évaluation initiale de l'état de santé (incluant la santé mentale)



Remarque : On entend par « professionnel de la santé mentale désigné » un psychologue agréé, un psychologue associé agréé, un psychiatre, un infirmier psychiatrique autorisé ou un travailleur social clinique autorisé.

Annexe E: Lignes directrices pour compléter les examens de l'état mental

Les évaluations de la santé mentale seront effectuées conformément aux principes de l'indépendance clinique et de la prestation de soins centrés sur la personne. Ces processus d'évaluation assureront un soutien pour la prestation de services de santé essentiels et la continuité des soins, en fonction de l'évaluation des besoins des personnes effectuée par un professionnel de la santé, ce qui peut comprendre des besoins en matière de traitement et de sécurité.

Considérations

Le processus appuie la prestation de services de santé aux personnes qui ne peuvent pas vivre en toute sécurité au sein d'une population générale, en veillant à ce que les évaluations soient axées sur la préservation de la santé et du bien-être plutôt que sur des objectifs administratifs. De plus, elles servent à renforcer l'autonomie du jugement clinique des professionnels de la santé agréés.

I. Examen de l'état mental

L'examen de l'état mental consiste en une évaluation structurée du fonctionnement comportemental et cognitif actuel de la personne, c'est-à-dire un « instantané » du fonctionnement mental de la personne au *moment de l'évaluation*. L'information peut être obtenue de sources multiples, y compris par l'examen du dossier, l'observation, la consultation auprès d'autres professionnels et une entrevue avec la personne.

Avantages cliniques

- L'examen de l'état mental peut aider les professionnels de la santé à structurer leur entrevue clinique afin d'évaluer le niveau de fonctionnement actuel de la personne
- Il comprend l'autodéclaration du patient et les données d'observation recueillies par le professionnel de la santé tout au long de l'entrevue
- La connaissance des éléments de l'examen peut être une source d'information pour :
 - Déterminer s'il est nécessaire d'effectuer des renvois ou d'autres évaluations.
 - Renseigner les professionnels de la santé mentale pour qu'ils puissent évaluer et différencier les troubles psychiatriques et faire la distinction entre les troubles de l'humeur, les troubles de la pensée et les troubles cognitifs;
 - Éclairer la planification du traitement

Diverses publications suggèrent que ces examens de l'état mental peuvent être efficaces pour évaluer l'état mental actuel de populations variées, y compris des sous-populations autochtones et des sous-populations spécifiques au genre. Toutefois, il faut tenir compte davantage de l'incidence de la culture et du contexte (p. ex., les antécédents traumatiques) sur la santé mentale de ces sous-populations.

L'examen de l'état mental comprendra normalement l'évaluation des domaines de fonctionnement suivants :

- Apparence et comportement
- Discours
- Émotions
- Perception
- Contenu et processus de la pensée

- Introspection
- Cognition

Ce qui suit fournit plus de détails sur ces domaines :

1. APPARENCE ET COMPORTEMENT

(a) Apparence

But

- Donner une description des caractéristiques physiques d'une personne et de l'impression ressentie à son contact.
- Fournir des renseignements utiles sur l'hygiène personnelle de la personne, sa santé physique, ses attitudes personnelles, son contexte social, etc.

Ce qu'il faut noter

- Âge, poids, vêtements
- Constitution corporelle
- Posture
- Contact visuel
- Soins donnés à son apparence
- Tatous, bijoux

(b) Comportement

But

- Les caractéristiques affichées pendant l'entrevue peuvent fournir des indices sur les troubles psychiatriques (manie, dépression, paranoïa, anxiété, etc.)
- L'évaluation du comportement débute dès que le clinicien aperçoit la personne

Ce qu'il faut noter

- Activité psychomotrice
- Mouvements inhabituels
- Attitude/niveau de coopération
- Attention portée à l'examineur
- Signes d'intoxication ou d'effets indésirables des médicaments

2. DISCOURS

But

- Obtenir de l'information quant aux processus cognitifs par le biais de l'expression verbale
- Le discours ne se limite pas au langage (énonciations, tics vocaux, etc.)

Ce qu'il faut noter

- Qualité et quantité
- Spontanéité
- Débit

- Rythme
- Articulation
- Vocabulaire

3. ÉMOTIONS

But

- Peuvent donner des indices sur des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et les manies

Comprend l'humeur et l'affect

(a) **Humeur** : l'état émotionnel interne (subjectif) de la personne

Comment la personne décrit son humeur

- Quelle a été votre humeur dernièrement?
- Demandez-lui de décrire son humeur en nommant une émotion
- Triste, craintif, nerveux, bonne humeur, satisfait, content, etc.

Ce qu'il faut noter

- Humeur prédominante
- Stabilité de l'humeur – fluctuations, extrêmes
- Gamme et intensité
- Durée

(b) **Affect** : la manifestation visible (objective) de l'état émotionnel

Ce qu'il faut noter

- Qualité : dysphorique, exalté, euthymique, anxieux, craintif, irritable
- Gamme des émotions visibles pendant l'entrevue (variation)
- Intensité : expansif, normal, contraint, émoussé, plat
- Stabilité ou instabilité (labile)
- Pertinence par rapport au contenu
- Pertinence par rapport à l'humeur que la personne déclare

4. PERCEPTION

Les troubles de la perception sont liés à de fausses associations de stimuli, externes ou internes, reçus de l'environnement.

Hallucinations

- Perceptions et expériences en l'absence de stimuli externes
- Types : auditives, de contrôle, tactiles, visuelles, gustatives, olfactives

Ce que vous pourriez voir

- La personne tourne soudainement la tête

- Son regard suit quelque chose en mouvement
- Elle parle ou marmonne lorsqu'elle est seule
- Elle a de la difficulté à se concentrer
- Elle remue constamment
- Plaintes somatiques

Dépersonnalisation/déréalisation

- Changement au niveau des perceptions de soi; sentiment d'irréalité
- Impression d'irréalité, de détachement, de déconnexion de vos actions et de l'environnement

Illusions

- Fausse interprétation des stimuli externes
- Ne sont pas nécessairement un signe de maladie mentale, mais font partie de l'évaluation de l'état mental
- Par ex. : L'ombre d'un arbre fait croire à la personne que quelqu'un est debout derrière l'arbre

5. CONTENU ET PROCESSUS DE LA PENSÉE

- Les pensées ne sont pas directement observables, mais elles sont évaluées par le discours illustrant le contenu et le processus de la pensée
- Les pensées sont déduites du discours et de la parole
- **Contenu des pensées** : *De quoi parle la personne?*
- **Processus de la pensée** : *Comment la personne communique-t-elle le contenu?*

Contenu des pensées à évaluer

- *Idées suicidaires ou meurtrières*
- *Pensées intrusives*
- *Plaintes liées à l'anxiété*
- *Pauvreté du contenu*
- *Diffusion des pensées, insertion, idées de référence*
- *Préoccupation*
- *Idées de grandeur*
- *Peurs et phobies*
- *Pensée magique*
- *Obsessions*
- *Culpabilité, honte, découragement*

Délire

- Croyance fixe, fausse ou déformée
- Types : contrôle, persécution/paranoïa, nihilisme, religieux, somatique, grandiose, érotomanie

Questions potentielles

- *Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu l'impression que quelqu'un ou quelque chose pouvait contrôler vos pensées ou votre comportement, ou que quelqu'un pouvait lire vos pensées?*
- *Des gens ou des objets autour de vous vous ont-ils transmis des messages spéciaux?*
- *Avez-vous des pensées qui ne sont pas les vôtres?*
- *À quelle fréquence ces événements bizarres vous arrivent-ils?*
- *Avez-vous l'impression de ne pas être en contrôle de vos actions?*

- *Dans quelle mesure ces pensées vous inquiètent-elles?*

Processus de la pensée

- Décrit la façon dont les idées sont produites et organisées
- Degré de relation entre les idées
- Débit de la pensée
- Ce que vous pourriez entendre
 - Réponses non pertinentes, détails excessifs, changements brusques de sujet, incohérence
 - Interruptions non naturelles, arrêt abrupt de la parole, mots n'ayant aucun sens, etc.

Processus de pensée organisée

- Cohérente, logique
- Axée sur un objectif
- Linéaire
- Rythme compréhensible

Processus de pensée désorganisée

- Illogique
- Difficile à comprendre
- Trouble au niveau de la vitesse de la pensée
- Exemples :
 - Néologismes
 - Fuite des idées
 - Persévérance
 - Salade de mots
 - Confabulation
 - Relâchement des associations
 - Écholalie
 - Association par assonance
 - Discours tangentiel
 - Discours circonstanciel
 - Blocage de la pensée

6. INTROSPECTION

Introspection

- Dans quelle mesure la personne comprend qu'elle est malade ou qu'elle a des pensées ou des comportements inhabituels
- Peut être décrite comme présente, absente ou partielle

Jugement

- Dans quelle mesure la personne comprend les résultats de ses décisions ou comportements
- Descripteurs : cohérent par rapport à la situation, altéré
- Peut être déterminé en évaluant l'impulsivité et la probabilité de participer spontanément à des événements ayant des conséquences néfastes

Questions possibles à poser

- *Puis-je vous poser quelques questions que nous posons à tout le monde?*
- *Quel âge avez-vous?*
- *Quelle est la date d'aujourd'hui?*
- *Comme s'appelle l'endroit où nous nous trouvons?*
- *En quelle année êtes-vous né?*
- *Qui est le premier ministre?*

7. COGNITION

- Capacité d'acquérir, d'organiser et d'utiliser des connaissances
- Niveau de conscience – orientation (personne, temps, lieu)
- Mémoire
- Concentration
- Attention

II. Exigences de base pour les évaluations de la santé mentale

(a) Interaction clinique

- Requiert l'engagement de la personne et la création d'un environnement sécuritaire où la personne se sentira à l'aise de partager ses pensées et ses sentiments. Permet ultimement de recueillir des informations valables.
- Inclut de consigner clairement les observations objectives et les descriptions subjectives données par la personne

(b) Confidentialité

- On offrira aux personnes de tenir l'entrevue d'évaluation dans un cadre privé.
- Ces évaluations devraient être effectuées dans des salles privées et les raisons pour lesquelles ce n'est pas possible seront consignées dans le rapport d'évaluation.

(c) Consentement

- Comme pour tout service de santé (évaluation ou intervention), le consentement de la personne est requis pour sa participation. Il convient de noter que le professionnel de la santé devrait tenter d'encourager (si possible) l'engagement d'une personne dans le processus. Des suggestions sont fournies plus loin dans cette annexe (p. ex., explorer les raisons de l'hésitation à participer que le professionnel de la santé pourrait être en mesure d'aborder).
- Si la personne ne consent pas:
- Veiller à ce que des instructions sur la façon d'accéder aux services de santé ultérieurement soient fournies.
- Comme pour tous les documents, il est important de noter que la personne a reçu des informations sur le but de l'évaluation et a reçu l'offre d'y participer.
- Cochez la case en haut du **formulaire électronique de santé mentale** dans le SGISD-DME que la personne a refusé de participer. De plus, documentez les raisons pour lesquelles la personne ne veut pas participer et les mesures prises pour tenter de

l'impliquer dans la section B du rapport de la santé mentale **du formulaire électronique de santé mentale.**

- Remplissez toutes les parties de l'examen de l'état mental qui pourraient être évaluées tout en essayant de dialoguer avec la personne (p. ex. observations du comportement et de l'apparence).
- Documenter toute information pertinente sur la santé recueillie auprès d'autres sources (par exemple, consulter le personnel correctionnel sur tout changement de comportement récent noté), ou classez des informations qui ont aidé à guider le processus d'évaluation et toutes les décisions sur les prochaines étapes (par exemple, l'aiguillage à d'autres services de santé, si nécessaire).
- Documenter les limites de l'évaluation dû au manque de participation de la personne (p. ex., l'examen de l'état mental complet n'était pas possible en raison du manque de participation de la personne).

III. **Motifs/raisons possibles lorsqu'une personne a une réaction qui laisse croire qu'elle n'est pas engagée**

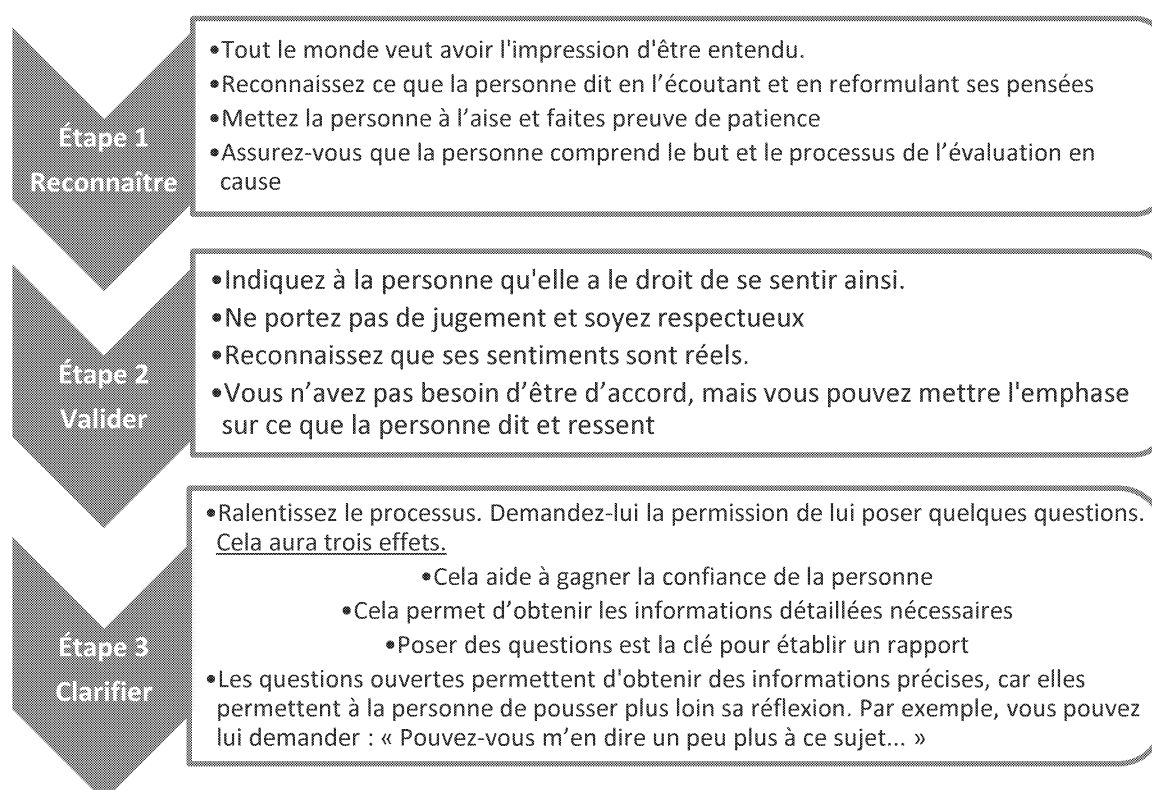
Les réactions d'une personne à l'entrevue peuvent indiquer que :

- la personne ne veut pas être là
- la personne ne sait pas comment évaluer ni exprimer ses émotions ou ses pensées
- la personne peut ne pas comprendre les questions ou le but de l'entrevue
- la personne réagit à des expériences négatives qu'elle a vécues lors d'entrevues antérieures
- la personne a de la difficulté à s'adapter à une nouvelle situation ou à un nouvel environnement
- la personne a honte de sa situation, de ses émotions ou de ses problèmes
- la personne ne se sent pas en sécurité lorsqu'elle se confie
- la personne peut prendre plaisir à essayer de manipuler les autres, les situations, son environnement
- la personne peut réagir à une expérience ou à une situation négative récente qui n'a rien à voir avec l'expérience ou la situation en question
- la personne peut avoir appris à survivre en ne faisant pas confiance aux figures d'autorité
- il peut y avoir des problèmes ou des préoccupations sous-jacents en matière de santé mentale, ou des états altérés
- la personne exerce un certain contrôle (soit pour conserver sa liberté de choisir, soit en raison de sa personnalité). Les personnes atteintes de troubles de la personnalité passive-agressive, obsessionnelle-compulsive ou antisociale, par définition, sont enclines à s'investir fortement pour garder le contrôle sur leurs choix/comportements, même si cela crée des conflits avec les autres
- leurs comportements correspondent à leur schéma développemental/historique de réaction à l'égard des autres
- la personne peut réagir en fonction de ses croyances idiosyncrasiques qui alimentent son comportement. Par exemple, la personne peut avoir interprété un acte bénin (p. ex., demander une entrevue dans une salle privée) comme un signe que quelqu'un essaie d'abuser d'elle
- la personne peut avoir peur de se prêter à l'entrevue
- la personne peut avoir des déficits d'habiletés ou des déficits cognitifs qui nuit à sa capacité de participer à l'évaluation (p. ex. la résolution de problèmes, la planification, la communication, la capacité à répondre de manière rationnelle, la capacité d'adopter un autre point de vue)

- il peut y avoir des facteurs environnementaux particuliers qui empêchent la personne d'être pleinement coopérative
- il peut y avoir des facteurs culturels qui influent sur le comportement de la personne

IV. Processus pour établir une relation thérapeutique avec une personne non engagée

La recherche continue de démontrer que la relation thérapeutique est le *facteur le plus important* dans la réussite des entrevues avec des personnes. C'est pourquoi il est essentiel d'établir le plus tôt possible un rapport avec la personne.



Annexe F: Lignes directrices portant sur le contenu des lettres adressées aux personnes ayant complété un test de dépistage du SIDTMEI mais qui ne se rendent pas au rendez-vous comme prévu afin de compléter une entrevue avec un professionnel de la santé mentale identifié

[Lettre aux personnes qui ont complété le SIDTMEI et qui n'ont pas assisté à l'entrevue avec le professionnel de la santé mentale identifié pour discuter des résultats et évaluer les besoins immédiats en matière de santé mentale]

Nom de la personne et identification

Cher [nom de la personne]:

Objet: Examen des résultats (SIDTMEI) de votre test de dépistage en santé mentale

Il a été noté que n'avez pas assisté à un rendez-vous avec le département de la santé mentale datant du [date]. Le but de cette entrevue était d'examiner vos résultats avec un professionnel de la santé mentale et de déterminer s'il existe des besoins immédiats en matière de santé mentale qui nécessitent un suivi. Un autre rendez-vous sera pris pour vous donner l'occasion de discuter de vos besoins en matière de santé mentale.

[Lettre aux personnes qui ont reçu le résultat : Non signalé lors du test de dépistage du SIDTMEI) et qui n'ont pas assisté à l'entrevue avec le professionnel de la santé mentale identifié pour discuter des résultats et évaluer les besoins immédiats en santé mentale.]

Nom de la personne et identification

Cher [nom de la personne]:

Objet: Examen des résultats (SIDTMEI) de votre test de dépistage en santé mentale

Un rendez-vous était prévu le [date] pour vous permettre de rencontrer un professionnel de la santé mentale. Le but de cette rencontre était d'examiner vos résultats et de déterminer s'il existe des besoins immédiats en matière de santé mentale qui nécessitent un suivi.

Veillez noter que votre processus d'évaluation de la santé mentale suite à votre admission est complété. Toutefois, si vous souhaitez tout de même rencontrer un professionnel de la santé mentale pour discuter de vos résultats (du SIDTMEI) ou pour discuter de vos besoins en matière de santé mentale, veuillez soumettre une demande au département de la santé mentale.

Annexe G : Lignes directrices sur le contenu des évaluations en santé mentale à l'évaluation initiale et dans une UIS

Objectif : Fournir une compréhension du fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental de la personne.

L'un des professionnels de la santé mentale agréés suivants complétera l'évaluation de la santé mentale : psychologue, associé en psychologie, psychiatre, infirmière psychiatrique ou travailleur social clinique.

D'autres professionnels de la santé agréés pourront compléter cette évaluation après avoir confirmé avec le Directeur régional des Services de santé que le professionnel de la santé agréé a démontré avoir complété une formation spécialisée en santé mentale.

L'évaluation de la santé mentale comprendra :

- (a) un examen du dossier;
- (b) un examen de l'état mental (formulaire Santé Mentale dans DME);
- (c) une mise à jour de l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) [s'il y a lieu];
- (d) tout autre instrument d'évaluation psychologique ou psychiatrique jugé approprié.
- (e) une entrevue clinique avec la personne. Ces évaluations doivent normalement avoir lieu en privé et dans une salle d'entrevue, à moins de craindre que cela ne compromette la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel, d'autrui ou de l'établissement. Lorsque la séance ne peut pas être effectuée dans une salle d'entrevue privée, les raisons doivent être documentées dans le SGISD-DME.

Si une évaluation de la santé mentale a déjà été effectuée auprès d'une personne, le professionnel de la santé mentale identifié passera en revue toutes les informations de santé pertinentes disponibles et interrogera la personne pour évaluer son état de santé actuel et effectuera une mise à jour de l'évaluation de la santé mentale

Le contenu suivant devrait normalement être inclus dans une évaluation de la santé mentale. Le contenu et l'exhaustivité de l'évaluation peuvent varier selon les détails du cas et l'accès à d'autres évaluations, si possible.

Raison de l'évaluation en santé mentale

Consentement

- Indiquer si la personne refuse de consentir ou ne coopère pas durant l'évaluation.
- Lorsqu'une personne refuse de participer ou de coopérer à l'évaluation, très peu d'information sur son état mental est divulgué par la personne (c.-à-d. ce qui peut être obtenu à partir de l'observation de la personne au moment où le consentement est refusé). Dans ce cas, il faudrait mettre davantage l'accent sur la collecte d'informations auprès de sources collatérales. Cela ne fournit pas le niveau d'information nécessaire pour une évaluation de l'état mental actuel, mais donne à l'évaluateur l'occasion de prendre conscience d'un comportement qui pourrait indiquer une difficulté.
- Documenter qu'un examen de l'état mental n'était pas possible en l'absence de coopération et faire quelques commentaires au sujet de la personne en se basant sur les renseignements obtenus de sources collatérales et d'observation personnelle.

- Si l'information au dossier, l'observation et/ou les rapports du personnel correctionnel laissent entendre qu'il peut y avoir un problème de santé mentale, le professionnel de la santé mentale doit faire un suivi et documenter les mesures prises.

Évaluation du risque de suicide/automutilation

Indiquer le risque de suicide et/ou d'automutilation selon l'Annexe A.

Examen des dossiers des services en santé mentale

L'examen des dossiers devrait inclure l'examen de :

- des antécédents pertinents en matière de santé mentale et des antécédents de comportement d'automutilation/suicidaire;
- alertes/ indicateurs et besoins pertinents;
- des évaluations antérieures de la santé de la personne (y compris la santé mentale), le cas échéant
- évaluation de la santé, y compris la santé mentale (pour l'UIS/DR ou pendant le processus de l'évaluation initiale)
- rapports récents sur la santé mentale dans le SGISD-DME

Évaluation de l'état mental

- Documenter les résultats de l'examen de l'état mental, ainsi que les besoins en santé mentale de la personne, tel qu'il est évalué à l'aide de l'échelle **MHSM-5f: Échelle des besoins en santé mentale**. Cette cotation peut être utilisée comme triage.
- Pour les personnes évaluées dans cette section comme n'ayant aucun ou un faible niveau de besoins en matière de santé mentale, le reste de l'échelle (c.-à-d. la section des domaines spécifiques du fonctionnement) ne doit pas être complété. Cette section est complétée que pour les personnes ayant un niveau de besoins modéré ou élevé qui n'ont pas d'évaluation actuelle disponible au dossier.
- Lorsqu'une évaluation de l'échelle des besoins en **MHSM-5f: Échelle des besoins en santé mentale** est déjà disponible au dossier, l'évaluation (et les évaluations subséquentes) peuvent seulement nécessiter une mise à jour. Cela sert de moyen cohérent de documenter l'état mental, ainsi que les changements de l'état mental et le fonctionnement. Une évaluation est considérée à jour si elle continue de refléter fidèlement l'état de santé mentale, les besoins et les circonstances de la personne et qu'il n'y a pas eu de changement important dans le cas. Les personnes devraient être évaluées que s'il y a suffisamment d'information disponible pour que la notification soit exacte.

Renseignements de d'autres membres du personnel :

Des renseignements collatéraux doivent être obtenus dans la mesure du possible. Cela comprendrait l'examen des préoccupations particulières des autres employés de la santé, des opérations ou de la gestion des cas. Dans le cas de ces consultations, le partage de l'information devrait être conforme aux *Lignes directrices sur la communication de renseignements personnel sur la santé*.

Tests psychologiques :

Lorsqu'approprié des tests peuvent être administrés dans le but d'informer le professionnel de la santé mentale du fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental de la personne. Ceux-ci devraient être administrés par un professionnel de la santé avec la spécialisation et la formation requises pour utiliser et interpréter les tests.

Avis et recommandations cliniques :

Si un suivi est nécessaire, l'évaluateur communiquera ses préoccupations avec les membres du personnel appropriés. Le suivi peut comprendre, sans s'y limiter, un renvoi vers les Services de santé mentale (soins primaires, soins intermédiaires en santé mentale ou soins hospitaliers psychiatriques), un psychiatre, un aumônier ou un aîné, le placement de la personne à un niveau d'observation conformément à la **DC 843, *Interventions visant à protéger la vie et à prévenir les blessures corporelles graves***, informer les membres de l'équipe de gestion de cas et/ou, selon les circonstances, d'autres mesures pouvant être appropriées.

Si les besoins de santé de la personne n'ont pas été accommodés même après avoir travaillé avec l'équipe interdisciplinaire et que le professionnel de la santé mentale est d'avis que la personne ne devrait plus rester dans une UIS ou être soumise à des mouvements restreints ou que les conditions devraient être modifiées et que ces changements ne peuvent être résolus, voir l'**annexe K** illustrant les étapes à suivre.

Le professionnel de la santé mentale doit s'assurer que toutes les actions sont documentées de façon appropriées.

Annexe H : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation et d'un plan de traitement/d'intervention

Le contenu d'une évaluation de la santé mentale devrait normalement comprendre les renseignements mentionnés ci-dessous. Le contenu et l'exhaustivité d'une évaluation peuvent varier selon le but de l'évaluation, les caractéristiques du cas, de la présence ou non d'évaluations antérieures dans le dossier de la personne, et du niveau de soins. Les différentes sections seront remplies comme il convient aux fins d'évaluation et conformément au champ de pratique du professionnel de la santé mentale.

1. Évaluation

Renseignements sur la personne

- Nom, numéro SED, âge, origine ethnique, durée de la peine qu'il purge et infraction à l'origine de cette peine, y compris la date de libération d'office et la date d'expiration du mandat

Renseignements sur le renvoi

- Indiquer le motif, la date et la source du renvoi

Consentement

- Formulaire de consentement complété et versé au dossier
- Le processus de consentement documenté dans l'évaluation
- Si une évaluation est complétée sans le consentement d'une personne, le refus de consentir de la personne et les limitations qui s'en suivent, devront être clairement mis en évidence

Contexte pertinent

- L'histoire psychosociale, qui peut inclure des considérations quant au contexte culturel (p.ex. l'historique social autochtone), si applicable
- Histoire criminelle et infractions actuelles
- Ajustement en établissement (y compris l'agression, les comportements irrespectueux, le niveau de coopération, les relations interpersonnelles avec le personnel et les autres personnes)

Antécédents en matière de santé mentale

- Résultats de **MHSM-5f** : *l'Échelle des besoins en santé mentale* et/ou d'autre information clinique provenant du processus de triage
- Résultats de la classification
- Antécédents en matière de santé mentale/traitement (y compris le résumé des conclusions des évaluations précédentes, tout diagnostic de santé mentale précédent, et les hospitalisations)
- Médicaments prescrits antérieurement
- Antécédents en matière de suicide (si oui, fournir des détails sur le nombre de tentatives, les circonstances et les facteurs de risque)
- Antécédents en matière d'automutilation (si oui, fournir des détails sur la nature, la gravité, les circonstances et les résultats des interventions)

Procédures d'évaluation

- Il faut également mentionner le lieu, les dates et la durée approximative de l'entrevue
- Fournir une liste des tests administrés et des autres procédures d'évaluation utilisées (p. ex. les dossiers examinés, l'entrevue d'évaluation et la consultation d'autres sources)
- Les alertes dans le SGD et le SGISD-DME devraient être révisées

Résumé des résultats des tests (si applicable)

Les observations comportementales et état mental actuel

- Révision de **MHSM-5f** : *l'Échelle des besoins en santé mentale* et/ou d'autre information clinique
- Inclut le diagnostic, si applicable

Les déterminants sociaux de la santé (applicables aux évaluations de la santé mentale pour l'intégration des services de santé mentale dans la collectivité)

- Période des rencontres
- Destination
- Hébergement
- Pièces d'identité
- Ressources financières
- Études
- Emploi
- Loisirs
- Dynamique et soutien de la famille
- Soutien dans la collectivité :
- Groupe spirituel/religieux/culturel/ethnique :
- Santé mentale
- Santé physique
- Toxicomanie
- Autres programmes, traitements, consultations
- Aspects juridiques
- Soutien et accompagnement lors de la mise en liberté
- Transport
- Langue
- Autres besoins
- Obstacles systémiques

Sommaire et Recommandations

2. Traitement/Plan d'intervention (si applicable)

Indiquer si le plan en cours fait partie du plan initial de traitement/intervention ou indiquer la date du plan précédent.

Facteurs de réceptivité

Traitement/Plan d'intervention

- Identification de la priorité des besoins et des objectifs de traitement (incluant les vulnérabilités au suicide et à l'automutilation voir **Annexe A**)
- Identification d'objectifs à long terme
- Interventions multidisciplinaires qui adressent les objectifs du traitement (thérapie individuelle, thérapie de groupe et atelier, autres activités, si applicable) incluant les vulnérabilités au suicide et à l'automutilation voir **Annexe A**.
- Si la personne est sous surveillance dans la collectivité, recommandations en vue de gérer le risque de suicide ou d'automutilation (au besoin)
- Si la personne est sous supervision dans la communauté, état actuel des risques (statique/dynamique/actuarielle/risque pour le personnel) et des recommandations pour des stratégies visant à gérer le risque

Annexe I : Lignes directrices sur le contenu d'un rapport sur le progrès et d'un rapport final

Les *rapports sur le progrès* doivent indiquer les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du traitement/d'intervention, les sujets de préoccupation ainsi que tout changement apporté à la fréquence des séances ou à la date prévue de la fin du traitement.

1. Suivi des progrès

Renseignements sur la personne

- Nom, numéro SED, âge, origine ethnique, durée de la peine qu'il purge et infraction à l'origine de cette peine, y compris la date de libération d'office et la date d'expiration du mandat

Motifs et date du renvoi initial

Description des interventions et résumé des progrès

- Mentionner les besoins figurant dans le rapport de traitement antérieur et les objectifs de traitement y étant associés
- Décrire les progrès accomplis en vue de la réalisation de chaque objectif énoncé et mentionner, le cas échéant, les résultats des tests administrés
- Donner des exemples de comportement et fournir toute autre information utilisée pour évaluer les progrès réalisés
- Décrire le degré de motivation et de participation de la personne

Mise à jour du plan de traitement (s'il y a lieu)

- Renseignements mis à jour concernant les besoins prioritaires, les objectifs et les fournisseurs de services
- Inscire tout domaine de préoccupation
- Inscire les changements relatifs à la fréquence des séances

2. Rapport final

Pour les *rapports finaux*, les informations suivantes doivent être ajoutées :

Évaluation des résultats du traitement

- Les résultats de toute évaluation psychométrique
- Les observations cliniques et comportementales
- Comportement institutionnel et les relations interpersonnelles
- Progrès vers les objectifs de traitement

Raison du congé

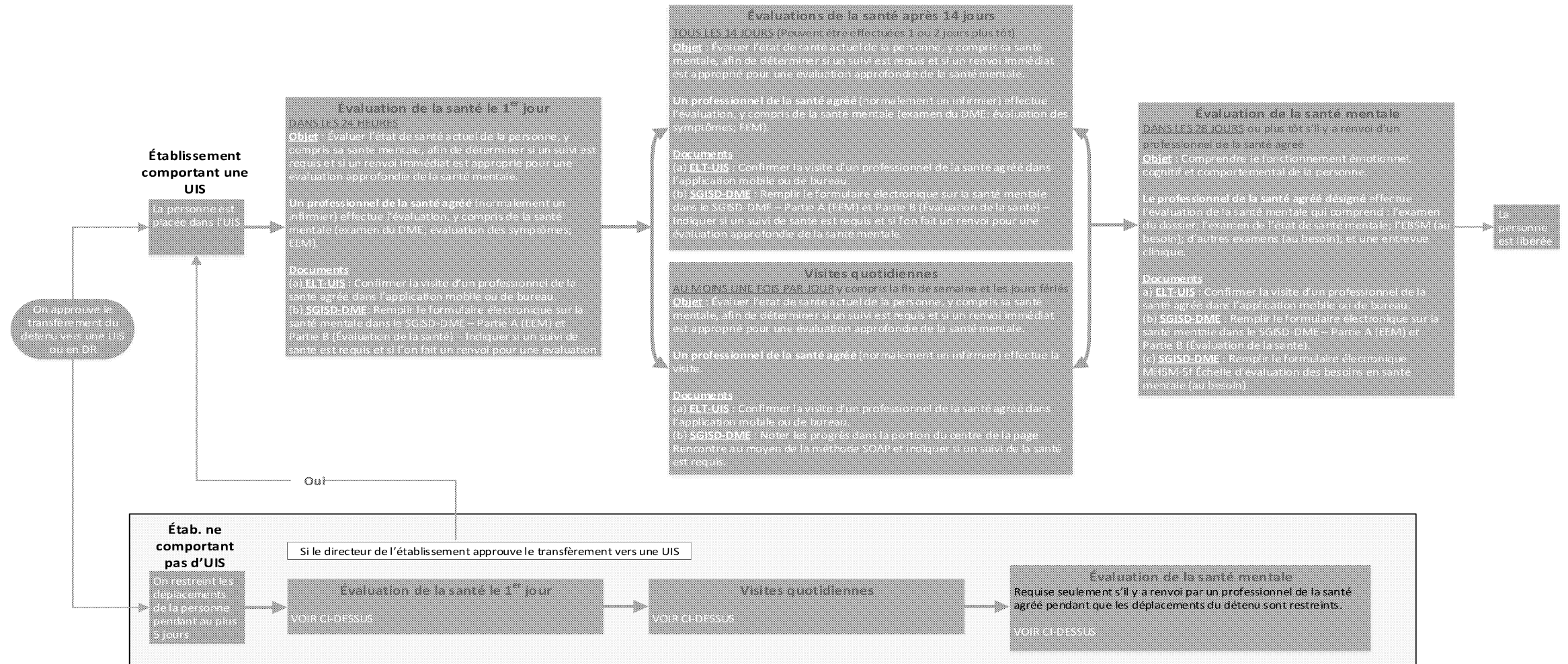
Résumé des progrès et fonctionnement général au moment du congé

- Description des interventions et du progrès face aux objectifs
- Le niveau de motivation et d'engagement de la personne dans son processus de traitement
- Notez les forces de la personne ainsi que ses faiblesses

Indiquer que les alertes, les indicateurs et les besoins ont été mis à jour.

Recommandations relatives à la gestion et à la continuité des soins en santé mentale

Annexe J : diagramme sur le processus d'évaluation de la santé (incluant la santé mentale) pour les unités d'intervention structurée/déplacements restreints.



- Toutes les interactions doivent comprendre une observation visuelle de la personne, sans obstacle physique. À moins qu'une telle observation compromette la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel, d'autres détenus ou de l'établissement.
- Toutes les évaluations de la santé et de la santé mentale doivent être menées en privé dans une salle d'entrevue, à moins que l'on craigne que cela compromette la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel, d'autres détenus ou de l'établissement.
- S'il est impossible d'éliminer les obstacles physiques ou de tenir la séance en privé dans une salle d'entrevue, les raisons doivent être indiquées dans le SGISD-DME.
- Les professionnels de la santé agréés comprennent les psychologues, les psychiatres, les infirmiers psychiatriques et les travailleurs sociaux cliniques.

Annexe K: Consultation et évaluation de la santé pour les unités d'intervention structurées et les déplacements restreints.

Il est nécessaire d'effectuer un suivi continu des personnes autorisées à un transfèrement dans une unité d'intervention structurée (UIS) ou visées par une restriction des déplacements (RD) et d'évaluer leurs besoins en soins de santé.

Le chef du Service de santé ou le chef des Services de santé mentale veillera à ce que les personnes dont le transfèrement vers une UIS est autorisé ou qui font l'objet d'une restriction de déplacement disposent d'un professionnel traitant responsable déterminé. Ceci sera documenté dans le SGISD-DME

Les interactions cliniques doivent être conformes aux principes de la prestation de soins centrés sur la personne et doivent comporter :

- Consulter des sources collatérales d'information, qui peuvent fournir des renseignements sur l'état de santé actuel de la personne, tout en respectant **les lignes directrices sur la communication de renseignements personnels** sur la santé.
- Observer la personne sans obstacle physique, à moins qu'une telle observation compromette la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel, d'autres individus ou de l'établissement. S'il est impossible d'éliminer les obstacles physiques, les raisons doivent être documentées dans le Système de gestion de l'information sur la santé des personnes – dossier médical électronique [SGISD-DME].
- Utiliser l'interaction clinique pour collecter des informations de santé pertinentes par l'observation directe de la personne y compris le langage, l'apparence et le comportement; l'entrevue clinique; et la collecte de l'auto-évaluation de la personne.
- Conseiller à la personne de communiquer avec les services de santé si cette dernière a des problèmes de santé avant la prochaine visite quotidienne ou avant l'évaluation d'un professionnel de la santé à l'UIS.
- Faites des tentatives supplémentaires pour engager le contact avec la personne afin de recueillir des informations pertinentes sur sa santé ou ses préoccupations lorsqu'elle refuse initialement de participer à une interaction clinique. Les tentatives peuvent inclure un suivi ultérieur de la personne ce jour-là. Voir l'annexe E pour des suggestions sur différentes méthodes pour favoriser l'engagement.

Services de santé des personnes placées dans une unité d'intervention structurée ou visées par une restriction des déplacements

Pour assurer la continuité des soins auprès des personnes placées dans une UIS ou dont les déplacements sont restreints, les services de santé seront administrés selon le niveau de soins appropriés, conformément aux plans de traitement existants et au cadre national des services de santé essentiels.

Lorsque le personnel fait un renvoi pour une personne via l'application LTE-SIU, ce renvoi sera envoyé automatiquement au compte de messagerie GEN des services de santé et un **formulaire électronique MHSM-1e: rapports de triage et d'évaluation de la santé mentale** seront automatiquement créés dans SGISD-DME pour cette personne. Un professionnel de la santé mentale doit répondre aux services d'aiguillages et documenter les services fournis sur le formulaire électronique qui a été créé de façon instantané.

À l'exception des exigences énoncées dans ces lignes directrices, toutes autres références reçues par les services de santé pour les personnes placées à l'UIS et dont les mouvements sont restreints seront traitées conformément aux politiques existantes (par exemple, Lignes directrices intégrées en santé mentale, La Directive du commissaire : DC 843 Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves, Protocoles cliniques des soins infirmiers en situations d'urgence / non urgente).

Selon les LD 711-1, indiquent que le statut de la personne dans l'UIS ou dont les déplacements sont restreints demeurera le même au cours de la période durant laquelle elle fait l'objet de mesures prises conformément à la DC 843. Ainsi, les échéanciers concernant les évaluations de la santé et de la santé mentale obligatoires s'appliquent toujours et ne changent pas. Cependant, ces évaluations peuvent être réalisées dans le cadre des évaluations de suivi obligatoires lorsque la personne fait l'objet de mesures prises conformément à la DC 843. Les documents relatifs à ces évaluations lors de l'examen obligatoire pour l'UIS doivent être remplis dans le **formulaire électronique sur la santé mentale**. De plus, les visites quotidiennes doivent se poursuivre.

Évaluations de la santé et exigences de suivi pour les personnes placées dans une unité d'intervention structurée ou durant une période de déplacements restreints

1) Évaluation de la santé du premier jour

But : Évaluer l'état de santé actuel de la personne, y compris sa santé mentale, afin de déterminer si un suivi est nécessaire et considérer la pertinence de l'aiguillage immédiat pour une évaluation plus poussée dans un délai qui reflète le niveau de besoin.

Chaque fois que le transfèrement de la personne dans une UIS ou DR se fait, l'évaluation de la santé du premier jour doit être effectuée dans les 24 heures suivant le transfèrement.

Dans le cadre de la visite quotidienne, un professionnel de la santé agréé (généralement une infirmière) effectue l'évaluation de la santé du premier jour, y compris la santé mentale, dans les 24 heures suivant l'autorisation du transfèrement de la personne à l'UIS ou durant une période de déplacements restreints. Les personnes qui passent d'une restriction des déplacements à une unité d'intervention structurée recevront également une évaluation de la santé du premier jour.

Ces évaluations doivent être effectuées dans une salle d'entrevue privée, à moins qu'elles compromettent la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel ou d'autrui. S'il est impossible d'effectuer l'évaluation dans une salle d'entrevue privée, les raisons doivent être consignées dans SGISD-DME.

Au cours de l'entrevue, le professionnel de la santé informera la personne qu'une demande peut être faite dans le but de communiquer des renseignements personnels sur la santé, particulièrement de la part de l'assistant (voir *DC-711 Unités d'intervention structurée*) lors d'un réexamen résultant du placement de la personne dans une UIS. Le professionnel de la santé expliquera le processus de communication de renseignements personnels sur la santé décrit à la **section 6.0**.

Processus d'aiguillage pour l'évaluation de la santé du premier jour: Le directeur de l'établissement élaborera un ordre permanent pour la gestion des personnes dans une UIS, comprenant un processus permettant de garantir le renvoi aux soins de santé lorsqu'une personne est autorisée au transfèrement dans une UIS et durant une période de déplacements restreints.

Processus d'évaluation de la santé du premier jour :

Le processus d'évaluation de la santé du premier jour comporte les éléments suivants :

- a) une évaluation du bien-être effectuée conformément aux exigences de la visite quotidienne
- b) un examen des principaux éléments du dossier de soins de santé, notamment des médicaments actuels, des diagnostics, des consultations psychologiques /psychiatriques, des alertes et des interventions en santé mentale les plus récentes dans SGISD-DME avant l'évaluation;
- c) une évaluation de la présence des symptômes observés par le professionnel de la santé ou déclarés par le patient;
- d) un examen de l'état mental (EEM), qui est effectué au moyen de l'outil prévu à cet effet sur le formulaire de la Santé Mentale (consulter l'annexe E pour obtenir des instructions détaillées sur l'outil (EEM).

Documentation de l'évaluation de la santé du premier jour :

L'évaluation de la santé du premier jour sera documentée dans le formulaire de santé mentale dans SGISD-DME incluant, remplir les deux sections : (A) l'outil (EEM) et (B) le rapport d'évaluation de la santé mentale.

La section désignée pour le rapport que l'on retrouve dans le formulaire de Santé Mentale devrait comprendre tous les renseignements clés portant sur la santé qui ont été recueillis lors de l'examen du dossier et de l'entrevue. En outre, il convient d'indiquer la nécessité d'accéder à des soins de santé ou d'obtenir un suivi et si la personne a été aiguillée afin de recevoir une évaluation plus poussée de sa santé mentale.

2) Visite quotidienne par un professionnel de la santé agréé

But : Cette visite a pour but d'évaluer le bien-être de la personne afin de déceler des symptômes émergents de problèmes de santé physique ou mentale chez les personnes qui n'ont aucun besoin en santé préexistant et d'assurer une surveillance clinique appropriée, ainsi que la continuité des soins de ceux qui ont des besoins en santé préexistants.

Les visites quotidiennes des personnes à l'UIS ou visées par une restriction des déplacements constituent une activité clinique.

Les visites quotidiennes seront effectuées par un professionnel de la santé agréé (habituellement une infirmière) et commenceront dès lors où la personne sera visée par une restriction des déplacements ou que son transfèrement dans une UIS sera autorisé.

Procédure pour la visite quotidienne :

Un professionnel de la santé agréé (généralement une infirmière) visitera chaque personne placée dans une UIS ou visée par une restriction des déplacements au moins une fois par jour, y compris les fins de semaine et les jours fériés.

Il s'agira d'une interaction clinique incluant l'observation de la personne, sans barrière physique, à moins qu'une telle observation ne compromette la sécurité de la personne, du personnel, d'autrui ou de l'établissement. Lorsque les obstacles physiques ne peuvent pas être supprimés, les raisons doivent être documentées dans SGISD-DME.

Les visites quotidiennes impliquent:

- Fournir des services sur les besoins de santé physique quotidiens, y compris la distribution de médicaments et le suivi du traitement, au besoin
- Mener une évaluation plus complète des personnes qui, lors d'une évaluation initiale, semblent avoir des problèmes de santé physique et / ou mentale (en privé, dans une salle d'entrevue).
- Assurer un suivi au besoin (par exemple, aiguillage vers un médecin / santé mentale)

Si la personne fournit des renseignements ou présente des signes qui laissent croire à des problèmes de santé nécessitant une évaluation ou une intervention clinique plus poussée :

- Les dispositions nécessaires seront prises par le professionnel de la santé pour poursuivre l'interaction clinique en privé et dans une salle d'entrevue à moins qu'un tel entretien compromette la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel ou d'autrui.
- Lorsque l'entrevue clinique ne peut avoir lieu dans une salle d'entrevue privée, les raisons doivent être documentées sous la forme d'une note sur les progrès à la page « Rencontre » du SGISD-DME et les renseignements pertinents sur la santé doivent être recueillis afin de déterminer les services de santé requis pour le suivi;
- Si la présence de problèmes de santé mentale est constatée, le professionnel de la santé effectuera le processus d'évaluation de la santé. Si un renvoi pour des services de santé mentale est requis, le niveau d'urgence dépendra du niveau de préoccupation évalué et du jugement clinique du professionnel qui a évalué la personne.

La documentation de la visite quotidienne se fera :

- dans l'application ELT-UIS (selon le **guide de l'utilisateur UIS**).
- dans le SGISD-DME sous la forme d'une note sur les progrès à la page « Rencontre ». La note doit être rédigée dans le format d'un plan d'évaluation subjective/objective (SOAP).
- Si une évaluation de la santé mentale est effectuée au cours d'une visite quotidienne, le formulaire de Santé Mentale doit également être rempli.

3) Évaluation de la santé tous les 14 jours

Un professionnel de la santé agréé (habituellement une infirmière) effectuera une évaluation de la santé des personnes placées dans une UIS tous **les 12 à 14 jours**. Le calendrier de ces évaluations sera toujours calculé à partir de la date de l'autorisation de transfert à l'UIS (c.-à-d. L'évaluation de la santé du premier jour, quels que soient les transfèrements entre les sites sans-UIS et les sites avec l'UIS pour cette personne.

Voir la section « Évaluation de la santé du premier jour » pour connaître le but, le processus et les exigences en matière de documentation.

4) Évaluation de la santé mentale

But : Fournir une compréhension complète du fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental de la personne.

L'un des professionnels de la santé mentale agréés identifiés ci-dessous complétera l'évaluation de la santé mentale: un psychologue, un associé en psychologie, un psychiatre, une infirmière psychiatrique ou un travailleur social clinicien.

Les autres professionnels de la santé agréés pourront effectuer cette évaluation après confirmation par le Directeur régional des Services de santé que le professionnel de la santé agréé a démontré qu'il a complété une formation spécialisée en santé mentale.

Pendant toute période de placement d'une personne dans l'UIS /RD, une évaluation de la santé mentale est requise. L'évaluation de la santé mentale sera effectuée entre le jour 21 et le jour 28 de l'autorisation du transfèrement de la personne vers une UIS. Toutefois, l'évaluation de la santé mentale pourrait être effectuée plus rapidement en fonction de l'état de santé mentale actuel de la personne, évalué par un professionnel de la santé lors d'une visite quotidienne ou d'une évaluation de la santé ou en fonction des informations reçues lors de renvois urgents de membres du personnel. Le délai de 28 jours pour l'évaluation de la santé mentale commence toujours à partir de la date à laquelle la personne a été autorisée pour la première fois au transfèrement à l'UIS.

Ces évaluations doivent être effectuées en privé et dans une salle d'entrevue, à moins qu'elles compromettent la sûreté et la sécurité du détenu, du personnel ou d'autrui. S'il est impossible d'effectuer l'évaluation en privé et dans une salle d'entrevue, les raisons doivent être consignées dans SGISD-DME.

Processus d'évaluation de la santé mentale :

L'évaluation de la santé mentale comprendra :

- (a) un examen du dossier;
- (b) un examen de l'état mental (formulaire Santé Mentale dans DME);
- (c) une mise à jour de l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) [s'il y a lieu];
- (d) tout autre instrument d'évaluation psychologique ou psychiatrique jugé approprié.
- (e) une entrevue clinique avec la personne. Ces évaluations doivent normalement avoir lieu en privé et dans une salle d'entrevue, à moins de craindre que cela ne compromette la sûreté et la sécurité de la personne, du personnel, d'autrui ou de l'établissement. Lorsque la séance ne peut pas être effectuée dans une salle d'entrevue privée, les raisons doivent être documentées dans le SGISD-DME.

Si une évaluation de la santé mentale a déjà été effectuée auprès d'une personne, lors d'une autorisation préalable dans une UIS / RD, le professionnel de la santé mentale identifié passera en revue toutes les informations de santé pertinentes disponibles et interrogera la personne pour évaluer son état de santé actuel et effectuera une mise à jour de l'évaluation de la santé mentale.

Consulter l'annexe G pour obtenir un résumé des principaux points de l'évaluation de la santé mentale.

Si d'autres services de santé mentale sont requis, un suivi devrait être assuré par le professionnel de la santé mentale au niveau de soins approprié.

Documentation de l'évaluation de la santé mentale :

Les évaluations seront documentées dans le formulaire sur la santé mentale dans le SGISD-DME, qui comprend les deux sections suivantes: (A) outil d'examen de l'état mental (EEM) et (B) évaluation de la santé mentale dans la section du rapport.

Processus de présentation des recommandations au directeur de l'établissement par le professionnel de la santé agréé des personnes placées dans une UIS ou visées par une restriction des déplacements.

Les professionnels de la santé doivent collaborer avec le personnel des opérations et de gestion pour s'assurer de répondre aux besoins en santé des personnes placées dans l'UIS ou visées par une restriction des déplacements.

Si les besoins de la personne ne sont pas satisfaits, même après avoir travaillé avec une équipe interdisciplinaire et qu'un professionnel de la santé agréé est d'avis que la personne ne devrait plus être placée dans une UIS ou faire l'objet d'une restriction des déplacements ou que les conditions devraient être modifiées et que les changements ne peuvent pas être mis en place, une recommandation doit être fournie au responsable de l'établissement, par écrit et dès que possible, mais pas plus de 24 heures après avoir formé l'avis. Cette recommandation doit comprendre le rationnel sur lequel la recommandation a été formulée et les besoins en soins de santé nécessitant un accommodement.

Les recommandations adressées au responsable de l'établissement doivent viser à atténuer un problème de santé ou à améliorer la santé de la personne. La recommandation doit expliquer de manière suffisamment détaillée les besoins de santé de la personne et les mesures d'adaptation requises en fonction des évaluations des professionnels de la santé agréés, conformément aux *Lignes directrices sur la communication de renseignements personnels sur la santé*.

Processus de recommandation d'un professionnel de la santé

Les exigences relatives à la présentation de recommandations au Directeur de l'établissement sont énoncées dans la **Directive du commissaire (DC) 711 : DC Unités d'intervention structurée**. Voici des renseignements complémentaires qui permettront d'orienter les professionnels de la santé dans le cadre de ce processus.

Pendant les heures normales de travail, le professionnel de la santé consulte le chef des Services de santé et ou le chef des Services de santé mentale et collabore avec l'équipe interdisciplinaire impliquée dans la prestation de services de la personne. Le chef des Services de santé et/ou le chef des Services de santé mentale veillera à ce que toutes les personnes autorisées au transfèrement à une UIS ou visées par une restriction des déplacements ait un professionnel traitant responsable identifié. Conformément aux normes acceptées par les professionnels et dans le but d'offrir des soins continus et cohérents, le professionnel traitant responsable identifié sera généralement chargé de suivre les recommandations relatives à l'UIS et durant une période de déplacements restreints.

Documentation des recommandations d'un professionnel de la santé :

Le professionnel de la santé remplira le **formulaire électronique Recommandation des Services de santé concernant l'UIS et le déplacement restreint** dans le SGISD-DME. Ce formulaire ne devra pas contenir de langage clinique ou des spécificités nécessaires à un professionnel de la santé.

La date et l'heure seront indiquées à la fin de la recommandation écrite.

Lors de la soumission des **recommandations des services de santé concernant l'UIS et le DR** dans le **formulaire électronique** du SGISD-DME, le contenu sera envoyé au Directeur de l'établissement via

l'application de l'UIS. Le Directeur de l'établissement entrera sa réponse dans l'application de l'UIS et la réponse sera automatiquement générée dans la réponse de la section du Directeur de l'établissement du formulaire électronique du SGISD-DME.

Ce formulaire est ensuite enregistré en format PDF et envoyé par courrier électronique au directeur régional des Services de santé.

Annexe L : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation de la santé mentale en établissement

Le contenu d'une évaluation de la santé mentale en établissement (ESME) devrait normalement comprendre les renseignements mentionnés ci-dessous. Le contenu et l'exhaustivité d'une évaluation peuvent varier selon les caractéristiques du cas et la présence ou non d'évaluations antérieures dans le dossier de la personne.

L'ESME est une brève évaluation écrite. L'ESME a pour objectif d'évaluer et de définir les problèmes importants de santé mentale et/ou de réceptivité (p. ex. fonctionnement intellectuel, facteurs culturels, etc.) à prendre en considération lors de l'évaluation ou de la réévaluation de la cote de sécurité (p. ex. certaines personnes en termes de : a) cote de sécurité initiale vers cote de sécurité moyenne et b) de la cote maximale à la cote moyenne). L'ESME doit être lue conjointement avec les rapports et recommandations pertinents de la gestion de cas.

Remarque : ces évaluations peuvent être réalisées par tout professionnel de la santé mentale.

1. Renseignements sur la personne

- Nom, no SED, âge, ethnie, infraction à l'origine de la peine actuelle et peine actuelle, y compris la date de libération d'office et la date d'expiration du mandat.

2. Renseignements sur le renvoi

- Date du renvoi, source du renvoi.
- Raisons pour lesquelles on étudie la possibilité de faire passer la cote de sécurité de la personne à moyenne.
- Il faut indiquer si l'évaluation en cours doit être considérée comme une mise à jour d'évaluations antérieures périmées (toutes les évaluations psychologiques et en santé mentale ont une durée de vie de trois ans, à l'exception des évaluations psychologiques du risque qui elles ont une durée de vie de deux ans) ou ne s'appliquant plus au renvoi le plus récent.

3. Questions relatives au consentement, à la confidentialité et à l'échange de renseignements

- Ces questions doivent être traitées au début du rapport. Elles sont souvent présentées dans un bref paragraphe résumant la réceptivité et la coopération du détenu dans le cadre du processus d'entrevue.
- Le formulaire de consentement doit être rempli et versé au dossier de santé mentale/psychologie. En plus des renseignements indiqués dans le formulaire de consentement, la personne doit recevoir une explication détaillée de tous les problèmes entourant le consentement et la confidentialité ainsi que l'objet du rapport.
- Le processus de consentement est documenté dans l'évaluation.
- Si une personne refuse de consentir, on évalue le risque psychologique en fonction des éléments au dossier (veuillez consulter la **section 13.5** des présentes lignes directrices).

4. Procédures d'évaluation

- Brève description de l'échelle des besoins en santé mentale (EBSM).
 - Remplir l'EBSM s'il n'y en a pas déjà une au dossier. Indiquer tous les domaines de besoins élevés ou modérés en santé mentale qui pourraient avoir une incidence sur la capacité de la personne de fonctionner dans un milieu à sécurité moyenne.

- Passer l'EBSM en revue s'il y en a une au dossier. Les domaines de risque et les niveaux de besoins relevés doivent être mis à jour selon le cas en fonction des capacités actuelles de fonctionner dans un milieu à sécurité moyenne.
- Liste des tests administrés (s'il y a lieu) et des autres procédures d'évaluation utilisées (p. ex. examen des dossiers, entrevue d'évaluation, consultation de sources parallèles, etc.)
- Il faut également mentionner le lieu, les dates et la durée approximative de l'entrevue.

5. Contexte pertinent

L'importance accordée à ces domaines et/ou l'ajout d'autres domaines variera en fonction de chaque cas.

- Antécédents psychosociaux pertinents, y compris les considérations relatives au contexte culturel, s'il y a lieu
- Antécédents criminels et infraction à l'origine de la peine
- Adaptation générale au milieu carcéral, lorsque disponible
- Antécédents de toxicomanie

6. Historique de soins de santé mentale

- Antécédents en matière de santé mentale et de traitement
- Antécédents de tentatives de suicide et/ou d'automutilation
- Conformité à la médication
- Cerner les constatations pertinentes de précédentes évaluations (p. ex. les évaluations psychiatrique et psychologique ou d'autres évaluations)

7. État de santé mentale actuel

- Entrevue axée sur le comportement – p. ex. énoncé indiquant comment le détenu s'est présenté (p. ex. orienté dans les trois sphères; amical; coopératif); y compris l'état émotionnel et l'apparence.
- Résumé des problèmes de santé mentale (p. ex. préoccupations liées aux symptômes et aux comportements connexes pertinents, etc.). Remarque: il faut protéger les renseignements personnels sur la santé.

8. Résumé, avis clinique et recommandations

- Énoncé global, fondé sur l'ESME, indiquant si les besoins particuliers du détenu liés à la santé mentale et/ou les facteurs relatifs à la réceptivité semblent gérables dans un environnement de niveau de sécurité moindre. S'il y a lieu, l'énoncé sommaire devrait inclure également des recommandations visant à augmenter la probabilité d'une transition réussie vers un établissement à niveau de sécurité moyenne.
- Si des problèmes de santé mentale sont soulevés, présenter votre opinion en ce qui a trait au rapport (le cas échéant) entre les problèmes de santé mentale et la capacité de la personne de fonctionner dans un milieu à sécurité moyenne.
- Donner une opinion sur les stratégies d'intervention et de gestion qui pourraient aider la personne.

- Description de tout problème de santé mentale et de toute préoccupation en matière de réceptivité qui empêcherait l'intégration de la personne au sein de la population d'un niveau de sécurité moyenne, y compris les préoccupations de santé mentale liées au risque.
- Si aucun problème de santé mentale pertinent pour au motif de renvoi n'est soulevé, rédiger un bref énoncé en faisant état.
- Fournir la signature du professionnel de la santé qui a effectué l'évaluation et du détenu.

Annexe M : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation de santé mentale en vue d'un transfèrement à l'Unité spéciale de détention

L'évaluation vise à veiller à ce que l'information pertinente sur la santé mentale de la personne soit prise en considération au moment de rendre une décision concernant le transfèrement d'une personne à l'Unité spéciale de détention (USD); à offrir des solutions de rechange à un placement à l'USD aux fins de gestion d'une personne ayant des besoins en santé mentale, si possible; et à formuler, le cas échéant, des recommandations relatives à des interventions touchant le comportement et la santé mentale de la personne ou à d'autres stratégies de gestion. L'évaluation comprend un examen du dossier, une entrevue menée auprès de la personne et une consultation auprès de tiers. Le contenu et l'exhaustivité de l'évaluation varient en fonction des caractéristiques du cas et de la présence dans le dossier de la personne de renseignements découlant d'évaluations antérieures. Les éléments indiqués ci-après feraient normalement partie intégrante d'une évaluation en vue d'un transfèrement à l'USD.

1. Renseignements de base

- Nom, n° SED, âge, origine ethnique, infraction à l'origine de la peine actuelle et peine actuelle, y compris la date de libération d'office et la date d'expiration du mandat.

2. Renseignements sur le renvoi

- Date du renvoi.
- Motif du transfèrement envisagé de la personne à l'USD.

3. Consentement

- Formulaire de consentement rempli et versé au dossier.
- Procédure de consentement consigné dans l'évaluation.
- Si l'évaluation a été effectuée sans le consentement de la personne, son refus de consentir à l'évaluation et les limites qui en résultent pour le rapport devraient être mis en évidence.

4. Procédures d'évaluation

- Une liste des évaluations menées (s'il y a lieu) et autres procédures d'évaluation utilisées (p. ex. les dossiers examinés, l'entrevue d'évaluation, la consultation de tiers).
- L'endroit, les dates et la durée approximative des entrevues devraient également être consignés.

5. Antécédents pertinents

- Antécédents psychosociaux pertinents, y compris les considérations d'ordre culturel, s'il y a lieu.
- Adaptation en établissement (notamment les incidents d'agression, les comportements irrespectueux, le degré de collaboration, les relations interpersonnelles avec le personnel et d'autres personnes).

6. Antécédents en matière de santé mentale

- Antécédents de problèmes/traitement de santé mentale (prenez note de l'information au dossier concernant des diagnostics de troubles mentaux antérieurs, les indications de dysfonctionnement, les médicaments prescrits et les hospitalisations).
- Antécédents en matière de suicide (le cas échéant, précisez le nombre de tentatives, les circonstances et les facteurs de risque).
- Antécédents d'automutilation (le cas échéant, précisez la nature, la gravité, les circonstances et le résultat des interventions).

7. Constatations découlant d'évaluations précédentes

- Cernez les constatations pertinentes d'évaluations précédentes (p. ex. les évaluations psychiatrique et psychologique ou d'autres évaluations).

8. État de santé mentale actuel

- Incluez le diagnostic, s'il y a lieu.

9. Sommaire des résultats de toute évaluation effectuée

10. Détermination des forces et des besoins

11. Sommaire/opinion clinique et recommandations concernant la gestion de la personne

- Si des problèmes de santé mentale sont soulevés, présentez votre opinion en ce qui a trait au rapport (le cas échéant) entre les problèmes de santé mentale et le comportement qui a fait en sorte qu'un transfèrement à l'USD soit envisagé.
- Présentez une opinion sur les stratégies de gestion qui pourraient être mises en œuvre comme solution de rechange au transfèrement à l'USD, si possible.
- Si aucun problème de santé mentale pertinent au motif du renvoi n'est soulevé, rédigez un bref rapport en faisant état.
- Le cas échéant, formulez des recommandations concernant les interventions touchant le comportement et la santé mentale, ou d'autres stratégies de gestion, lorsque pertinent.

Lorsque la personne refuse de consentir à l'évaluation, l'évaluation comporte un examen du dossier, l'observation personnelle du l'individu (au moment où le consentement est refusé) et les renseignements obtenus auprès de tiers. Bien que cette façon de procéder ne fournisse pas toute l'information nécessaire pour effectuer une évaluation de l'état de santé mentale actuel de la personne, elle permet au professionnel de la santé mentale de prendre connaissance de comportements qui pourraient révéler la présence d'un problème.

Si l'information au dossier, les observations et les rapports d'autres membres du personnel révèlent que la personne a possiblement un problème de santé mentale, le professionnel de la santé mentale doit assurer un suivi adéquat et consigner les mesures prises.

Le refus de la personne de consentir à l'évaluation et les limites qui en résultent pour le rapport devraient être mis en évidence. Le rapport ne devrait présenter ni opinion concernant l'état actuel de santé mentale de la personne, ni diagnostic.

Annexe N : Lignes directrices relatives à l'évaluation et au traitement du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Introduction

Élaboration du guide

Le présent document se fonde sur les recommandations d'un groupe de travail d'experts du SCC présidé par le Dr Colin Cameron, psychiatre principal national du SCC, et composé de psychiatres et de psychologues de l'AC et de toutes les régions du Canada. Avant d'y mettre la touche finale, d'autres cliniciens du SCC et des experts externes ont fourni de la rétroaction. Le groupe de travail avait pour mandat de réviser et de mettre à jour les Lignes directrices relatives à l'évaluation et au traitement de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, de façon à y intégrer les données probantes et pratiques exemplaires les plus récentes, tout en tenant compte du contexte du SCC. Au cours de ses travaux, le groupe de travail a chargé trois sous-groupes d'étudier les aspects suivants : 1) évaluation et suivi des résultats; 2) gestion des médicaments; 3) interventions psychosociales.

Les recommandations du groupe de travail s'inspirent avant tout des *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH de la CADDRA*, 4^e édition, 2018 (https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf)². Les processus et recommandations ici exposés ne remplacent pas les lignes directrices de la CADDRA, mais en précisent plutôt l'application dans les établissements fédéraux.

Objectifs du présent document :

- faciliter le dépistage des personnes qui présentent une déficience fonctionnelle significative et actuelle associée à un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH);
- fournir des directives en vue d'appliquer des techniques fiables et valides à l'évaluation, à la confirmation du diagnostic et au suivi des résultats;
- suggérer des techniques fiables et valides, afin d'éclairer l'évaluateur quant aux problèmes liés aux symptômes communs à d'autres diagnostics et aux comorbidités;
- donner des conseils quant aux traitements pharmacologiques et psychosociaux fondés sur des données probantes et pouvant être utiles dans le contexte du SCC;
- fournir des conseils afin de limiter le risque d'erreur de diagnostic, de surtraitement, de traitement insuffisant et d'abus de médicaments.

Composition du groupe de travail :

- président – D^r Colin Cameron, psychiatre principal national, AC
- D^r Azaad Baziany, psychiatre, région des Prairies
- Alka Bhalla, pharmacien national, AC
- Harold Boudreau, directeur, Pharmacie et technologie de la santé, AC
- Pamela Buttinger, psychologue, région des Prairies
- D^r Dorothy Cotton, psychologue, région de l'Ontario
- D^r Gurmeet Dhaliwal, psychologue, AC
- D^r Sam Iskander, psychiatre, région du Pacifique

² Alliance canadienne de recherche sur le TDAH, 2018. *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH de la CADDRA*, 4^e édition, consulté en ligne à https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf.

- D^r Najat Khalifa, psychiatre, région de l'Ontario
- D^r Louis Thériault, psychiatre, région de l'Atlantique
- Janet Roloson, psychologue, région de l'Ontario
- Lise Roy, psychologue, région de l'Atlantique
- D^r Michelle Roy, psychiatre, région du Québec
- D^r Yvan Turcotte, psychologue, région du Québec

Nous remercions tout particulièrement Cindy Kruger pour la coordination des activités du groupe de travail.

Stigmatisation

Quelques mots sur la stigmatisation des adultes aux prises avec un TDAH

Les personnes aux prises avec un TDAH, dont des adultes, sont stigmatisées non seulement en raison des symptômes du TDAH qu'ils affichent, mais aussi à cause de la perception qu'inspirent le diagnostic du TDAH et ses manifestations. Quelques articles de revue ont traité d'études sur la stigmatisation du TDAH, dont celles de Mueller, Fuermaier, Koerts et Tucha (2012)³ et de Lebowitz (2016)⁴. Les lignes qui suivent résument les 8 principaux mythes qui contribuent à la stigmatisation du TDAH et rétablissent les faits.

MYTHE 1 : Le TDAH n'existe pas et n'est pas un trouble réel ni un problème médical.

Ce mythe suggère que le TDAH est en fait fabriqué, surtout si les symptômes vont et viennent au gré des circonstances. Ces symptômes sont plutôt perçus comme une faiblesse de caractère. De tels arguments se dégagent en partie du manque d'uniformité et de la diversité des critères diagnostiques.

DÉMYSTIFICATION : Le diagnostic du TDAH se fonde sur des faits et des symptômes valides et définissables, ainsi que sur de solides liens biologiques et génétiques, comme l'ont démontré de multiples études ayant identifié les gènes associés au TDAH (p. ex. Guan, Wang, Chen, Yang et Qian, 2009⁵; Raz, 2004⁶). Les différences physiologiques observées chez les personnes atteintes d'un TDAH sont, entre autres, le volume inférieur du noyau caudé gauche, du cortex frontal antéro-supérieur droit (pré-moteur et supérieur chez les adultes), de la région bilatérale antéro-inférieure et de la région rétrocallosale bilatérale (pariétale-occipitale) [zones associées à l'attention, à la mémoire opérationnelle, à l'organisation motrice et au contrôle inhibiteur].

³ Mueller, A.K., A.B. Fuermaier, J. Koerts et L. Tucha, 2012. « Stigma in Attention Deficit Hyperactivity Disorder », dans *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, vol. 4, n° 3, pages 101 à 114, <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3>.

⁴ Lebowitz, M.S., 2016. « Stigmatization of ADHD: A Developmental Review », dans *Journal of Attention Disorders*, vol. 20, n° 3, pages 199 à 205, doi:10.1177/1087054712475211.

⁵ Guan et coll., 2009. « A high-density single-nucleotide polymorphism screen of 23 candidate genes in attention deficit hyperactivity disorder: suggesting multiple susceptibility genes among Chinese Han population », dans *Molecular Psychiatry*, n° 14, pages 546 à 554, <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002139>.

⁶ Raz, A., 2004. « Anatomy of attentional networks », dans *The Anatomical Record Part B: The New Anatomist*, vol. 281B, n° 1, pages 21 à 36.

Une étude récente (tirée de Hoogman M et al., Lancet Psychiatry, 2017) confirme, sur la base d'analyses statistiques robustes, que les patients atteints d'un TDAH ont réellement un cerveau altéré, ou, en d'autres termes, que le TDAH est un trouble du cerveau. Il s'agit ici d'un message clair à transmettre aux patients, qui pourrait contribuer à réduire la stigmatisation associée au TDAH et soutenir une meilleure compréhension de ce trouble. Les effets les plus prononcés ont été trouvés pendant l'enfance, soutenant ainsi un modèle conceptuel du TDAH comme étant un trouble relatif à la maturation retardée du cerveau. L'étude a également mis en évidence le rôle de nouvelles structures cérébrales : l'amygdale et l'hippocampe – la différence de volume la plus significative ayant été mesurée dans l'amygdale. Il s'agit ici d'un autre message important pour les patients souffrant d'un TDAH puisqu'il lie le diagnostic aux problèmes de régulation émotionnelle fréquemment vécus par ceux-ci (bien que les problèmes de régulation émotionnelle n'aient pas encore fait leur chemin jusqu'aux critères diagnostiques du DSM).

MYTHE 2 : Le TDAH est causé par l'alimentation ou les suppléments alimentaires.

DÉMYSTIFICATION : Le TDAH est en fait un trouble du développement, quoique l'alimentation peut avoir une incidence sur les symptômes du TDAH, par exemple, par l'ingestion d'une quantité excessive de sucre ou la consommation d'aliments artificiels.

MYTHE 3 : Le TDAH est attribuable à de mauvaises méthodes de d'éducation, surtout lorsque les parents imposent moins de structure et de discipline.

DÉMYSTIFICATION : Une prédisposition génétique rend le TDAH fortement héréditaire. La discipline n'améliore pas la capacité de régulation des enfants atteints d'un TDAH, à moins qu'ils soient traités.

MYTHE 4 : Tout le monde a un TDAH, car dans notre société axée sur la technologie, on peut facilement se faire distraire et envahir.

DÉMYSTIFICATION : Même si la plupart des gens affichent parfois certains symptômes du TDAH, le diagnostic est plus complexe et s'accompagne de problèmes envahissants la vie durant, aussi bien à la maison, à l'école et au travail que dans les dimensions sociales de la vie.

MYTHE 5 : Le TDAH finit par disparaître, ou il ne touche que les enfants.

DÉMYSTIFICATION : Même si les effets du TDAH changent en vieillissant, ils persistent bien souvent. La personne peut adopter des comportements compensatoires mieux adaptés ou répondre favorablement au traitement. Cependant, ses symptômes réapparaissent généralement ou ils sont ravivés par un stress intense ou prolongé. En fait, environ 50 % à 60 % des personnes atteintes d'un TDAH signalent la persistance des principaux symptômes à l'âge adulte. Des recherches ont aussi démontré la persistance, chez les adultes atteints d'un TDAH, de différences dans les structures cérébrales similaires à celles observées pendant l'enfance, notamment un cortex prémoteur et un cortex préfrontal supérieur réduits.

MYTHE 6 : Les personnes atteintes d'un TDAH sont paresseuses et ne mettent pas les efforts nécessaires, ce qui suggère davantage un manque de contrôle ou de volonté.

DÉMYSTIFICATION : Au contraire, les personnes atteintes d'un TDAH sont souvent constamment distraites par ce qui les entoure et sont incapables de se concentrer sur le travail à effectuer.

Fonctionnant à plein régime, leur cerveau est en fait hyperactif. Alors, en réalité, ce n'est pas que les personnes souffrant d'un TDAH ne veulent rien faire-. C'est plutôt qu'elles n'arrivent pas à se souvenir ou à rester concentrées sur la tâche à accomplir.

MYTHE 7 : Les personnes atteintes d'un TDAH sont moins intelligentes.

DÉMYSTIFICATION : Pour dire le vrai, les personnes atteintes d'un TDAH ont des capacités intellectuelles en moyenne comparables à celles de la population générale. Ce n'est pas là un critère de diagnostic du TDAH.

MYTHE 8 : Les adultes aux prises avec un TDAH sont simplement à la recherche de médicaments qui leur procureront des stimulants dont ils deviendront dépendants.

DÉMYSTIFICATION : La recherche démontre que les personnes atteintes d'un TDAH qui prennent des stimulants pour remédier à leurs symptômes ont tendance à afficher des taux de toxicomanie inférieurs à ceux des personnes atteintes d'un TDAH qui n'en prennent pas (Wilens, Faraone, Biederman et Gunawardene, 2003⁷; Biederman et coll., 2008⁸). Il est également ressorti d'une vaste cohorte d'adultes suédois (n=25 656) souffrant d'un TDAH que, chez les personnes prenant des médicaments pour traiter le TDAH, comparativement à ceux qui n'en prenaient pas, on constatait une réduction de 32 % du taux de criminalité parmi les hommes, et de 41 % parmi les femmes (Lichtenstein et coll., 2012)⁹.

Effet de la stigmatisation

Les mythes susmentionnés accentuent la stigmatisation des personnes atteintes d'un TDAH, ce qui peut engendrer des conséquences négatives. Tout d'abord, il y a un plus grand risque de ne pas diagnostiquer ou traiter un TDAH. Mueller, Fuermaier et Tucha (2012)¹⁰ avancent que la portée de ces risques est actuellement sous-estimée. De plus, certaines données probantes suggèrent que les cliniciens hésitent à traiter les patients atteints d'un TDAH, et que même ceux qui les traitent vont parfois à l'encontre des

⁷ Wilens, T.E., S.V. Faraone, J. Biederman et S. Gunawardene, 2003. « Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. », dans *Pediatrics*, vol. 111, n° 1, pages 179 à 185, doi:10.1542/peds.111.1.179.

⁸ Biederman et coll., 2008. « Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study », dans *The American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 5, pages 597 à 603, doi:10.1176/appi.ajp.2007.07091486.

⁹ Lichtenstein et coll., 2012. « Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality », dans *The New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 21, pages 2006 à 2014, doi:10.1056/NEJMoa1203241.

¹⁰ Mueller, A.K., A.B. Fuermaier, J. Koerts et L. Tucha, 2012. « Stigma in Attention Deficit Hyperactivity Disorder », dans *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, vol. 4, n° 3, pages 101 à 114, <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3>.

lignes directrices de diagnostic, quoique la recherche dans ce domaine se fait toujours rare (Lanham, 2006¹¹; Stockl 2003)¹².

Le rejet social est une autre facette de la stigmatisation. C'est donc dire que les personnes atteintes d'un TDAH peuvent faire l'objet de discrimination à l'école ou au travail, et ainsi vivre un isolement ou un rejet social. À titre d'exemple, deux études auprès d'adultes ont démontré que ceux qui étaient atteints d'un TDAH étaient plus susceptibles de rejet social par leurs pairs que ceux affligés d'autres problèmes de santé mentale ou physique (Canu, Newman, Morrow et Pope, 2008¹³; Paulson et coll., 2005¹⁴).

L'effet le plus important de la stigmatisation des personnes aux prises avec un TDAH est peut-être qu'elles ont appris à se stigmatiser elles-mêmes, ce qui crée chez elles des comportements d'autosabotage et d'autres problèmes de santé mentale. Les personnes touchées peuvent nier un problème et continuer d'essayer « plus fort » comme les autres le leur suggèrent, augmentant ainsi leur frustration. Par ailleurs, ces personnes peuvent intérioriser les stéréotypes négatifs associés au TDAH. Elles peuvent, par exemple, avoir honte de leurs échecs et ainsi entretenir une image faible ou négative d'elles-mêmes (« je n'y arrive pas » ou « je suis carrément stupide »). De telles cognitions peuvent, quant à elles, réduire la motivation des personnes atteintes d'un TDAH à essayer de nouvelles choses et les pousser à abandonner plus facilement.

D'autre part, les personnes atteintes d'un TDAH peuvent surcompenser par des moyens inefficaces ou agir de manière à expliquer leurs gestes, que ce soit en essayant de devenir perfectionnistes afin de masquer leurs échecs; en se présentant comme « un perdant ou un mouton noir »; en agissant en « idiot » pour réduire les attentes des autres à leur endroit; en régissant avec agressivité à une offense pour éviter la critique. De tels comportements autosaboteurs (p. ex. ne pas essayer bien souvent ou quitter fréquemment l'école ou un emploi) peuvent entraîner d'autres problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression. De plus, le TDAH non traité ne mène pas uniquement à une exacerbation des symptômes. Il est également lié à l'apparition d'autres problèmes tels que l'impulsivité, les comportements antisociaux et la criminalité.

Bref, les difficultés d'apprentissage, les échecs scolaires, les études incomplètes, les problèmes de santé mentale comme la dépression et une mauvaise estime personnelle, les problèmes de toxicomanie, le risque criminel accru, les blessures et les accidents risquent fort d'être le lot des personnes atteintes d'un TDAH qui ne sont pas traitées.

¹¹ Lanham, R.A., 2006. *The Economics of Attention: Style and Substance in the Age of Information*, presses de l'Université de Chicago.

¹² Stockl, K.M., T.E. Hughes, M.A. Jarrar, K. Secnik et A.R. Perwien, 2003. « Physician perceptions of the use of medications for attention deficit hyperactivity disorder », dans *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, vol. 9, n° 5, pages 416 à 423, <https://doi.org/10.18553/jmcp.2003.9.5.416>.

¹³ Canu, W.H., M.L. Newman, T.L. Morrow et D.L. Pope, 2008. « Social appraisal of adult ADHD: stigma and influences of the beholder's Big Five Personality traits », dans *Journal of Attention Disorders*, vol. 11, n° 6, pages 700 à 710, doi:[10.1177/1087054707305090](https://doi.org/10.1177/1087054707305090).

¹⁴ Paulson, J.F., C. Buermeyer et R.O. Nelson-Gray, 2005. « Social rejection and ADHD in young adults: an analogue experiment », dans *Journal of Attention Disorders*, vol. 8, n° 3, pages 127 à 135, doi:[10.1177/1087054705277203](https://doi.org/10.1177/1087054705277203).

Évaluation, confirmation d'un diagnostic et suivi

Le TDAH est un trouble complexe, dont le diagnostic précis implique une évaluation approfondie. Une confirmation exige :

1. des symptômes continus et chroniques associés au TDAH avec déficience fonctionnelle manifeste;
2. des symptômes relevés pendant l'enfance;
3. les symptômes et déficiences ne s'expliquent pas par des troubles de comorbidités.

Le processus diagnostique devrait être fait sous la direction d'un psychiatre, d'un omnipraticien ou d'un psychologue (selon l'application de leur champ de pratique respectif) avec le support d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire lorsque nécessaire. Les sources de renseignements suivantes devraient être utilisées dans tous les cas :

Informations collatérales : Antécédents recueillis auprès de sources telles que la famille, des bulletins scolaires, des enseignants, des évaluations spécialisées de l'apprentissage, des tests psychologiques antérieurs, des évaluations du TDAH et des rapports provenant de cliniciens de la collectivité. Un consentement écrit et documenté est nécessaire à l'obtention de renseignements auprès de sources externes.

Évaluation du fonctionnement actuel : Les observations des cliniciens, les autodéclarations du patient et les renseignements provenant d'autres sources devraient tous servir à évaluer le fonctionnement. Les autres sources de renseignements pourraient inclure les agents correctionnels, les agents de programmes, les enseignants, les superviseurs au travail et les autres membres du personnel clinique. La seule déclaration d'une déficience fonctionnelle par le détenu ne doit pas être considérée comme une preuve suffisante.

Outils d'évaluation complémentaires : Des outils d'évaluation complémentaires devraient également étoffer l'évaluation diagnostique et la prise de décisions cliniques.

La demande d'évaluation diagnostique du TDAH peut être faite au moyen du formulaire 4000-01 du SCC, Renvoi aux Services de santé.

Identification initiale

Au SCC, une problématique de TDAH peut être portée à l'attention des fournisseurs de soins de santé par trois voies principales :

- a) la personne prend déjà une médication pour le TDAH à son admission à l'établissement;
- b) la personne ne prend actuellement pas de médicaments, mais affirme être atteint d'un TDAH;
- c) la personne ou d'autres remarquent un comportement qui concorde avec un TDAH.

Dans les cas décrits aux points a) et b), il faudrait s'informer auprès du patient de la date, du lieu et de l'auteur du diagnostic, et lui demander de consentir à la divulgation de renseignements afin d'obtenir des copies des évaluations précédentes. Les patients déjà médicamenteux devraient continuer de prendre leurs médicaments en attendant l'obtention des renseignements sollicités. Si les documents ne sont pas accessibles, le maintien de la médication d'ici à la fin de l'évaluation est à la discrétion du professionnel. Dans la plupart des cas, la médication devrait être maintenue, à moins d'arguments solides.

Pour poser un diagnostic, il faut 1. établir de façon fiable l'apparition des symptômes durant l'enfance, notamment en se tournant vers des sources externes (p. ex. membres de la famille, bulletins scolaires, commentaires des enseignants, dossiers d'éducation spécialisée, évaluations antérieures du TDAH); 2. documenter les symptômes et déficiences chroniques manifestement associés au TDAH en utilisant l'échelle de notation des symptômes reposant sur le DSM-V et une entrevue diagnostique réalisée par un professionnel qualifié, lequel recherche d'autres diagnostics possibles susceptibles de mieux expliquer les symptômes avant de conclure à un TDAH.

Compte tenu de l'évolution naturelle du TDAH au cours d'une vie, l'élément le plus important pour établir un diagnostic chez l'adulte est la présence d'une déficience fonctionnelle significative et actuelle. Le meilleur environnement pour établir ou confirmer la déficience associée au TDAH est donc l'établissement d'origine, après que la personne ait adopté une routine quotidienne.

L'évaluateur doit songer à la possibilité d'une intoxication aux drogues ou d'un sevrage, dont les signes et symptômes se confondent avec ceux du TDAH, d'une simulation, d'événements stressants ou d'autres troubles dont les symptômes sont communs à ceux du TDAH. Il convient d'ajouter que les adultes atteints d'un TDAH présentent de très fortes comorbidités (de 27 % à 51 %) qui justifient une évaluation rigoureuse (Cumyn, French et Hechtman, 2009)¹⁵. Entre autres comorbidités communes, notons les troubles de l'humeur et anxieux, le trouble de stress post-traumatique, la personnalité obsessionnelle-compulsive, le trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité antisociale et les troubles d'apprentissage (Kooij JJS et coll., 2012)¹⁶. Certaines conditions de santé peuvent également être comorbides au TDAH, telles que les problèmes de sommeil, le syndrome des jambes sans repos ou l'obésité. La présence de troubles comorbides peut nuire au bon diagnostic du TDAH, notamment en masquant les symptômes ou parce que les symptômes ressemblent à un ou des trouble(s) comorbide(s).

Le diagnostic respectant tous les critères énoncés dans le DSM-V¹⁷ ne sera pas possible pour tous, car de nombreuses personnes ne pourront fournir de l'information sur leur déficience fonctionnelle avant l'âge de 12 ans ou ne présenteront pas au moins 5 symptômes d'inattention ou d'hyperactivité (17 ans ou plus), comme l'exige le DSM pour établir un diagnostic complet de TDAH. La déficience cliniquement significative et envahissante demeure toutefois un critère diagnostique clé que le traitement cherchera à atténuer.

Dépistage

Une évaluation préalable sera sans doute utile pour un individu qui prend déjà des médicaments pour traiter son TDAH, car il sera moins porté à afficher des symptômes actifs du TDAH. Les patients qui ne

¹⁵ Cumyn, L., L. French et L. Hechtman, 2009. « Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder », dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 10, pages 673 à 683, doi:[10.1177/070674370905401004](https://doi.org/10.1177/070674370905401004).

¹⁶ Kooij, S.J.J., M. Huss, P. Asherson, R. Akehurst, F. Beusterien, A. French, R. Sasané et P. Hodgkins, 2012. « Distinguishing Comorbidity and Successful Management of Adult ADHD », dans *Journal of Attention Disorders*, vol. 16, n° 5, pages 3S à 19S, <https://doi.org/10.1177/1087054711435361>.

¹⁷ American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e édition, Arlington, VA : auteure.

prennent pas de médicaments, qui n'ont pas été diagnostiqués ou dont les documents ne sont pas accessibles devraient être soumis à un dépistage.

Les critères diagnostiques du TDAH exigent que les symptômes perturbent significativement au moins deux aspects de la vie de la personne. Un examen du dossier et la consultation de personnes importantes dans la vie du patient devraient servir à déterminer si la déficience est marquée. Un tel examen pourrait s'appuyer sur :

1. des discussions avec des enseignants, des agents de programme, des agents affectés à la rangée de l'individu, des membres de la famille, l'agent de libération conditionnelle ou d'autres personnes qui connaissent bien le comportement de l'individu;
2. une revue des résultats de l'outil d'évaluation du TDAH du SIDTMEI;
3. une revue des informations provenant de la famille contenus dans des évaluations préliminaires et communautaires, et tous les rapports présentenciels existants;
4. une revue des rapports de programme, des évaluations au travail et des bulletins scolaires;
5. une revue de tous les incidents ou toutes les rapports d'offense survenus depuis l'incarcération;
6. une revue de la nature des infractions commises;
7. une revue des renseignements pertinents contenus dans RADAR ou le SGD.

Il n'est pas nécessaire d'obtenir tous les renseignements, mais plutôt d'en recueillir suffisamment pour établir un doute raisonnable de TDAH qui justifie une évaluation diagnostique officielle. Si rien n'indique une déficience importante liée aux symptômes du TDAH, l'évaluation doit prendre fin. Si une déficience importante reliée à des symptômes apparentés au TDAH est relevée, le sujet doit prendre part à une évaluation plus structurée.

Évaluation diagnostique

L'évaluation clinique devrait à tout le moins inclure :

- une évaluation des symptômes du TDAH reposant sur le DSM-V – antécédents et symptômes actuels;
- une évaluation des diagnostics de comorbidités;
- une évaluation des antécédents de toxicomanie et de la toxicomanie actuelle;
- un examen des risques d'abus ou de détournement des médicaments prescrits;
- une décision à savoir si la déficience fonctionnelle justifie un traitement pharmacologique.

À tout le moins, les personnes devraient compléter une échelle d'autoévaluation et consentir à la divulgation des renseignements collatéraux, afin de confirmer la déficience fonctionnelle et l'âge à l'apparition des symptômes. Les échelles d'évaluation, la déficience fonctionnelle documentée et les antécédents sont nécessaires dans tous les cas, mais les autres éléments indiqués ci-après sont facultatifs. Les cliniciens devraient obtenir suffisamment de renseignements pour confirmer le diagnostic de TDAH, et éliminer les autres diagnostics concurrents possibles. Les enjeux de validité des symptômes devraient être examinés dans tous les cas.

- a) Antécédents et renseignements actuels tirés d'une entrevue clinique, y compris les observations sur le comportement. Il convient de signaler que l'entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte (DIVA) peut s'avérer utile s'il sert de guide d'entrevue plutôt que de questionnaire.
- b) Tous renseignements supplémentaires fournis par les sources indiquées plus tôt sous la rubrique « Dépistage » qui n'avaient pas déjà été obtenus ou examinés.

- c) Utilisation d'une échelle d'autoévaluation du TDAH, comme l'Adult ADHD Self-Report Scale (échelle d'autoévaluation des TDAH de l'adulte, ASRS, v 1.1)¹⁸, la Conner's Adult ADHD Rating Scales-Self Report (échelle Conners d'autoévaluation pour les adultes, CAARS-S)¹⁹, la Brown Executive/Attention Scale for Adults (échelle d'évaluation des fonctions exécutives dans le cadre de troubles déficitaires de l'attention chez l'adulte de Brown, BEFA)²⁰ ou d'autres échelles.
- d) Utilisation d'échelles d'évaluation officielles par d'autres personnes qui interagissent avec le patient, comme un agent de programme, un superviseur au travail ou un enseignant (ces échelles d'évaluation peuvent aussi mesurer le changement au fil du temps et l'efficacité des traitements dispensés par la suite). Il peut s'agir de la Conner's Adult ADHD Rating Scales – Observer (échelle Conners d'autoévaluation pour les adultes – Observateur, CAARS-S)²¹, d'autres mesures recommandées par la CADDRA dans ses lignes directrices ou toutes autres mesures similaires.
- e) Résultats des tests informatisés de rendement continu, comme l'Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test (test intégré de mesure du rendement continu en mode visuel et auditif, IVA-2)²² ou le Conners' Continuous Performance Test (test de mesure du rendement continu de Conners, CPT 3)²³.
- f) Évaluation cognitive ou neuropsychologique officielle qui, bien qu'elle ne soit pas requise, peut être utile dans certains cas pour cerner ou éliminer d'autres diagnostics ou comorbidités.

Suivi des résultats

L'optimisation du traitement passe par le suivi de son efficacité. De plus, le maintien d'une médication inefficace expose le patient à des risques inutiles et augmente le risque d'abus ou de détournement de médicaments. Une pratique exemplaire inclue le suivi constant des résultats à l'aide de trois sources de renseignements complémentaires : 1) évaluation clinique continue; 2) autodéclaration des symptômes et du fonctionnement par le patient; 3) évaluation des symptômes et du fonctionnement par l'observateur. L'autodéclaration des symptômes et l'évaluation des symptômes et du fonctionnement par l'observateur sont améliorés lorsqu'ils s'appuient sur l'utilisation de mesures objectives, comme celles exposées plus tôt sous la rubrique « Évaluation diagnostique » ou dans d'autres sections. Lorsque des outils d'évaluation particuliers ont été utilisés auprès d'un patient, il est suggéré de maintenir le même protocole de tests lors des mesures subséquentes, afin d'assurer une constance dans les

¹⁸ Adler, L., R.C. Kessler et T. Spencer. « Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Symptom Checklist », dans *Organisation Mondiale de la santé*, https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ahd/18Q_French_final.pdf.

¹⁹ Conners, C. K., D. Erhardt et E.P. Sparrow, 1999. *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): Technical manual*, North Tonawanda, New York : Multi-Health Systems Inc. (MHS).

²⁰ Brown, T. E., 2018. *Brown Executive Function/Attention Scales*. Pearson Assessments.

²¹ Conners, C. K., D. Erhardt et E.P. Sparrow, 1999. *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): Technical manual*. North Tonawanda, New York : Multi-Health Systems Inc. (MHS).

²² Sandford, J. A. et A. Turner, 1995. *Manual for the Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test*, Richmond, Virginie, Braintrain.

²³ Conners, C.K., 2008. *Conners CPT-III: Conners Continuous Performance Test*, 3^e édition, Toronto, Ontario, Canada : Multi-Health Systems Inc. (MHS).

éléments mesurés. Cette constance permettra d'établir dans quelle mesure les symptômes du patient s'améliorent, restent stables ou se détériorent.

Idéalement, les résultats devraient être mesurés de façon officielle :

1. avant tout essai de médicaments ou ajustement important de la dose;
2. avant toute intervention psychosociale axée sur le TDAH;
3. dans les deux à trois semaines de l'adoption de la dose thérapeutique souhaitée de médicaments;
4. après l'achèvement d'un traitement psychosocial axé sur le TDAH;
5. lorsqu'un patient signale une aggravation de ses symptômes qu'aucun autre facteur n'explique (comorbidités, stress, toxicomanie, etc.);
6. tous les 6 à 12 mois chez les personnes qui reçoivent un traitement, mais sont autrement stables.

Traitement

Une fois le diagnostic confirmé et les principaux symptômes et déficiences fonctionnelles documentés, le médecin devrait discuter des options de traitement avec le patient, dont les interventions pharmacologiques et psychosociales.

Recommandations globales

1. Le plan de traitement devrait comporter une évaluation claire qui confirme le diagnostic, ainsi qu'une analyse approfondie des points forts et des difficultés de chaque patient. Ces éléments doivent être personnalisés, étant donné la grande diversité de la présentation clinique, des objectifs particuliers et des modes de traitement potentiels.
2. Les pratiques exemplaires se traduisent par un plan de traitement multimodal qui intègre les principes des soins axés sur le client et qui tient compte de la contribution du patient.
3. Les membres de l'équipe interdisciplinaire devraient constamment communiquer entre eux, afin d'examiner des stratégies de travail efficaces auprès du sujet et d'évaluer ses progrès (p. ex. professionnels de la santé, agents correctionnels, agents de programme, agents de libération conditionnelle, superviseurs au travail, Aînés et enseignants).
4. Le plan de traitement devrait être communiqué pour assurer la continuité des soins au moment d'une transition (p. ex. transfert des soins entre fournisseurs, transfèrement à un autre établissement ou mise en liberté dans la collectivité). Idéalement, ces communications se font verbalement et par écrit avant la transition.

Traitement pharmacologique

La pharmacothérapie compte parmi les principaux traitements du TDAH. Santé Canada approuve les médicaments suivants pour le traitement du TDAH : 1) psychostimulants à libération immédiate et à libération prolongée (à base de méthylphénidate ou d'amphétamines); 2) atomoxétine; 3) guanfacine. Les médicaments comme le bupropion, la clonidine, l'imipramine et le modafinil sont utilisés à des fins non conformes à l'étiquette pour traiter le TDAH et ses comorbidités.

L'algorithme de traitement du TDAH ici exposé est l'adaptation des lignes directrices de la CADDRA, 4^e édition (2018)²⁴. L'application de cet algorithme n'élimine pas la responsabilité des médecins de se tenir au fait de l'évolution constante des données probantes. Les contre-indications et les interactions médicamenteuses possibles devraient être soigneusement examinées avant de choisir un médicament pour traiter le TDAH. Si un psychostimulant ou un autre médicament présentant un risque élevé d'abus est prescrit ou maintenu, le médecin ou le personnel infirmier praticien passe en revue l'entente de traitement du SCC pour les médicaments présentant un risque élevé d'abus (voir l'Annexe 1), puis demande au patient de la signer. Si le patient refuse de signer, le médecin ou le personnel infirmier praticien inscrit au dossier de santé que le patient (ou un décideur substitut si la personne en est incapable) a lu le document et le comprend.

Traitements de première ligne

En l'absence de contre-indications (voir ci-après), il faut choisir avec le patient un psychostimulant à effet prolongé (à base de méthylphénidate ou d'amphétamines) à prendre en monothérapie. Les antécédents personnels ou familiaux du patient peuvent guider le choix du psychostimulant, notamment en ce qui a trait aux traitements les plus efficaces ou les mieux tolérés par le passé. De même, un psychostimulant présentant moins de risque d'abus ou de détournement pourrait être préféré chez un patient présentant une histoire récente de ce type de problème.

- Ajuster la dose en fonction de la réponse et de la tolérance.
- Augmenter la dose jusqu'à obtenir la réponse thérapeutique recherchée. La dose maximale recommandée ne devrait être prescrite que lorsqu'elle s'avère cliniquement justifiée.
- Évaluer la réponse sur plusieurs semaines; de préférence, utiliser des mesures objectives (voir « Suivi des résultats »).

Si le traitement **est efficace**, maintenir la dose jugée efficace et surveiller les effets secondaires.

Si le traitement **est inefficace** :

- Évaluer l'observance du traitement médicamenteux, y compris par un dépistage des drogues, au besoin.
- Demander au patient s'il a subi des pressions pour détourner des médicaments ou s'il consomme des médicaments non prescrits ou des drogues, et procéder à un dépistage des drogues, au besoin.
- Songer à utiliser une mesure normalisée objective pour évaluer la réponse.
- Songer à obtenir des renseignements auprès d'un informateur indépendant, afin d'évaluer la réponse.
- Évaluer les comorbidités comme le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité, les troubles anxieux, la dépression majeure, les troubles d'utilisation de substances, les troubles d'apprentissage, les tics, les troubles du sommeil et les troubles du spectre de l'alcoolisation foétale.
- Considérer le recours à des interventions psychosociales.
- Passer à une catégorie différente de psychostimulants à effet prolongé (méthylphénidates ou amphétamines) et répéter le processus susmentionné.
- Si l'inefficacité persiste, songer à des traitements de deuxième ligne.

²⁴ Alliance canadienne de recherche sur le TDAH, 2018. *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH de la CADDRA*, 4^e édition, consulté à l'adresse https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf.

Traitements de deuxième ligne

Le traitement de deuxième ligne (atomoxétine, guanfacine et psychostimulants de la série XR et à action courte-intermédiaire) est convenu avec le patient, et le processus susmentionné est répété. Les traitements de deuxième ligne peuvent servir de monothérapie aux patients pour qui les traitements de première ligne sont contre-indiqués ou encore qui n'ont pas toléré les traitements de première ou y ont répondu de façon sous-optimale. Contrairement aux autres agents approuvés pour le traitement du TDAH, l'atomoxétine et la guanfacine ne présentent pas de potentiel d'abus et ne sont pas des substances contrôlées.

Les non-stimulants peuvent aussi compléter les traitements de première ligne, afin d'optimiser la réponse. Cependant, il convient d'insister sur le fait que Santé Canada n'approuve que la guanfacine XR comme traitement du TDAH combiné à des psychostimulants.

Traitements de troisième ligne

Les traitements de troisième ligne sont réservés aux patients qui opposent une résistance aux traitements, et ils peuvent exiger l'intervention d'un spécialiste. Ils englobent les médicaments utilisés à des fins non indiquées sur l'étiquette, comportent un plus grand risque d'effets secondaires ou présentent un profil d'efficacité plus faible que les traitements conventionnels.

Les lignes directrices de la CADDRA recommandent les stratégies suivantes²⁵ :

Le bupropion, la clonidine, l'imipramine et le modafinil peuvent servir de traitement complémentaire aux traitements de première ou de deuxième ligne.

Les antipsychotiques atypiques peuvent servir de traitement complémentaire aux traitements de première ou de deuxième ligne, ou encore pour le traitement des comorbidités généralement associées au TDAH.

Les doses maximales recommandées peuvent être dépassées si les doses régulières se révèlent inefficaces (au SCC, la prescription de psychostimulants à des doses supérieures à la limite proposée par les lignes directrices de la CADDRA est hors formulaire et doit donc être approuvée).

Tableau de dosage

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| lisdexamfétamine (Vyvanse) | Commencer à 20-30 mg le matin, ↑ de 10-20 mg tous les 7 jours | Dose maximale : 70 mg par jour* |
| dextroamphétamine (Dexedrine) | Commencer à 5 mg 2 f.p.j. et ↑ tous les 7 jours | Dose maximale : 50 mg** |
| méthylphénidate (Ritalin) | Commencer à 2,5-5 mg 2 f.p.j. ↑ 5-10 mg chaque semaine | Dose maximale : 10 mg/jour pour les adultes*** |
| atomoxétine (Strattera) | Commencer à 40 mg/jour pendant 7-14 jours, puis ↑ à 80 mg/jour, 2 f.p.j. (matin et fin d'après-midi) ou 1 f.p.j. (matin) | Dose maximale : moins de 100 mg/jour ou 1,4 mg/kg/jour |

²⁵ Alliance canadienne de recherche sur le TDAH, 2018. *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH de la CADDRA*, 4^e édition, consulté à l'adresse https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf.

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| chlorhydrate de méthylphénidate (Foquest) | Commencer à 25 mg le matin et ↑ de 10-15 mg ≥ 5 jours | Dose maximale : 100 mg par jour**** |
|---|---|-------------------------------------|

Remarques :

*Dose maximale de 60 mg selon Santé Canada, et de 70 mg selon la CADDRA et le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (É.-U.)

**Dose maximale de 50 mg selon Santé Canada et la CADDRA

*** Dose maximale de 60 mg selon Santé Canada et la CADDRA, dose maximale de 108 mg selon le *Clinical Handbook of Psychotropic drugs*, 22^e édition, 2017

****Dose maximale de 100 mg pour les adultes (≥ 18 ans) selon Santé Canada. Foquest est distribué sous forme de granules qui peuvent être saupoudrées sur de la compote de pommes, de la crème glacée et du yogourt^{26 27 28}.

Contre-indications des médicaments pour traiter le TDAH

Contre-indications des psychostimulants :

1. Traitement avec les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (MAO) et pendant une période de sevrage de deux semaines après l'arrêt des médicaments
2. Maladies cardiovasculaires symptomatiques
3. Glaucome à angle fermé
4. Artériosclérose en phase avancée
5. Hyperthyroïdie non contrôlée
6. Allergie ou hypersensibilité connue aux produits
7. Histoire de manie ou psychose
8. Hypertension de modérée à grave

Chez les personnes dont la toxicomanie est active ou qui ont des antécédents de manie ou de psychose, les psychostimulants ne doivent être utilisés qu'avec une extrême prudence et sous étroite surveillance. Dans ce groupe de patients atteints d'un TDAH, l'atomoxétine, la guanfacine XR, le bupropion et les antidépresseurs tricycliques sont habituellement préconisés comme traitement de première ligne. Pour ceux dont la toxicomanie est active, il est recommandé d'administrer un traitement simultané du trouble de la toxicomanie. Si les médicaments non stimulants ne sont d'aucune efficacité, les psychostimulants peuvent être envisagés comme traitements de seconde ligne. Les stimulants à libération prolongée ou à action prolongée sont privilégiés en raison de leurs risques plus modérés d'abus et de détournement.

Contre-indications de l'atomoxétine (Strattera) :

1. Traitement avec les inhibiteurs de la MAO et pendant une période de sevrage de deux semaines après l'arrêt des médicaments
2. Maladies cardiovasculaires symptomatiques

²⁶ Alliance canadienne de recherche sur le TDAH, 2018. *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH de la CADDRA*, 4^e édition, consulté à l'adresse https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf.

²⁷ Procyhyn, R.M., K.Z. Bezchlibnyk-Butler et J.J. Jeffries, 2017. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 22^e édition, Hogrefe Publishing.

²⁸ Vincent, A. et Direction des communications et de la philanthropie, Université Laval, 2019. *Aide-mémoire pour la médication TDAH au Québec – mars 2019*, consulté à l'adresse <http://www.attentiondeficit-info.com/pdf/aide-memoire-medicaments-tdah-quebec.pdf>.

3. Glaucome à angle fermé
4. Artériosclérose en phase avancée
5. Hyperthyroïdie non contrôlée
6. Allergie ou hypersensibilité connue aux produits
7. Hypertension de modérée à grave
8. Phéochromocytome
9. Sans être une contre-indication, chez les patients souffrant de déficience rénale modérée, la dose devrait être réduite à 50% de la dose normale. De même, chez les patients présentant une déficience rénale sévère, la dose devrait être réduite à 25% de la dose normale.

Contre-indications de la guanfacine XR (Intuniv XR)

1. Allergie ou hypersensibilité connue aux produits
2. Précautions recommandées aux personnes ayant des antécédents de bradycardie
3. Maladies cardiovasculaires, blocage cardiaque, hypotension et syncope

Interactions des médicaments pour traiter le TDAH

Le pH influence l'absorption et l'excrétion des amphétamines et leurs niveaux de concentration dans le sang. Les jus de fruits, la vitamine C et certains médicaments (guanétidine et réserpine) peuvent en réduire l'absorption. Les agents alcalinisants comme les antiacides augmentent l'absorption des amphétamines. Le méthylphénidate utilisé à moins de 14 jours de la prise d'un inhibiteur de la MAO pourrait déclencher une crise hypertensive. Parce qu'il augmente la tension artérielle et accélère le rythme cardiaque, le méthylphénidate devrait être combiné avec prudence à d'autres médicaments susceptibles de modifier la tension artérielle et le rythme cardiaque. L'ajustement de la dose peut s'avérer nécessaire pour la warfarine (le méthylphénidate peut augmenter la concentration sérique de la warfarine), la phénytoïne (le méthylphénidate peut augmenter la concentration de phénytoïne, de primidone et de phénobarbital), les antidépresseurs, les ISRS et les IRSN (risque accru possible du syndrome sérotoninergique), et les antipsychotiques (comme la chlorpromazine et la fluphénazine) peuvent atténuer les effets des amphétamines²⁹.

Principes généraux de la prévention et de la gestion de l'abus de médicaments

Environ 70 % des personnes sous responsabilité fédérale ont d'importants problèmes de consommation³⁰, et de nombreux médicaments contre le TDAH – comme les psychostimulants et le bupropion – comportent un risque élevé d'abus. Au moment de prescrire des médicaments contre le TDAH, il importe donc d'emprunter une méthode homogène, juste et transparente de prévention et de gestion de l'abus et du détournement de médicaments. En examinant les mesures décrites ci-après, il est bon de garder à l'esprit que même si le TDAH est parfois invalidant, son traitement pharmacologique n'est pas jugé essentiel à la vie. Il convient d'ajouter que l'abus et le détournement de médicaments peuvent comporter d'importants risques pour la santé et la sécurité; c'est pourquoi il est important de

²⁹ Alliance canadienne de recherche sur le TDAH, 2018. *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH de la CADDRA*, 4^e édition, consulté à l'adresse https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf.

³⁰ McVie, Fraser, Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada, 2001. « L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral : Les problèmes et les défis », dans *FORUM – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 13, n° 3, consulté à l'adresse <https://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e133/e133c-fra.shtml>.

soupeser de manière continue les risques et les avantages du traitement pharmacologique à la lumière du risque élevé d'abus, en les comparant à ceux des autres médicaments disponibles et d'un traitement continu non médicamenteux.

Mesures préventives :

| |
|---|
| 1. Psychoéducation sur l'importance de l'observance du traitement et les dangers de l'abus et du détournement des médicaments ou drogues. |
| 2. Information préalable fournie au patient sur les conséquences possibles de l'abus et du détournement, et sur la possibilité que les médicaments comportant un risque élevé d'abus soient diminués ou arrêtés s'il est évident qu'il y a abus ou détournement des médicaments d'ordonnance ou autres drogues. L'arrêt peut être de courte durée s'il s'agit d'un incident mineur isolé, ou de longue durée dans le cas d'incidents graves ou répétés. |
| 3. Revue et signature de l'entente de traitement pour les médicaments comportant un risque élevé d'abus si un psychostimulant, du bupropion ou d'autres médicaments à risque élevé d'abus sont prescrits (voir l'Annexe I). |
| 4. Traitement sous observation directe (TOD) mélangé à de l'eau ou à de la compote de pommes si le médicament est considéré comme présentant un risque élevé d'abus. |
| 5. Permissions accordées au patient de décliner un psychostimulant les jours où il n'en ressent pas le besoin (p. ex. les jours où il ne travaille pas ou ne participe à aucun programme). |
| 6. Recours continu à des techniques d'entrevue motivationnelle, au suivi des symptômes, à la psychoéducation et au soutien. |
| 7. Recours à des tests de dépistage aléatoires pour déceler la présence de drogues dans l'urine, les voies nasales ou la salive (à des fins de santé, à ne pas partager avec les opérations). |
| 8. Encourager la participation au traitement de la toxicomanie lorsque indiqué (p. ex. MPCI, réunions en 12 étapes, SMART Recovery et services de santé mentale) |

Mesures correctives :

| |
|---|
| 1. En cas d'abus ou de détournement soupçonné (1) ou documenté (2), reprendre la psychoéducation sur l'importance de l'observance du traitement et les dangers de l'abus et du détournement des médicaments ou drogues. |
| 2. En cas de premier incident mineur soupçonné ou documenté ou de preuve de victimisation, rappeler les conséquences possibles de la poursuite de l'abus, y compris la possibilité d'interrompre les médicaments comportant un risque élevé d'abus (arrêt de courte durée s'il s'agit d'un incident mineur isolé, ou de longue durée dans le cas d'incidents graves ou répétés). |
| 3. Si des incidents graves ou répétés sont documentés et si les médicaments utilisés à mauvais escient ou détournés ne sont pas essentiels, suspendre ou réduire la médication et les autres médicaments non essentiels comportant un risque élevé d'abus. Songer à prescrire d'autres médicaments qui ne comportent pas un risque élevé d'abus si l'arrêt s'annonce de longue durée. |
| 4. Demander au patient de faire un travail individuel pertinent (p. ex. pour montrer qu'il comprend l'importance de l'observance du traitement, les dangers de l'abus et du détournement de médicaments, les facteurs qui le mettent à risque d'abus et de détournement, ce qu'il peut faire pour réduire les probabilités qu'il répète ces gestes). |
| 5. Réaliser des tests de dépistage aléatoires pour déceler la présence de drogues dans l'urine, les voies nasales ou la salive (à des fins de santé, à ne pas partager avec les opérations). |

6. Envisager de reprendre les médicaments interrompus si, après un certain temps, rien n'indique qu'il y ait eu d'autres abus et si un travail individuel démontre un engagement à prendre les médicaments tels qu'ils sont prescrits (p. ex. de 2 à 4 semaines après le premier abus ou détournement, pendant plus longtemps en cas de récurrence). Songer à prescrire d'autres médicaments qui ne comportent pas un risque élevé d'abus si l'arrêt s'annonce de longue durée.

- **Abus ou détournement soupçonné** = changement d'attitude ou de comportement, doutes du personnel si aucun test n'a été réalisé en laboratoire ou si le personnel n'a pas été témoin de l'abus, du détournement ou de la possession d'objets interdits, et signalement des pairs
- **Abus ou détournement documenté** = le personnel a été témoin de l'abus ou du détournement de médicaments, des objets interdits sont trouvés au cours de la fouille d'une cellule ou d'une personne, un test de dépistage ou un prélèvement dans les voies nasales révèle la présence de médicaments non prescrits, le test de dépistage indique l'absence des médicaments prescrits, et le patient fait une confession³¹.

Interventions psychosociales

La présente section fournit des directives sur les interventions psychosociales qui ciblent les symptômes du TDAH et améliorent le fonctionnement des patients du SCC atteints d'un TDAH. Les recommandations s'appuient sur un vaste examen de la documentation, dont l'objectif est d'établir une approche pragmatique fondée sur des données probantes. Les professionnels de la santé mentale du SCC ne sont pas limités aux interventions recommandées; ils peuvent puiser dans leur propre expertise clinique pour proposer d'autres interventions psychosociales fondées sur des données probantes qui relèvent de leur compétence.

Les interventions psychosociales devraient être accessibles aux patients atteints d'un TDAH, car, bien souvent, les médicaments n'arrivent pas à contrôler tous leurs symptômes, et certains patients ne peuvent ou ne veulent pas en prendre (p. ex. effets secondaires, contre-indications et stigmatisation). L'intervention multimodale est considérée comme une pratique exemplaire (combinaison de médicaments à des interventions psychosociales) produisant des résultats optimaux. L'accent de l'intervention semble passer du contrôle des symptômes à une amélioration globale de la qualité de vie et du niveau de fonctionnement. Une approche centrée sur la personne et assortie d'un plan de traitement adapté aux objectifs de traitement de chacun est essentielle pour répondre aux besoins uniques d'une personne atteinte d'un TDAH.

Il est prouvé que les personnes atteintes d'un TDAH peuvent éprouver des déficiences fonctionnelles dans plusieurs domaines et ce, tout au long de leur vie. Pour atténuer les symptômes du TDAH, surtout l'inattention, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est appuyée par des données empiriques tirées de travaux de recherche et peut être suivie individuellement ou en groupe. Les patients peuvent apprendre à mieux fonctionner en appliquant régulièrement les compétences acquises au moyen de la TCC; il importe donc d'analyser rigoureusement leurs symptômes. Il est toutefois signalé que les personnes aux prises avec un TDAH ont souvent du mal à utiliser leurs compétences, même si elles savent comment faire. L'intervention psychosociale devrait renforcer les compétences par la pratique,

³¹ Modesto-Lowe, V., M. Chaplin, S. Sinha et K. Woodard, 2015. « Universal precautions to reduce stimulant misuse in treating adult ADHD », dans *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, vol. 82, n° 8, pages 506 à 512, doi:10.3949/ccjm.82a.14131.

de façon à les généraliser à toutes les situations et à les intégrer à la routine quotidienne (c.-à-d. la personne a besoin d'aide pour mettre ses connaissances en pratique).

Recommandations générales

La psychoéducation est le premier aspect à travailler avec une personne atteinte d'un TDAH. Elle est ainsi sensibilisée à la nature du problème, à ses symptômes, ainsi qu'au bien-fondé de l'approche thérapeutique. Il peut être particulièrement utile d'encourager la participation du patient au moyen d'une approche centrée sur la personne, par exemple, en cultivant un « esprit de croissance » qui lui procurera l'assurance qu'elle peut aiguiser ses compétences pour mieux se maîtriser et ainsi améliorer sa qualité de vie et son fonctionnement, et pour réduire l'incidence négative du TDAH sur sa vie. Les compétences à transmettre devraient viser à aider la personne à atteindre des objectifs fonctionnels concrets et réalistes qu'elle juge importants. Le fait de se concentrer sur des objectifs fonctionnels plutôt que sur les symptômes lui permet de garder à l'esprit l'importance d'un apprentissage continu pour optimiser ses résultats à long terme.

Les interventions comportementales aident les personnes atteintes d'un TDAH, lesquelles souffrent souvent de dysrégulation émotionnelle, en leur enseignant à gérer et à maîtriser leurs émotions. Les interventions comportementales amènent également à travailler à leur style de vie, soit l'alimentation, l'exercice, l'hygiène du sommeil et la routine au quotidien. De plus, elles proposent des stratégies d'intervention axées sur la fonction exécutive, comme la gestion du temps et l'organisation. Parmi les compétences généralement mises en évidence, notons l'utilisation d'un agenda, d'une liste de tâches et d'un système d'établissement des priorités, le morcellement des grosses tâches et la structure de l'environnement pour y inclure des aide-mémoires et réduire les distractions.

Les interventions cognitives mettent également l'accent sur le rôle des schémas de pensées négatives automatiques et des mécanismes d'évitement qui peuvent se forger chez une personne qui a grandi avec un TDAH. Elles portent entre autres sur la transmission de compétences interpersonnelles et sociales.

Les interventions basées sur la pleine conscience peuvent compléter la TCC en aidant les personnes atteintes d'un TDAH à mieux reconnaître leurs sentiments, leurs pensées et leurs comportements afin de faire des choix conscients.

D'autres interventions psychosociales ciblant les problèmes de comorbidités susceptibles de contribuer à des déficiences fonctionnelles peuvent être importantes (p. ex. pour cibler des troubles concomitants de l'humeur, d'anxiété, de traumatisme, de stress, de toxicomanie et de la personnalité). À titre d'exemple, si un trouble de la personnalité limite apparaît en concomitance avec le TDAH, la thérapie comportementale dialectique (TCD) peut s'avérer être une option efficace. Il a été démontré que la TCD contribue à réduire les problèmes de comportement liés au TDAH.

Exemple d'intervention psychosociale de groupe fondée sur des données probantes pour traiter le TDAH au SCC

À l'Établissement de Collins Bay, le groupe sur l'impulsivité et la maîtrise de soi propose une thérapie en 10 séances qui repose sur deux grandes approches pour faciliter l'acquisition de nouvelles compétences, dans le but de gérer les symptômes associés aux problèmes d'attention et d'hyperactivité. Le groupe compte deux intervenants et de 8 à 10 participants. Les cinq premières séances portent sur les aspects

du TDAH qui touchent le manque d'attention et les stratégies de gestion de l'inattention. Les autres séances traitent des moyens par lesquels les participants peuvent gérer leur impulsivité à l'aide d'une approche cognitivo-comportementale.

Les séances sont axées sur le TDAH, mais les patients peuvent s'inscrire même si ce trouble n'est pas diagnostiqué chez eux, les critères de sélection étant la présence de problèmes d'attention ou d'hyperactivité. À la première et à la dernière séances, les participants doivent répondre au questionnaire de l'échelle d'impulsivité de Barratt 11 (EIB 11). Les résultats sont notés, insérés dans une base de données, et un premier rapport sur les résultats devrait être produit en octobre 2019.

Les séances durent une heure et demie chacune et portent sur les sujets suivants :

- Séance 1 – Survol du groupe et psychoéducation sur l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité
- Séance 2 – S'organiser et le rester
- Séance 3 – Gestion des distractions
- Séance 4 – Conscience du temps qui passe
- Séance 5 – Gestion du temps et des tâches
- Séance 6 – Identification et remise en question des pensées négatives
- Séance 7 – Gestion de l'humeur
- Séance 8 – Gestion de l'impulsivité
- Séance 9 – Colère et impulsivité
- Séance 10 – Révision

Bon nombre des participants inscrits au groupe sur l'impulsivité et la maîtrise de soi semblent plus motivés à apprendre des trucs pour gérer leur impulsivité. Il serait peut-être bon d'approfondir le sujet pour favoriser davantage l'acquisition de compétences en la matière. Ceci pourrait également s'avérer utile et plus pertinent pour les participants, étant donné que le TDAH demeure un problème de santé mentale qui a tendance à être omniprésent (quoique souvent sous-diagnostiqué) dans de nombreux établissements correctionnels. Il est bien connu que l'impulsivité a aussi tendance à générer de mauvaises décisions qui augmentent le risque de conséquences négatives.

Le groupe cible inclut surtout les personnes qui ont du mal à se concentrer, et l'animation des modules s'appuie sur des techniques de sensibilisation multimodales qui aident les participants à demeurer concentrés. À titre d'exemple, chaque séance débute par un exercice qui sert à présenter les sujets et à les intégrer. Les participants reçoivent des toupies de main et des accessoires de relaxation qu'ils utilisent à leur guise pendant la séance. De plus, les animateurs sont autorisés par les services de TI de l'établissement à projeter des vidéoclips qui fournissent de l'information sur des sujets tels que la gestion du temps (p. ex. The Jar of Life – version sous-titrée disponible) et la dépression dans la section réservée à la stabilisation de l'humeur (p. ex. The Black Dog – version sous-titrée disponible). Les vidéos suscitent souvent une foule de pensées et de discussions de groupe stimulantes.

Par ailleurs, les membres du groupe trouvent souvent utile d'entendre les intervenants parler de leurs propres défis face aux sujets discutés, lorsque ceux-ci sont dévoilés d'une manière thérapeutique. À titre d'exemple, ils apprécient que les intervenants racontent leurs difficultés à s'organiser et à maintenir le cap. Bien souvent, le groupe devient plus à l'aise et il est encouragé à essayer différentes stratégies et à accepter l'imperfection plutôt que de rechercher la perfection. Dans l'ensemble, les techniques d'enseignement multimodales et l'ouverture face à l'apprentissage et au partage au sein d'un groupe enrichissent et complètent le contenu du manuel.

Annexe N.2 – Entente de traitement pour l’utilisation de médicaments à potentiel élevé d’abus

Je comprends que l’on m’a prescrit du (de la) _____, un médicament qui présente un potentiel élevé de dépendance physique ou psychologique et d’abus. Je reconnais que l’utilisation adéquate de ce médicament est très importante pour assurer le maintien de la santé.

Je comprends que le respect de cette entente est essentiel pour établir et entretenir une relation de confiance entre le médecin, l’infirmier/infirmière et le patient.

Je prendrai ce médicament la façon prescrite et ne l'utilisera pas ou d'autres médicaments autrement que selon les directives de par mon médecin/infirmier/infirmière praticien(ne) (p. ex., une plus grande quantité, à une fréquence plus élevée ou par une voie autre que celle prescrite, ou prendre des médicaments non prescrits pour moi).

Je participerai de façon constructive à d’autres traitements non médicamenteux recommandés pour mon état.

J’accepte de me soumettre à des vérifications buccales et de fournir des échantillons de salive, d’urine, de sécrétions nasales ou de sang aux fins d’analyse, si mon médecin/infirmier/infirmière praticien(ne) l’exige (nota : ceci est uniquement à des fins de soins de santé, et les résultats des tests de dépistage de drogue ne seront pas partagés avec d’autres en dehors de mon équipe de traitement.)

Je comprends que mon médecin/infirmier/infirmière praticien(ne) peut envisager de cesser ou de réduire progressivement la prise de médicament(s) présentant un risque élevé de consommation abusive si je ne respecte pas cette entente. Le cas échéant, mon médecin/infirmier/infirmière praticien(ne) me rencontrera en personne pour discuter les préoccupations, y compris ceux liés à ma santé ou la santé des autres, et les raisons lesquelles cela se produit. Si cela se produit, mon médecin/infirmier/infirmière praticien(ne) m’expliquera également d’autres traitements possibles, ou ce que je dois faire pendant sur quelle période de temps avant d’envisager de rétablir le(s) médicament(s).

Nom du Patient et numéro SED

Date

Signature

Médecin/Infirmier(ière) praticien(ne)

Date

Signature

RESSOURCES

Voici une liste de ressources en ligne qui peuvent servir au personnel, y compris des documents qu'il pourrait être bon d'imprimer pour les personnes atteintes d'un TDAH :

<http://www.attentiondeficit-info.com/index.php>

<https://chadd.org/for-adults/relationships-social-skills/> [en anglais seulement]

<https://www.caddra.ca/fr/>

<https://add.org/> [en anglais seulement]

<https://www.additudemag.com> [de nombreux documents, en anglais seulement]

<https://bcadhd.com/> [en anglais seulement]

<http://www.ldac-taac.ca> [en anglais seulement]

<https://medlineplus.gov/attentiondeficithyperactivitydisorder.html> [en anglais seulement]

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adult-adhd/symptoms-causes/syc-20350878?p=1> [en anglais seulement]

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/could-i-have-adhd/index.shtml> [en anglais seulement]

<https://chadd.org/for-adults/relationships-social-skills/> [en anglais seulement]

<https://chadd.org/understanding-adhd/adhd-fact-sheets/> [en anglais seulement]

<https://www.teachadhd.ca> [en anglais seulement]

<https://kidshealth.org/en/teens/adhd-tips.html> [en anglais seulement]

<https://adhd-institute.com/> [en anglais seulement]

<https://www.sciencedirect.com/> [en anglais seulement]

Annexe O : Lignes directrices sur le contenu d'une évaluation de la santé mentale aux fins de triage

L'évaluation de la santé mentale aux fins de triage, basée sur une entrevue et un examen des dossiers, n'est pas une évaluation complète et approfondie de la santé mentale, mais elle fournit suffisamment de renseignements pour déterminer les besoins en santé mentale et le niveau de service requis.

Le contenu suivant devrait normalement être inclus dans une évaluation de la santé mentale aux fins de triage.

Renseignements sur la personne

- Nom, numéro SED, âge, origine ethnique, durée de la peine qu'il purge et infraction à l'origine de cette peine, y compris la date de libération d'office et la date d'expiration du mandat

Renseignements sur le renvoi

- Indiquer le motif, la date et la source du renvoi
- Résumer les résultats au SIDTMEI, le cas échéant

Consentement

- Le formulaire de consentement doit être rempli et versé au dossier
- Le processus de consentement doit être consigné dans l'évaluation

Historique de soins de santé mentale

- Antécédents en matière de santé mentale et de traitement
- Antécédents en matière de tentatives de suicide ou d'automutilation
- Antécédents en matière d'évaluation de la personne, s'il y a lieu

État de santé mentale actuel

Résultats de l'Échelle des besoins en santé mentale et/ou d'autres résultats cliniques

Conclusions et Recommandations

Annexe P : Lignes directrices sur le contenu des avis écrits remis aux personnes concernant une décision relative à leur admission à une unité de soins de santé

[Admission accordée]

Nom et identifiant de la personne

Madame/Monsieur

Objet : Avis de décision – aiguillage aux fins d’admission à une unité de soins de santé [nom de l’établissement]

[Nom du professionnel de la santé mentale] a fait une demande d’aiguillage en vue de vous faire admettre à [nom de l’unité de soins de santé]. Le [date], après avoir examiné la demande d’aiguillage et les renseignements pertinents sur votre santé, le Comité des admissions et des congés de l’unité de soins de santé a décidé d’approuver votre admission clinique à l’unité, puisque vous répondez aux à au moins un des critères d’admission suivants :

- la personne souffre de problèmes de santé mentale ou d’un déficit cognitif qui influe sur sa capacité de fonctionner dans un établissement régulier
- la personne a besoin de soins cliniques 24 heures sur 24
- la personne doit avoir accès à des programmes cliniques

Si vous avez des questions ou souhaitez discuter avec un professionnel de la santé, veuillez soumettre une demande de rencontre avec votre professionnel en soins de santé mentale attitré ou avec un membre de l’équipe en santé mentale de votre secteur.

Les opérations ont été informées de l’approbation de votre admission clinique. Les opérations doivent maintenant prendre une décision quant à l’approbation de votre transfert dans cette unité de soins de santé et s’assurer que vous êtes informé.

[Admission refusée]

Nom et identifiant de la personne

Madame/Monsieur,

Objet : Avis de décision – aiguillage aux fins d’admission à une unité de soins de santé [nom de l’établissement]

[Nom du professionnel de la santé mentale] a fait une demande d’aiguillage en vue de vous faire admettre à [nom de l’unité des soins de santé]. Le [date], après avoir examiné la demande d’aiguillage et les renseignements pertinents sur votre santé, le Comité des admissions et des congés de l’unité de soins de santé a décidé de ne pas approuver votre admission clinique à l’unité, puisque vous ne répondez à aucun des critères d’admission suivants :

- la personne souffre de problèmes de santé mentale ou d’un déficit cognitif qui influe sur sa capacité de fonctionner dans un établissement régulier
- la personne a besoin de soins cliniques 24 heures sur 24
- la personne doit avoir accès à des programmes cliniques

Si vous avez des questions ou souhaitez discuter avec un professionnel de la santé, veuillez soumettre une demande de rencontre avec votre professionnel en soins de santé mentale attiré ou avec un membre de l’équipe en santé mentale de votre secteur.

Vous continuerez d’avoir accès aux services de santé de votre établissement. Un professionnel de la santé communiquera avec vous pour assurer la continuité de vos soins. En cas de nouveaux renseignements, y compris un changement dans votre état de santé, un professionnel de la santé mentale peut décider de faire une autre demande d’aiguillage afin de vous faire admettre à l’unité de soins de santé.

Annexe Q : Lignes directrices sur le contenu des avis écrits remis aux personnes concernant une décision relative à leur congé d'une unité de soins de santé

Nom et identifiant de la personne

Madame/Monsieur

Objet : Avis de décision – congé de l'unité de soins de santé [nom de l'établissement]

Le [date], après avoir examiné votre dossier, le Comité des admissions et des congés de l'unité de soins de santé a décidé de vous accorder votre congé de l'unité. Cette décision est fondée sur le fait que vous répondez à au moins un des critères d'admission établis suivants :

- les besoins en matière de santé mentale de la personne ont été dûment traités
- la personne a besoin d'être transférée vers un autre établissement de soins de santé plus approprié
- un autre niveau de soins serait approprié sur le plan clinique

Si vous avez des questions ou souhaitez discuter avec un professionnel de la santé, veuillez soumettre une demande pour une rencontre avec un professionnel de la santé.

Vous continuerez d'avoir accès aux services de santé de votre établissement d'origine. Un professionnel de la santé communiquera avec vous pour assurer la continuité de vos soins. En cas de nouveaux renseignements, y compris un changement dans votre état de santé, un professionnel de la santé mentale peut décider de faire une autre demande d'aiguillage afin de vous faire admettre à l'unité de soins de santé.

Annexe R : Lignes directrices sur le contenu d'un rapport de fin de traitement – soins psychiatriques hospitaliers ou intermédiaires (versions complète et provisoire)

Version complète

- Le rapport devrait faire référence aux disciplines qui ont contribué au rapport
- Date et raison(s) de l'admission
- Historique de santé mentale
- Résultats d'évaluation lors de l'admission
- Sources de contact
- Problèmes de réceptivité
- Plan de traitement
 - Intervention individuelle
 - Intervention de groupe et ateliers
 - Autres activités
- Évaluation des résultats du traitement
 - Les résultats de toute évaluation psychométrique
 - Les observations cliniques et comportementales
 - Comportement institutionnel et relations interpersonnelles
 - Progrès quant aux objectifs de traitement
- Raison(s) de la fin du traitement
- Résumé des progrès et du fonctionnement général au moment du congé
- Si cela s'applique, mention des éventuels plans de gestion antérieurs ou des plans actuels (*protocole relatif à la DC 843, plans de gestion du comportement, etc.*).
- Niveau de sécurité au moment de l'admission et au moment du congé
- Recommandations concernant la continuité des soins :
 - Spécifier les indicateurs de déstabilisation de la personne (s'il y a lieu)
 - Préoccupations cliniques/comportementales immédiates au moment du congé/transfert
 - Description des stratégies reconnues comme efficaces de gestion du comportement et de la santé mentale
 - Description des besoins d'accès aux soins de santé (i.e. incluant, mais non limité à, fréquence, intensité et/ou moment des services)
 - Identification du coordonnateur clinique de cas (aux fins de suivi)
- Noter qu'un **contact direct** (*par courriel, téléphone, etc.*) **a été établi par** (*nom du ou des employés à l'établissement d'origine*) **le** (*date*) **avec** (*nom du ou des employés à l'établissement d'accueil*)

Signé par : _____

Date : _____

Titre : _____

Version provisoire

Le rapport devrait faire référence aux disciplines qui ont contribué au rapport

- Date et raison(s) de l'admission
- Raison(s) de la fin du traitement
- Si cela s'applique, mention des éventuels plans de gestion antérieurs ou des plans actuels (*protocole relatif à la DC 843, plans de gestion du comportement, etc.*)
- Niveau de sécurité au moment de l'admission et au moment du congé
- Recommandations concernant la continuité des soins :
 - Spécifier les indicateurs de déstabilisation de la personne (s'il y a lieu)
 - Préoccupations cliniques/comportementales immédiates au moment du congé/transfèrement
 - Description des stratégies reconnues comme efficaces de gestion du comportement et de la santé mentale
 - Identification du coordonnateur clinique de cas (aux fins de suivi)
- Noter qu'un **contact direct** (*par courriel, téléphone, etc.*) a été établi par (*nom du ou des employés à l'établissement d'origine*) le (*date*) avec (*nom du ou des employés à l'établissement d'accueil*)

Signé par : _____

Date : _____

Titre : _____

Annexe S : Lignes directrices sur le contenu d'un rapport de fin de traitement psychiatrique

- Source du renvoi
- Date de l'admission
- Raison(s) de l'admission/problèmes qui étaient présents
- Diagnostic de santé mentale et antécédents psychiatriques pertinents au moment de l'admission
- Description du fonctionnement au moment de l'admission (EGF, diagnostic selon le DSM, examen de l'état mental, symptômes aigus/chroniques, préoccupations comportementales, comportement suicidaire/d'automutilation, etc.)
- Raison du congé
- Date du congé (si connue)
- Résumé du fonctionnement durant le séjour au centre de traitement (p. ex. symptômes aigus/chroniques, stabilité comportementale, comportements suicidaires/d'automutilation, etc.)
- Résumé des interventions psychiatriques et cliniques durant le séjour au centre de traitement
- Diagnostic de santé mentale au moment du congé
- Description du fonctionnement au moment du congé (diagnostic selon le DSM, examen de l'état mental, symptômes aigus/chroniques, préoccupations comportementales, comportements suicidaires/d'automutilation, etc.)
- Recommandations concernant la continuité des soins :
 - Stratégies efficaces et connues de soins psychiatriques et de gestion du comportement
 - Régime de médicaments au moment du congé (s'il y a lieu)
 - Respect de la médication ou préoccupations relevées (s'il y a lieu)
 - Souhait de se procurer de la drogue (s'il y a lieu)
 - Des indicateurs de déstabilisation relevés (s'il y a lieu)

Signé par : _____

Date : _____

Titre : _____

Le rapport de fin de traitement psychiatrique doit être complété dans les 30 jours civils suivant la date de congé d'un centre de traitement vers un pénitencier ou vers la communauté pour toutes les personnes sous des soins psychiatriques directs au moment du congé. Le personnel concerné au pénitencier qui recevra la personne devra être informé lorsqu'un rapport de fin de traitement psychiatrique a été complété et les recommandations qui n'étaient pas incluses dans le rapport de fin de traitement psychiatrique précédent devraient être mises en évidence.

Distribution du rapport de fin de traitement psychiatrique – SGISD-DME.

Le rapport de fin de traitement psychiatrique ne doit pas être mis sur SDG.

**Pages 1314 to / à 1319
are withheld pursuant to section
sont retenues en vertu de l'article**

16(2)(c)

**of the Access to Information Act
de la Loi sur l'accès à l'information**

FAQs for Health Services Requirements Related to Amended CCRA

The following table provides responses to questions, which have been posed regarding the policy changes to comply with Bill C83 legislation requirements for Health Services.

| Health Assessment (including mental health) <u>OR</u> Mental Health Assessments (Intake or SIU/RM) | | |
|--|--|--|
| Question | Response | Reference |
| Is the “Risk” Section of the Mental Status Exam in the Mental Health Form (OHIS-EMR) necessary to complete? | The “Risk” Section has been deleted from the MSE tool in the Mental Health form based on feedback from regional consultations, and recognition that much of the relevant risks are assessed and documented by CSC documentation requirements. | <i>e-form Mental Health Form (OHIS-EMR)</i> |
| <p>Is client’s consent required for participation in the Health Assessment process (Health Assessment or Mental Health Assessment)?</p> <p>If the client does not consent, what documentation is required?</p> <p>How is an individual’s refusal to participate in a Health Assessment documented?</p> | <p>Yes, as with any health service, (assessment or intervention), consent from the individual is required for their participation. It should be noted that the health care professional should attempt to encourage (if possible) an individual’s engagement in the process. Suggestions are provided in Appendix E of the <i>Integrated Mental Health Guidelines</i> (e.g., exploring reasons for the hesitation to participate that the health care professional may be able to address).</p> <p>If the individual does not consent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensure instructions on how to access to health services at a later time is provided. • As with all documentation, it is important to note that the individual was provided information on the purpose of the assessment and offered an opportunity to participate • Check the box at the top of the e-form Mental Health Form that individual refused to participate. As well, document reasons for the individual not wanting to participate and steps taken in attempt to engage the individual in the Section B Mental Health Report of the e-form Mental Health Form. • File in any parts of the Mental Status Exam that could be assessed while attempts to engage with the individual (e.g., observations of behavior and appearance). | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.0 Consent • Appendix E: Guidelines to Complete a Mental Status Exam - sections II – III <p><i>GL-800-3 Consent of Health Service Assessment, Treatment and Release of Information</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Document any relevant health information collected from other sources (e.g., consult with correctional staff on any recent behavioral changes noted), or file information that assisted to guide the assessment process and any decisions on next steps (e.g., referring for further health services, if required). • Document limitations to the assessment with the lack of individual’s participation (i.e., full mental status was not possible due to individual’s lack of participation) | |
| <p>What is a Psychological Associate?</p> | <p>Psychological Associate is a registration designation provided by a regulatory body for psychologists. They are registered for autonomous practice, either with the College of Psychologists of Ontario or the College of Psychologists of British Columbia.</p> | <p><i>College of Psychologists of Ontario</i> <i>College of Psychologists of British Columbia</i></p> |
| <p>Can residents/interns in psychology under supervision of licensed psychologists complete the Mental Health Assessment?</p> | <p>Yes, residents/interns in psychology can do the mental health assessments, under the supervision and co-signature of the report by a registered psychologist. In keeping with the standards of their respective Colleges or Associations, this is consistent with provincial and national standards, as well as the relevant regulatory body.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i> <ul style="list-style-type: none"> • 3.0 Scope of Practice and Competency <i>Provincial/Territorial Regulatory bodies of Psychology</i></p> |
| <p>Is a psychiatric nurse the same as mental health nurse? Can both designations perform the Mental Health Assessment?</p> <p>Also for Clinical Social Workers, can all SW02s completed the Mental Health Assessments or do they need a certain Mental Health designation/certification?</p> | <p>Legislation and policy outlines who can complete a Mental Health Assessment, described in the <i>Integrated Mental Health Guidelines</i>.</p> <p>A mental health nurse is a title within CSC, whereas psychiatric nurses are regulated health professionals, designated by a provincial regulatory body. Therefore psychiatric nurses are not necessarily the same as a mental health nurse.</p> <p>Similarly only registered social workers with a Clinical Social Worker designation by a regulatory body are identified mental health professionals who can complete Mental Health Assessments. This does not necessarily include all staff who have a classification of SW-SCW-2.</p> | <p><i>CCRA (2(1))</i> <i>Provincial/Territorial Regulatory bodies of Psychiatric Nurses (Alberta, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia)</i> <i>Provincial/Territorial Regulatory bodies of Clinical Social Workers (Alberta, Saskatchewan and British Columbia)</i> <i>Memo: Process for identifying other health professionals who can complete the Mental</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| | The process for the approval process for other health care professionals who can complete Mental Health Assessments was provided in a Memo to Regional Directors of Health Services, dated 2019-12-13. | <i>Health Assessment (2019-12-13)</i> |
| Health Assessment (including mental health) processes at intake | | |
| Question | Response | Reference |
| Can the Mental Status Exam at intake only be completed by a nurse? | Health assessments (including mental health) can be completed by a registered health professional. Although it would typically a nurse, another registered health professional can be assigned to complete this requirement as long as it is within the professional's scope of practice and competencies. Chiefs/Managers who assign health care professionals other than nurses to complete the Mental Status Exam will need to ensure that the other required components of the Health Assessment process at intake are completed. | <i>Integrated Mental Health Guidelines</i> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix E: Guidelines to Complete a Mental Status Exam |
| What does "immediate mental health need" mean for a health care professional to make a decision to refer for a Mental Health Assessment at intake? | This is consistent to current practices that nurses have during the intake process as identified in Form 1244. Professional judgement is required to assess priority of the referral, based on individual cases. | <i>e-Form 1244: 24 hours Physical/Mental Health Nursing Intake Assessment</i> |
| Why is there a requirement for Operations to do a referral for a mental health assessment for individuals who are admitted at intake? | Although identifying individuals admitted to federal custody under a new warrant of committal has already been a common process at intake units, this is now explicitly outlined in the CCRA. As per the <i>Integrated Mental Health Guidelines</i> , this process ensures timely assessment of individuals' health needs. | <i>CCRA (15.1, subsection 2.01)</i> |
| What information can a health care professional provide to an individual on the CoMHSS testing process in order to obtain consent for CoMHSS. | The health care professional can consult with mental health staff/managers to get information on the CoMHSS. In addition, there is information on the consent form (CSC/SCC 1418) to participate in the Intake Mental Health Screening Process. CoMHSS is a computerized assessment tool to further assess if there are any mental health needs for the individual that require follow up by a mental health professional. The tool consists of the individual responding to a number of self-report questions on | <i>Computerized Mental Health Intake Screening System: Technical Manual</i> <i>CSC/SCC form 1418: C Consent to Participate in the Intake Mental Health Screening Process</i> |

| | | |
|---|---|--|
| | their mental health, in either a yes /no format, or rating scale. The test takes about one hour to complete. Afterwards, results are reviewed and interpreted by a qualified mental health professional who will then share results with the individual in a follow up interview. | |
| Does the Health Assessment (including mental health) need to be completed when an individual returns from temporary absence or upon suspension? | No, this intake process is only required for individuals arriving during the intake process upon a new warrant of committal. | <i>Integrated Mental Health Guidelines</i> <ul style="list-style-type: none"> • 11.0 Health Assessment (including mental health) Process at Intake |
| Health Services Processes for Individuals in Structured Invention Units/Restricted Movement | | |
| Questions | Response | |
| Will health care professionals be required to initiate the Health Assessment process, including mental health, for all individuals transferred to the SIU on November 30? Some sites may decide to “go live” a few days earlier than November 30. When will First-day Health Assessments be required, at the time the site “goes live” or exactly November 30 th ? If assessments are initiated earlier to November 30, would the timeline requirements for assessment change on November 30? | For any offenders that are transferred to the SIU or on Restricted Movement as of November 30, 2019 and for whom this health assessment process (including mental health) has already been implemented, subsequent assessments can follow the timeframe established prior to November 30. However, for any individual who is authorized for transfer to the SIU or on Restricted Movement as of November 30, new timelines are to be established and maintained. | <i>Memo: Implementation of a Revised Health Assessment Process (dated November 22, 2019)</i> |
| Does the term “Restricted Movement” only apply to CD711? | Yes, the term “Restricted Movement” is a specific designation identified in CD 711. | <i>CD 711 (paragraphs 12-20)</i> |
| How are we tracking who is authorized for transferred into a SIU or Restricted Movement from a Health Services perspective? | The Institutional Head will develop a local process to inform health staff without delay when an individual is authorized to SIU or RM through a standing order. | <i>CD 711 (77(b) for institutions with a SIU; and 919b) for institutions without a SIU)</i> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Will all individuals in SIU or on RM be assigned to a Most Responsible Provider?</p> | <p>Yes, the Chief of Health Service and/or the Chief of Mental Health Services will ensure that all individuals authorized for transfer to a SIU or Restricted Movement have an identified Most Responsible Provider. This is in keeping with professionally accepted standards and with the objective of ensuring continuous and consistent care. As well the identified MRP will be responsible for any recommendations made to the Institution Head.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix K: Health Consultation and Assessment for Structured Intervention Units/Restricted Movement |
| <p>Do our staff need to follow the training for OMS (for SIU)?</p> <p>Will OMS training be needed for health care nurses at the Medium sites to complete assessments for individuals in Restricted Movement?</p> | <p>All frontline Health Services staff will be provided training specific to Health Services on use of the SIU application from their site OMS Specialist.</p> <p>In addition, all frontline Health Services will receive Webinar presentations from the regional OHIS-EMR Subject Matter Experts (SMEs).</p> | <p><i>Training material can be found on the HUB – SIU Application site</i></p> |
| <p>If the First-day Health Assessment is done at a non-SIU site (e.g. client has been authorized for transfer to SIU/RM), does the assessment need to be completed again within 24 hours of the actual transfer to the SIU?</p> <p>Does the Mental Health Form need to be completed with each movement even if it's within the same 24 hour period?</p> | <p>Yes, whenever an individual changes treatment teams or sites, there will be a requirement to complete the First-day Health Assessment within 24 hours of transfer.</p> <p>If an individual is transferred from RM to SIU, and this transfer is within the same institution, then another First-day Health Assessment is not required.</p> <p>If this transfer is to a different site, hence new environment and new health staff, then a First-day Health Assessment is required again (including the e-from Mental Health Form).</p> <p>However to note, timelines for the 14-day Health Assessments and the Mental Health Assessment are to be calculated from the date when the individual was first assessed upon authorization for transfer to SIU (i.e., from the initial First-day Health Assessment).</p> <p>An excel scheduler is available through HARS in the 'Mental Health Reports' section. This can assist as a planning tool for health staff to identify specific dates when subsequent health and/or mental health assessment are due.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section 1: First-day Health Assessment) |

| | | |
|---|---|--|
| <p>During Daily Visits, does the individual's cell door need to be fully open to hear a refusal for the clinical interaction?</p> <p>Does the Daily Visit need to be completed without physical barriers, even when there are security/safety concerns?</p> | <p>For any Daily Visit, Health Assessment or Mental Health Assessment, the clinical encounter is to collect relevant health information through direct observation of the individual including speech, appearance and behaviour; clinical interviewing; and gathering of the individual's self-report.</p> <p>Hence, the health professional should observe the individual without physical barriers, <u>unless</u> such an observation would jeopardize the safety and security of the person, staff, others or the institution. When physical barriers cannot be removed, reasons must be documented in OHIS-EMR.</p> | <p><i>CCRA (32(2) Physical Barriers)</i></p> <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section 2: Daily Visit)</i> <p><i>CD711 (paragraph 8; 99(b); 129-132)</i></p> |
| <p>What does a Daily Health Care Visit include? Does it include delivery of medication?</p> | <p>The purpose of Daily Visits is to conduct a wellness assessment to identify the emergence of physical and /or mental health symptoms for individuals who do not have identified pre-existing health needs and to allow appropriate clinical monitoring and continuity of care for those who have identified pre-existing health needs</p> <p>As such, Daily Visits entail:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visiting each individual who is on Restricted Movement or in a SIU, including weekends and holidays • Speaking directly to the individuals to conduct a cursory assessment of their physical and mental health • Provide daily physical health needs including dispensing of medication and treatment follow up, as required • Conduct a more comprehensive assessment of individuals who on cursory assessment appear to have physical and/or mental health issues (in a private, in an interview room) • Provide follow up as required (e.g., referrals to physician/mental health) | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section 2: Daily Visit)</i> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Does a SOAP format note need to be completed in the Encounter section of OHIS-EMR for day 1, 14 or 28 or is this type of documentation only for the Daily Visit?</p> | <p>No, SOAP format documentation is only required for the Daily Visits.</p> <p>All First-day Health Assessments; 14-day Health Assessments and Mental Health Assessments are to be completed on the eform Mental Health Form</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement |
| <p>Can 14-day Health Assessments be completed earlier than the actual 14th day?</p> | <p>Yes, 14-day Health Assessments can be completed 1-2 days earlier (e.g., Day 12 or 13), but not later than the 14th day for that review period.</p> <p>As well, if a Mental Health Assessment was completed within 1-2 days of the required 14-day Health Assessment, then the 14-day Health Assessment is not required. However, alternatively a Daily Visit should then be provided by the health care professional.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section 3: 14-day Health Assessments) |
| <p>Can 28-day Mental Health Assessment be completed earlier than day 26-28?</p> | <p>Yes, it is important to note that Mental Health Assessments must be completed by day 28, but they can be completed sooner for reasons such as: prioritization of the individual's mental health needs; and receiving a mental health referral.</p> <p>In addition to being consistent with good practice for ongoing monitoring and with timelines for Health Assessments with the individual, the <i>Integrated Mental Health Guidelines</i> now indicate that these can be completed between day 21 and 28.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section 4: Mental Health Assessments) |
| <p>Do we have to complete the 28th day Mental Health Assessment more than once?</p> | <p>No, the 28-day Mental Health Assessment is to be completed only once. This Mental Health Assessment would inform of the mental health services that the individual needs while in SIU. In addition, 14-day Health Assessments is a process of ongoing monitoring and would inform of any changes in the individual's mental health that require a referral for mental health services.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section 4: Mental Health Assessments) |

| | | |
|---|---|---|
| | To note, if a Mental Health Assessment has previously been completed on an individual (e.g., in a previous placement in SIU or during the intake process), an update can be completed based on review and update to relevant health information, and interview with the individual to assess current health status. | |
| How is an individual monitored under CD843 while they are in SIU or RM? | GL 711-1 indicates that the individual's status in SIU/RM will remain unchanged during the time period that they are managed under CD843. As such timelines for required Health Assessments and Mental Health Assessments still apply and remain unchanged. However, these can be completed within required follow up assessments while the individual is managed under CD843. Documentation of these assessments at the time of the required assessment for SIU should be completed in the e-form Mental Health Form. Further, Daily Visits should continue. | <i>GL 711-1 (paragraph 63)</i> |
| Why does CD711 not mention a 14-day Health Assessment, but does include the First Day assessment and the Mental Health Assessment? | The required 14-day Health Assessments have been included in the process and responsibilities of Health Services as a best practice to ensure individuals in SIU are regularly assessed for any specific mental health needs that require follow up while in this type of environment. This is consistent with CCRA in which the "Service shall ensure that measures are taken to provide for the ongoing monitoring of the health of inmates in a structured intervention unit." | <i>CCRA (37.1(1): Ongoing Monitoring)</i> |
| What are the responsibilities and documentation requirements for referrals from Operations for a consult on the individual's health prior to authorizing transfer to a SIU? | As with many decision making process by case management and/or operations that require relevant considerations such as the individual's health and/or health care needs, health care professional may be requested to provide input prior to a decision for placement of an individual into SIU/RM. In these circumstances, health care professionals should only provide relevant information. Any information provided should be in accordance of the Guidelines for Sharing Personal Health Information . In addition, this should be documented in OHIS-EMR. | <i>Integrated Mental Health Guidelines</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Appendix K: Health Consultation and Assessments for Structured Intervention Units/Restricted Movement (section: Health Services for Individuals in SIU/RM)</i> <i>Guidelines for Sharing Personal Health Information</i> |

| Admission and Discharge Processes at Health Care Units | | |
|---|--|--|
| Questions | Response | Reference |
| What is a Health Care Unit? | <p>The purpose of a health care unit is to provide an appropriate living environment to facilitate an individual’s access to health care. As of November 30, 2019, Treatment Centers in all five regions will be designated Health Care Units. The admission and discharge process requirements for these health care units will be outlined in the <i>Integrated Mental Health Guidelines</i>.</p> <p>Any processes related to intermediate care provided at mainstream institutions will be in accordance of current processes outlined in the <i>Integrated Mental Health Guidelines</i>.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 18.0: Health Care Units – Admissions and Discharge |
| What is the essential information to include in the Notification letter to the individual for decisions on Admission and Discharge? | <p>The revised Integrated Mental Health Guidelines have content guidelines for the letter of decision.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appendix P: Content Guidelines for Written Notification to Individuals for Decisions on Admission to a Health Care Unit • Appendix Q: Content Guidelines for Written Notification to Individuals for Decisions on Discharge to a Health Care Unit |
| Will there be a specific place in OHIS-EMR to identify the Most Responsible Provider? | <p>The Integrated Mental Health Guidelines require that a Most Responsible Provider (MRP) be assigned to all individuals in a designated Health Care Unit (Regional Treatment Centers at this time), as well as individuals who have been authorized for transfer to SIU/RM.</p> <p>Health Services is currently developing a strategy on where the MRP will be identified in OHIS-EMR.</p> | <p><i>To be determined</i></p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Can the CCC be the same professional as the MRP?</p> | <p>Typically they are not the same person. The MRPs should be a physician or psychologist as they may be required to make referrals to other providers, review results and diagnose based on those results. MRP's direct the plan of care.</p> <p>CCC's are typically the doers and execute the plan of care, as well as ensure that the care and documentation requirements are met.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.0 Interdisciplinary Mental Health Teams |
| <p>What is the timeline required for an individual to be provided written notification on a decision of discharge from a Health Care Unit?</p> | <p>As best practice and standards of care, individuals should be verbally notified of the decision of discharge as soon as possible. Following this, a written notification is required within 2 days.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 18.4.3 Notification of Admission and Discharge Decisions to Individuals and Operations |
| <p>If an individual is discharged from a Health Care Unit but not yet transferred, what are the responsibilities of the Health Care Unit to provide health services?</p> | <p>The individuals should continue to receive health care services as per their assessed level of care at the time, as well as ongoing monitoring of their health status to ensure any changes are addressed in a timely manner.</p> | <p><i>Integrated Mental Health Guidelines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 18.6 Services for Individuals Who Are Discharged from Health Care Units and Awaiting Transfer |

Foire aux questions concernant les exigences en matière de services de santé liées aux modifications de la LSCMLC

Le tableau suivant apporte des réponses aux questions posées au sujet des modifications de la politique destinées à assurer la conformité aux exigences juridiques imposées par le projet de loi C-83 pour les services de santé.

| Évaluation de la santé (y compris la santé mentale) <u>OU</u> évaluations de la santé mentale (admission ou UIS/déplacements restreints [DR]) | | |
|---|--|---|
| Question | Réponse | Référence |
| Est-il nécessaire de remplir la section « Risque » de l'examen de l'état mental dans le formulaire sur la santé mentale (SGISD-DME)? | La section « Risque » a été supprimée de l'outil d'examen de la santé mentale du formulaire sur la santé mentale sur la base des commentaires ressortant des consultations régionales, et de la reconnaissance du fait que la plus grande partie des risques pertinents est évaluée et visée par les exigences du SCC en matière de documentation. | <i>Formulaire électronique sur la santé mentale (SGISD-DME)</i> |
| <p>Le consentement du client est-il requis pour participer au processus d'évaluation de la santé (évaluation de la santé ou évaluation de la santé mentale)?</p> <p>Si le client n'y consent pas, quels sont les documents requis?</p> <p>Comment le refus d'une personne de participer à une évaluation de la santé est-il consigné?</p> | <p>Oui, à l'instar de tout autre service de santé (évaluation ou intervention), une personne doit consentir pour y participer. Il convient de souligner que les professionnels de la santé doivent tenter, si possible, d'encourager les personnes à participer au processus. L'annexe E des <i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i> comporte des suggestions (p. ex. examiner les raisons poussant une personne à hésiter à participer auxquelles le professionnel de la santé peut être en mesure de répondre).</p> <p>Si la personne ne donne pas son consentement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que des consignes expliquant comment accéder plus tard aux services de santé soient fournies. • Comme pour tout document, il convient de relever que la personne a reçu des renseignements relatifs à l'objectif de l'évaluation et a eu la possibilité de participer. • Cocher la case se trouvant en haut du formulaire électronique sur la santé mentale en indiquant que la personne a refusé de participer. Il faut également consigner les raisons du refus de participation de la personne et les mesures prises pour tenter de | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.0 Consentement • Annexe E – Lignes directrices pour la réalisation d'un examen de l'état mental – sections II et III <p><i>LD 800-3 – Consentement relatif aux évaluations, aux traitements et à la communication de renseignements médicaux</i></p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>la faire participer dans la section B du rapport de la partie du formulaire électronique sur la santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire au dossier toute partie de l'examen de l'état mental pouvant faire l'objet d'une évaluation tout en tentant d'engager la personne (p. ex. observer son comportement et son apparence). • Consigner toute information pertinente sur la santé recueillie auprès d'autres sources (p. ex. consulter le personnel des services correctionnels au sujet de tout changement de comportement récent relevé), ou consigner des renseignements qui ont servi à orienter le processus d'évaluation ainsi que toute décision relative aux prochaines étapes (p. ex. aiguiller vers d'autres services de santé, s'il y a lieu). • Consigner les limites de l'évaluation quand la personne ne participe pas (p. ex. il n'a pas été possible de déterminer l'état mental complet en raison du manque de participation de la personne). | |
| <p>Qu'est-ce qu'un associé en psychologie?</p> | <p>Le titre d'associé en psychologie s'entend d'un titre d'accréditation que fournit un organisme de réglementation pour les psychologues. Les associés en psychologie sont inscrits auprès de l'Ordre des psychologues de l'Ontario, ou de celui de la Colombie-Britannique, pour exercer de manière indépendante.</p> | <p><i>Ordre des psychologues de l'Ontario</i></p> <p><i>Ordre des psychologues de la Colombie-Britannique</i></p> |
| <p>Les résidents ou internes en psychologie supervisés par des psychologues autorisés à exercer peuvent-ils remplir l'évaluation de la santé mentale?</p> | <p>Oui, les résidents ou les internes en psychologie peuvent effectuer les évaluations de la santé mentale sous la supervision d'un psychologue autorisé qui cosigne le rapport. Pour faire suite aux normes de leur ordre ou association propre, cela est conforme aux normes provinciales et nationales, ainsi qu'à celles de l'organisme réglementaire pertinent.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>3.0 Champ d'exercice et compétence</i> <p><i>Organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation de la psychologie</i></p> |
| <p>Est-ce qu'un membre du personnel infirmier psychiatrique est la même chose qu'un membre du personnel infirmier en santé mentale? Les</p> | <p>Les lois et les politiques indiquent qui peut effectuer une évaluation de la santé mentale, comme cela est décrit dans les <i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i>.</p> | <p><i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i></p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>personnes occupant l'un ou l'autre de ces postes peuvent-elles procéder à l'évaluation de la santé mentale?</p> <p>De plus, pour les travailleurs sociaux cliniques, les SW-02 peuvent-ils tous effectuer les évaluations de la santé mentale, ou bien ont-ils besoin d'une certaine désignation ou certification en santé mentale?</p> | <p>Le titre de membre du personnel infirmier en santé mentale est propre au SCC, tandis que les membres du personnel infirmier psychiatrique sont des professionnels de la santé réglementés et nommés par un organisme provincial de réglementation. Par conséquent, un membre du personnel infirmier psychiatrique n'est pas nécessairement un membre du personnel infirmier en santé mentale.</p> <p>De la même façon, seuls les travailleurs sociaux agréés disposant d'un titre de travailleur social clinique décerné par un organisme réglementaire sont reconnus comme des professionnels de la santé mentale habilités à effectuer des évaluations de la santé mentale. Cela ne comprend pas nécessairement tous les membres du personnel occupant un poste de SW-02.</p> <p>Le directeur régional des services de santé peut approuver que d'autres professionnels de santé effectuent des évaluations de la santé mentale, comme cela est indiqué dans la note de service du 13 décembre 2019.</p> | <p>(LSCMLC), paragraphe 2(1)</p> <p><i>Organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation des membres du personnel infirmier psychiatrique (Alberta, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique)</i></p> <p><i>Organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation des travailleurs sociaux cliniques (Alberta, Saskatchewan et Colombie-Britannique)</i></p> <p><i>Note de service : Processus de recensement d'autres professionnels de la santé susceptibles d'effectuer des évaluations de la santé mentale</i></p> |
| <p>Processus d'évaluation de la santé (y compris la santé mentale) lors de l'admission</p> | | |
| <p>Question</p> | <p>Réponse</p> | <p>Référence</p> |
| <p>Est-ce que seul un membre du personnel infirmier peut procéder à un examen de l'état mental lors de l'évaluation initiale?</p> | <p>Les évaluations de la santé (y compris la santé mentale) peuvent être effectuées par un professionnel de la santé agréé. Bien qu'il s'agisse en règle générale d'un membre du personnel infirmier, un autre professionnel de la santé agréé peut avoir la tâche d'effectuer cette évaluation, pour autant que l'évaluation relève de son champ d'exercice et de compétence.</p> <p>Les chefs ou gestionnaires qui confient à des professionnels de la santé autres que des membres du personnel infirmier le soin de</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe E – Lignes directrices pour la réalisation d'un examen de l'état mental</i> |

| | | |
|---|--|--|
| | procéder aux examens de l'état de santé doivent veiller à ce que les autres composantes obligatoires du processus d'évaluation de la santé lors de l'admission soient remplies. | |
| Que signifie « besoin immédiat en santé mentale » pour un professionnel de la santé qui doit prendre une décision de renvoi d'un patient pour une évaluation de la santé mentale à l'admission? | Cela concorde avec les pratiques actuelles du personnel infirmier lors du processus d'admission comme indiqué dans le formulaire 1244. Il faut faire preuve de jugement professionnel pour évaluer le degré de priorité du renvoi, selon chaque cas particulier. | <i>Formulaire électronique 1244 – Évaluation initiale de l'état de santé mentale/physique de 24 heures</i> |
| Pourquoi les Opérations sont-elles tenues d'effectuer le renvoi des personnes à l'admission vers une évaluation en santé mentale? | Bien que le fait de recenser les personnes admises en détention dans un établissement fédéral dans le cadre d'un nouveau mandat de dépôt soit déjà un processus courant dans les unités d'évaluation initiale, cela figure maintenant explicitement dans la LSCMLC. Conformément aux <i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i> , ce processus garantit une évaluation rapide des besoins des personnes en matière de santé. | <i>LSCMLC, paragraphe 15.1(2.01)</i> |
| Quels renseignements un professionnel de la santé peut-il fournir à une personne au sujet du processus de dépistage au moyen du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) afin d'obtenir son consentement à ce processus? | <p>Le professionnel de la santé peut consulter les gestionnaires ou les membres du personnel de santé mentale pour obtenir des renseignements sur le SIDTMEI. En outre, le formulaire de consentement (CSC/SCC 1418) comporte des renseignements au sujet de la participation au processus d'évaluation initiale en santé mentale.</p> <p>Le SIDTMEI est un outil d'évaluation informatisé qui permet de déterminer si la personne a des besoins en santé mentale qui nécessitent un suivi par un professionnel de la santé mentale. L'outil permet à la personne de répondre (soit par oui ou non, soit au moyen d'une échelle d'évaluation) à un certain nombre de questions à déclaration volontaire sur sa santé mentale. Il faut environ une heure pour répondre aux questions. Par la suite, les résultats sont examinés et interprétés par un professionnel de la santé mentale qualifié qui fournira ensuite les résultats à la personne lors d'une entrevue de suivi.</p> | <p><i>Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) ; Manuel technique</i></p> <p><i>Formulaire CSC/SCC 1418 – Consentement à participer au processus d'évaluation initiale en santé mentale</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Faut-il procéder à une évaluation de la santé (y compris la santé mentale) lorsqu'une personne revient d'une absence temporaire ou d'une suspension?</p> | <p>Non, ce processus d'évaluation initiale n'est obligatoire que pour les personnes arrivant au cours de l'évaluation initiale en vertu d'un nouveau mandat de dépôt.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 11.0 – Processus d'évaluation de la santé (y compris la santé mentale) lors de l'admission |
| <p>Processus en matière de services de santé pour les personnes se trouvant dans les unités d'intervention structurée ou auxquelles sont imposés des déplacements restreints</p> | | |
| <p>Questions</p> | <p>Réponse</p> | |
| <p>Les professionnels des soins de santé seront-ils obligés de lancer un processus d'évaluation de la santé, y compris la santé mentale, pour toutes les personnes transférées dans une UIS le 30 novembre?</p> <p>Certains établissements peuvent décider de démarrer le processus quelques jours avant le 30 novembre. Quand les évaluations de la santé au 1^{er} jour seront-elles obligatoires : lorsque l'établissement lancera le processus ou à la date du 30 novembre précisément? Si le lancement des évaluations a lieu avant le 30 novembre, les exigences relatives à l'échéancier pour l'évaluation changeront-elles le 30 novembre?</p> | <p>Pour tous les délinquants transférés dans l'UIS ou se trouvant sous le coup d'une restriction de déplacement en date du 30 novembre 2019 et pour qui un processus d'évaluation de la santé (y compris la santé mentale) a déjà été mené, des évaluations ultérieures pourront respecter l'échéancier établi avant le 30 novembre.</p> <p>Cependant, pour toute personne dont le transfèrement vers l'UIS est autorisé ou dont les déplacements sont restreints en date du 30 novembre, de nouveaux échéanciers doivent être définis et conservés.</p> | <p><i>Note de service : Mise en œuvre d'un processus révisé d'évaluation de la santé (22 novembre 2019)</i></p> |
| <p>Le terme « déplacement restreint » s'applique-t-il uniquement à la Directive du commissaire 711 (DC 711)?</p> | <p>Oui, le terme « déplacement restreint » est une appellation propre à la DC 711.</p> | <p><i>DC 711 (paragraphe 12 à 20)</i></p> |
| <p>De quelle manière surveillons-nous les personnes dont le transfèrement vers une UIS a été autorisé ou qui font l'objet d'une restriction de déplacement dans une optique de services de santé?</p> | <p>Le directeur de l'établissement mettra au point un processus local pour informer immédiatement les membres du personnel de santé lorsque le transfèrement d'une personne vers une UIS ou la restriction de ses déplacements est autorisé au moyen d'un ordre permanent.</p> | <p><i>DC 711 (paragraphe 77(b) pour les établissements comportant une UIS; et paragraphe 91(b) pour les établissements ne comportant pas d'UIS)</i></p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Toutes les personnes se trouvant dans une UIS ou faisant l'objet d'une restriction de déplacement sont-elles confiées au professionnel traitant responsable?</p> | <p>Oui, le chef du service de santé ou le chef des services de santé mentale veillera à ce que les personnes dont le transfèrement vers une UIS est autorisé ou qui font l'objet d'une restriction de déplacement disposent d'un professionnel traitant responsable déterminé. Ceci est conforme aux normes professionnelles reconnues et à l'objectif de garantir des soins continus et cohérents. Le professionnel traitant responsable déterminé aura également la responsabilité de toute recommandation formulée au chef de l'établissement.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i> • Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l'imposition de restrictions aux déplacements</p> |
| <p>Les membres de notre personnel ont-ils besoin de suivre une formation au Système de gestion des délinquant(e)s (SGD) (pour l'UIS)?</p> <p>Le personnel infirmier en soins de santé des établissements de sécurité moyenne devra-t-il suivre une formation sur le SGD afin d'effectuer les évaluations des personnes en DR?</p> | <p>Tous les membres du personnel des services de santé qui se trouvent en première ligne recevront une formation propre aux services de santé à l'utilisation de l'application de l'UIS qui sera donnée par le spécialiste du SGD de leur établissement.</p> <p>De plus, tous les services de santé de première ligne bénéficieront de présentations dans le cadre de séminaires Web animées par des experts régionaux du SGISD-DME.</p> | <p><i>Les documents de formation figurent sur le site de l'application UIS sur le HUB</i></p> |
| <p>Si l'évaluation de la santé au 1^{er} jour est effectuée dans un établissement ne comportant pas d'UIS (p. ex. si le transfèrement du client vers l'UIS/l'imposition de DR a été autorisé), l'évaluation doit-elle être effectuée de nouveau dans les 24 heures suivant le transfèrement vers l'UIS?</p> <p>Le formulaire de santé mentale doit-il être rempli à chaque mouvement, même s'il se situe dans la même période de 24 heures?</p> | <p>Oui, chaque fois qu'une personne change d'équipe de traitement ou d'établissement, elle devra recommencer le processus d'évaluation de la santé pendant son séjour dans une UIS.</p> <p>Cependant, les échéanciers relatifs aux évaluations de la santé au 14^e jour et à l'évaluation de la santé mentale doivent être calculés à partir de la date à laquelle la personne a été évaluée à la suite de l'autorisation de son transfèrement vers une UIS (c.-à-d. à partir de l'évaluation initiale de la santé au 1^{er} jour).</p> <p>Un planificateur Excel est disponible via SRRASS dans la section « Rapports sur la santé mentale ». Cela peut aider en tant qu'outil de planification pour le personnel de santé à identifier des dates précises auxquelles une évaluation ultérieure de la santé et / ou de la santé mentale doit être effectuée.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i> • Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l'imposition de restrictions aux déplacements (section 1 – Évaluation de la santé au 1^{er} jour)</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Au cours des visites quotidiennes, la porte de la cellule individuelle doit-elle rester complètement ouverte pour entendre le refus de participer à une interaction clinique?</p> <p>Les visites quotidiennes doivent-elles être réalisées sans obstacle physique, même en cas d'inquiétude relative à la sûreté ou à la sécurité?</p> | <p>Dans toute visite quotidienne, évaluation de la santé ou évaluation de la santé mentale, l'entretien clinique vise à recueillir des renseignements sur la santé pertinents par le biais de l'observation directe de la personne quant à son discours, son apparence et son comportement; d'une entrevue clinique; et du recueil de l'auto-évaluation de la personne.</p> <p>Par conséquent, le professionnel de la santé doit observer la personne sans obstacle physique, <u>à moins</u> qu'une telle observation compromette la sûreté et la sécurité du détenu, du personnel, d'autres détenus ou de l'établissement.</p> <p>Lorsqu'il est impossible d'éliminer les obstacles physiques, il faut consigner les raisons de cette situation dans le SGISD-DME.</p> | <p>LSCMLC, <i>paragraphe 32(2) – Obstacles physiques</i></p> <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l'imposition de restrictions aux déplacements (section 2 – Visite quotidienne)</i> <p>DC 711 (article 8; paragraphe 99(b) et articles 129 à 132)</p> |
| <p>Que comprend une visite de soins de santé quotidienne? Comporte-t-elle l'administration de médicaments?</p> | <p>Les visites quotidiennes ont pour but d'évaluer le bien-être pour déceler des symptômes émergents de problèmes de santé physique ou mentale chez les personnes qui n'ont aucun besoin en santé préexistant. Ces visites visent également à permettre une surveillance clinique appropriée et la continuité des soins de ceux qui ont des besoins en santé préexistants déjà connus.</p> <p>À ce titre, les visites quotidiennes comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • visiter chaque personne dont les déplacements sont restreints ou qui se trouve dans une UIS, y compris les fins de semaine et les jours fériés; • parler directement aux personnes pour effectuer une évaluation générale de leur santé physique et mentale; • répondre aux besoins quotidiens en matière de santé physique, y compris la distribution des médicaments et le suivi des traitements, s'il y a lieu; | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l'imposition de restrictions aux déplacements (section 2 – Visite quotidienne)</i> |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • effectuer (en privé, dans une salle d’entrevue) une évaluation plus complète des personnes qui, d’après une évaluation générale, semblent avoir des problèmes de santé physique ou mentale; • assurer un suivi au besoin (p. ex. aiguillage vers un médecin ou un professionnel de la santé mentale). | |
| Faut-il remplir une note SOAP dans la section « Rencontre » du SGISD-DME pour le jour 1, 14 ou 28, ou ce type de document est-il seulement utilisé pour la visite quotidienne? | <p>Non, le format de document SOAP n’est requis que pour les visites quotidiennes.</p> <p>L’ensemble des évaluations de la santé au 1^{er} jour, ainsi que des évaluations de la santé et de la santé mentale au 14^e jour doivent être effectuées sur le <i>formulaire électronique</i> sur la santé mentale.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l’imposition de restrictions aux déplacements</i> |
| Les évaluations de la santé au 14 ^e jour peuvent-elles être effectuées avant le 14 ^e jour? | <p>Oui, les évaluations de la santé au 14^e jour peuvent être effectuées un ou deux jours à l’avance (c.-à-d. le jour 12 ou 13), mais pas après le 14^e jour pour cette période d’examen.</p> <p>Par ailleurs, si une évaluation de la santé mentale a été réalisée un ou deux jours avant l’évaluation de la santé obligatoire du 14^e jour, alors cette dernière n’est pas obligatoire. Cependant, le professionnel des soins de santé devra alors procéder à une visite quotidienne.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l’imposition de restrictions aux déplacements (section 3 – Évaluations de la santé au 14^e jour)</i> |
| Est-il possible d’effectuer l’évaluation de la santé mentale au 28 ^e jour avant le jour 26, 27 ou 28? | <p>Oui, il convient de relever qu’au 28^e jour les évaluations de la santé mentale doivent avoir été effectuées. Cependant, ces évaluations peuvent être menées en avance pour les motifs suivants : établissement des priorités des besoins en santé mentale de la personne; et réception d’un renvoi en santé mentale.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de</i> |

| | | |
|---|---|---|
| | En plus d'être conforme aux bonnes pratiques des exigences de suivi et aux délais pour les évaluations de la santé effectuées sur la personne, les <i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i> indiquent maintenant que ces évaluations pourront être effectuées entre le 21 ^e et le 28 ^e jour. | <i>l'imposition de restrictions aux déplacements (section 4 – Évaluations de la santé mentale)</i> |
| Faut-il procéder à l'évaluation de la santé mentale au 28 ^e jour plus d'une fois? | <p>Non. L'évaluation de la santé mentale au 28^e jour ne doit être réalisée qu'une seule fois. Cette évaluation de la santé mentale informerait des services en santé mentale dont la personne a besoin lorsqu'elle est à l'UIS. De plus, les évaluations de santé du 14^e jour sont un processus de suivi continu et informeraient de tout changement dans la santé mentale de la personne qui nécessite un aiguillage vers des services en santé mentale.</p> <p>Il est à noter que si une personne a déjà fait l'objet d'une évaluation de sa santé mentale (p. ex. lors d'un placement antérieur dans une UIS ou lors du processus d'évaluation initiale), il est possible d'effectuer une mise à jour en se basant sur l'examen et l'actualisation des renseignements pertinents sur la santé, et en menant une entrevue avec la personne en question pour évaluer son état de santé actuel.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l'imposition de restrictions aux déplacements (section 4 – Évaluations de la santé mentale)</i> |
| Comment une personne est-elle surveillée sous DC 843 alors qu'elle est en UIS ou DR? | Les LD 711-1 indiquent que le statut de la personne dans l'UIS ou dont les déplacements sont restreints demeurera le même au cours de la période durant laquelle elle fait l'objet de mesures prises conformément à la DC 843. Ainsi, les échéanciers concernant les évaluations de la santé et de la santé mentale obligatoires s'appliquent toujours et ne changent pas. Cependant, ces évaluations peuvent être réalisées dans le cadre des évaluations de suivi obligatoires lorsque la personne fait l'objet de mesures prises conformément à la DC 843. Les documents relatifs à ces évaluations lors de l'examen obligatoire pour l'UIS doivent être remplis dans le formulaire électronique sur la santé mentale. De plus, les visites quotidiennes doivent se poursuivre. | <i>LD 711-1 (paragraphe 63)</i> |
| Pourquoi la DC 711 ne mentionne-t-elle pas d'évaluation de la santé au 14 ^e jour tout en | Les évaluations obligatoires au 14 ^e jour ont été intégrées au processus comme les responsabilités des services de santé en tant | <i>LSCMLC, paragraphe 37.1(1) –</i> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>comportant l'évaluation au 1^{er} jour et l'évaluation de la santé mentale?</p> | <p>que pratiques exemplaires visant à ce que les personnes placées dans les UIS fassent régulièrement l'objet d'une évaluation quant à tout besoin particulier en matière de santé mentale qui nécessiterait un suivi lorsque ces personnes se trouvent dans ce type d'environnement.</p> <p>Cela est conforme à la LSCMLC qui dispose que « le Service veille à ce que soit effectué un suivi continu de l'état de santé de chaque détenu incarcéré dans une unité d'intervention structurée. »</p> | <p><i>Suivi continu de l'état de santé</i></p> |
| <p>Quelles sont les responsabilités et les exigences en matière de consignation pour les renvois provenant des Opérations se rapportant à une consultation au sujet de la santé de la personne avant l'autorisation de son transfèrement vers une UIS?</p> | <p>Comme dans le cas de tout processus décisionnel mené par la Gestion des cas ou les Opérations qui nécessite de prendre en compte la santé, le professionnel de la santé peut avoir à avoir fournir des éléments contextuels avant que n'intervienne une décision de placer la personne dans une UIS ou de lui imposer une restriction de ses déplacements. Dans de telles situations, le professionnel de la santé ne doit fournir que les renseignements utiles. Tout renseignement communiqué doit l'être conformément aux Lignes directrices sur la communication de renseignements personnels sur la santé. De plus, cela doit être consigné dans le SGISD-DME.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Annexe K – Consultation et évaluation de la santé aux fins du placement dans une UIS et de l'imposition de restrictions aux déplacements (section – Services de santé pour les personnes en UIS/DR)</i> <p><i>Lignes directrices sur la communication de renseignements personnels sur la santé</i></p> |

| Processus d'admission et de congé dans les unités de soins de santé | | |
|--|---|--|
| Questions | Réponse | Référence |
| Qu'est-ce qu'une unité de soins de santé? | <p>Le but d'une unité de soins de santé consiste à fournir un milieu de vie adéquat qui permette de faciliter l'accès d'une personne aux soins de santé. À compter du 30 novembre 2019, les centres de traitement de l'ensemble des cinq régions sont des unités de soins de santé désignées. Les exigences relatives au processus d'admission et de congé pour ces unités de soins de santé sont exposées dans les <i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i>.</p> <p>Tous les processus liés à des soins intermédiaires fournis dans des établissements réguliers seront conformes aux processus actuels exposés dans les <i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i>.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 18.0 – Unités de soins de santé – Admission et congé |
| Quels sont les renseignements indispensables à intégrer dans la lettre d'avis destinée à la personne et portant sur la décision d'admission ou de congé? | Les Lignes directrices intégrées en santé mentale révisées comportent des directives relatives au contenu de la lettre de décision. | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Annexe P – Lignes directrices sur le contenu pour les avis écrits aux personnes quant à la décision d'admission dans une unité de soins de santé • Annexe Q – Lignes directrices sur le contenu pour les avis écrits aux personnes quant à la décision de congé d'une unité de soins de santé |
| Un endroit particulier sera-t-il prévu dans le SGISD-DME pour indiquer Le professionnel traitant responsable? | Les Lignes directrices intégrées en santé mentale révisées prévoient qu'un professionnel traitant responsable soit affecté à toutes les personnes se trouvant dans une unité de soins de santé donnée (les centres régionaux de traitement à l'heure actuelle), | À déterminer |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>ainsi qu’aux personnes pour lesquelles on a autorisé le transfèrement vers une UIS ou restreint les déplacements.</p> <p>Les services de santé conçoivent actuellement une stratégie concernant l’endroit où l’on indiquera le professionnel traitant responsable dans le SGISD-DME.</p> | |
| <p>Le CCC et le professionnel traitant responsable peuvent-ils être le même professionnel?</p> | <p>Il ne s’agit habituellement pas de la même personne. Le professionnel traitant responsable doit être un médecin ou un psychologue, car il peut devoir aiguiller les personnes vers d’autres professionnels, examiner des résultats et poser des diagnostics en se fondant sur ces résultats. Le professionnel traitant responsable pilote le plan de traitement.</p> <p>Le CCC est en règle générale l’exécutant, il met en œuvre le plan de traitement, et garantit le respect des exigences relatives aux documents et aux soins.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.0 Équipe de santé mentale interdisciplinaire |
| <p>Quel est le calendrier exigé pour qu’une personne reçoive l’avis écrit de la décision de congé d’une unité de soins de santé?</p> | <p>Les pratiques exemplaires et les normes en matière de soins recommandent que les personnes soient averties oralement de la décision de congé aussi vite que possible. Un avis écrit doit intervenir dans les deux jours suivant l’annonce de vive voix.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 18.4.3 – Avis de la décision d’admission ou de congé communiqué aux personnes et aux Opérations |
| <p>Si une personne reçoit son congé d’une unité de soins de santé, mais n’est pas tout de suite transférée, quelles sont les responsabilités qui incombent à l’unité de soins de santé en matière de prestation de soins de santé?</p> | <p>Les personnes doivent continuer à recevoir les services de soins de santé qui correspondent au niveau de soins auquel elles ont été évaluées à ce moment-là. En outre, le suivi continu de leur état de santé doit se poursuivre pour garantir que tout changement qui surviendrait soit traité rapidement.</p> | <p><i>Lignes directrices intégrées en santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 18.6 – Services destinés aux personnes ayant reçu leur congé d’une unité de soins de santé et attendant leur transfèrement |

MEMORANDUM NOTE DE SERVICE

To / À: Regional Directors, Health Services / Directeurs régionaux, Services de santé

From / De: Director General, Mental Health / Directeur général, Santé mentale

| | |
|---|-----------------------|
| Security Classification - Classification de sécurité Unclassified Non classifié | |
| Our File - Notre référence | |
| Your File - Votre référence | |
| Date 2019-12-13 | Tel. No. - N° de tél. |

Subject / Sujet: **Process for identifying other Health Professionals who can complete the Mental Health Assessment.**

Processus visant à déterminer les autres professionnels de la santé qui peuvent mener l'évaluation de la santé mentale

The Integrated Mental Health Guidelines indicate that the Mental Health Assessment that is completed at both intake and within 28 days of authorization of transfer to a Structured Intervention Unit (SIU) is to be completed by one of the following:

Conformément aux Lignes directrices intégrées en santé mentale, l'évaluation de la santé mentale effectuée à l'évaluation initiale et celle réalisée d'ici les 28 jours suivant l'autorisation au transfèrement à l'unité de soins structurée (UIS) doivent être complétées par :

1. Identified registered mental health professionals: Psychologist, Psychological Associate, Psychiatrist, Psychiatric Nurse, or Clinical Social Worker.
2. Other registered health care professionals following confirmation by the Regional Director Health Services that the Registered Health Care professional has demonstrated completion of specialty training in mental health.

1. Un des professionnels agréés en santé mentale identifiés parmi ces derniers : psychologue agréé, associé en psychologie, psychiatre, infirmier psychiatrique et travailleur social clinique.
2. Les autres professionnels de la santé agréés qui auront obtenu la confirmation provenant du directeur régional des Services de la santé qui confirme que ces derniers ont su démontrer la réalisation de la formation spécialisée en santé mentale.

Following is the process that Regional Directors must follow to confirm a registered health care professionals' ability to complete the Mental Health Assessment.

Ci-dessous se trouve le processus que les directeurs régionaux devront suivre pour confirmer que le professionnel de la santé peut mener l'évaluation de la santé mentale.

1. The Registered health Care Professional must provide to their immediate supervisor any documentation that demonstrates they have completed the education or training requirements for:
 - a) a designated "Clinical Social Worker" ;


1. Le professionnel de la santé agréé doit fournir à son supérieur immédiat tout document prouvant qu'il a complété l'éducation ou la formation aux exigences suivantes :
 - a) une désignation en « travailleur social clinique » ;

- | | |
|---|--|
| <p>b) certification in Psychiatric and Mental Health Nursing from the Canadian Nurse Association; or</p> <p>c) Masters of Psychiatric Nursing.</p> | <p>b) certification en psychiatrie et en soins infirmiers en santé mentale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ; ou</p> <p>c) Maîtrise en soins infirmiers psychiatriques.</p> |
| <p>2. Regional Managers (Clinical Services or Mental Health) will review documentation and recommend to the Regional Director of Health Services on whether the staff member meets the requirement.</p> | <p>2. Les gestionnaires régionaux (services cliniques ou santé mentale) examineront la documentation et recommanderont au directeur régional des services de santé si le membre du personnel satisfait à l'exigence.</p> |
| <p>3. Regional Director of Health Services will provide written response to the staff member (cc to immediate supervisor and Regional Manager) on approval for the staff member to complete the Mental Health Assessment.</p> | <p>3. Le directeur régional des Services de santé fournira une réponse écrite au membre du personnel (copie conforme au superviseur immédiat et au gestionnaire régional) pour indiquer si le professionnel de la santé est approuvé ou non pour mener des évaluations de la santé mentale</p> |
| <p>4. A regional database will be maintained of staff who have been approved.</p> | <p>4. Une base de données régionale dans laquelle figurent les employés qui ont été approuvés sera tenue à jour.</p> |

Please contact Ginette Clarke (Ginette.Clarke@csc-scc.gc.ca) if you have any questions.

Veillez contacter Ginette Clarke (Ginette.Clarke@csc-scc.gc.ca) si vous avez des questions.

Original signed by / Original signé par



Manjeet Sethi

Director General, Mental Health / Directeur général, Santé mentale



SIU Participants and Mental Health Profile

- Of all 2505 transfers (includes repeats for the same offender) to an SIU or RM up to Nov 30, 2020
 - 712 (28.4%) involved an inmate with an identified mental health need prior to transfer.

| MHNS prior to SIU transfer | Total |
|----------------------------|-------|
| Some | 463 |
| Considerable | 185 |
| Substantial | 46 |
| Elevated Substantial | 16 |
| Acute/Severe | 2 |
| Total | 712 |

- There were 426 unique offenders with a mental health need transferred to SIU/RM (28.0% of all 1524 unique offenders)
- 156 offenders with a mental health need had at least 2 transfers to SIU or RM, totalling 442 placements
 - This is comparable to the 385 offenders without a mental health need had multiple placements totalling 1080 placements, as in both cases, the rate is 2.8 placements per offender with repeat placements



SIU Participants and Mental Health Profile

- An increased mental health need was documented during 145 (5.8%) of SIU stays
 - 91/145 increases are to low/some need, which can be managed through primary care services in SIU
 - File reviews of 16 cases increasing to considerable need or higher found 11 were transferred to intermediate mental health care or an RTC
- Decreased mental health need was documented during 58 (2.3%) of stays
- There was at least one incident of self-injury during 131 (5.2%) of stays
 - 90/131 incidents involved offenders who had a mental health need identified prior to transfer to SIU/RM



Détenus placés dans une UIS et profil de santé mentale

- Sur les 2 505 transfèvements (y compris les transfèvements répétés pour le même délinquant) vers une UIS ou restrictions de déplacements (RD) jusqu'au 30 novembre 2020
 - 712 (28,4%) concernaient un détenu ayant un besoin en santé mentale défini avant son transfèrement.

| 1 | MHNS prior to SIU transfer | Total | 8 |
|---|----------------------------|-------|-------|
| 2 | Some | 463 | |
| 3 | Considerable | 185 | |
| 4 | Substantial | 46 | |
| 5 | Elevated Substantial | 16 | |
| 6 | Acute/Severe | 2 | |
| | | 7 | Total |
| | | 712 | |

1. Évaluation selon l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) avant le transfèrement à l'UIS
2. Besoin modéré
3. Besoin considérable
4. Besoin important élevé
5. Besoin important
6. Aigu/grave
7. (et 8) Total

- 426 délinquants ayant des besoins en santé mentale ont été transférés à l'UIS ou visés par une RD (28,0 % des 1 524 délinquants)
- 156 délinquants ayant un besoin en santé mentale ont été transférés à au moins deux reprises à l'UIS ou ont été visés par une RD, pour un total de 442 placements
 - Ces chiffres sont comparables aux 385 délinquants sans besoin en santé mentale qui ont eu plusieurs placements, pour un total de 1 080 placements, car dans les deux cas, le taux est de 2,8 placements par délinquant avec des placements répétés



Détenus placés dans une UIS et profil de santé mentale

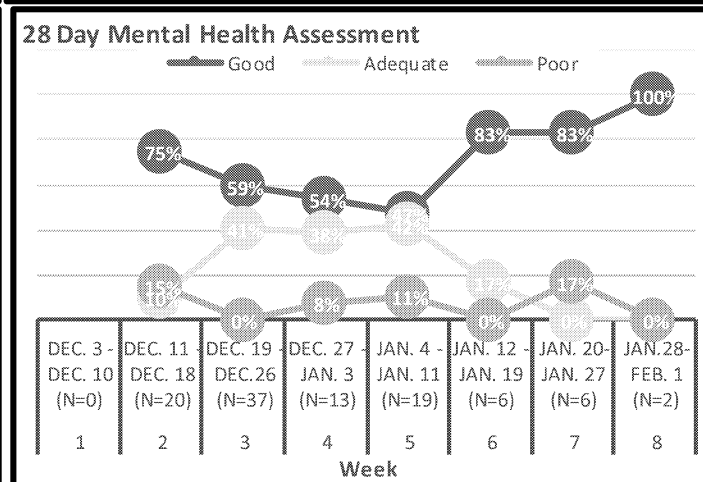
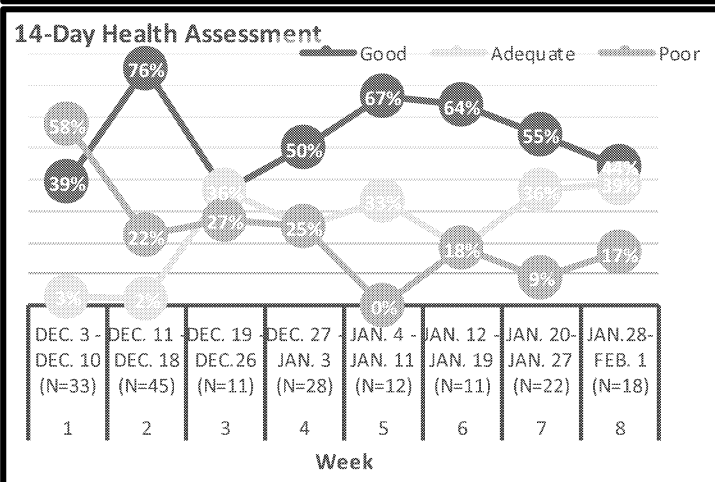
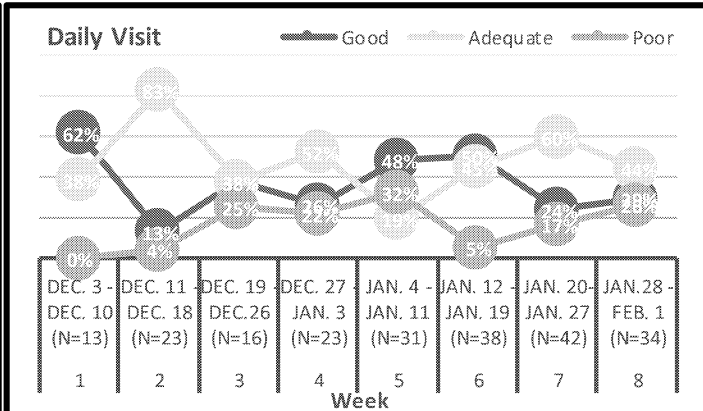
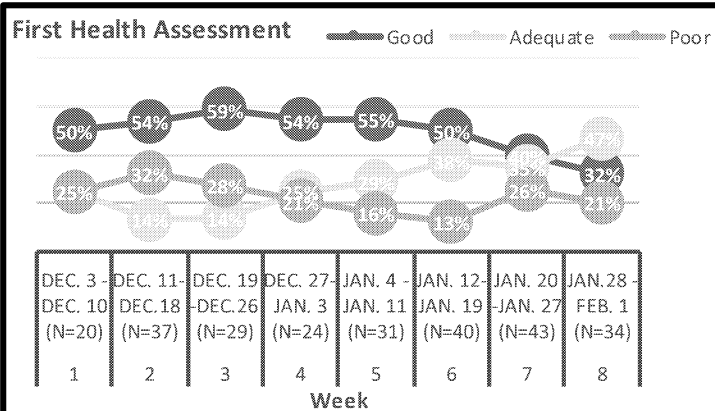
- Un besoin accru en santé mentale a été observé pendant 145 (5,8 %) des séjours à l'UIS
 - Dans 91 cas sur 145, les augmentations vont d'un besoin faible à un besoin modéré, ce qui peut être géré par les services de soins primaires à l'UI
 - L'examen des dossiers de 16 cas dont les besoins passent à considérables ou à un degré plus élevé a révélé que 11 cas ont été transférés vers des soins de santé mentale intermédiaires ou un centre régional de traitement (CRT)
- Une diminution des besoins en santé mentale a été observée pendant 58 (2,3 %) des séjours
- Il y a eu au moins un incident d'automutilation au cours de 131 (5,2 %) des séjours
 - Sur les 131 incidents, 90 concernaient des délinquants qui avaient un besoin en santé mentale défini avant leur transfèrement à l'UIS ou la RD

SIU Review: Last updated February 18, 2020

Context:

All inmates placed on **Restricted Movement (RM)** or in a **Structured Intervention Unit (SIU)** will receive a health assessment, including mental health every 14 days. At least one of these assessments is completed by a mental health professional. This is done within 28 days. In addition, a daily visit is offered by a health care professional. Since the implementation of SIUs on November 30, 2019, there has been regular review of the quality of mental health assessments, and periodic reviews of issues such as repetitive documentation and inmates refusing to consent to an assessment. Data below reflects the most current information.

A. Health & MH documentation



Rating scale

Good: The assessment/documentation in section A the *Mental Status Exam* (MSE) and in section B the *Mental Health Report* (MHR) is comprehensive and client focused, addressing the needs of the inmate.

Adequate: The assessment/ documentation is missing components, yet remains client focused, addressing the needs of the inmate either in section B the MHR or in the "daily visit" progress notes.

Poor: The assessment/documentation is not comprehensive and is not client focused; no mention of inmate needs. Section A (MSE) and/or B (MHR) in combination with the "daily visit" notes were not completed, or inadequate information was provided (information provided was documentation focused and not much focus on the client).

Summary:

- Although majority of the charting does not fully conform to guidelines, it remains client centered in the majority of cases.
- In cases where the charting does not conform to guidelines, it is due to missing or incomplete information in Section B including missing the wellness assessment and file reviews.
- In cases where the offenders refuses the assessment, either the entire MH Form or section A is often not completed.

B. Refusals

We reviewed 5 consecutive daily visit notes:

December 2019:

- 12/107 cases (11%) refused one or more of the daily SIU assessments.
- 7/12 cases (58%) also refused their 1st day Health Assessment or 14-day Assessment
 - 4/12 cases (33%) cited time of day/early morning as a reason/complaint

January 2020:

- 17/32 (53.1%) refused one or more of the daily SIU assessments
- 9/17 (52.9%) also declined to have their 1st day health assessment
 - Most of these inmates had not yet spent 14 days in an SIU at the time the review was completed.
 - Time of day was not mentioned as an issue; most of the visits seemed to be done in the early afternoon

C. Duplicate/Overlapping entries for Daily Visits

We reviewed 5 consecutive daily visit notes for 30 offenders in December and 24 offenders in January, focusing on the subjective and objective assessment of the offender's needs.

- Three-quarters of the cases in both December and January had at least two repetitive notes.
 - There were slightly more repetitive subjective notes (i.e. notes about symptoms reported by the offender), as 55% (75/136 in December and 50/90 in January) of the repetitive notes were the 'S' portion of the SOAP note.
 - Repetitive notes typically involved the same staff writing the note, although there were also instances where repetition was across staff (i.e. suggesting use of template notes).

Follow-up actions

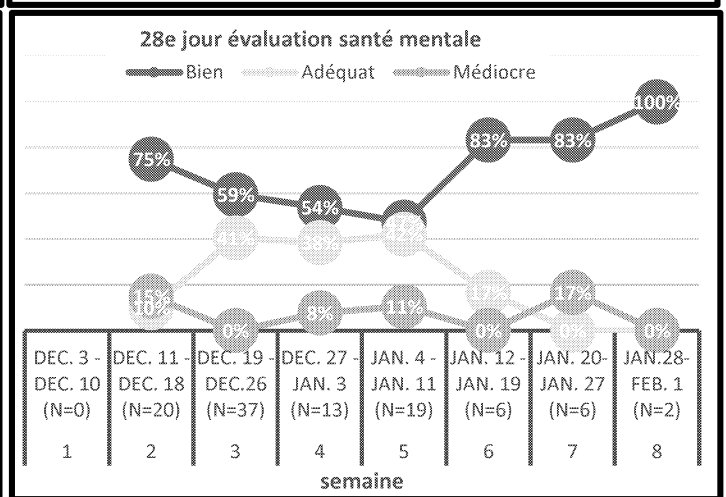
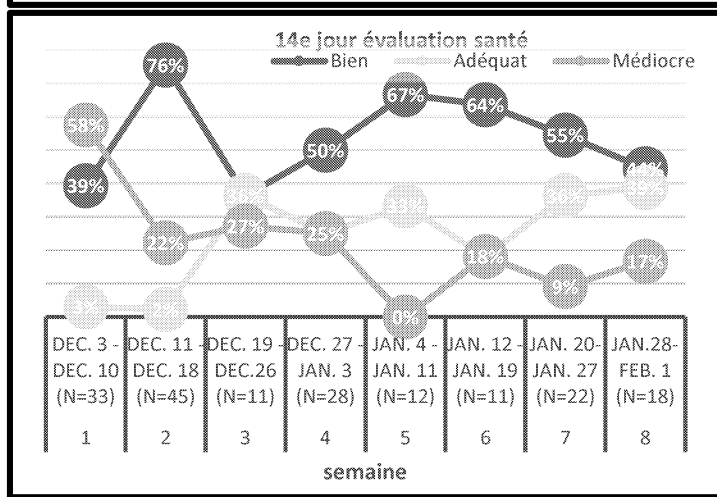
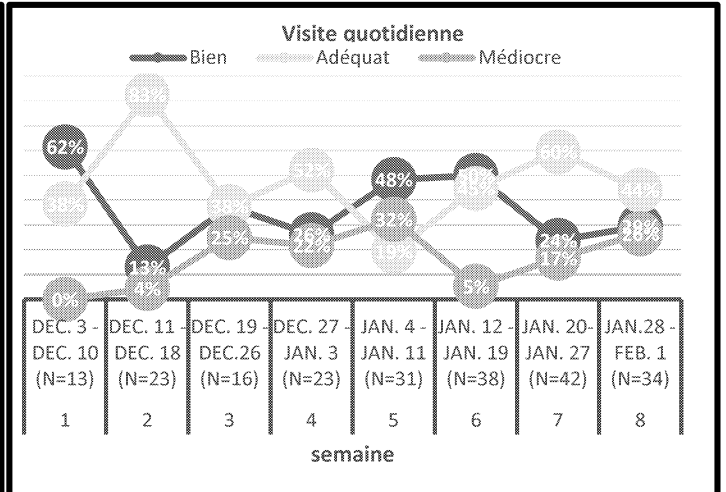
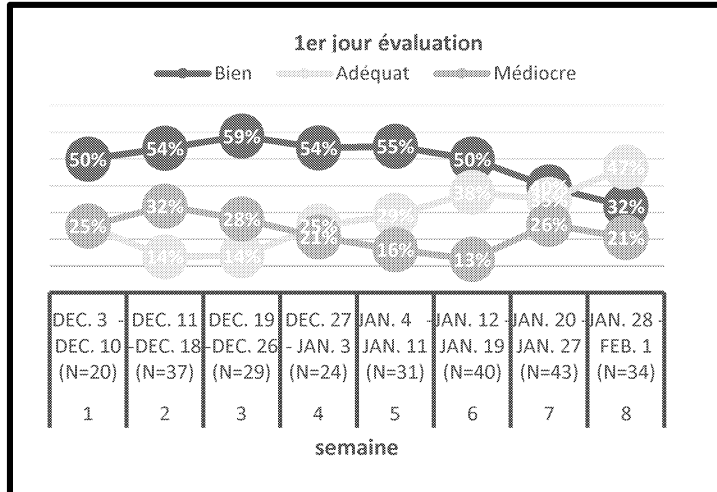
- 1) Focus on improved documentation of daily visits, with a particular emphasis on unique charting and ensuring continuity from prior notes and assessments (e.g. monitoring symptoms from most recent assessment and documenting changes)
- 2) Clarify documentation of the 'A' (assessment) portion of the SOAP note.
- 3) Continue improvements in documentation of refusals (e.g. documenting based on brief interaction, file review and collateral)

Examen des UIS

Contexte:

Tous les détenus placés sous déplacements restreints (DR) ou dans une Unités d'Intervention Structure (UIS) recevront une évaluation de santé, y compris la santé mentale tous les 14 jours. Au moins une de ces évaluations est effectuée par un professionnel de la santé mentale. Cette évaluation est effectuée dans un délai de 28 jours. En outre, une visite quotidienne est offerte par un professionnel de la santé. Depuis la mise en place des UIS le 30 novembre 2019, la qualité des évaluations de la santé mentale est régulièrement revue et les questions telles que la documentation répétitive et le refus des détenus de consentir à une évaluation font l'objet d'examen périodiques. Les données ci-dessous reflètent les informations les plus récentes.

A. Documentation sur la santé et la santé mentale



Échelle de notation

Bien : L'évaluation/documentation dans la section A, l'examen de l'état mental (EEM) et dans la section B, le rapport sur la santé mentale (RSM), est complète et axée sur le client, et répond aux besoins du détenu.

Adéquat : L'évaluation/la documentation ne comporte pas d'éléments, mais reste centrée sur le client, en répondant aux besoins du détenu, soit dans la section B du RSM, soit dans les notes d'avancement de la "visite quotidienne".

Médiocre : l'évaluation/documentation n'est pas complète et n'est pas axée sur le client ; aucune mention des besoins du détenu. La section A (EMS) et/ou B (RSM) en combinaison avec les notes de la "visite quotidienne" n'ont pas été complétées, ou des informations inadéquates ont été fournies (les informations fournies étaient axées sur la documentation et peu centrées sur le client).

Résumé :

- Bien que la majorité des dossiers ne soient pas entièrement conformes aux directives, ils restent centrés sur le client dans la majorité des cas.
- Dans les cas où les dossiers ne sont pas conformes aux lignes directrices, cela est dû à des informations manquantes ou incomplètes dans la section B, y compris l'évaluation du bien-être et l'examen des dossiers.
- Dans les cas où le délinquant refuse l'évaluation, il arrive souvent que le formulaire MH ou la section A ne soit pas rempli dans son intégralité.

B. Refus

Nous avons examiné 5 notes de visites quotidiennes consécutives

| Décembre 2019: | Janvier 2020: |
|---|--|
| 12/107 cas (11%) ont refusé une ou plusieurs des évaluations quotidiennes de l'USI. | 17/32 (53,1 %) ont refusé une ou plusieurs des évaluations quotidiennes de l'USI |
| - 7/12 cas (58%) ont également refusé leur évaluation de santé du 1er jour ou leur évaluation de 14 jours | - 9/17 (52,9 %) ont également refusé de se soumettre à l'évaluation de leur état de santé le premier jour |
| - 4/12 cas (33%) ont cité l'heure de la journée/le début de la matinée comme motif/plainte | - La plupart de ces détenus n'avaient pas encore passé 14 jours dans une unité spéciale de détention au moment où l'examen a été achevé. |
| | - Le moment de la journée n'a pas été mentionné comme un problème ; la plupart des visites semblent avoir été effectuées en début d'après-midi |

C. Entrées en double/chevauchement pour les visites quotidiennes

Nous avons examiné 5 notes de visite quotidiennes consécutives pour 30 délinquants en décembre et 24 délinquants en janvier, en nous concentrant sur l'évaluation subjective et objective des besoins du délinquant.

- Les trois quarts des cas de décembre et de janvier comportaient au moins deux notes répétitives.
 - Il y avait des notes subjectives légèrement plus répétitives (c'est-à-dire des notes sur les symptômes signalés par le délinquant), car 55 % (75/136 en décembre et 50/90 en janvier) des notes répétitives étaient la partie "S" de la note SOAP.
 - Les notes répétitives impliquaient généralement que le même personnel écrivait la note, bien qu'il y ait eu aussi des cas où la répétition se faisait à travers le personnel (c'est-à-dire suggérant l'utilisation de modèles de notes).

Activités de suivi

- Se concentrer sur l'amélioration de la documentation des visites quotidiennes, en mettant particulièrement l'accent sur la consignation unique au dossier et en assurant la continuité par rapport aux notes et évaluations antérieures (par exemple, en surveillant les symptômes de la dernière évaluation et en documentant les changements)
- Clarifier la documentation de la partie "A" (évaluation) de la note SOAP.
- Continuer à améliorer la documentation des refus (par exemple, la documentation basée sur une brève interaction, l'examen des dossiers et les consultations)