



Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19

GUIDE PRATIQUE NATIONAL

VERSION 1 - GUIDE PRATIQUE



CRISM-ICRAS

Canadian Research Initiative
in Substance Misuse

Initiative Canadienne de
Recherche en Abus de Substance



CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research
Instituts de recherche en santé du Canada

Citation

Pour citer ce document :

Hyshka, K., Dong, K., Meador, K., Speed, K., Abele, B., LeBlanc, S., McFarlane, A., McNeil, R., Salokangas, E., Schoen, E., & Wild, T.C. *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19*. Edmonton, Alberta: Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances; 17 mai, 2020. 90 p. Version 1.

Version 1, 17 mai, 2020

This publication is available in English: <https://crism.ca/projects/covid/>

Reconnaissance du territoire

Nous tenons à reconnaître respectueusement que le travail visant à compléter ce guide pratique rapide a été effectué sur le territoire du Traité n°6, un lieu de rassemblement traditionnel pour divers peuples autochtones, notamment les Cris, les Pieds-Noirs, les Métis, les Sioux Nakota, les Iroquois, les Dénés, les Ojibways/Saulteaux/Anishinaabe, les Inuits et bien d'autres.

Présentation de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances

Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM) est un consortium national de recherche sur les troubles liés à l'usage de substances composé de quatre équipes régionales interdisciplinaires : les pôles de la Colombie-Britannique, des Prairies, de l'Ontario et de Québec-Atlantique. Chaque pôle regroupe des chercheurs, scientifiques, prestataires de soins et services, décideurs et acteurs politiques, des leaders communautaires et personnes ayant du vécu avec les troubles liés à l'usage de substances psychoactives. L'ICRAS-CRISM a pour mandat de traduire les données probantes de grande qualité en pratique clinique, services de santé et politiques de santé. Vous trouverez plus d'informations sur l'ICRAS-CRISM à l'adresse suivante : <https://crism.ca>.

À propos du présent document

Le présent document fait partie d'une série de guides pratiques développés par l'ICRAS-CRISM à la demande du Gouvernement du Canada. Six courts documents ont ainsi été produits pour répondre aux besoins urgents des personnes utilisatrices de drogues, des prestataires de soins et services et des décideurs dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. L'urgence de la situation commandait l'élaboration et la diffusion rapide de ces guides pratiques. Dans ce contexte et compte tenu de l'évolution constante des connaissances sur la COVID-19, l'ICRAS-CRISM n'a pu mener une recension exhaustive des écrits pertinents. Nous avons toutefois cité les données probantes lorsque celles-ci étaient disponibles pour appuyer les avis d'experts.

Les recommandations énoncées dans le présent document sont susceptibles d'évoluer avec l'émergence de nouveaux éléments d'information. Il est important de savoir que notre intention est de fournir une orientation générale plutôt qu'une procédure et des conseils logistiques précis. Nous conseillons aux lecteurs de se tourner vers les autorités médicales et régionales de santé publique pour les éclairer, au besoin, sur leur environnement réglementaire et leur politique sanitaire particulière.

Voici les thématiques des guides pratiques de l'ICRAS-CRISM pendant la pandémie de la COVID-19 :

- Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil (le présent document)
- Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives
- Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques
- Centres et services de réadaptation
- Soins intensifs
- Stratégies d'auto-confinement pour personnes consommatrices de drogues

Chaque document a été réalisé par un comité de rédaction régional de l'ICRAS-CRISM à partir des connaissances d'experts, des données scientifiques disponibles et d'une étude de la documentation pertinente des autorités de santé publique. Les documents préliminaires produits par chaque comité de rédaction ont été révisés par des groupes de révision de contenu pancanadiens et par des experts cliniques. Des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances ont participé à la production des guides pratiques de l'ICRAS-CRISM, soit comme membres du comité de rédaction ou comme membres du comité de révision. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont octroyé une subvention directe de fonctionnement à l'ICRAS-CRISM pour ces travaux.

Avertissement aux prestataires de soins de santé

Les recommandations contenues dans ce guide représentent l'avis des membres du comité de révision. Cet avis est fondé sur l'examen attentif des faits scientifiques de même que sur la révision externe par des pairs. La mise en pratique du présent guide ne libère aucunement les prestataires prodiguant des soins de leur responsabilité à prendre les bonnes décisions en fonction des besoins, des préférences et des valeurs du patient, en consultation avec ce dernier, son tuteur ou les membres de sa famille et, le cas échéant, les experts externes (p. ex. conseillers experts). Il est attendu des professionnels de la santé qu'ils fassent preuve de jugement clinique et tiennent pleinement compte du présent guide pratique en supervisant la consommation de drogues et en traitant leurs patients tout en respectant les valeurs et les principes fondamentaux de leur code de déontologie. Aucune partie de ce guide pratique ne doit être interprétée d'une manière contradictoire aux devoirs professionnels.

Précisions légales et juridiques

Bien que les personnes et les groupes ayant participé à la rédaction du présent guide pratique ont fait de leur possible pour que les renseignements qu'il contient soient exacts, sachez que les

renseignements sont présentés « tels quels » et que les IRSC et l'ICRAS-CRISM n'avancent aucune garantie, explicite ou implicite, quant à l'exactitude des renseignements ou à leur pertinence dans un cas particulier. Dans la mesure du possible, en vertu des lois en vigueur, les IRSC et l'ICRAS-CRISM réfutent toute garantie expresse, implicite ou réglementaire (y compris, mais sans s'y limiter, toutes garanties de titre ou d'absence de contrefaçon) et ils n'y seront nullement liés. Notre objectif est de fournir des indications générales sur la création d'un service de consommation supervisée et l'accès au traitement de la toxicomanie. Ce guide pratique ne peut remplacer l'avis ni le discernement professionnel d'un prestataire de soins de santé et n'a pas pour ambition de devenir l'unique référence pour la prise en charge d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux représentants des patients demandant conseil sur des problèmes de santé ou autre. Si vous avez besoin d'un avis médical, veuillez communiquer avec un professionnel des soins de santé de votre région.

Auteurs et autres participants

*Membres du comité de rédaction du présent guide pratique national de l'ICRAS-CRISM**

Elaine Hyshka, PhD; Professeure Adjointe, École de Santé Publique, University of Alberta; Directrice Scientifique, Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

Kathryn Dong, MD, MSc, FRCP(C), DABAM; Directrice Médicale, Inner City Health and Wellness Program and Addiction Recovery and Community Health (ARCH) Team, Royal Alexandra Hospital; Professeure Clinique, Département de Médecine d'urgence, University of Alberta

Karine Meador, MD, CCFP(AM); Directrice Adjointe, Inner City Health and Wellness Program and Addiction Recovery and Community Health (ARCH) Team, Royal Alexandra Hospital; Professeure Clinique Adjointe, Département de médecine familiale, University of Alberta

Kelsey Speed, BSc, MSc; Coordinatrice de recherche, École de Santé publique, University of Alberta and Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

Brandi Abele; Addictions Counsellor Diploma, Experte en expérience vécue; Membre du Conseil d'administration de la Canadian Association of People who Use Drugs (CAPUD)

Sean LeBlanc; Expert en expérience vécue; Président, Drug Users Advocacy League; Membre du Conseil d'administration de la Canadian Association of People who Use Drugs (CAPUD)

Alexandra McFarlane, MD, FRCP(C); Chargée d'enseignement clinique, University of Alberta, Division des maladies infectieuses; Consultante en prévention et contrôle des infections, Alberta Health Services

Ryan McNeil, PhD; Professeur Adjoint, Médecine Générale Interne, École de Médecine de Yale; Directeur de la recherche sur la réduction des méfaits, Program in Addiction Medicine

Essi Salokangas, RPh BSc Pharm APA; Pharmacien clinicien, Addiction Recovery and Community Health (ARCH Team), Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

Erica Schoen, RN, BScN; Directeur, Services de consommation supervisée, Boyle Street Community Services; Thérapeute en santé mentale, Alberta Health Services

T. Cameron Wild, PhD; Chercheur principal désigné, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle des Prairies; Professeur, École de santé publique, Edmonton Clinic Health Academy, University of Alberta

* REMARQUE : Les membres du comité de rédaction se sont impliqués à titre personnel dans l'élaboration des guides pratiques, et non comme représentants de leurs institutions respectives.

Réviseurs externes*

Evan Wood, MD, PhD, FRCPC (Chaire); Chercheur principal désigné, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Colombie-Britannique; Professeur de médecine, University of British Columbia, et British Columbia Centre on Substance Use, Chaire de recherche du Canada sur la médecine urbaine

Julie Bruneau, MD, MSc; Chercheuse principale désignée, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Québec-Atlantique; Chaire de recherche du Canada en médecine des toxicomanies ; Professeure, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Jürgen Rehm, PhD; Chercheur principal désigné, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Ontario; Chercheur sénior, Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); Professeur, Dalla Lana School of Public Health et le Département de psychiatrie, University of Toronto

Amy Woroniuk, RN, BN, MN; Directrice Provinciale, Réduction des méfaits, Alberta Health Services

Bernie Pauly, RN, PhD; Professeure, School of Nursing, University of Victoria; Chercheuse, Canadian Institute for Substance Use Research (CISUR)

Carol Strike, PhD; Professeure, Responsable de division, Social and Behavioural Health Science, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; Chercheuse, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital

Cécile Kazatchkine; Analyste Principale des politiques, Réseau juridique canadien VIH/sida

Kate Colizza, BSc, MD, FRCPC, ISAM; Chargée d'enseignement clinique, École de Médecine Cumming, University of Calgary; Directrice Médicale Adjointe, Addiction Recovery and Community Health (ARCH), Peter Lougheed Centre

Marie-Ève Goyer, MD, MSc, CCMF(MT); Professeur Clinique Adjointe, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal; Médecin et Cheffe de service, Itinérance/addiction, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Marilou Gagnon, RN, PhD; Professeure Adjointe, School of Nursing, University of Victoria; Chercheuse, Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria

Mary Clare Kennedy, PhD; Boursière Postdoctorale, British Columbia Centre on Substance Use and Département of Médecine, University of British Columbia

Melody Cordoviz, BSc, RN, BScN, CIC; Coordonnatrice Principale de la pratique clinique en contrôle et prévention des infections, Alberta Health Services, Edmonton Zone

Patrick McDougall, BA, MPA; Directeur de l'évaluation et de la traduction des connaissances, Dr. Peter AIDS Foundation (Dr. Peter Centre)

Parabhdeep Lail, BSc (Hons), MD, FRCPC; Chargé d'enseignement clinique, Département of Médecine, University of Calgary; Directeur Médical, Addiction Recovery and Community Health (ARCH), Peter Lougheed Hospital

Shanell Twan; Superviseure d'équipe principale, Streetworks; Animatrice de AS IT IS, Alberta Addicts Who Educate and Advocate Responsibly (AAWEAR); Représentante de l'Alberta pour la Canadian Association of People who Use Drugs (CAPUD) Board; Liaison avec la communauté, Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

Thomas D. Brothers, MD, CISAM; Médecin Résident, Département of Médecine, Dalhousie University

* REMARQUE : Les réviseurs externes se sont impliqués à titre personnel dans l'élaboration des guides pratiques, et non comme représentants de leurs institutions respectives.

Conflits d'intérêts

Conformément aux principes de divulgation et de gestion des conflits d'intérêts du *Guidelines International Network*^a, on a demandé aux membres du comité de rédaction et aux réviseurs externes de divulguer toutes les sources de financement ainsi que toutes les sommes perçues à titre de rémunération directe et indirecte (soutien à la recherche) provenant de l'industrie, d'entreprises à but lucratif et d'autres entités, qui pourraient potentiellement introduire un risque de biais réel ou perçu. Par ailleurs, les membres du comité de rédaction et les réviseurs externes devaient déclarer les sources indirectes de biais, comme les promotions dans les universités, les revenus cliniques ainsi que la réputation professionnelle ou publique, susceptibles d'avoir une incidence sur l'interprétation des données probantes et sur la formulation des recommandations.

Sur les 27 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, 14 ont déclaré des conflits d'intérêts directs potentiels. Sur les 14, un seul (un réviseur externe) a fourni des services de consultation rémunérés à des entreprises privées dont Merck, Abbott, ViiV, Rickett-Benkiser, Gilead, BMS et Indivior. Aucun membre du comité de rédaction ni réviseur externe n'avait d'intérêts commerciaux. Lors de l'évaluation des conflits d'intérêts divulgués, aucun n'a été jugé comme suffisamment pertinent pour justifier l'exclusion du comité de rédaction du guide pratique.

La majorité (22 sur 27, 81 %) des membres du comité de rédaction et réviseurs externes ont divulgué des sources indirectes de biais potentielles (p. ex. spécialisation en médecine des toxicomanies, membre d'un conseil consultatif ou d'un comité, participation à des programmes de sites de consommation supervisée, programmes provinciaux de traitement de la toxicomanie, élaboration de lignes directrices antérieures, sujets de recherche). De ce nombre, 11 ont exprimé publiquement leur appui aux sites de consommation supervisée. Pour réduire le risque de biais tout en mettant à profit les compétences des membres dans leur champ d'expertise respectif, on a rappelé aux membres du comité de rédaction et aux réviseurs externes de tenir compte de tout facteur influent ou de toute source de biais pendant le processus d'évaluation. Les auteurs et les réviseurs qui avaient déclaré des sources potentielles de conflits d'intérêts indirects ont révisé les sections liées à leur champ d'expertise de même que le contenu global du guide pratique. Un large éventail de spécialisations cliniques et universitaires étaient ainsi adéquatement représentées.

Remerciements

Le comité de rédaction tient à souligner le travail de recherche, de rédaction et de révision des personnes suivantes : Hannah Brooks, Savannah Weber et Nicole Gehring. Le comité souhaite également souligner l'aide des chargées de projets et de recherche des pôles de l'ICRAS-CRISM :

a Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med.* 2015;163(7):548-553.

Denise Adams (Prairies), Farihah Ali (Ontario), Nirupa Goel (Colombie-Britannique) et Aïssata Sako (Québec-Atlantique).

Le présent travail a pu être réalisé en partie grâce au financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), **Subvention de fonctionnement : Démarches urgentes en vue de directives de l'ICRAS dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.**

TABLE DE MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	12
1.0 PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE NATIONAL	13
2.0 OBJECTIF ET PORTÉE	15
2.1 Élaboration	17
2.2 Public cible.....	18
2.3 Principes directeurs	18
2.4 Contexte	20
3.0 MISE EN PLACE DE SITES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE TEMPORAIRES EN RÉPONSE À LA COVID-19	23
3.1 Demande d'exemption pour un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique	23
3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19	26
3.3 Supervision de la consommation en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19	29
3.3.1 Dépistage de la COVID-19 chez les employés des sites de consommation supervisée.....	29
3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée	30
Tableau 1. EPI à utiliser dans les milieux communautaires (milieux non médicaux) selon les facteurs de risque du participant et les risques liés à la tâche ¹	32
3.3.4 Surveillance de la consommation et prestation des soins dans un site de consommation supervisée	33
3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée.....	41
3.3.6 Exposition du personnel à la COVID-19	43
3.4 Déclaration et évaluation	44
4.0 TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE ET PHARMACOTHÉRAPIE EN CENTRE D'ACCUEIL	46
4.1 Augmentation du risque d'événements indésirables chez les personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance pendant la pandémie de la COVID-19.....	46
4.1.1 Survol du traitement des TLUS et stratégies de gestion des risques	

pour soutenir les personnes utilisatrices de substances en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19.....	47
4.1.2 Évaluation	48
4.2 Accès au traitement des troubles liés à l'usage de substances	49
4.2.1 Traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes	50
4.2.2 Traitement du trouble lié à l'usage de stimulants.....	51
4.2.3 Traitement du trouble lié à l'usage de benzodiazépines	51
4.2.4 Traitement du trouble lié à l'usage de l'alcool	52
4.2.5 Traitement du trouble lié à l'usage du tabac	52
4.2.6 Traitement du trouble lié à l'usage du cannabis	53
4.3 Stratégies de gestion des risques pour réduire les méfaits associés à la consommation continue de drogues et d'alcool	53
4.3.1 Consommation continue d'opioïdes	54
4.3.2 Consommation continue de stimulants	54
4.3.3 Consommation continue de l'alcool	55
4.3.4 Consommation continue du tabac	56
4.3.5 Consommation continue du cannabis.....	57
4.4 Autres aspects à prendre en considération.....	58
4.5 Soutien psychosocial pour les personnes utilisatrices de substances, qui accèdent à un traitement ou qui sont en rétablissement	59
4.6 Continuité des soins après une période de confinement et une fois tout danger écarté lié à la COVID-19	60
4.7 Déclaration et évaluation	61
5.0 AUTRES RÉFÉRENCES ET RESSOURCES	63
ANNEXE 1 FORMULAIRE TYPE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES DU SITE DE CONSOMMATION SUPERVISÉE	64
ANNEXE 2: RESSOURCES EN LIGNE SUR LE TLUS	67
ANNEXE 3: TROUSSE D'OUTILS DE SANTÉ CANADA.....	70
RÉFÉRENCES.....	71

ABRÉVIATIONS

COVID-19 : maladie à coronavirus 2019

EPI : équipement de protection individuelle

ICRAS-CRISM : Initiative canadienne de recherche en abus de substance-Canadian Research Initiative in Substance Misuse

IMGA : intervention médicale générant des aérosols

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

LLU : morphine orale à libération lente unique quotidienne

PGA : programme de gestion de l'alcool

RCR : réanimation cardiorespiratoire

SCS : service de consommation supervisée

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

SPS : service de prévention des surdoses

TAO: traitement par agoniste opioïde

TAOi: Traitement par agoniste opioïde injectable

TLUS : trouble lié à l'usage de substances

TRN : thérapie de remplacement de la nicotine

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1.0 Principes du guide pratique national

- La pandémie de la COVID-19 a accentué les risques déjà posés par l'épidémie de surdoses, mettant en péril la santé et la vie des personnes utilisatrices de substances qui vivent en situation de précarité de logement ou d'itinérance.

- Le présent guide pratique vise à soutenir les organisations qui exploitent des centres d'accueil nouvellement créés ou établis et qui doivent fournir des soins fondés sur des données probantes aux personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19 au Canada.

- L'approche pragmatique adoptée par ces centres d'accueil consiste à reconnaître qu'une certaine consommation de drogues et d'alcool se poursuivra en dépit des interdictions formelles ou informelles et des dispositions pénales.

- Dans l'approche de réduction des méfaits, on s'emploie à modifier les risques associés à des pratiques ou à des conditions non sécuritaires de consommation au lieu de prôner l'abstinence à tout prix. Les résidents reçoivent l'aide nécessaire pour accéder aux soins en fonction de leurs propres besoins et objectifs.

- Les services fournis par les centres d'accueil doivent tenir compte des perspectives des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation, en situation de précarité de logement ou d'itinérance.

- Intégrer les services de consommation supervisée de drogues illicites dans les centres d'hébergement est faisable, et a le potentiel de réduire les surdoses mortelles et d'autres risques de santé.

- Différents modèles de services de consommation supervisée peuvent être mis en pratique durant la pandémie de la COVID-19 en appliquant les consignes de prévention et de contrôle des infections, et en utilisant l'équipement de protection individuel (EPI).

- Les services de consommation supervisée doivent vérifier régulièrement leurs procédures en matière de prévention et de contrôle des infections et du port de l'EPI afin d'être toujours conformes aux récentes normes et directives des autorités sanitaires.

- Les centres d'accueil doivent faciliter l'accès aux prestataires capables d'intervenir en traitement des troubles liés à l'usage de substances (TLUS), dans les programmes de désintoxication et de gestion du sevrage ainsi que dans la réduction des risques de consommation.
-
- Divers traitements de première et deuxième lignes pour les TLUS sont disponibles pour les résidents des centres d'accueil qui veulent cesser de consommer.
-
- Ce ne sont pas tous les résidents qui accepteront des traitements de TLUS fondés sur des données probantes ou qui seront stabilisés par ces traitements. Pour les cas réfractaires, les professionnels de la santé devraient envisager de proposer l'accès à des médicaments de remplacement pour la gestion du sevrage et de l'état de manque, et pour atténuer les conséquences néfastes liées à l'approvisionnement continu et à l'usage de substances provenant du marché noir.
-
- Les programmes de gestion de la consommation d'alcool pourraient aider les résidents des centres d'accueil fragilisés en temps de pandémie par leurs habitudes de consommation d'alcool et représentent une option prometteuse.
-
- Il y a plusieurs avenues possibles pour les résidents des centres d'accueil afin qu'ils puissent recevoir leurs médicaments prescrits : distribution pluri-journalière, livraison par la pharmacie, services en pharmacie, etc.
-
- Les interventions psychosociales et de soutien devraient être offertes seules ou être jumelées avec la pharmacothérapie ou la gestion de la consommation d'alcool, et ce, de manière systématique.
-
- Tout résident recevant un traitement pour un TLUS, une pharmacothérapie de remplacement, et/ou une intervention de gestion de la consommation d'alcool devrait recevoir du soutien après son départ du centre d'accueil.

2.0 Objectif et portée

Le 11 mars 2020, devant la gravité et la propagation rapide à l'échelle mondiale de la COVID-19, une infection causée par un nouveau coronavirus, l'Organisation mondiale de la Santé déclarait l'état de pandémie. Les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement sont frappées de plein fouet par la COVID-19¹. Au Canada, l'itinérance est définie dans les termes suivants : « conditions de vie d'une personne ou d'une famille n'ayant pas de logement stable, permanent, approprié, ni la possibilité, les moyens et la capacité d'en obtenir un »² et englobe les personnes qui sont sans abri et celles qui vivent dans des conditions inadéquates. Les personnes en situation d'itinérance vivent souvent dans la promiscuité et n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour se protéger du virus, comme l'espace suffisant pour maintenir une distanciation physique et l'accès à des dispositifs sanitaires, ce qui les rend plus vulnérables aux infections³. À défaut d'avoir un toit et de pouvoir effectuer les gestes barrières recommandés, les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement doivent souvent fréquenter des lieux publics pour avoir accès aux services essentiels (p. ex. services d'accueil, ressources gouvernementales, pharmacies), utilisent le transport collectif, parcourent de longues distances à pied, ont des démêlés avec la justice et sont incarcérés : autant de facteurs qui favorisent l'exposition à la COVID-19.

L'absence d'un logement stable et sécuritaire augmente le risque de développer une multitude de problèmes de santé, auxquels il faut maintenant ajouter la COVID-19. Comparativement à la population générale, les populations en situation d'itinérance ou de précarité de logement sont davantage sujettes aux maladies chroniques et autres comorbidités (p. ex. problèmes respiratoires et déficit immunitaire) et sont donc particulièrement exposées aux complications graves associées à la COVID-19⁴. Dans bien des cas, le mot d'ordre dans les efforts de lutte contre la pandémie semble être d'héberger rapidement les personnes sans-abri soit en mettant sur pied de nouveaux centres d'accueil soit en réaménageant les centres d'accueil existants. Or, avant toute chose, ne devrait-on pas être attentif à la santé, à la sécurité et aux droits de cette frange de la population et l'aider à prendre en charge ses problèmes de santé sous-jacents lorsque cela est possible?

Les personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance ou de précarité de logement représentent une sous-population à haut risque. Celles qui s'approvisionnent sur le marché noir, une source de substances hautement toxiques, sont particulièrement exposées au risque de morbidité et de mortalité associé à une surdose et à d'autres effets délétères sur la santé (cellulite, endocardite, infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] ou par le virus de l'hépatite C [VHC], etc.). Les restrictions de déplacements et la fermeture des frontières liées à la COVID-19 perturbent le trafic de drogues illégales⁵. Si on ne mesure pas encore tout à fait les conséquences sanitaires de cette situation, il se peut fort bien que le risque de sevrage ou d'autres complications associées augmente⁵. Les utilisateurs pourraient être amenés à se rabattre sur des substances plus dangereuses

ou à adopter des comportements plus risqués en choisissant des voies d'administration plus rapides. Plusieurs provinces canadiennes rapportent une augmentation des surdoses depuis l'écllosion de la COVID-19. Conséquence des perturbations du marché de drogues illicites ? Effet collatéral de la distanciation physique et du confinement ? Stress et anxiété incontrôlable ou d'autres facteurs sous-jacents ? On cherche encore des explications⁶⁻¹⁰. L'accès plus limité à l'alcool peut aussi entraîner des complications médicales graves chez les personnes ayant une consommation d'alcool à haut risque et un trouble de l'usage de l'alcool : syndrome de sevrage de l'alcool, crises convulsives et risque accru de conséquences graves ou de décès.

Le présent guide pratique vise à soutenir les organisations qui exploitent des centres d'accueil nouvellement créés ou établis et qui doivent fournir des soins fondés sur des données probantes aux personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19 au Canada. Les stratégies proposées visent à réduire le risque de décès par surdose, de sevrage, d'infections transmissibles par le sang et d'autres risques pour la santé tout en aidant les utilisateurs à respecter les consignes de distanciation physique et de confinement pour prévenir la transmission de la COVID-19. Par **centre d'accueil**, on entend les centres existants de jour et de nuit pour sans-abris de même que les nouvelles ressources d'hébergement temporaires créées pour soutenir les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement pendant la pandémie de la COVID-19. Le présent document pourrait donc être utile pour les centres d'accueil offrant des services d'hébergement individuels ou partagés (p. ex. chambres d'hôtel, chambres semi-privées) et un soutien médical variable.

Notre intention est de répondre aux besoins de deux sous-populations distinctes d'usagers séjournant dans les centres d'accueil : [1] les personnes asymptomatiques qui ont accès aux services, ne sont pas visées par une directive de confinement, ni ne passent d'examen en lien avec la COVID-19; et [2] les personnes en confinement après un résultat positif au dépistage de la COVID-19, qui ont fort probablement été exposées à un contact infecté par la COVID-19 ou qui sont suivies pour un motif apparenté. Voici en détail les thématiques abordées :

- Résumé de la situation critique vécue par les personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance ou de précarité de logement pendant la pandémie de la COVID-19.
- Recommandations pour obtenir une exemption légale afin de mettre en place et d'offrir un service temporaire de consommation supervisée (aussi appelé « site pour les besoins urgents en matière de santé publique »¹¹).
- Recommandations pour faciliter l'accès aux traitements traditionnels de première et deuxième lignes pour les troubles liés à l'usage de substances (TLUS) et à plusieurs options de services de réadaptation.

- Proposition de stratégies de gestion des risques, telles que la pharmacothérapie de remplacement ou les programmes de gestion de la consommation d'alcool afin de soutenir les personnes ayant des TLUS dans les hébergements d'urgence, lorsque les traitements traditionnels ne sont ni efficaces ni appropriés.
- Conseils pratiques pour surveiller et évaluer la prestation de ces services.

Veillez prendre note que nous n'abordons pas ici la distribution de matériel de réduction des méfaits en dehors du cadre d'un service de consommation supervisée. Pour un complément d'information sur les meilleures pratiques de distribution de matériel, veuillez consulter les ressources suivantes :

- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 1](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada¹².
- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 2](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada¹³.

2.1 ÉLABORATION

Le guide pratique sur le soutien à apporter aux personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil a été élaboré dans l'urgence dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Les membres du comité de révision ont réalisé le présent document à partir des connaissances d'experts, des données scientifiques et d'une étude de la documentation des autorités de santé publique et d'autres organisations pertinentes.

L'urgence de la situation commandait l'élaboration et la diffusion rapide de ce guide pratique. Vu les contraintes de temps et l'évolution constante des connaissances sur la COVID-19, nous n'avons pu mener une recension exhaustive des écrits pertinents. Lorsqu'elles étaient disponibles, nous avons toutefois cité les recherches scientifiques pour appuyer les avis d'experts. Les recommandations énoncées dans le présent document sont susceptibles d'évoluer avec l'émergence de nouveaux éléments d'information.

Il est important de savoir que notre intention est de fournir une orientation *générale* pour soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil au Canada et non pas de donner des instructions détaillées sur la mise en œuvre de services de consommation supervisée ou la

prescription d'une pharmacothérapie. Les processus et les règlements sur la mise en œuvre de tels services peuvent varier selon les localités, les régions, les provinces ou territoires. Nous conseillons aux lecteurs de se tourner vers les autorités médicales régionales de santé publique pour les éclairer sur leur environnement réglementaire et leur politique sanitaire particulière.

Précisons par ailleurs que certaines organisations externes ont produit des ressources pertinentes sur le soutien à apporter aux personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil. Dans la mesure du possible, nous avons ajouté des liens vers des documents externes ou des sites internet pouvant être utiles pour le lecteur. Au moment de la publication, tous les liens étaient actifs.

2.2 PUBLIC CIBLE

Ce guide pratique s'adresse à la fois au personnel clinique et au personnel non clinique qui organise et fournit des soins aux personnes fréquentant des centres d'accueil de jour ou de nuit ou un centre d'isolement pendant la pandémie de la COVID-19. Ce guide pratique peut aussi présenter un intérêt pour les décideurs, les autorités de santé publique, les groupes représentant les personnes utilisatrices de drogues et les personnes en rétablissement, les personnes qui défendent les intérêts de cette clientèle et tout autre intervenant qui travaille à prévenir la propagation de la COVID-19 et à protéger la santé et le mieux-être des personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement.

2.3 PRINCIPES DIRECTEURS

Le principe de réduction des méfaits sous-tend le présent document. Nous tenions aussi à ce que les personnes ayant eu ou ayant encore une consommation participent au développement et à la gestion des services destinés aux personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance ou de précarité de logement.

La **réduction des méfaits** est un terme général qui désigne l'ensemble des politiques et pratiques visant à réduire les risques associés à la consommation de substances sans imposer l'abstinence ni même une réduction de la consommation. La trajectoire de consommation peut suivre une pente ascendante ou descendante et les utilisateurs devraient recevoir des soins respectueux qui favorisent leur autonomie et leur dignité, quelle que soit la trajectoire empruntée. Dans l'approche de réduction des méfaits, on choisit d'agir sur les risques associés à des pratiques ou à des contextes de consommation non sécuritaires plutôt que de miser sur l'abstinence^{14,15}; avec un accompagnement, les utilisateurs ont accès à des services sanitaires et sociaux (p. ex. soins médicaux, traitement des TLUS, consultation, logement, aide financière) selon les besoins et les objectifs qu'ils ont eux-mêmes

déterminés. Les centres d'accueil ou toute organisation adoptant les interventions décrites dans le présent document devraient soutenir et communiquer efficacement les politiques claires de réduction des méfaits qui intègrent les principes fondamentaux reconnus à l'échelle internationale^{16,17}. Tout le personnel devrait recevoir une formation et un enseignement sur la réduction des méfaits comprenant un tour d'horizon des principes et des valeurs à la base de cette approche et avoir la possibilité de se pencher sur le contexte social, légal et politique de la toxicomanie. Au moment de l'embauche, on devrait rechercher des candidats dont les valeurs concordent avec la philosophie de réduction des méfaits. Ces conditions sont essentielles pour créer une culture de réduction des méfaits^{18,19}.

La **participation des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances** et en situation d'itinérance ou de précarité de logement est essentielle pour concevoir et fournir des services qui donnent les résultats escomptés et qui répondent aux besoins de la population cible. Même si, dans le contexte de la pandémie, il peut être difficile de mobiliser ces personnes, la direction du centre doit dans la mesure du possible appliquer le principe « Rien à notre sujet sans nous ». Les groupes régionaux ou nationaux qui défendent les intérêts des utilisateurs peuvent souvent faciliter le contact avec les personnes de leur communauté qui consomment des substances. Lorsqu'on consulte ou qu'on embauche des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique, il est important de les rémunérer de façon équitable pour leur expertise et leur travail²⁰. Les ressources suivantes apportent un complément d'information sur la mobilisation des personnes ayant un savoir expérientiel de la consommation :

- [Having a Voice and Saving Lives](#); CRISM People with Lived Expertise of Drug Use (PWLE) National Working Group²¹
- [Engaging People who use Drugs in Policy and Program Development: A Review of the Literature](#); Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy²²
- [« Rien à notre sujet sans nous » - L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains](#); Réseau juridique canadien VIH/sida²³
- [Peer Worker Involvement in Low-Threshold Supervised Consumption Facilities in the Context of an Overdose Epidemic in Vancouver, Canada](#); Social Science & Medicine²⁴
- [Pairologie](#); Société canadienne du sida²⁰

2.4 CONTEXTE

Le problème de l'itinérance au Canada prend des proportions alarmantes. Quelques 35 000 personnes se sont retrouvées sans abri chaque nuit en 2016²⁵ et ce nombre a probablement augmenté depuis. Les personnes en situation d'itinérance sont nombreuses à présenter un trouble lié à l'usage de substances (TLUS). Les études canadiennes sur le sujet ont jusqu'ici été menées à une échelle relativement petite. D'après ces données fragmentaires, jusqu'à 82 % des personnes en situation d'itinérance répondent aux critères diagnostiques de TLUS²⁶, défini comme un trouble lié à l'usage de drogues ou de l'alcool. D'autres études révèlent une prévalence plus faible, mais dans toutes les études, la prévalence dépasse de loin celle observée dans la population générale^{27,28}. Avec l'itinérance croissante en toile de fond, le Canada connaît aussi une crise des surdoses.

Les décès par surdose sont en progression au Canada depuis les années 1990²⁹, et la contamination répandue des drogues obtenues illégalement contribue à intensifier la crise³⁰. Le taux de mortalité par surdose liée aux opioïdes s'élevait à 12,4 par 100 000 habitants en 2018^{31,32}. Selon les données les plus récentes à l'échelle nationale, le taux de prévalence a reculé dans les 9 premiers mois de 2019, pour s'établir à 10,3 par 100 000 habitants³². Des rapports récents provenant de plusieurs provinces/territoires canadiens laissent toutefois entrevoir une hausse des décès par surdose pendant la pandémie⁶⁻¹⁰. L'épidémie actuelle de surdoses exige des interventions costaudes en santé publique et en traitement de la dépendance.

L'écllosion de la COVID-19 a été qualifiée de pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la Santé le 11 mars 2020³³. Cette infection virale se manifeste le plus souvent par de la fièvre et de la toux³⁴. Dans les cas plus graves, une sepsie, une insuffisance respiratoire et une insuffisance cardiaque peuvent survenir³⁴. La COVID-19 se propagerait essentiellement par les gouttelettes produites lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue, à la suite d'un contact personnel prolongé ou après un contact avec une surface contaminée^{35,36}. À l'échelle mondiale, on recense plus de 4 millions de cas confirmés et plus de 295 000 décès³⁷, et ces chiffres sont probablement en deçà de la réalité. Au Canada, en date du 13 mai 2020, on comptait 72 278 cas confirmés et 5 304 décès³⁸.

La pandémie de la COVID-19 amplifie les risques déjà posés par l'épidémie de surdose : une coïncidence malheureuse qui met en danger les personnes utilisatrices de substances qui vivent en situation d'itinérance ou de précarité de logement. Les règles de distanciation physique et de confinement aggravent le risque de décès par surdose, car elles amènent plus de personnes à consommer seules, limitant la présence de témoins pouvant intervenir en cas de surdose. Et même si une surdose se produit dans un lieu public, les manœuvres de RCR ou toute autre intervention pourraient provoquer la transmission de la COVID-19 si l'équipement de protection individuel (EPI) approprié est absent. Par ailleurs, dans les centres d'accueil où on pourrait être à court d'EPI, le personnel est moins en mesure d'intervenir efficacement sans risquer d'être exposé à la COVID-19 ou de la transmettre s'il est déjà infecté. Si l'on attend l'arrivée des secours au lieu de poser les gestes

qui pourraient sauver une vie, comme la respiration artificielle ou les manœuvres de RCR, on expose la personne victime d'une surdose à un risque d'anoxie et de lésion cérébrale. Ces situations peuvent être lourdes de conséquences et pourraient même entraîner le décès de la personne et une détresse morale pour le personnel.

La pandémie de la COVID-19 peut représenter un obstacle de plus avant d'avoir accès aux soins de santé³⁹⁻⁴² et aux services de réduction des méfaits. Les problèmes médicaux sous-jacents souvent présents chez les personnes ayant un TLUS⁴³⁻⁴⁵ peuvent les rendre plus vulnérables à des complications graves voire mortelles, de la COVID-19⁴⁶. La pandémie a également pour effet de perturber les marchés de drogue « en plein air » en raison des interdictions de rassemblement émanant de la santé publique. En conséquence, les utilisateurs qui fréquentent ces marchés doivent parcourir de plus longues distances pour s'approvisionner auprès de vendeurs inconnus et consommer ensuite la drogue dans un nouvel environnement, ce qui augmente le risque d'infection ou de transmission de la COVID-19, de surdose, d'arrestation et d'incarcération, sans parler du risque d'être victimes d'un acte criminel violent. Enfin, les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement pourraient ne pas avoir les ressources de base pour se protéger contre la COVID-19 et poser les gestes barrières appropriés (distanciation physique, confinement et hygiène), ce qui augmente le risque d'infection³⁵.

Des centres d'accueil au Canada ont adapté leur modèle de services en réponse à la pandémie. Bon nombre d'hébergements d'urgence qui accueillent la population itinérante pour la nuit ou qui leur offrent des aires de repos le jour réduisent le nombre de personnes admises à la fois et/ou réaménagent leurs locaux pour respecter les règles de distanciation physique. Certains modifient leurs heures d'ouverture ou déménagent temporairement leurs locaux dans des installations plus grandes afin de réduire le risque de transmission de la COVID-19. Bien des municipalités créent également des unités d'isolement dans des installations existantes ou dans de nouvelles installations (p. ex., centre des congrès ou autre grand établissement) pour permettre aux personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement de s'isoler si elles sont soupçonnées d'avoir été exposées au virus, si elles doivent passer des tests de dépistage ou si elles ont reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19. D'autres encore utilisent des hôtels ou d'autres lieux d'hébergement temporaires pour aider les personnes à respecter les directives de distanciation physique ou de confinement et leur offrent des services de soutien intégrés.

Malgré toutes ces mesures pour réduire le risque de transmission de la COVID-19, nombreux sont les centres d'accueil à avoir de la difficulté à endiguer l'infection^{47,48}. Aux États-Unis, selon des études préliminaires, les taux d'infection se situeraient entre 15 et 66 % dans certains centres d'accueil⁴⁹⁻⁵². La pandémie de la COVID-19 nous rappelle avec force qu'un logement pour tous est un enjeu de santé publique et de droits de la personne. Un logement sécuritaire et stable est la première ligne de défense contre la COVID-19^{53,54}. Certes, les centres d'accueil aident à répondre au besoin immédiat de la santé publique de réduire les risques associés à la COVID-19, mais ils ne représentent qu'une

solution temporaire et inadéquate au processus établi de marginalisation et d'exclusion⁵⁵, et au final contribuent peu à l'avancement du droit humain au logement^{54,56}. Les centres d'accueil sont peut-être des mesures provisoires acceptables, mais ils ne sauraient remplacer les efforts pour garantir à tous un logement sûr et adéquat.

Pour les centres d'accueil qui fournissent des soins aux personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19, une approche pragmatique consiste à reconnaître qu'une certaine consommation de drogues et d'alcool se poursuivra en dépit des interdictions formelles ou informelles et des dispositions pénales^{57,58}. Cela revient à dire que les centres d'accueil ne devraient pas exclure les personnes utilisatrices de substances même si la consommation ou la possession d'alcool ou de drogues sont interdites sur place. Outre le problème de dépendance, les personnes qui consomment des drogues le font pour toutes sortes de raisons : pour se stimuler, pour réduire le stress et l'anxiété, pour soulager la douleur et gérer des problèmes de santé mentale ou par plaisir⁵⁹⁻⁶¹. Pour réduire le risque d'effets indésirables liés aux substances et promouvoir la sécurité des résidents et du personnel, les centres d'accueil devraient intégrer les stratégies et les interventions de réduction des méfaits dans leurs modèles de services.

Les organismes qui offrent un hébergement temporaire ou un refuge pendant la pandémie de la COVID-19 devraient envisager d'intégrer ou de soutenir les stratégies visant à permettre la consommation active de drogues ou d'alcool et travailler ensemble pour aider les personnes utilisatrices de substances à prendre toutes les précautions possibles pour se protéger. Voici quelques pistes prometteuses : [1] intégration de services de consommation supervisée de drogues illégales dans les centres d'accueil; [2] traitement des troubles liés à l'usage de substances et mesures de soutien pertinentes; [3] programme de gestion de la consommation de l'alcool; [4] pharmacothérapie de remplacement pour aider les personnes utilisatrices de substances à réduire le risque de transmission de la COVID-19, de surdose et de sevrage. Une revue systématique de recensions d'écrits illustre le bien-fondé de ces approches⁶². On a constaté que les services de consommation supervisée et les interventions pharmaceutiques (p. ex. buprénorphine, méthadone et injectable diacétylmorphine ou hydromorphone) ont permis de réduire la mortalité et la morbidité et d'améliorer les autres déterminants chez les personnes en situation d'itinérance; par ailleurs, les programmes de gestion de l'alcool ont contribué à réduire ou à stabiliser la consommation d'alcool⁶². Dans certains établissements, l'intégration de ces stratégies s'ajoutait à une culture et à un ensemble de politiques établis liés à la réduction des méfaits. Dans d'autres, il est nécessaire d'élaborer des politiques organisationnelles de réduction des méfaits et de prévoir une formation pour le personnel.

3.0 Mise en place de sites de consommation supervisée temporaires en réponse à la COVID-19

Les sites de consommation supervisée offrent un espace surveillé où les utilisateurs peuvent consommer des drogues illégales sans craindre une intervention policière et sans s'exposer à des sanctions pénales. Un personnel qualifié peut intervenir en cas de surdose ou d'un événement indésirable. Les utilisateurs reçoivent également du matériel de consommation stérile et peuvent généralement recevoir un soutien social et des services de santé. Les sites de consommation supervisée sont associés à des réductions de la mortalité par surdose et à une réduction des risques liés à la consommation de drogues (partage de seringues). De plus, les usagers ont davantage accès aux programmes sociaux et sanitaires ainsi qu'aux services de traitement des dépendances. Rien n'indique que la présence des sites de consommation supervisée contribue à troubler l'ordre public ou à augmenter la criminalité liée aux drogues dans le voisinage^{63,64}.

3.1 DEMANDE D'EXEMPTION POUR UN SITE RÉPONDANT À UN BESOIN URGENT EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

Au Canada, Santé Canada peut accorder une exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour permettre l'implantation de services de consommation supervisée. Le demandeur peut soumettre une proposition pour ouvrir un site de consommation supervisée ou un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique. Selon la définition de Santé Canada, un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique est un espace où les personnes utilisatrices de substances illégales peuvent consommer et recevoir de l'aide en cas de surdose (on parle aussi de service de prévention des surdoses [SPS]; par souci de clarté, c'est ce dernier terme que nous utiliserons dans le reste du document). À la différence des sites de consommation supervisée, les SPS sont des sites temporaires à bas seuil d'accessibilité. Le personnel du site surveille les participants avant, pendant et après la consommation de drogues. Il se tient prêt à administrer de la naloxone ou à effectuer des manœuvres de réanimation au besoin. Comparativement aux sites de consommation supervisée qui ne sont autorisés qu'au bout d'un long processus (peut-être même après des changements de réglementation ou de politiques à l'échelle provinciale ou territoriale),

les SPS peuvent être mis sur pied rapidement en réponse à un besoin urgent de santé publique, par exemple lorsqu'il faut créer des espaces de consommation dans un hébergement d'urgence ou dans un refuge temporaire dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Les SPS sont des interventions ciblées, à court terme. Dans le contexte de la pandémie actuelle, les utilisateurs de substances mettent leur santé en jeu, d'une part en raison du risque de mortalité lié aux surdoses d'opioïdes et aux dangers inhérents à la consommation de substances illégales et d'autre part, en raison de la propagation de la COVID-19. Souvent créés dans l'urgence pour prévenir des pertes de vies humaines, les SPS représentent une version simplifiée des modèles de services offerts par les sites services de consommation supervisée qui, eux, s'inscrivent dans la durée. Alors que beaucoup de sites services de consommation supervisée proposent un large éventail de services sociaux et sanitaires pour les personnes utilisatrices de substances, les SPS sont plus limités dans leur offre de services complémentaires.

Les personnes souhaitant mettre sur pied un SPS ou un site de consommation supervisée doivent demander une exemption en vertu du paragraphe 56(1) ou de l'article 56.1, respectivement, afin de mettre les participants et le personnel à l'abri des poursuites criminelles selon la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Pour demander une exemption en vue d'exploiter légalement un SPS, Santé Canada propose deux options aux demandeurs :

Dans la première option, le demandeur peut s'adresser directement au Ministre de la Santé de sa province ou de son territoire. En avril 2020, Santé Canada a en effet émis, en réponse à la COVID-19, des exemptions temporaires de catégories de personnes pour toutes les provinces et les territoires canadiens : le Ministre de la Santé d'une province ou d'un territoire a ainsi toute latitude pour approuver les demandes de SPS. Le gouvernement provincial/territorial peut déterminer le processus de demande et les critères d'admissibilité pour les futurs exploitants de SPS. Il peut aussi déléguer le pouvoir d'approbation des SPS aux municipalités. L'exemption de catégorie permet au gouvernement d'une province ou d'un territoire d'autoriser le Ministre de la Santé, les autorités sanitaires, les municipalités ou toute autre entité qu'il juge compétente à créer et à administrer en son nom un SPS. Si l'autorisation est accordée à une entité, c'est le gouvernement de la province ou du territoire qui, au final, a la responsabilité de veiller à l'application des modalités de l'exemption de catégorie. Des provinces ou territoires peuvent décider de ne pas se prévaloir de l'exemption de catégorie; d'autres peuvent ou non confier à des entités comme des municipalités la responsabilité d'approuver les demandes de SPS. Pour obtenir un complément d'information ou pour demander l'ouverture d'un SPS en vertu d'une exemption de catégorie, communiquez avec le ministère de la Santé de votre province ou territoire.

Dans la seconde option, les demandeurs d'un SPS peuvent soumettre leur demande directement à Santé Canada. Ils devront d'abord obtenir un formulaire de demande auprès du Bureau des substances contrôlées en écrivant à l'adresse courriel suivante : hc.exemption.sc@canada.ca. Les demandeurs

recevront des instructions sur la façon de remplir le formulaire et le retourneront dûment rempli à la même adresse courriel. Santé Canada traite ces demandes en priorité et, en travaillant étroitement avec le demandeur, et espère fournir une autorisation/réponse dans les 5 jours ouvrables.

Les demandes de SPS soumises au gouvernement fédéral comprennent généralement les renseignements suivants :

- Coordonnées du demandeur;
- Emplacement du site proposé;
- Description des services fournis (p. ex. les voies d'administration qui seront autorisées, les heures d'ouverture, etc.); et
- Explications sur la nécessité d'ouvrir un site (décrire le besoin urgent en matière de santé publique que l'on veut combler).

Santé Canada pourrait demander d'autres renseignements pour évaluer les demandes d'exemption temporaire. En ce qui concerne le financement, Santé Canada a annoncé qu'elle ne financerait pas pour le moment les sites de consommation supervisée ni les SPS. « Toutefois, en raison des répercussions de la COVID-19 sur les collectivités et les populations vulnérables, il est possible que d'autres sources de financement soient accessibles auprès de partenaires communautaires qui s'occupent de réduction des méfaits, d'itinérance ou de services communautaires et auprès d'autres donateurs. Par exemple, de nombreuses villes et organisations ont reçu des fonds fédéraux de lutte contre l'itinérance qui pourraient potentiellement servir à l'allègement des contraintes financières des SPS ou des sites de consommation supervisée⁶⁵ ».

En plus de demander une exemption légale fédérale, la direction du centre d'accueil doit savoir que d'autres dispositions administratives (mises à jour de la police d'assurance ou autre, etc.) pourraient être nécessaires pour se protéger contre d'éventuelles poursuites en cas d'événement indésirable mettant en cause un participant ou un membre du personnel du site de consommation supervisée. Signalons enfin que les employés qui sont membres d'un ordre professionnel pourraient avoir certaines obligations à respecter lorsqu'ils fournissent des soins à des participants d'un site de consommation supervisée. Ils doivent communiquer, s'il y a lieu, avec leur ordre professionnel pour obtenir plus d'information sur leur rôle et leurs responsabilités.

Consultez le document suivant pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus révisé de demande d'exemption pour un SPS :

- [Questions et réponses — Exemption de catégorie aux provinces et territoires : Pour les opérateurs des sites de consommation supervisée⁶⁵](#)

3.2 MISE EN PLACE DE SITES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE EN CENTRE D'ACCUEIL PENDANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

La décision d'implanter des services de consommation supervisée en centre d'accueil ne doit pas être prise à la légère. Voici quelques critères clés à prendre en compte :

Confidentialité. Dans la mesure du possible, les sites de consommation supervisée doivent être situés dans un endroit qui permet aux usagers d'entrer ou de sortir sans être vus par les autres usagers du centre d'accueil⁶⁶.

Éclairage. Un éclairage adéquat dans tous les secteurs du site de consommation supervisée est essentiel pour la sécurité des participants et du personnel

Modèles centralisés. Les sites de consommation supervisée peuvent être adaptés à différents contextes : ces services ont déjà été intégrés dans des hôpitaux⁶⁷, des hôtels hébergeant temporairement des personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement⁶⁸, des centres d'accueil⁶⁹, des unités mobiles⁷⁰ et des lieux d'hébergement^{24,71}. Pour les exploitants de centres d'accueil qui voudraient aménager au moins un espace centralisé pour la consommation supervisée (tous les résidents se rendent dans un secteur désigné réservé à la consommation supervisée), il est recommandé de prévoir un espace fermé assez vaste pour pouvoir contrôler les allées et venues des participants et respecter les consignes de distanciation physique (les participants et les membres du personnel devraient être séparés par une distance de 2 m où qu'ils se trouvent dans le service). Par contre, si les participants se contentent d'utiliser le service (sous la supervision du personnel cantonné derrière une fenêtre ou une porte), l'espace pour la distanciation physique n'est pas nécessaire. Lorsqu'une installation n'est pas assez grande pour permettre la distanciation physique, le personnel et les participants doivent porter le masque en tout temps. Tout site de consommation supervisée doit pouvoir être facilement surveillé par le personnel et doit être assez grand pour répondre aux exigences d'accessibilité et aux codes de sécurité. Par ailleurs, en cas d'urgence médicale, les services médicaux d'urgence doivent pouvoir y accéder. On pourrait ajouter, s'il y a lieu, une aire désignée distincte destinée à l'évaluation du risque d'infection par la COVID-19 que les participants pourraient franchir avant d'entrer dans le site de consommation supervisée. Le personnel doit informer les participants qu'en cas de surdose ou d'une autre urgence médicale, toutes les personnes présentes à l'exception des premiers répondants doivent évacuer rapidement le site par mesure de sécurité et pour réduire le risque de transmission de la COVID-19. L'espace doit être suffisamment isolé (de préférence un espace fermé) des autres secteurs du centre d'accueil pour empêcher la propagation des gouttelettes aérosols si jamais un participant du site de consommation supervisée était infecté par la COVID-19 et avait besoin de soins médicaux et notamment d'une assistance respiratoire (intervention médicale générant des aérosols (IMGA; voir la section **3.3.5**

Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée à la page 41 pour un complément d'information sur les IMGA dans les sites de consommation supervisée). Toutes les surfaces, y compris les barrières qui séparent l'espace patient et le mobilier, doivent être faites de matières non poreuses pouvant être nettoyées facilement⁷².

Répartition des participants selon leur statut COVID-19. Avec le modèle de site de consommation supervisée centralisé, on devrait en principe, et si cela est possible, fournir les services séparément (avec des zones d'attente, de consommation et de surveillance) à chacune des trois populations stratifiées en fonction de leur niveau de risque de contamination à la COVID-19 : [1] celles qui sont asymptomatiques, n'ont pas reçu de directive de la santé publique de s'isoler et ne sont pas soumises à des tests liés à la COVID-19; [2] celles chez qui l'on soupçonne une infection à la COVID-19 (p. ex. COVID-19 suspecté, mais en attente des résultats du test de dépistage) ou qui ont eu un contact rapproché avec une personne ayant obtenu un diagnostic formel de la COVID-19; et [3] celles qui ont obtenu un résultat positif au dépistage de la COVID-19. On déterminera les cohortes ou groupes de participants d'un milieu donné en consultation avec le service local de santé publique et les experts en prévention et contrôle des infections; ces cohortes seront répertoriées dans les données épidémiologiques locales sur la COVID-19. En regroupant les participants en fonction de leur statut COVID-19, on vise à réduire les risques pour les autres participants et membres du personnel du centre d'accueil et à préserver l'équipement de protection individuelle (EPI)⁷³. Pour plus d'information sur le dépistage de la COVID-19, voir la section **3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée à la page 30**.

Modèle décentralisé ou éclaté. Au lieu d'effectuer en un seul endroit la supervision des épisodes de consommation de drogues, la direction du centre d'accueil et les équipes médicales pourraient envisager un site de consommation supervisée épisodique décentralisé : le participant consomme des drogues à l'endroit ou dans une pièce de son choix et est supervisé par un membre du personnel qui respecte la distanciation physique et porte l'EPI approprié (pour de l'information sur l'EPI du personnel, consultez la section **3.3.3 EPI du personnel à la page 31**). Si plusieurs personnes vivent sous le même toit (couples, membres de la famille), des pairs pourraient superviser l'utilisateur et surveiller les signes de surdose. Du matériel stérile et des contenants pour l'élimination des objets pointus et tranchants sont distribués aux participants qui les conservent avec leurs effets personnels. Cette option pourrait être particulièrement indiquée dans les unités d'isolement médical comportant plusieurs aires séparées pour les cohortes de participants réparties en fonction de leur statut COVID-19. Pour un complément d'information sur ce type de modèle, voir *COVID-19 Provincial Episodic Overdose Prevention Service (e-OPS) Protocol*⁷⁴ du Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique.

Mode d'administration. En principe, on devrait pouvoir accepter tous les modes d'administration courants (oral, intranasal, injection et inhalation). La majorité des sites de consommation supervisée au Canada autorisent l'administration orale, intranasale et par injection. On compte actuellement

deux sites de consommation supervisée (l'un à Lethbridge en Alberta et l'autre à Saskatoon en Saskatchewan) qui bénéficient d'une exemption fédérale pour la consommation supervisée de drogues par inhalation/fumées. Les deux installations sont dotées de salles spécialement ventilées conformes à la réglementation sur la santé et la sécurité au travail pour protéger le personnel et les autres participants de l'exposition à la fumée secondaire. Même si cette formule est difficilement transposable pour les SPS, l'expérience de services d'inhalation supervisée dans une aire extérieure désignée a déjà été tentée⁷⁵. Le centre avait monté des tentes en dôme dans des cours arrière ou dans des aires adjacentes extérieures à portée de vue du personnel. Signalons toutefois que les emplacements extérieurs ne sont pas idéaux, un sol en béton ou en asphalte ne pouvant être nettoyé et désinfecté adéquatement.

Heures d'ouverture. Un site de consommation supervisée ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, est sans aucun doute la formule la plus accessible pour les résidents. Si l'on tient compte cependant des besoins particuliers de la collectivité, des ressources disponibles et de la demande, cet horaire est difficilement applicable. La direction du centre doit mettre en place des procédures de surveillance des zones à haut risque à l'intérieur et à l'extérieur du centre afin de prévenir des cas de surdose non surveillée chez des résidents consommant des substances en dehors des heures d'ouverture.

Hygiène des mains. Le personnel et les participants des sites de consommation supervisée doivent avoir accès à un lavabo pour le lavage des mains ou à un désinfectant pour les mains (contenant au moins 60 % d'éthanol) approuvé par Santé Canada⁷⁶. Les participants doivent se désinfecter les mains en les lavant à l'eau et au savon pendant 20 secondes ou en utilisant un désinfectant pour les mains avant d'accéder au site de consommation supervisée, avant de consommer et après avoir consommé, et au moment de quitter le site de consommation supervisée. Les membres du personnel doivent se laver les mains régulièrement et notamment avant et après tout contact physique avec un participant ou les effets personnels de celui-ci. Des affiches sur le lavage des mains et sur l'utilisation d'un produit antiseptique^{77,78} doivent être apposées dans toutes les stations de lavage des mains du site de consommation supervisée.

Nettoyage des surfaces et de l'environnement. Le site de consommation supervisée doit se trouver dans un secteur du centre d'accueil qui se prête à un nettoyage régulier. On mettra en place un processus de nettoyage en délimitant les rôles et responsabilités de chacun, en indiquant la fréquence et en assurant le suivi des tâches. Après la visite de chaque participant, on procédera au nettoyage et à la désinfection (processus en deux étapes) de toutes les surfaces et du matériel réutilisable touchés par le participant sans égard à son statut COVID-19. De plus, les surfaces fréquemment touchées et les espaces partagés doivent être nettoyés fréquemment tout au long de la journée et le nettoyage doit être documenté. On utilisera un désinfectant efficace contre la COVID-19 et approuvé par Santé Canada^{76,79}.

Comment gagner la confiance des personnes utilisatrices de drogues. La création d'un nouveau site de consommation supervisée pourrait, dans certains cas, entraîner des modifications de la politique organisationnelle si on choisit de délaissier la politique d'abstinence au profit de diverses stratégies de réduction des méfaits. Gagner la confiance des personnes utilisatrices de substances demande du temps. Celles-ci pourraient d'instinct se méfier du site de consommation supervisée et cette réaction est tout à fait légitime. Pour mieux comprendre les besoins des personnes qui utilisent le service, on pourrait mettre sur pied un comité consultatif communautaire composé des personnes qui ont accès au service. Embaucher des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique est un autre moyen de gagner la confiance des usagers. Pour plus d'information sur l'embauche de personnes utilisatrices de substances, voir la section **2.3 Principes directeurs à la page 18**.

Prévention des surdoses aux abords des centres d'accueil. Même avec l'implantation d'un site de consommation supervisée en centre d'accueil, des utilisateurs pourraient être tentés de consommer dans les salles de bain ou dans n'importe quel espace privé ou semi-privé. Ils veulent soit s'éviter des mesures punitives (p. ex. l'expulsion) de la part du personnel, soit consommer alors que le site de consommation supervisée est fermé ou est au maximum de sa capacité ou encore cacher à leurs pairs qu'ils possèdent ou consomment des drogues^{19,80,81}. Consommer des drogues dans une salle de bain ou ailleurs est incompatible avec les bonnes pratiques d'hygiène et augmente le risque de surdose sans témoin⁸². Par conséquent, qu'un site de consommation supervisée soit opérationnel ou non, il est recommandé d'inclure une surveillance et des rondes régulières des salles de bain et d'autres secteurs à haut risque. Idéalement, les salles de bain devraient être dotées d'un verrou qui peut être ouvert de l'extérieur ou d'une porte qui se déverrouille après un certain temps afin que le personnel puisse s'assurer que tout va bien sans enfreindre l'intimité et la dignité de la personne⁸³. Des contenants verrouillables et inviolables pour l'élimination des objets pointus et tranchants devraient être installés dans les salles de bain et partout où il y a un risque de consommation avec des affiches sur la prévention des surdoses⁸⁴⁻⁸⁶.

3.3 SUPERVISION DE LA CONSOMMATION EN CENTRE D'ACCUEIL PENDANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

3.3.1 Dépistage de la COVID-19 chez les employés des sites de consommation supervisée

Tous les membres du personnel d'un site de consommation supervisée doivent être évalués à leur arrivée pour la COVID-19 à l'aide d'un questionnaire d'évaluation standard et selon les procédures recommandées par les autorités locales de santé publique. Les employés qui éprouvent de nouveaux

symptômes ou qui répondent à d'autres critères de haut risque doivent être mis en arrêt de travail jusqu'à ce que tout risque soit écarté (en fonction des directives de la santé publique locale). On doit les diriger vers une clinique de dépistage et les informer des procédures de confinement ainsi que de l'aide financière disponible pour compenser la perte de revenus le cas échéant. La direction du centre devrait affecter la même cohorte d'employés au même quart de travail pour éviter si possible une pénurie de personnel advenant une éclosion en limitant le nombre d'employés exposés.

3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée

Les membres du personnel doivent accueillir chaleureusement tous les participants du site de consommation supervisée dans l'aire d'admission. On utilisera une barrière physique (p. ex. un panneau de « plexiglass » ou un appel de l'extérieur) en respectant la distanciation physique et en portant l'EPI approprié pour évaluer le participant (pour obtenir de l'information sur l'EPI, voir la section **3.3.3 EPI du personnel à la page 31**). Les membres du personnel doivent avoir une connaissance fine de l'approche de réduction des méfaits et être en mesure de sensibiliser tous les participants qui se présentent à l'évaluation sur les pratiques de consommation à moindre risque et sur la prévention des infections dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Les participants du site de consommation supervisée doivent être évalués à leur arrivée pour la COVID-19 à l'aide d'un questionnaire d'évaluation standard et selon les procédures recommandées par les autorités locales de santé publique. On trouvera à la section **5.0 Autres références et ressources à la page 63** à la fin du présent document des exemples de procédures d'évaluation élaborées en Ontario^{87,88}. Les recommandations locales peuvent changer régulièrement en fonction des données épidémiologiques sur la COVID-19 et par ricochet, les politiques des sites de consommation supervisée devront aussi être mises à jour régulièrement au besoin.

On remettra un masque médical à tout participant soupçonné d'avoir la COVID-19 (p. ex. en raison d'un contact rapproché avec un cas confirmé de COVID-19) qu'il devra porter dans le site de consommation supervisée. Selon la prévalence locale de la COVID-19, le personnel pourrait décider de fournir un masque médical à tous les participants, sans égard au statut COVID-19 ou aux facteurs de risque. Tous les membres du personnel et les participants doivent être informés des autres précautions à prendre pour prévenir l'infection ainsi que des mesures barrières (p. ex. tousser et éternuer dans un mouchoir ou dans le coude, lavage des mains, distanciation physique³⁵) pour réduire la transmission de la COVID-19⁸⁸. Les membres du personnel doivent travailler en étroite collaboration avec les autorités de santé publique pour faciliter l'évaluation et le dépistage de la COVID-19 et l'orientation du participant vers les ressources appropriées pour le confinement.

Même si le site de consommation supervisée comprend des zones séparées pour les personnes infectées par la COVID-19, pour les personnes fortement soupçonnées d'avoir été exposées au virus

ou les personnes sous investigation, les consignes de distanciation physique doivent continuer de s'appliquer et les participants doivent recevoir des masques médicaux ou tout autre EPI selon les directives locales de santé publique. Les sites pourraient aussi proposer des pièces privées ou une salle cloisonnée dotée de fenêtres ou observable à distance, si possible. Le recours à une même cohorte d'employés pour ces participants est vivement recommandé.

Il est important de signaler que même une personne ne manifestant aucun symptôme peut être infectée par la COVID-19 et transmettre le virus^{89,90}. Par conséquent, que le statut COVID-19 soit connu ou non, il est impératif de maintenir une distance physique entre chaque participant du site de consommation supervisée, de se laver les mains régulièrement et de nettoyer minutieusement chaque espace de consommation (et toute autre surface que le participant a touchée) après chaque utilisation afin de prévenir la transmission du virus (pour plus d'information sur l'hygiène des mains et le nettoyage de l'environnement, voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19** à la page 26).

3.3.3 EPI du personnel

L'équipement de protection individuelle (EPI) requis dans chaque centre d'accueil doit être déterminé en consultation avec les autorités locales de santé publique et en tenant compte des données épidémiologiques locales sur la COVID-19, des données démographiques sur les participants, de l'infrastructure du site de consommation supervisée, des connaissances et de la formation du personnel, de l'EPI disponible et des politiques de l'employeur. La direction du centre doit constamment revoir et mettre à jour les exigences relatives à l'EPI pour qu'elles concordent en tout temps avec les meilleures données scientifiques disponibles et les directives de santé publique. Il est fortement conseillé de consulter un spécialiste de la prévention et du contrôle des infections. Les employés qui pourraient être amenés à fournir des soins aux participants à moins de deux mètres de distance doivent recevoir une formation sur l'utilisation de l'EPI, notamment sur la technique appropriée pour mettre et retirer les EPI et sur l'hygiène des mains. Ces précautions concernent évidemment toute personne qui pourrait intervenir en cas de surdose ou d'urgence médicale.

Il y a différentes méthodes pour déterminer le type d'EPI requis, par exemple en tenant compte du statut COVID-19 ou de la tâche à exécuter. Le tableau 1 fournit des exemples de type d'EPI à utiliser en milieu communautaire (milieu non médical). Cette méthode de sélection de l'EPI peut différer de celle utilisée dans les unités d'isolement médical où des patients ayant obtenu un résultat positif à la COVID-19 sont pris en charge par du personnel soignant. Remettez-vous-en toujours aux autorités locales de santé publique pour connaître l'EPI approprié pour votre personnel en fonction de votre situation.

Les employés qui doivent évaluer les facteurs de risque de la COVID-19 et qui ne peuvent le faire derrière une barrière physique ou en respectant la règle de distanciation physique doivent porter

un masque médical et une protection oculaire. Consultez la section **3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée à la page 30** et communiquez avec les autorités locales de santé publique ou le ministère de la Santé provincial/territorial pour les procédures locales. Compte tenu du risque de transmission asymptomatique de la COVID-19 et d'autres maladies transmissibles^{89,90}, le personnel doit toujours appliquer les « pratiques de base » (ou les « précautions standard » selon le terme utilisé par l'Organisation mondiale de la Santé⁹¹), à savoir l'évaluation du risque au point de service, le lavage fréquent des mains et le nettoyage de l'environnement⁹². L'utilisation subséquente de l'EPI dépendra de la tâche à exécuter. La plupart du temps, l'EPI à porter lors des interactions avec les participants dépendra de leurs facteurs de risque à la COVID-19 (voir la section **3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée à la page 30**) et des risques liés à la tâche selon la grille ci-dessous^{79,88,93}.

Tableau 1. EPI à utiliser dans les milieux communautaires (milieux non médicaux) selon les facteurs de risque du participant et les risques liés à la tâche¹

CATÉGORIE DE RISQUE	PRATIQUES ATRAUMATIQUES*	PRATIQUES INVASIVES AVEC POSSIBLE CONTACT AVEC LES FLUIDES CORPORELS DES PARTICIPANTS^
Aucun facteur de risque à la COVID-19	Masque médical Considérer une protection oculaire (voir le texte pour plus de détails)	Masque médical Gants si les mains sont exposées à une peau non intacte ou à des fluides corporels Blouse si les vêtements sont exposés aux fluides corporels Protection oculaire si le visage est exposé aux fluides corporels
Facteurs de risque à la COVID-19 ¹	Masque médical et protection oculaire	Blouse, gants, masque médical, protection oculaire

* Tâches atraumatiques : parler au participant, contact avec une peau intacte, surveillance des signes vitaux, simple examen, administration de médicaments, distribution de nourriture ou fournitures.

^ Tâches invasives : Collecte nasopharyngienne avec un écouvillon, examen physique complet, injection de médicaments, et toute autre tâche avec un possible contact avec les fluides corporels (salive, expectorations, sécrétions nasales, vomissure, urine, fèces, sang, etc.).

¹ Cette matrice est fournie comme exemple de directives actuelles pour les milieux non liés aux soins de santé. Les avis et recommandations en lien avec les équipements de protection individuelle varient selon la juridiction, le milieu et le modèle de service. Les acteurs doivent s'en remettre aux directives locales de santé publique pour déterminer les critères d'usage de ces équipements par le personnel. Considérant l'évolution de la pandémie de la COVID-19 et les connaissances de base associées, les exigences en la matière doivent continuellement être révisées et mises à jour au besoin.

Si la prévalence locale de la COVID-19 est élevée, par exemple s'il y a une éclosion dans la collectivité ou dans le centre d'accueil, on pourrait, à juste titre, sélectionner l'EPI en présumant que tous les patients présentent des facteurs de risque à la COVID-19 (partie inférieure de la matrice). Lors d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA; p. ex. certaines interventions impliquant les voies respiratoires⁹⁴), le personnel doit appliquer les précautions Gouttelettes/Contact (blouse, gants, masque, protection oculaire) et porter un masque N-95 préalablement ajusté plutôt qu'un masque médical auprès des personnes ayant des facteurs de risque à la COVID-19 (voir la section **3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée à la page 41** pour des directives plus détaillées sur l'intervention en cas de surdose et l'EPI requis).

Pendant la pandémie de la COVID-19, le port systématique du masque pour tout le personnel du site de consommation supervisée devrait être envisagé s'il n'est pas possible de respecter en tout temps la consigne de distanciation physique avec les participants et les autres membres du personnel⁹⁵. On doit retirer le masque s'il est mouillé ou souillé en utilisant la technique de retrait appropriée et en se lavant les mains après avoir manipulé le masque^{95,96}. De plus, une protection oculaire en tout temps, pour tous les soins fournis aux participants, est à considérer dans les régions où il y a une forte prévalence communautaire de la COVID-19. On doit changer de blouse et de gants après chaque rencontre avec un participant et se laver les mains minutieusement⁹⁶. Les stratégies favorisant une utilisation continue des EPI doivent être en phase avec les lignes directrices locales ou internationales et pourraient contribuer à réduire les renouvellements répétés d'EPI et à préserver les réserves globales d'EPI⁹¹. Ces stratégies ont été utilisées dans les établissements de santé dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, mais il y a peu de données probantes sur leur utilité en milieu communautaire. Il serait souhaitable de consulter les autorités locales de santé publique pour mieux définir ces stratégies.

3.3.4 Surveillance de la consommation et prestation des soins dans un site de consommation supervisée

Les sites de consommation supervisée doivent toujours respecter les valeurs culturelles et être compatibles avec une approche de réduction des méfaits qui tient compte des traumatismes⁹⁷. Les soins adaptés aux valeurs culturelles reposent sur des stratégies qui aident à renforcer la relation avec les participants et qui atténuent les préjudices causés par la stigmatisation et la discrimination liées à la consommation⁹⁸. En même temps, à chaque visite, le personnel et les participants doivent se laver rigoureusement les mains et appliquer les autres règles d'hygiène pour réduire le risque de transmission de la COVID-19. Pour un complément d'information, voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 26**. En fonction des effectifs, de la capacité du site de consommation supervisée et de la disponibilité de l'EPI, la direction du centre devrait envisager d'intégrer l'une ou l'autre des mesures complémentaires suivantes, communément offertes dans les sites de consommation supervisée :

- services médicaux de base (p. ex. premiers soins, formation sur la naloxone, soins des plaies);
- démonstration des techniques de consommation et d'injection à moindre risque et enseignement;
- pair aidant ou accompagnement par des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique;
- orientation vers un programme de TLUS (p. ex. traitement par agoniste opioïde, programmes spécialisés de désintoxication); et/ou
- orientation vers d'autres services sociaux et sanitaires (p. ex. soutien du revenus, logement, plan de traitement et gestion de cas).

Dotation en personnel

Le ratio intervenant/participants recommandé dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment de l'aménagement du site de consommation supervisée (superficie et nombre de salles), de la capacité du site de consommation supervisée (nombre de participants qui peuvent être accueillis à la fois) et des dimensions du site. La direction du centre doit aussi prévoir les périodes de pointe, par exemple la semaine suivant le versement des chèques d'aide sociale⁹⁹ ou l'annonce d'une hausse soudaine de la toxicité d'une drogue de rue. À tout le moins, un membre du personnel devrait être présent pour surveiller chaque aire séparée et intervenir si un participant présente une surdose ou un autre événement indésirable. Les participants doivent être visibles par le personnel, quel que soit leur emplacement sur le site.

En tout temps, les membres du personnel qui ont reçu une formation adéquate et qui ont l'expérience de l'EPI (mettre et retirer les EPI) doivent pouvoir intervenir en cas de surdose sur le site. Ces personnes doivent avoir accès à un masque N-95 correctement ajusté pour être bien protégées si une IMGA est nécessaire (voir la section **3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée à la page 41** pour toutes les directives sur l'EPI requis lors d'une intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée).

Au Canada, les sites de consommation supervisée comptent parmi leurs effectifs des personnes de différents horizons et, dans la majorité des cas, des équipes interdisciplinaires. Ils emploient des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique, des personnes formées en soins infirmiers, en travail social, en consultation de toxicomanie, ainsi que des paramédicaux. L'embauche de personnes ayant un savoir expérientiel de la consommation est essentielle pour favoriser l'adhésion et la participation au service²⁴. Il existe des lignes directrices à l'intention des employeurs sur l'embauche, la rémunération équitable et le soutien du personnel ayant eu ou ayant

encore une consommation problématique. Il est fortement recommandé d'embaucher des personnes qui consomment ou qui ont déjà consommé dans la mesure du possible^{100,101}. Tous les membres du personnel de tous les horizons devraient recevoir une formation sur la réduction des méfaits, la sécurisation culturelle, les soins/pratiques qui tiennent compte des traumatismes, les premiers soins de base, l'intervention en cas de surdose (p. ex. administration de naloxone, RCR) et les procédures de prévention et de contrôle des infections. La formation du personnel et l'encadrement continu sont essentiels pour instaurer un milieu de travail sécuritaire et fournir des soins durables. On pourrait, par exemple, profiter du début ou de la fin d'un quart de travail ou du changement d'équipe pour faire le bilan et partager les renseignements pertinents.

Préconsommation

Les participants devraient attendre dans une aire désignée jusqu'à ce qu'un espace de consommation se libère. Il est conseillé de placer des repères au sol ou d'espacer les chaises de deux mètres pour respecter les consignes de distanciation physique. Un membre du personnel doit expliquer aux participants que le temps d'attente pourrait être plus long, car pour remplir les exigences de distanciation physique, on a dû réduire le nombre d'espaces de consommation. En principe, les participants ne devraient pas apporter beaucoup d'effets personnels avec eux dans le site de consommation supervisée. On pourrait remettre aux participants un sac de plastique à usage unique et leur désigner un endroit où ils peuvent ranger leurs effets personnels pendant leur visite. Lorsqu'un espace de consommation se libère, un membre du personnel peut évaluer le prochain participant (voir la section **3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée à la page 30**) et recueillir toute l'information nécessaire pour son admission. Les procédures d'admission et l'information recueillie varient d'un site à l'autre en fonction des besoins locaux, de la capacité du personnel et de la réglementation locale (voir la section **3.4 Déclaration et évaluation à la page 44**). Le personnel doit noter ou connaître les drogues que le participant a l'intention de consommer, ainsi que la date de la dernière consommation et les dernières drogues prises pour évaluer le risque relatif de surdose et déterminer s'il y a consommation de plusieurs drogues. Si un service de vérification de drogue est disponible (p. ex. bandelettes de détection du fentanyl ou spectromètre infrarouge à transformée de Fourier [IRTF] ou spectromètre de masse), les participants peuvent faire analyser leurs drogues avant d'entrer dans l'aire de consommation et de préparer leurs drogues ou encore après, selon le protocole de vérification. À leur première visite au site de consommation supervisée, les participants pourraient devoir signer une entente qui explique les procédures du site et les droits du participant et du personnel; ils peuvent aussi donner leur consentement verbalement.

Selon les voies d'administration qui bénéficient d'une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, les participants pourront consommer leurs drogues par injection, par voie intranasale ou par voie orale dans le cubicule ou à la table destinée à cet usage,

ou par inhalation dans une salle spécialement ventilée ou encore à l'extérieur (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 26**). Les cubicules/tables et chaises doivent être solides et se prêter aux exigences des protocoles de prévention et de contrôle des infections (p. ex. ils doivent pouvoir être nettoyés et désinfectés facilement⁷²); les chaises doivent être légères et maniables pour pouvoir être déplacées rapidement en cas d'urgence médicale. Tous les espaces de consommation doivent être espacés de deux mètres. Si l'on utilise l'infrastructure existante, on peut laisser un cubicule ou une table libre entre chaque participant pour respecter la distanciation physique.

Consommation

Pour limiter la propagation potentielle de la COVID-19 entre les participants, les membres du personnel doivent d'abord se laver les mains, puis prendre et distribuer aux participants le matériel de consommation stérile tout en se tenant à bonne distance des participants. Le participant doit se laver minutieusement les mains avant d'accepter le matériel (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 26** pour un complément d'information sur le protocole d'hygiène des mains). La direction du centre doit prévoir le matériel stérile nécessaire de réduction des méfaits (en le commandant auprès de distributeurs spécialisés) et les services d'élimination des déchets médicaux. Les membres du personnel peuvent soit constituer des trousse à l'avance qu'ils remettront à chaque participant soit remettre les articles à l'unité en fonction des besoins de chaque participant. Matériel à prévoir :

- aiguilles et seringues de divers calibres et longueurs;
- bougies de type « chauffe-plat » et briquets (si l'on utilise des allumettes, celles-ci ne doivent pas présenter un risque d'incendie);
- réchauds jetables;
- filtres (s'ils n'étaient pas compris avec les réchauds, utilisez des pinces à épiler pour retirer les filtres du sac et les placer dans des contenants jetables pour le participant);
- eau stérile et jetable;
- acidifiant (p. ex. acide ascorbique);
- tampons imbibés d'alcool;
- garrots jetables ou garrots du participant;
- plateau jetable (pour la distribution du matériel);

- pailles (pour la consommation intranasale);
- feuille d'aluminium ou autre contenant jetable pour contenir les drogues (pour consommation intranasale);
- pipes en verre borosilicaté (p. ex. Pyrex®), bongs ou tiges (pour l'inhalation);
- embout (pour l'inhalation);
- grilles de métal pour pipe (pour l'inhalation);
- miroirs (de poche);
- condoms et lubrifiant personnel;
- contenants jetables.

Le matériel fourni peut être utilisé sur le site de consommation supervisée ou être remis au participant à sa demande pour un usage ultérieur. On peut consulter les recommandations détaillées sur la distribution de matériel de réduction des méfaits dans les documents suivants :

- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 1](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada¹²
- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 2](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada¹³

Les membres du personnel ne ramassent pas le matériel usagé. Ils doivent plutôt demander aux participants de déposer leur matériel dans les boîtes de dépôt désignées. Les participants devraient avoir la possibilité de se défaire du matériel usagé qu'ils ont en leur possession (utilisés en dehors du site de consommation supervisée). La direction du centre s'en remettra à la politique d'élimination des déchets biologiques dangereux du centre d'accueil ou consultera les autorités locales de santé publique ou le ministère de la Santé pour avoir l'heure juste sur les procédures locales d'élimination dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Bien des sites de consommation supervisée imposent une limite de temps dans l'aire de consommation afin de réduire le temps d'attente des autres participants. Un membre du personnel

doit rappeler sans brusquer au participant que son temps est écoulé et lui laisser, si possible, quelques minutes de plus. Le travail de l'employé dans l'aire de consommation consiste également à éduquer les participants sur les pratiques de consommation à moindre risque, s'il y a lieu. La direction du centre devra déterminer le type d'aide à l'injection qu'elle peut offrir aux participants et en informer son personnel et les participants. Il pourrait s'agir, par exemple, d'aider un participant à localiser ses veines pour l'injection (avec ses doigts ou à l'aide d'une application en ligne); d'aider dans la préparation des drogues et de proposer une injection assistée par les pairs.

Dans l'injection assistée par les pairs (pair-aidant), un ami ou un conjoint (injecteur), qui ne fait pas partie du personnel du site de consommation supervisée, aide le participant (injecté) en administrant directement la drogue par injection. Santé Canada impose des exigences précises pour les injections assistées par des pairs qui sont pratiquées dans un SPS bénéficiant d'une exemption fédérale ou dans un site de consommation supervisée. Il va de soi qu'une distance de deux mètres ne peut pas être maintenue entre l'injecteur et l'injecté. S'ils vivent sous le même toit, un EPI ne sera vraisemblablement pas nécessaire (p. ex. partenaires intimes, membres de la famille, colocataires ou personnes qui ont eu récemment un contact personnel étroit à moins de deux mètres sans EPI). Par contre, si l'injecteur et l'injecté n'ont pas ce genre de relation et qu'ils ne se sont pas tenus à proximité l'un de l'autre, on devrait leur fournir l'EPI approprié selon les directives des autorités sanitaires locales. Il pourrait s'agir d'une blouse, de gants, d'un masque médical et d'une protection oculaire. L'injecteur et l'injecté doivent se laver les mains dès leur entrée dans l'espace de consommation ainsi qu'avant la consommation (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 26** pour un complément d'information sur l'hygiène des mains). Lorsque cela est possible, il y a lieu de réserver un espace assez grand avec une table et une chaise pour l'injection assistée par un pair suffisamment éloigné des autres cubicules. Si l'injecteur a l'intention de s'injecter de la drogue par la même occasion, l'injecteur pourrait injecter la drogue à l'injecté, laisser celui-ci quitter l'espace de consommation, puis s'injecter la drogue à la même table ou à une autre table selon son choix. L'injecteur doit suivre les directives et les indications de l'injecté. Au moins un membre du personnel doit observer tout le processus d'injection assistée par un pair et s'assurer que l'injecté dirige le processus d'injection. Dans un service bénéficiant d'une exemption fédérale, l'injecté signe une entente reconnaissant sa responsabilité en cas de conséquence négative. Certains centres exigent que l'injecteur signe également une renonciation.

Post-consommation

Lorsque les participants ont terminé, on devrait en principe les garder en observation pendant au moins 15 minutes pour s'assurer qu'ils ne sont pas en surdose. La distanciation physique et le port de l'EPI recommandé sont maintenus dans l'aire de repos. Une chaise est placée à tous les deux mètres et le personnel veille à la circulation des participants dans cette zone. Une collation (café, barres

tendres) est habituellement servie dans l'aire de repos. On choisira de l'offrir préemballée plutôt qu'en libre-service pour prévenir la contamination et la transmission de la COVID-19. La période de surveillance après la consommation est l'occasion de distribuer du matériel de consommation stérile que les participants peuvent rapporter. On le placera dans un sac pour le mettre à l'abri des regards avec des contenants pour l'élimination des objets pointus et tranchants. Il est fortement recommandé que tous les participants reçoivent une formation sur l'administration de naloxone avec leur trousse de naloxone. Adressez-vous à l'organisme responsable du programme communautaire local de naloxone pour vous assurer que les formateurs disposent de renseignements à jour sur la RCR et l'administration de naloxone dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. On trouvera à la fin du présent document des exemples de recommandations récentes à l'intention des participants à un programme de naloxone en Alberta¹⁰². L'aire de repos (post-consommation) permet de rencontrer les participants pour leur expliquer les pratiques de réduction des méfaits et les diriger vers des programmes de traitement, des soins de santé et des programmes de soutien social et culturel.

Le personnel devrait d'ailleurs profiter de chaque occasion pour parler des pratiques de réduction des méfaits avec les participants et leur donner des conseils pour prévenir la transmission de la COVID-19. En voici quelques-uns :

- Maintenez une bonne hygiène des mains en vous lavant les mains souvent à l'eau et au savon; en l'absence d'installations sanitaires, utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool (les intervenants doivent être vigilants, certains utilisateurs pouvant être tentés de boire le désinfectant comme source d'alcool; s'il y a lieu, alerter les participants sur les risques de cette pratique¹⁰³).
- Ne partagez pas le matériel de consommation (p. ex. pipes) ni les cigarettes.
- Désinfectez les emballages des drogues et du matériel manipulés par d'autres.
- Préparez vos propres drogues.
- Préparez et consommez les drogues sur une surface désinfectée.
- Ne consommez pas seul et respectez les consignes de distanciation physique dans la mesure du possible.
- Ayez suffisamment de matériel de réduction des méfaits (p. ex. matériel de consommation de drogues, ordonnances, naloxone) pour répondre aux besoins d'une personne et à ceux d'autres utilisateurs éventuels pendant deux semaines, si possible.
- Réduisez l'inhalation de drogues si possible ou consommez les drogues par une autre voie moins risquée (p. ex. consommation orale ou intranasale), car la COVID-19 atteint l'appareil

respiratoire.

- En présence de nouveaux symptômes associés à la COVID-19, essayez d'éviter absolument la compagnie d'autres personnes pour réduire le risque de transmission.
- Avant de pratiquer la respiration artificielle, utilisez le masque fourni dans la trousse de naloxone, mais sachez qu'il pourrait ne pas vous protéger contre la COVID-19.

Les personnes utilisatrices de substances ou qui sont en situation d'itinérance ou de précarité de logement pourraient ne pas pouvoir suivre toutes les pratiques recommandées de réduction des méfaits; le personnel devrait insister le plus possible sur l'importance de ces pratiques pour se protéger contre la COVID-19. Les ressources suivantes décrivent des pratiques de réduction des méfaits dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 :

- [COVID-19 : Advice for People who use Drugs](#); Canadian Association of People who use Drugs, International Network of People who use Drugs, European Network of People who use Drugs¹⁰⁴
- [COVID-19 & Drug Use: Tips & Tricks](#); Harm Reduction Victoria (Australie)¹⁰⁵
- [COVID-19: Harm Reduction and Overdose Response](#); BC Centre for Disease Control¹⁰⁶
- [COVID-19 Planning for the Substance Dependent](#); Harm Reduction Victoria (Australie)¹⁰⁷
- COVID and Harm Reduction; DTES Collaborative¹⁰⁸
- [COVID-19 Stimulant Use, and Harm Reduction](#); Resolve to Save Lives - Vital Strategies, Harm Reduction Coalition, Higher Ground Harm Reduction, Reynolds Health Strategies¹⁰⁹
- [Guidance for People who use Substances on COVID-19 \(Novel Coronavirus\)](#); Yale Program in Addiction Medicine, Global Health Justice Partnership & Crackdown¹¹⁰
- [Harm Reduction Tips during Corona Virus](#); Somerset West Community Health Centre¹¹¹
- [Safer Drug Use During the COVID-19 Outbreak](#); Harm Reduction Coalition & Vital Strategies (États-Unis)¹¹²

Communiquez avec les responsables du programme local de réduction des méfaits, les autorités de santé publique ou le ministère de la Santé pour obtenir les recommandations applicables à votre

juridiction.

3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée

Après avoir supervisé la consommation, le personnel doit surveiller les participants en tout temps pour détecter les signes courants de surdose d'opioïdes : contraction des pupilles, dépression respiratoire et inconscience¹¹³. Notons toutefois que ces symptômes ne se manifestent pas dans tous les cas. Des symptômes atypiques comme une rigidité musculaire ou des mouvements involontaires sont rapportés de plus en plus souvent dans la littérature et peuvent complexifier les interventions^{114,115}. Il faut être doublement vigilant lorsqu'on surveille les participants, car avec la distanciation physique et l'EPI, les signes de surdose ne sautent pas aux yeux. Comment savoir si le participant a les lèvres bleues s'il porte un masque? Comment savoir si les pupilles sont contractées en se tenant à deux mètres du participant? Lorsqu'une surdose d'opioïdes survient sur le site, tous les participants et les membres du personnel qui ne font pas partie de l'équipe d'intervention doivent sortir. La direction du centre doit avoir un protocole d'intervention en cas de surdose qui décrit la marche à suivre en fonction des ressources disponibles sur le site et les recommandations courantes locales pour la prévention et le contrôle des infections. Le protocole doit tenir compte des meilleures données probantes disponibles sur la COVID-19, être mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles données probantes sont divulguées et décrire les interventions que les membres du personnel peuvent réaliser, l'équipement (y compris l'EPI) nécessaire, les rôles et responsabilités de chacun (en fonction de la formation et de l'expérience) ainsi que les seuils d'intervention. Il est impératif que le personnel reçoive une formation continue sur ce protocole. Parmi les interventions possibles, dont certaines sont des IMGA soupçonnées ou confirmées (voir plus bas), mentionnons :

- RCR avec ou sans respiration artificielle;
- Administration d'oxygène par oxygénothérapie à haut débit, masque et ballon d'anesthésie ou masque à oxygène sans réinspiration;
- Administration de naloxone par voie intranasale ou intramusculaire;
- Utilisation d'un défibrillateur externe automatique portable;
- Appel au 911.

Selon la gravité des symptômes, plusieurs interventions pourraient être tentées avant de réussir à inverser les effets d'une surdose. Vu les risques d'exposition au sang ou aux fluides corporels du participant lors d'une intervention pour surdose, le personnel doit porter l'EPI sans égard aux facteurs de risque de la COVID-19, à savoir : masque médical, protection oculaire, gants et blouse suivant

les principes de l'évaluation du risque au point de service^{79,92,96}. La réanimation cardiorespiratoire et certains types d'oxygénothérapie peuvent être considérés comme des IMGA^{73,88,96,102,116-122}. Une IMGA est « une intervention réalisée chez un patient qui peut entraîner la production de particules de diverses tailles » et comprend les interventions de ventilation non invasive (p. ex. masque et ballon d'anesthésie)⁷⁹. Une IMGA est considérée comme une intervention à haut risque, car elle pourrait provoquer une transmission aérienne d'agents pathogènes dont le coronavirus SRAS-CoV-2. Comme les connaissances scientifiques à ce sujet évoluent rapidement, la direction du centre devrait communiquer avec les autorités locales de santé publique ou avec le ministère de la Santé pour avoir l'heure juste sur les interventions considérées comme des IMGA; ceci est particulièrement important pour la réanimation cardiorespiratoire dont le rôle comme IMGA ne fait pas l'unanimité⁹⁴. La direction peut aussi consulter en guise de référence les politiques de premiers soins et de RCR du centre d'accueil en lien avec la COVID-19. Pour une intervention considérée comme une IMGA, il est recommandé de porter un masque N-95 préalablement ajusté plutôt qu'un masque médical si le participant en surdose est présumément ou effectivement atteint de la COVID-19 afin de réduire le risque de transmission^{73,96,118-120}. Les membres du personnel ayant reçu une formation sur cet équipement spécialisé doivent être présents.

Le personnel doit intervenir rapidement en cas de surdose d'où l'importance de rendre l'EPI facilement accessible partout sur le site. À défaut d'avoir l'EPI approprié, chaque membre du personnel doit déterminer le niveau d'intervention qu'il se sent à l'aise de fournir en mettant dans la balance ses obligations professionnelles et éthiques (lorsqu'il y a lieu) et le risque auquel il s'expose. Les politiques organisationnelles pourraient apporter un éclairage sur ce genre de situation. Lorsque le participant n'a plus de pouls, on peut recourir à une mesure barrière (en plaçant, par exemple, une serviette pliée ou une taie d'oreiller ou encore un masque médical sur le visage du participant) comme stratégie de gestion des risques. On peut dès lors effectuer des compressions thoraciques jusqu'à ce que les intervenants vêtus de l'EPI approprié puissent prendre la relève.

Après une intervention d'urgence comprenant une IMGA, le personnel doit désinfecter le secteur au moyen d'un désinfectant approuvé par Santé Canada ainsi que la zone se trouvant dans un rayon de 2 m autour du site d'intervention¹¹⁷. Dans certaines lignes directrices, on recommande d'attendre une heure, le temps que les gouttelettes aérosolisées se déposent⁹⁶, quoique le risque posé par l'aérosolisation dépend du système de ventilation et de filtration du bâtiment¹²³. Tout ce qui ne peut être désinfecté adéquatement (y compris l'EPI) doit être éliminé dans les règles de l'art. La direction du centre devrait envisager d'éliminer l'EPI contaminé dans un sac à déchets biologiques dangereux hermétiquement fermé et placé à l'intérieur d'un autre sac. Consultez la politique d'élimination des déchets biologiques dangereux du centre d'accueil ou communiquez avec les autorités locales de santé publique ou le ministère de la Santé pour les directives à suivre dans votre région. Aucun autre participant ne doit accéder au secteur avant que la désinfection soit terminée¹¹⁷.

Si l'espace le permet et s'il y a suffisamment de surveillance de la part du personnel, on pourrait

répartir les tables/cubicules de consommation dans plusieurs pièces indépendantes afin que les participants puissent continuer d'accéder au service même si une intervention d'urgence a lieu dans une autre pièce. Si tous les cubicules/tables de consommation se trouvent dans la même pièce, il faudra fermer la salle entière de consommation jusqu'à ce que l'intervention d'urgence et le processus de désinfection soient terminés.

Les autorités de la santé et les ressources provinciales suivantes ont émis des lignes directrices sur l'intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée. Au risque de nous répéter, comme les connaissances scientifiques et les pratiques exemplaires dans ce domaine évoluent sans cesse, la direction du centre devrait consulter les autorités locales de santé publique pour avoir l'information la plus à jour.

- [COVID-19 : Community Members Responding to Overdose](#); Vancouver Coastal Health¹²⁴
- [COVID-19 Guidance: Consumption and Treatment Services \(CTS\) Sites](#); Ontario Ministry of Health⁸⁸
- [COVID-19 Protocol for Aerosol-Generating Medical Procedures \(AGMP\) in The Works Supervised Injection Site \(SIS\) Environment](#); Toronto Public Health, Public Health Ontario¹¹⁷
- [COVID-19: Responding to Opioid Overdoses in Overdose Prevention Services \(OPS\) and Supervised Consumption Sites \(SCS\)](#); BC Centre for Disease Control, BC Ministry of Health¹²⁵
- [Opioid Poisoning Response and COVID-19](#); Alberta Health Services¹⁰²
- [VCH Overdose Response in Overdose Prevention Sites and Supervised Consumption Sites for COVID-19](#); Vancouver Coastal Health⁹⁶

3.3.6 Exposition du personnel à la COVID-19

Les procédures d'évaluation des participants et du personnel, la formation sur l'utilisation de l'EPI et l'accessibilité à l'EPI, le maintien de la distanciation physique et les procédures de nettoyage contribuent à réduire le risque d'exposition du personnel au coronavirus. Cela dit, le personnel doit avoir des indications claires sur les protocoles de décontamination et de déclaration dans l'éventualité où il serait exposé au virus. Un manquement majeur à cet égard pourrait être lourd de conséquences : la prestation des services pourrait être compromise si une grande partie des effectifs se voient forcés de rester à la maison. Toute exposition à la COVID-19 doit être déclarée aux autorités locales de santé publique.

Celles-ci pourraient exiger l'exclusion du personnel qui a été exposé à des cas connus ou soupçonnés de COVID-19 (participants ou collègues de travail) sans l'EPI approprié ou sans avoir respecté la distanciation physique (p. ex. apporter des soins à un participant infecté par la COVID-19 sans porter

de masque médical ou intervenir en cas de surdose en pratiquant une IMGA chez un participant porteur de la COVID-19 sans porter un masque N-95 préalablement ajusté). On demandera aux employés en congé forcé de surveiller l'émergence de nouveaux symptômes, de s'isoler et d'attendre les prochaines directives des autorités locales de santé publique. Une orientation vers des ressources psychologiques et financières pourrait aussi être envisagée.

3.4 DÉCLARATION ET ÉVALUATION

Le gouvernement ou l'entité (voir la section **3.1 Demande d'exemption pour un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique à la page 23**) qui a autorisé l'exemption, les bailleurs de fonds ou d'autres autorités pourraient exiger un rapport sur les résultats et les activités du site de consommation supervisée ainsi que les données démographiques globales des participants. La collecte des données ne doit pas nuire à la prestation des services particulièrement dans le contexte d'une crise sanitaire. On devrait pouvoir recueillir et fournir à tout le moins les éléments d'information suivants :

- le nombre moyen de visites par jour;
- le nombre de surdoses/d'urgences médicales; et
- les données démographiques globales des participants y compris leur âge et leur genre.

Si le centre autorise l'injection assistée par un pair, les données démographiques globales doivent comprendre celles de l'injecteur et de l'injecté. La direction du centre doit divulguer cette information sous forme agrégée seulement pour protéger la vie privée des injecteurs et des injectés.

Elle pourrait aussi recueillir des données sur le nombre moyen de visiteurs différents par jour. Pour faire le suivi de chaque visiteur, le personnel devra fournir un identifiant unique à chaque participant à sa première visite au centre. Comme le participant devra fournir son identifiant à chacune de ses visites, il est important de choisir un code facile à retenir, mais qui préserve son anonymat.

Les données sur l'utilisation des services offerts par le centre (p. ex. nombre de demandes de vérification de drogue, nombre d'épisodes de consommation, nombre de recommandations vers d'autres services) pourraient aussi être utiles. Parmi les autres éléments d'information recueillis dans les sites actuels de consommation supervisée, mentionnons les drogues autodéclarées consommées sur le site; la voie d'administration de chaque épisode de consommation et les détails sur les interventions en cas de surdose ainsi que les autres soins de santé directs fournis.

Il existe différents moyens de recueillir cette information selon les ressources disponibles dans

chaque site. L'employé peut recueillir les données par écrit et les compiler plus tard dans une base de données sécurisée ou dans un programme comme Microsoft Excel ou Access (voir **Annexe 1 Formulaire type pour la collecte de données du site de consommation supervisée à la page 64**).

Si la direction du centre est en mesure de le faire, elle pourrait mener une évaluation ou des initiatives d'amélioration de la qualité sur le site. Il est rare que l'entité gouvernementale qui a accordé l'exemption, les bailleurs de fonds ou les autorités sanitaires exige des évaluations, mais celles-ci peuvent être utiles pour démontrer dans quelle mesure le site aide les participants à observer les recommandations de la santé publique, pour déterminer la satisfaction des participants, cerner les possibilités d'amélioration des services et voir si les services sont transposables à d'autres hébergements d'urgence.

4.0 Traitement de la dépendance et pharmacothérapie en centre d'accueil

4.1 AUGMENTATION DU RISQUE D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES CHEZ LES PERSONNES UTILISATRICES DE SUBSTANCES EN SITUATION D'ITINÉRANCE PENDANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

Les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances (TLUS) qui résident dans un centre d'accueil pourraient avoir de la difficulté à obtenir des drogues légales ou illégales pendant la pandémie de la COVID-19. Les exigences de distanciation physique compliquent l'approvisionnement. Pour les personnes qui achètent des drogues illégales, il y a risque de surdose, mais aussi un risque d'infection et de transmission de la COVID-19. Une personne qui quitte le centre d'accueil pour obtenir des substances légales ou illégales alors qu'elle est en quarantaine ou en confinement pourrait contrevenir aux ordonnances de la santé publique. Les rencontres en personne pour acheter des drogues favorisent la transmission directe et l'échange d'articles (p. ex. drogues, billets de banque) pourrait contribuer à transmettre le virus. Qui plus est, les résidents des centres d'accueil dont la situation financière est précaire pourraient se mettre à vendre des services sexuels, à mendier ou s'adonner à d'autres activités qui augmentent le risque de transmission pour eux-mêmes et pour les autres (voir la référence 126 pour un complément d'information sur le commerce du sexe et la COVID-19).

La fermeture des frontières et la perturbation de l'approvisionnement dues à la pandémie compliquent encore l'accès aux drogues. Le frelatage ou la contamination de la drogue est de plus en plus répandu. Par conséquent, la puissance et la toxicité des drogues vendues sur le marché noir sont hautement imprévisibles^{5,127}. La réduction ou l'arrêt soudain de la consommation peut provoquer des symptômes de sevrage plus ou moins graves selon la substance en cause, la fréquence habituelle de consommation et la dose consommée. L'arrêt du tabac et du cannabis peut entraîner des symptômes de sevrage qui, sans être mortels, causent beaucoup d'inconfort¹²⁸. Le sevrage d'opioïdes (p. ex. fentanyl, héroïne, hydromorphone, morphine) peut provoquer un inconfort extrême, mais ne cause généralement pas de complications médicales graves¹²⁸. Le sevrage de stimulants (p. ex.

méthamphétamine, cocaïne) se manifeste soit par de l'agitation et de l'irritabilité, soit au contraire par une dépression et un besoin exagéré de sommeil. Le sevrage de benzodiazépines et d'alcool peut, dans les cas graves, entraîner des symptômes engageant le pronostic vital qui exigent des soins médicaux immédiats (p. ex. convulsions, delirium, hallucinations, agitation extrême et fluctuations de la température corporelle et de la tension artérielle)¹²⁹.

Les périodes d'abstinence peuvent amener une baisse de la tolérance physiologique¹³⁰. Le risque de mortalité peut être de 7 à 12 fois plus élevé chez certaines personnes qui consomment des substances dans la période suivant immédiatement la reprise de la consommation¹³¹⁻¹³³. Pour compliquer davantage la situation, certains syndromes de sevrage ressemblent aux symptômes de la COVID-19. Ainsi, le sevrage d'opioïdes se manifeste souvent par des symptômes pseudogrippaux (p. ex. écoulement nasal, frissons, gêne gastro-intestinale, fatigue). Pas facile dans ces circonstances d'appliquer adéquatement les protocoles d'évaluation et de confinement. Le risque de transmission de la COVID-19 peut augmenter si les symptômes de sevrage d'opioïdes sont interprétés à tort comme des symptômes grippaux. Cela pourrait entraîner l'exclusion du participant des services du centre d'accueil ou l'inclusion de personnes négatives pour la COVID-19 dans des cohortes infectées ou à haut risque d'infection par la COVID-19.

4.1.1 Survol du traitement des TLUS et stratégies de gestion des risques pour soutenir les personnes utilisatrices de substances en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19

On ne saurait donc trop insister sur l'importance d'aider les résidents des centres d'accueil à réduire ou à stabiliser leur consommation de substances et à prévenir le sevrage et les surdoses pour préserver leur santé et leur bien-être et réduire la pression sur le personnel des centres d'accueil et le système de santé. Pour y parvenir, on peut compter sur plusieurs mesures de soutien offertes en centre d'accueil et à l'extérieur.

Les thèmes suivants seront abordés dans les sections qui suivent : [1] traitements des TLUS de première et de deuxième lignes fondés sur des données probantes couramment offerts au Canada pour les personnes qui cherchent à réduire ou à cesser leur consommation (section **4.2 Accès au traitement des troubles liés à l'usage de substances à la page 49**), et [2] stratégies de gestion des risques comprenant une pharmacothérapie de remplacement ou un programme de gestion de la consommation de l'alcool pour les personnes qui refusent le traitement ou qui ne répondent pas aux traitements classiques (section **4.3 Stratégies de gestion des risques pour réduire les méfaits associés à la consommation continue de drogues et d'alcool à la page 53**). Ces stratégies de gestion des risques ont été élaborées en raison des risques cumulatifs pour la santé de l'épidémie de surdoses et de la COVID-19. Elles ne constituent pas un traitement des TLUS, mais elles visent à

aider les personnes atteintes d'un TLUS à s'isoler ou à respecter la distanciation physique et à éviter les risques pour la santé liés au sevrage, aux surdoses ou aux autres méfaits de la consommation de drogues.

Nous avons voulu dans les sections qui suivent donner de l'information générale à des intervenants cliniques et non cliniques de tous les horizons qui soutiennent les personnes utilisatrices de substances en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19. Les options de traitements des TLUS et les stratégies de gestion des risques proposées aux résidents et décrites ici varient selon le contexte, l'accessibilité du centre et des résidents aux divers professionnels de la santé (y compris les médecins ou les infirmières praticiennes qui peuvent prescrire des médicaments lorsque cela est indiqué^{134,135}) et les ressources externes vers lesquelles on peut effectivement diriger les résidents. Les médecins et les infirmières praticiennes qui travaillent en centre d'accueil et qui ont peu d'expérience dans la prise en charge des TLUS et les signes d'intoxication ou de sevrage pourraient tirer profit des ressources locales ou d'un encadrement. Dans certaines juridictions, on peut consulter des spécialistes par téléphone sur la prise en charge des TLUS.

4.1.2 Évaluation

En tout temps pendant son séjour au centre d'accueil, le participant pourrait manifester le besoin de recevoir du soutien pour gérer son problème de consommation. Si le résident le souhaite, le personnel du centre d'accueil doit l'aider à avoir accès aux prestataires capables d'intervenir en traitement des TLUS, dans les programmes de désintoxication ou de gestion du sevrage ainsi que dans la réduction des risques ou la stabilisation de la consommation. Le prestataire de soins doit évaluer les antécédents de consommation et les besoins médicaux du patient et travailler avec lui pour déterminer ses objectifs et élaborer un plan de traitement approprié. Les ressources suivantes pourraient être utiles pour les professionnels de la santé qui cherchent des textes de référence sur l'évaluation de la consommation du patient, le diagnostic du TLUS et la pertinence des divers traitements des TLUS ou des stratégies de gestion des risques :

- [Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#); ICRA-CRISM¹³⁶
- [Le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes — Lignes directrices cliniques nationales](#); ICRA-CRISM¹³⁷
- [A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder](#); British Columbia Centre on Substance Use and British Columbia Ministry of Health¹³⁸
- [Guidance Document on the Management of Substance Use in Acute Care](#)¹³⁹

- [Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder](#); British Columbia Centre on Substance Use, British Columbia Ministry of Health, and British Columbia Ministry of Mental Health and Addiction¹⁴⁰
- [Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies](#); British Columbia Centre on Substance Use¹⁴¹
- [Screening & Assessment Tools](#); American Society of Addiction Medicine¹⁴²

4.2 ACCÈS AU TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES

Tous les résidents des centres d'accueil devraient avoir accès à un traitement fondé sur des données probantes pour leur TLUS. Pour offrir un traitement aux résidents du centre d'accueil, la direction devra créer des partenariats avec des professionnels de la santé (médecins ou infirmières praticiennes^{134,135} qui peuvent prescrire des médicaments lorsque cela est indiqué), des pharmaciens, des psychologues, des travailleurs sociaux, des pairs-aidants et autres professionnels de soins de santé paramédicaux. La forme que ces partenariats peuvent prendre dépend de nombreux facteurs comme la capacité du centre d'accueil et les ressources communautaires disponibles. Quelques pistes : intégration de professionnels de la santé dans le centre d'accueil; utilisation de la télésanté ou d'un autre modèle de soins virtuels; partenariat avec des médecins de soins primaires du voisinage, avec des cliniques de traitement par agoniste opioïde ou avec des cliniques de médecine des toxicomanies. Le modèle de partenariat retenu aura une incidence sur le type de traitement pouvant être amorcé et maintenu sur le site. L'accessibilité à une pharmacie est également un facteur dans la détermination des traitements pouvant être offerts. Quel que soit le modèle de partenariat choisi, l'objectif devrait être de favoriser l'accès aux soins aussi bien pendant la pandémie de la COVID-19 qu'après (avec le même professionnel de la santé ou avec un autre pourvu que le dossier soit transféré avec fluidité; pour un complément d'information, voir la section **4.6 Continuité des soins après une période de confinement et une fois tout danger écarté lié à la COVID-19 à la page 60**).

Au moment de déterminer l'option la plus appropriée pour un patient, le professionnel de la santé doit tenir compte des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments (voir la référence 143 pour de plus amples renseignements sur le remboursement des médicaments courants par les régimes provinciaux/territoriaux). Les personnes non couvertes par un régime d'assurance médicaments ont besoin d'un encadrement pour obtenir un remboursement; un partenariat avec les travailleurs sociaux locaux ou les agences gouvernementales pourrait faciliter le processus¹⁴⁴. Les besoins particuliers d'entreposage doivent également être considérés. Santé Canada a récemment adopté de nouvelles mesures pour réduire les obstacles à la prescription et à

la fourniture de substances désignées pendant la pandémie de la COVID-19. Pour un complément d'information, consultez le document de Santé Canada [Exemption de catégorie de personnes en vertu du paragraphe 56\(1\) visant les patients, les pharmaciens et les praticiens pour la prescription et la fourniture de substances désignées au Canada pendant la pandémie de coronavirus](#)¹⁴⁴.

4.2.1 Traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes

Le professionnel de la santé doit travailler avec le patient pour déterminer l'option de traitement la plus appropriée pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO). Le TLUO est généralement traité par agoniste opioïde (TAO), soit avec la buprénorphine/naloxone, la méthadone, la morphine orale à libération lente unquotidienne (LLU) ou un traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi) avec l'hydromorphone ou la diacétylmorphine (lorsqu'elle est disponible).

La buprénorphine/naloxone est le traitement de première ligne pour les personnes ayant un TLUO lorsque l'induction est possible et qu'il n'y a aucune contre-indication à son emploi. Elle est supérieure à la méthadone sur le plan de l'innocuité et entraîne moins d'effets secondaires. La méthadone peut constituer une option de rechange en traitement de première ligne lorsque l'induction de la buprénorphine/naloxone s'avère compliquée ou lorsque le patient préfère la méthadone. Dans les cas où ni la méthadone ni la buprénorphine/naloxone bien dosée ne produisent de bénéfice, on peut envisager une transition vers une molécule alternative de première ligne. Lorsque les options de traitement de première ligne sont inefficaces, contre-indiquées ou refusées, le TAO avec la LLU peut être envisagé. Kadian®, une morphine à longue action (24 heures), est le seul produit évalué comme LLU (*d'après les Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*¹³⁶).

Pour les patients ayant un TLUO réfractaire au traitement et qui consomment activement des opioïdes illégaux par injection, le TAOi avec la diacétylmorphine ou l'hydromorphone pourrait être une option de traitement appropriée si elle est disponible (*voir Le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes, Lignes directrices nationales de l'ICRAS-CRISM*¹³⁷).

Pour certaines options thérapeutiques (p. ex. la méthadone), la période de stabilisation peut être longue. Si le patient est confiné pendant la période de stabilisation, il pourrait avoir besoin d'une prise en charge du sevrage en plus du TAO. Cela pourrait signifier la prescription d'autres opioïdes; voir la section **4.3.1 Consommation continue d'opioïdes à la page 54** pour un complément d'information.

Les ressources suivantes pourraient être utiles pour les gestionnaires et les professionnels de la santé qui offrent un traitement pour le TLUO :

- [Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#); ICRAS-CRISM¹³⁶

- [Le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes — Lignes directrices cliniques nationales](#); ICRAS-CRISM¹³⁷
- [Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies](#); British Columbia Centre on Substance Use¹⁴¹
- Toolkit for Substance Use and Addictions Program Applicants: Stream 2 - Increasing Access to Pharmaceutical-Grade Medications; Health Canada¹⁴⁵
- [Buprenorphine/Naloxone Microdosing: The Bernese Method: A Brief Summary for Primary Care Clinicians](#)¹⁴⁶
- [COVID-19 Opioid Agonist Treatment Guidance](#); CAMH, META:PHI, and OMA¹⁴⁷

4.2.2 Traitement du trouble lié à l'usage de stimulants

Il n'existe actuellement aucune option de pharmacothérapie approuvée pour le traitement du trouble lié à l'usage de stimulants. On trouvera ci-dessous des directives sur la prescription conforme à la stratégie de gestion des risques (voir la section **4.3.2 Consommation continue de stimulants à la page 54**). Un traitement symptomatique est administré lors d'une intoxication par des stimulants ou d'un sevrage de stimulants (prescription de médicaments pour maîtriser des symptômes particuliers comme l'agitation). Si possible, on proposera des traitements psychosociaux efficaces pour un trouble lié à l'usage de stimulants et notamment, des programmes de gestion des contingences¹⁴⁸⁻¹⁵⁰.

4.2.3 Traitement du trouble lié à l'usage de benzodiazépines

L'arrêt brutal des benzodiazépines légales ou illégales pourrait provoquer un sevrage et constituer une urgence médicale. Un traitement immédiat par l'administration de benzodiazépines est nécessaire en réponse aux symptômes. Le trouble lié à l'usage de benzodiazépines peut être traité par une diminution progressive des doses ou par une période de traitement d'entretien par des benzodiazépines¹²⁹. Compte tenu des risques généralement associés au traitement d'entretien (p. ex. risque de surdose mortelle, chutes, aggravation des troubles de santé mentale), on peut l'aborder en instaurant une période de soutien et de stabilisation avec une benzodiazépine à action prolongée et à début d'action lent pour mieux évaluer les risques et les bénéfices^{129,151,152}. Les professionnels de la santé doivent tenter de déterminer la dose prise par le patient même si cela peut être difficile en raison des produits contrefaits vendus sur le marché noir. Pour tenir compte de la variabilité de la dose réelle, le professionnel de la santé doit commencer par prescrire une dose réduite en prévoyant des doses supplémentaires pour déterminer la dose efficace¹⁴¹. Si le patient consomme des opioïdes ou de l'alcool en concomitance, une surveillance étroite s'impose, car les benzodiazépines augmentent le risque de dépression respiratoire et de surdose lorsqu'elles sont consommées avec ces substances¹⁴¹.

4.2.4 Traitement du trouble lié à l'usage de l'alcool

Un sevrage grave de l'alcool est une affection médicale qui menace le pronostic vital. Une prise en charge urgente peut être nécessaire pour prévenir les complications comme l'arythmie cardiaque, les convulsions et le delirium. Pour prévenir un sevrage grave, une évaluation régulière (initialement toutes les heures) des symptômes est nécessaire. Si ce n'est pas possible au centre d'accueil, le patient doit être transféré aux soins intensifs. Le sevrage survient habituellement dans les 6 à 24 heures après la dernière consommation d'alcool et peut se produire même lorsque la concentration d'alcool dans le sang est encore élevée. Les benzodiazépines représentent la norme des soins pour les patients susceptibles de faire un sevrage sévère. PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale/échelle de prédiction du risque de syndrome grave de sevrage d'alcool)¹⁵³ est un outil fiable qui permet de différencier les patients en fonction de leur niveau de risque de sevrage grave. Une fois que le sevrage de l'alcool a été adéquatement traité et résolu, il n'est pas rare que l'envie impérieuse de boire réapparaisse et qu'il y ait rechute. On a constaté que des médicaments comme la naltrexone et l'acamprosate aident les personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool à réduire leur consommation, soutiennent l'abstinence et prolongent le délai avant la première rechute. La naltrexone et l'acamprosate sont des médicaments de première ligne tandis que la gabapentine, le baclofène et l'acide valproïque sont des médicaments de deuxième ligne¹⁵⁴. La naltrexone ne doit pas être prescrite aux patients atteints d'hépatite alcoolique sévère ou de cirrhose décompensée ni aux patients qui prennent des opioïdes (prescrits ou illicites). L'acamprosate est recommandée pour les patients dont l'objectif thérapeutique est l'abstinence. Sa prescription dépend de la fonction rénale du patient, qui doit être adéquate, et de sa disponibilité (les pénuries sont fréquentes). Ni la naltrexone ni l'acamprosate ne sont contre-indiquées si le patient recommence à boire¹³⁹.

4.2.5 Traitement du trouble lié à l'usage du tabac

De nombreux résidents en centre d'accueil fument quotidiennement et auront besoin d'une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pour éviter un sevrage s'ils souhaitent arrêter de fumer. Le risque d'effets indésirables avec la TRN est faible. La thérapie est disponible sous forme de gomme, de pastilles ou de timbres transdermiques et peut être obtenue sans ordonnance dans certaines provinces; le centre pourrait conserver un stock de chacune de ces options de TRN. On pourrait se tourner vers des sources de financement externe pour aider à résorber le coût de la thérapie¹⁵⁵; le pharmacien du patient pourrait être en mesure de clarifier les produits couverts. Le type de TRN délivrée dépend de la disponibilité, de la couverture d'assurance et des préférences du patient. On devrait encourager les patients à utiliser une TRN pour aider à se prémunir contre les complications graves associées à la COVID-19, qui est avant tout une affection respiratoire.

4.2.6 Traitement du trouble lié à l'usage du cannabis

Des recherches sont en cours sur les options pharmacologiques pour la prise en charge du sevrage du cannabis^{156,157}, mais la preuve justifiant leur utilisation n'est pas encore assez solide. Le traitement de première ligne pour le trouble lié à l'usage du cannabis comprend le traitement psychosocial comme la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de renforcement de la motivation ou la gestion des contingences¹⁵⁸ si le traitement est offert par le centre d'accueil. Lorsque cela est indiqué, le prestataire de soins pourrait autoriser le cannabis aux patients admissibles au cannabis thérapeutique quoique son coût puisse constituer un frein¹⁵⁶.

4.3 STRATÉGIES DE GESTION DES RISQUES POUR RÉDUIRE LES MÉFAITS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION CONTINUE DE DROGUES ET D'ALCOOL

Ce ne sont pas tous les patients qui accepteront des traitements de TLUS fondés sur des données probantes ou qui seront stabilisés par ces traitements. Pour les cas réfractaires, on doit tout mettre en œuvre pour réduire les méfaits associés à l'achat et à l'utilisation de substances sur le marché noir. Comme nous l'avons déjà mentionné, lorsque des patients infectés par la COVID-19 quittent le centre d'accueil ou sortent de leur confinement pour se procurer et consommer des substances, ils mettent leur santé et celle des autres en danger. Si les traitements fondés sur des données probantes ne sont pas efficaces ou perdent leur efficacité, les professionnels de la santé doivent envisager des médicaments de substitution pour la prise en charge du sevrage et de l'état de manque. Au moment de prescrire ces médicaments pour la prévention du sevrage, ils doivent ajouter une note au dossier pour rendre compte de leur évaluation et justifier le choix du médicament en expliquant, par exemple, que les options de traitement approuvées et fondées sur des données probantes sont inefficaces ou ont perdu leur efficacité chez le patient.

On encouragera les patients à prendre de préférence leurs médicaments par voie orale, car l'ingestion orale est généralement la voie la moins nocive. Si ce n'est pas possible, on aidera le patient à prendre les substances prescrites par la voie d'administration de son choix (intranasale, injection, inhalation). Dans certaines juridictions, on exige que l'administration des substances prescrites soit supervisée quoique dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, les règlements ont été assouplis (p. ex. en Colombie-Britannique¹⁴¹); ailleurs, aucune politique n'a encore été annoncée. La direction du centre d'accueil pourrait créer une zone désignée comprenant des espaces de consommation où sont maintenus les consignes de distanciation physique et le protocole de prévention et de contrôle des infections; cette zone serait surveillée par des intervenants ayant reçu une formation sur l'intervention

en cas de surdose et sur les principes de réduction des méfaits; chaque patient y recevrait du matériel stérile pour la consommation de drogues. Précisons que si les patients consomment uniquement les substances qui leur ont été prescrites, il n'est **pas** nécessaire de demander une exemption en vertu de l'article 56.1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La direction pourrait aussi opter pour une autre voie, celle par exemple de choisir d'intégrer la distribution des médicaments dans un site de consommation supervisée interne ou externe, mais à proximité du centre, respectant les critères de consommation à moindre risque. Selon le médicament, sa présentation et les provinces/territoires, la distribution quotidienne de doses non supervisées aux résidents du centre d'accueil peut aussi être envisageable. Le guide pratique du *British Columbia Centre for Substance Use* intitulé *Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies* apporte un éclairage sur les pratiques de prescription recommandées¹⁴¹.

4.3.1 Consommation continue d'opioïdes

Si un patient consomme des opioïdes illicites en plus de son TAO ou en raison de la perte d'efficacité du TAO, le prestataire de soins doit utiliser son jugement clinique et prescrire le médicament et la dose appropriée en fonction de la consommation actuelle et des préférences du patient. La dose et le médicament seront d'ailleurs déterminés en collaboration avec le patient selon une prise de décision participative. Les facteurs suivants doivent être pris en considération : le TAO prescrit en concomitance, la quantité prise et les habitudes de consommation (quotidienne ou excès occasionnels), la consommation continue d'alcool ou d'autres substances, la vulnérabilité aux surdoses et le risque d'infection par la COVID-19. Les patients doivent savoir que l'injection d'opioïdes à libération contrôlée a été associée à un risque accru d'infections bactériennes graves comme l'endocardite¹⁵⁹⁻¹⁶¹. Pour les personnes qui préfèrent l'injection, des formules injectables ou des comprimés à libération immédiate peuvent être envisagés, mais chaque option comporte une part de risques. On peut rajuster la dose au fil du temps pour que l'utilisateur se sente assez bien pour ne pas ressentir le besoin de s'approvisionner sur le marché noir (*d'après le guide pratique Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies*; voir ce document pour des indications précises sur les pratiques de prescription¹⁴¹).

4.3.2 Consommation continue de stimulants

Vu le profil d'innocuité généralement favorable des stimulants prescrits, la thérapie de remplacement par des psychostimulants pourrait être une décision clinique pleinement justifiée en cette période exceptionnelle; il faut toutefois sopeser les risques liés à l'aggravation des troubles de santé mentale (p. ex. agitation, psychose) et les bénéfices potentiels du traitement. Les options de pharmacothérapie pour les stimulants comprennent la dextroamphétamine (Dexedrine®) et le méthylphénidate (Ritalin®) (*d'après le guide pratique Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies*; voir ce document pour des indications précises sur les pratiques de prescription¹⁴¹).

4.3.3 Consommation continue de l'alcool

Les programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGA) pourraient aider les résidents des centres d'accueil fragilisés en temps de pandémie par leurs habitudes de consommation d'alcool et représentent une option prometteuse. Dans le cadre de ces programmes, offerts dans différents milieux au Canada, on fournit aux personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool des doses calculées d'une boisson alcoolisée¹⁶². Pour chaque participant admissible, on évalue la quantité et la fréquence des consommations requises en fonction des besoins de chacun et des habitudes de consommation; l'objectif est de réduire les risques et d'atténuer ou de prévenir les symptômes de sevrage. Le Canadian Institute for Substance Use Research propose un outil de conversion pour déterminer le nombre de consommations standard ou la quantité d'alcool nécessaire selon les habitudes de consommation d'alcool du participant¹⁶³. L'heure de l'administration varie d'un centre d'accueil à l'autre, mais à tout le moins, les participants devraient avoir une consommation au réveil et une avant d'aller au lit. En règle générale, le patient signe une entente de participation, qui expose clairement les attentes du patient à l'égard du PGA (p. ex. celui-ci informera le personnel si la dose ou la fréquence est inadéquate au lieu de rechercher d'autres sources d'alcool; celui-ci ne fera preuve d'aucune violence ni agressivité envers les autres résidents du centre, etc.) et qui décrit également son plan de traitement personnalisé. L'entente peut être modifiée et une nouvelle signature sera alors nécessaire.

Selon le type d'aménagement du centre d'accueil, le personnel peut créer une aire centralisée de consommation d'alcool uniquement pour les participants du PGA ou encore apporter la consommation à la chambre du résident. Dans le cas de l'aire centralisée, il doit y avoir suffisamment d'espace pour permettre la distanciation physique, une condition que l'on peut plus facilement remplir en échelonnant les heures d'administration (si l'on a l'EPI approprié). Dans d'autres modèles de PGA, les participants peuvent consommer de l'alcool dans leur chambre. On apporte, par exemple, une quantité prédéterminée d'alcool au participant qui le boira à l'heure qui lui conviendra. Cette formule est possible uniquement dans les centres où les participants ont leur propre chambre ou un espace physique bien à eux. Avant l'administration de la dose, le personnel doit évaluer le niveau d'intoxication du participant. Si celui-ci marche et se tient debout sans aide, mais que son élocution et ses facultés sont légèrement ralenties, la dose pourrait être administrée. Par contre, si la motricité globale est sérieusement altérée et que le participant a du mal à se mouvoir et à communiquer, il convient de reporter la dose jusqu'à la prochaine administration prévue. L'alcool doit être administré dans des verres jetables pour éliminer le risque de transmission de la COVID-19. Chaque épisode d'administration doit être noté au dossier. Un enseignement des stratégies de consommation à moindre risque et de l'autogestion de la consommation d'alcool doit être prodigué. Pour un complément d'information sur les PGA, voir [The Canadian Managed Alcohol Program Study](#).

Un PGA structuré est certes la formule idéale pour aider les personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool ou ayant des habitudes de consommation d'alcool à haut risque, mais tous les centres

d'accueil ne peuvent l'offrir. Dans les centres où il n'est pas possible d'administrer un programme de gestion de l'alcool, on peut tout de même fournir des conseils sur la réduction des méfaits aux résidents. D'autres mesures d'appui existent : superviser la consommation d'alcool du résident; conserver l'alcool personnel du résident en lieu sûr; l'encourager à espacer ses consommations; lui conseiller de manger avant de boire de l'alcool et de remplacer ses consommations habituelles par des produits à plus faible teneur en alcool; faciliter l'achat de boissons alcoolisées pour éviter que le résident boive des produits impropres à la consommation (p. ex. désinfectant pour les mains, rince-bouche, alcool à friction). Prévoir des verres jetables pour éviter que les résidents boivent directement au goulot ou partagent leurs bouteilles. De la même façon, les résidents s'abstiendront de partager leurs verres, et des dispositifs doivent être en place pour l'élimination immédiate des verres après l'emploi. Le personnel doit être particulièrement vigilant face au risque associé à la consommation de produits alcoolisés non destinés à être bus, comme le désinfectant pour les mains (ingrédients toxiques et forte concentration d'éthanol¹⁶⁴); il prendra des mesures pour éviter le détournement de ces produits, qui sont beaucoup plus faciles à obtenir dans les centres d'accueil depuis l'écllosion de la COVID-19.

Pour un complément d'information sur la consommation d'alcool à moindre risque, consultez les ressources suivantes :

- [Alcohol Use & COVID-19](#)¹⁶⁵
- [Alcohol and COVID-19: What you Need to Know](#); Organisation mondiale de la Santé¹⁶⁶
- [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#); Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances¹⁶⁷
- [Safer Drinking Tips](#); Canadian Institute for Substance Use Research & Eastside Illicit Drinkers Group for Education¹⁶⁸
- [Safer Drinking Tips During COVID-19](#); Canadian Institute for Substance Use Research & Eastside Illicit Drinkers Group for Education¹⁶⁹

4.3.4 Consommation continue du tabac

Pour les personnes qui continuent de fumer du tabac, la direction du centre d'accueil devrait désigner un emplacement à l'extérieur où les patients pourront fumer tout en maintenant une distance physique appropriée (dans la mesure du possible, cet emplacement doit être indépendant de la zone d'inhalation du service de consommation supervisée). Même si la consommation du tabac est légale et que les produits sont relativement faciles à obtenir au Canada, les résidents du centre d'accueil auront un accès limité à ces produits. Certaines personnes pourraient donc avoir besoin d'aide pour

se procurer les produits adéquats de nicotine répondant à leurs besoins. On devrait envisager de fournir des produits du tabac aux résidents qui ne sont pas prêts à participer à une TRN (ou qui ont besoin d'un supplément à la TRN) pour éviter le partage de cigarettes pendant la pandémie de la COVID-19. Pour préserver leur santé et pour réduire le risque de complications associées à la COVID-19, on devrait encourager les résidents à utiliser des produits à teneur réduite en nicotine ou les inciter à réduire le nombre de cigarettes par jour. Le partage de cigarettes ou la récupération des mégots de cigarette est à déconseiller. Des cendriers à l'épreuve du vandalisme permettraient aux résidents de jeter leurs mégots en toute sécurité. On les videra régulièrement et on nettoiera les zones fumeurs en éliminant les mégots qui traînent au sol.

Le tabac à chiquer ou à mâcher est souvent utilisé en catimini dans les endroits où le tabagisme est interdit, comme c'est le cas dans la majorité des centres d'accueil. Or, le fait de recracher le tabac après l'avoir mastiqué pose un risque de transmission de la COVID-19; il est donc important d'informer les résidents sur les mesures de prévention et de contrôle des infections. On peut prévoir des récipients à usage unique munis d'un couvercle en guise de « crachoirs » pour éviter que les résidents se servent d'assiettes ou de verres jetables, qui peuvent se renverser et contaminer les environs.

4.3.5 Consommation continue du cannabis

La consommation du cannabis étant maintenant légale au Canada, les résidents qui souhaitent fumer du cannabis devraient avoir accès à un emplacement extérieur (qui peut être au même endroit que la zone fumeurs) et ceux qui consomment le cannabis par d'autres voies (p. ex. alimentaire) devraient pouvoir le faire à l'intérieur du centre. Pour les personnes qui veulent continuer de fumer le cannabis, le personnel du centre pourrait envisager un partenariat avec des organismes locaux qui distribuent le cannabis à moindre coût¹⁷⁰ et conseiller les résidents sur les façons de réduire les risques liés à la consommation du cannabis (voir les Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque), par exemple : ne pas fumer le cannabis et préférer d'autres voies de consommation; éviter les cannabinoïdes synthétiques et ne pas prendre de grandes bouffées ou de retenir sa respiration¹⁷¹. La consommation du cannabis comporte généralement moins de risques d'effets délétères que la consommation du tabac, de l'alcool et d'autres substances psychoactives¹⁷². Le partage de joints ou du matériel de consommation (bongs, dispositifs de vapotage, etc.) ou la récupération des mégots de joints à est proscrire. Des cendriers à l'épreuve du vandalisme seront nécessaires pour l'élimination des joints et doivent être vidés régulièrement. Il y a lieu de nettoyer fréquemment la zone fumeurs et d'éliminer les déchets laissés par les fumeurs.

4.4 AUTRES ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Les prestataires de soins doivent penser aux exigences de distanciation physique ou d'auto-confinement et prescrire un médicament pour une durée assez longue pour faciliter le respect des consignes. Ils doivent cependant toujours prendre en compte le risque de détournement du produit dans les populations vulnérables.

Les patients peuvent recevoir leurs médicaments prescrits de toutes sortes de façons :

- La pharmacie locale peut livrer la veille ou le jour même les doses quotidiennes au centre d'accueil. Le prestataire de soins doit indiquer sur l'ordonnance que le médicament peut être livré au patient, au centre d'accueil. Ou encore, pour les patients en confinement, le médicament peut être remis à une personne autorisée qui accepte de le remettre au patient¹⁷³.
- Le centre pourrait aménager un espace spécialement réservé à la pharmacie. Le personnel de la pharmacie pourrait délivrer les médicaments, superviser l'ingestion des doses requises, et prescrire et administrer le traitement d'entretien (p. ex. antipsychotiques à longue durée d'action, contraception). La pharmacie pourrait même conserver des médicaments essentiels (p. ex. antibiotiques). Il faudrait prévoir le personnel approprié, l'EPI et un endroit sécurisé adéquat pour conserver les médicaments à l'intérieur du centre.
- Les patients qui ont accès à un espace d'entreposage sécurisé pourraient recevoir une réserve de plusieurs jours à la fois. Pour certains patients, par contre, il est préférable de livrer les doses un jour à la fois.

Les ressources suivantes apportent un complément d'information sur les aspects à considérer lors de la prescription et de la distribution de substances contrôlées au Canada :

- [Foire aux questions : Accès aux substances contrôlées](#); Santé Canada¹³⁵
- [Processus d'établissement d'un programme d'approvisionnement plus sécuritaire au Canada](#); Santé Canada¹³⁴
- [Exemptions pertinentes à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#); Santé Canada¹⁷⁴

4.5 SOUTIEN PSYCHOSOCIAL POUR LES PERSONNES UTILISATRICES DE SUBSTANCES, QUI ACCÈDENT À UN TRAITEMENT OU QUI SONT EN RÉTABLISSEMENT

Les interventions de traitement psychosocial et les groupes d'entraide devraient être systématiquement offerts seuls ou conjointement à un traitement pharmacologique, mais ils ne doivent pas être perçus comme une condition *sine qua non* pour accéder aux médicaments. Les résultats de recherche suggèrent qu'au sein des populations de patients sans complications, l'ajout d'interventions psychosociales structurées au TAO n'améliore pas les résultats de traitement lorsque comparé à la prise en charge standard (p. ex. soutien général et consultations non structurées auprès d'un clinicien). C'est habituellement ce qui est offert dans le cadre des soins de base liés au traitement des TLUS. Cependant, il faut éviter d'en déduire que la pharmacothérapie devrait être offerte seule. Il faut plutôt comprendre que la prise en charge clinique, agrémentée d'une évaluation, d'un suivi et d'un soutien continu pour tous les aspects de la santé, qu'ils soient physiques, émotionnels, mentaux et spirituels, demeure aussi importante dans le traitement des TLUS et que la prise en compte de ces besoins devrait faire partie de la norme des soins. Un soutien psychosocial fondé sur les données probantes et axé sur la situation du patient (p. ex. emploi, consultation en toxicomanie) et sur d'autres besoins de survie (p. ex. aide sociale, aide au logement, mesures de soutien pour les personnes handicapées) peut aussi être utile lorsque le patient récupère d'un TLUS. (tiré des *Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage des opioïdes*¹³⁷; voir la référence 154 pour un complément d'information sur les mesures de soutien psychosocial dans le trouble lié à l'usage de l'alcool).

Les personnes qui souhaitent réduire leur consommation d'alcool et de drogues, ou qui se sont fixé d'autres objectifs devraient être orientées vers les ressources disponibles lorsqu'elles en font la demande, à savoir les programmes de traitement en milieu ambulatoire ou en établissement, les groupes d'entraide (communiquiez avec les [Alcooliques Anonymes](#), [SMART Recovery](#) ou la [Canadian Association of People who Use Drugs](#) pour connaître les groupes locaux) et autres mesures de soutien. Lorsqu'il y a lieu, elles devraient recevoir d'autres soins de santé ou être dirigées vers les services appropriés.

Les résidents des centres d'accueil qui utilisent des substances ou qui tentent de s'abstenir de consommer ont besoin de tromper l'ennui, à plus forte raison s'ils sont en confinement. Prêter un téléphone cellulaire, une tablette ou un appareil audio ou leur donner accès à du matériel d'artisanat et à de la lecture pourrait être des façons de les divertir. Le matériel fourni doit répondre aux exigences de prévention et de contrôle des infections; il doit être jetable ou pouvoir être désinfecté après chaque utilisation. Dans la mesure du possible, pour éviter des risques de rechute, les centres d'accueil pourraient choisir de séparer les personnes qui pratiquent l'abstinence et qui sont en rétablissement des autres résidents qui maintiennent une consommation active.

4.6 CONTINUITÉ DES SOINS APRÈS UNE PÉRIODE DE CONFINEMENT ET UNE FOIS TOUT DANGER ÉCARTÉ LIÉ À LA COVID-19

Il est important d'élaborer et de mettre en œuvre un plan pour continuer de soutenir les résidents du centre d'accueil qui utilisent des substances. Après un isolement médical ou à la sortie d'un refuge temporaire, il sera essentiel d'assurer une transition adéquate des soins dans le milieu de vie pour favoriser le rétablissement du patient et à terme, réduire le risque d'itinérance. On ne pourra y arriver que si l'on explore des solutions plus durables d'accès au logement et aux soins de santé. Lorsque les résidents quittent le centre d'accueil, leur prestataire de soins habituel (si un transfert des soins médicaux est nécessaire) devrait recevoir les documents pertinents pour assurer la continuité de la thérapie et de la prise en charge. L'information comprendra : les rendez-vous de suivi, les médicaments administrés au centre d'accueil et les modifications à apporter à la prise en charge (ainsi que l'explication) qui doivent se poursuivre après l'isolement médical ou à la sortie d'un refuge temporaire. En recevant leur congé, les résidents doivent avoir un plan concret pour obtenir un hébergement sûr et approprié et doivent être orientés vers les ressources externes de réduction des méfaits, de traitement et de rétablissement.

Il serait souhaitable que les professionnels de la santé qui interviennent auprès des résidents dans les unités d'isolement médical communiquent avec le prestataire de soins du patient pour demander un historique du dossier et pour recueillir ses observations afin de mieux planifier la sortie du patient. Si cela est possible et approprié, pourquoi ne pas envisager la possibilité de soins virtuels pour que les patients conservent un lien avec leur prestataire de soins régulier? Ce serait la solution idéale pour éviter une rupture dans les soins. Les prestataires de soins œuvrant dans la communauté peuvent aussi transmettre à l'équipe médicale les objectifs qui avaient été fixés avant l'admission du patient au centre d'accueil. L'intégration du prestataire de soins habituel du patient a aussi l'avantage de contribuer à une utilisation judicieuse des ressources.

Avant qu'un patient quitte une unité d'isolement médical ou un refuge temporaire et soit confié aux soins du prestataire qui en assure le suivi dans son milieu de vie, il y a plusieurs précautions à prendre :

- Vérifiez si le patient a un prestataire de soins.
- Remettez, s'il y a lieu, au patient un document attestant de son séjour au centre d'accueil et de son évolution au cas où il aurait besoin d'une preuve de rétablissement pour avoir accès aux ressources communautaires ou pour réintégrer son milieu de vie.
- Vérifiez que le patient a un endroit/logement sûr où aller à sa sortie.

- Pour les personnes qui participaient à un programme de gestion de l'alcool, orientez-les vers un programme de gestion de l'alcool résidentiel ou ambulatoire ou sinon assurez-vous qu'elles peuvent continuer d'avoir accès à de l'alcool après leur sortie.
- Vérifiez que tous les médicaments du patient sont couverts par une assurance médicaments.
- Assurez-vous que la pharmacie locale dispose des médicaments qui ont été prescrits.
- Assurez-vous que les ordonnances des médicaments en cours sont transmises à la pharmacie locale — les prescriptions doivent être valides jusqu'à la prochaine date de suivi et ne devraient pas expirer un vendredi, un samedi, un dimanche ou un jour férié. Communiquez les renseignements suivants au pharmacien communautaire :
 - Dose et date/heure de la dernière dose du médicament administré au centre d'accueil
 - Nom de la personne qui prendra le relai pour la prescription, et date et heure du prochain rendez-vous
 - Personne à contacter en cas de doses omises
 - Quand suspendre les doses
 - Directives particulières sur la gestion des doses omises (s'il y a lieu).
- Vérifiez si un rendez-vous a été prévu auprès d'un prestataire de première ligne ou d'un spécialiste pour le renouvellement de l'ordonnance.
- Assurez-vous que l'ordonnance émise à la sortie sera valide assez longtemps pour prévenir un sevrage le temps que le patient reçoive un soutien dans son milieu de vie.
- Assurez-vous que le patient apporte une trousse de naloxone et du matériel pour la réduction des méfaits au besoin.
- Tous les plans pour le suivi doivent être communiqués verbalement et par écrit au patient et à tout aidant à la demande du patient.

(D'après le guide pratique Guidance Document on the Management of Substance Use in Acute Care(139)).

4.7 DÉCLARATION ET ÉVALUATION

Les bailleurs de fonds et les organismes de réglementation pourraient exiger des centres ou des professionnels de la santé qui administrent un traitement à un TLUS ou une pharmacothérapie

de remplacement de rendre compte des services ou d'évaluer la prestation de soins fournis aux personnes utilisatrices de substances en centre d'accueil. La collecte des données ne doit pas nuire à la prestation des services particulièrement dans le contexte d'une crise sanitaire. Néanmoins, la direction du centre pourrait trouver cet exercice utile dans la mesure où il permet de savoir si la pharmacothérapie a été fournie dans le respect des consignes ou des directives de santé publique, si les patients ont été satisfaits des soins reçus, s'il y a des secteurs à améliorer et si le service est transposable dans d'autres lieux d'hébergement d'urgence.

5.0 Autres références et ressources

- [A Treatment Improvement Protocol: Trauma-Informed Care In Behavioral Health Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration](#)¹⁷⁵
- [Challenges in Maintaining Treatment Services for People who use Drugs during the COVID-19 Pandemic](#); Harm Reduction Journal¹⁷⁶
- [COVID-19 Guidance: Consumption and Treatment Services \(CTS\) Sites](#); Ontario Ministry of Health⁸⁸
- [COVID-19: How to Include Marginalized and Vulnerable People in Risk Communication and Community Engagement](#); The Regional Risk Communication and Community Engagement Working Group¹⁷⁷
- [COVID-19: Information for Opioid Agonist Treatment Prescribers and Pharmacists](#); British Columbia Centre on Substance Use¹⁷⁸
- [EMCDDA Update on the Implications of COVID-19 for People who use Drugs \(PWUD\) and Drug Service Providers](#); European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction¹⁷⁹
- [Housing Services: COVID-19 Guidance for Homelessness Service Providers](#); Region of Peel⁸⁷
- [Interim Guidance: Scaling-Up COVID-19 Outbreak Readiness and Response Operations in Humanitarian Situations Including Camps and Camp-Like Settings](#); Inter-Agency Standing Committee Secretariat¹⁸⁰
- [Safe Supply and Harm Reduction During COVID-19](#); Homeless Hub¹⁸¹
- [Suggestions about Treatment, Care and Rehabilitation of People with Drug Use Disorder in the Context of the COVID-19 Pandemic](#); United Nations Office on Drugs and Crime¹⁸²
- Toolkit for Substance Use and Addictions Program Applicants: Stream 2 - Increasing Access to Pharmaceutical-Grade Medications; Health Canada¹⁴⁵
- [Trauma Informed Practice Guide](#); BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council¹⁸³
- [VCH Overdose Response in Overdose Prevention Sites and Supervised Consumption Sites for COVID-19](#); Vancouver Coastal Health⁹⁶

Annexe 1 Formulaire type pour la collecte de données du site de consommation supervisée

Formulaire 1 — Visite initiale uniquement

Identifiant du participant	
Date (jj/mm/aaaa) :	
Heure (24 : 00) :	

À quel genre le participant s'identifie-t-il?	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre :
Quel âge a le participant?			
Notes :			

Formulaire 2 — Consommation et approvisionnement

Détails de la visite

Identifiant du participant	
Date (jj/mm/aaaa) :	
Heure (24 : 00) :	

Détails sur la consommation

Comment la substance a-t-elle été consommée, le cas échéant? (vous pouvez cocher plus d'une réponse)			
<input type="checkbox"/> Injection	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Intranasale	<input type="checkbox"/> Inhalation
Quelle substance a été consommée le cas échéant? (vous pouvez cocher plus d'une réponse)			
<input type="checkbox"/> Cocaïne/crack	<input type="checkbox"/> Meth/amphétamine	<input type="checkbox"/> Dilaudid/hydromorphone	
<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Indéterminé (« down »)	
<input type="checkbox"/> Héroïne	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autre :	
Si aucune substance n'a été consommée, pourquoi pas? (vous pouvez cocher plus d'une réponse)			
<input type="checkbox"/> Veine introuvable	<input type="checkbox"/> Trop	<input type="checkbox"/> Pas de drogue/quantité	
<input type="checkbox"/> En désaccord avec l'interdiction de partager	<input type="checkbox"/> intoxiqué/malade/inapte	<input type="checkbox"/> insuffisante/drogue égarée	
<input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour l'injection	<input type="checkbox"/> Mal à l'aise/problème d'espace	<input type="checkbox"/> Aucune raison n'a été donnée	
<input type="checkbox"/> Autre :			

Formulaire 3 — Information sur l'urgence médicale

Information sur l'urgence médicale

S'il y a eu surdose :

A-t-on administré de la naloxone?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
[Si oui] nombre exact de mg ou nombre de doses		
Quelle autre intervention a été réalisée?		
A-t-on appelé le 911?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Résultat de l'appel au 911?		
Notes :		

S'il y a eu urgence médicale sans surdose :

Description de l'urgence médicale :		
Quelle intervention a été réalisée?		
A-t-on appelé le 911?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Résultat de l'appel au 911?		
Notes :		

Annexe 2: Ressources en ligne sur le TLUS

Vous trouverez ci-dessous une liste de ressources en ligne sur l'usage de substances. Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive.

Ressources de soutien clinique pour patients et prestataires

[Anxiety Canada's free MindShift™ CBT app](#)

Cette application se veut un outil de gestion de troubles anxieux conçues à partir de données probantes et méthodes prouvées (*gratuite pour les appareils iOS et Android*)

[British Columbia Centre on Substance Use: COVID-19](#)

[Canadian Addiction Counsellors Certification Federation](#)

Virtual addiction counselling

[CATIE: La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C](#)

[College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador - Opioid Agonist Treatment \(OAT\) Guidance during COVID-19](#)

[L'Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions \(CAPSA\) and Breaking Free Online](#)

Dans le contexte de la pandémie COVID-19 et les risques accrus pour les personnes aux prises avec des troubles de consommation, la CAPSA (*Community Addictions Peers Support Association*) s'est associée à *Breaking Free online* pour offrir un accès gratuit aux canadiens.

[Draft Emergency Carry Agreement](#)

[Nova Scotia Department of Health and Wellness: Points to Guide Clinical Decision for OAT Prescribers](#)

[Nova Scotia Health Authority \(NSHA\) Standard Operating Procedures for Opioid Use Disorder Treatment \(OUDT\) Programs](#)

Documents inclus : un PFN du Sommaire et des pratiques en gestion des infections. Un PFN des nouvelles admissions et transferts, un PFN Client non-naïf prescrit de la méthadone.

[Providence Health Care Nursing Practice Standard Dispensing Injectable Opioid Agonist Therapy to Client With or at Risk of COVID-19](#)

[SMART Recovery Program](#)

Ce site Web a un tableau de message, des salles de clavardage, des réunions virtuelles, une bibliothèque numérique sur le rétablissement, accessibles en ligne.

[Take Home Naloxone](#)

Formation gratuite en ligne

[Toward the Heart](#)

Formation gratuite en ligne

Ressources de réduction des risques

[Canadian Association of People Who Use Drugs \(CAPUD\)](#)

[Coalition Canadienne des politiques sur les drogues : COVID-19 Ressources en réduction des méfaits](#)

[International Network of People Who Used Drugs: COVID-19 Crisis: Harm Reduction Resources for People who Use Drugs](#)

Ressources en santé mentale et troubles de consommation

[Centre for Addiction and Mental Health \(CAMH\): Mental Health and the COVID-19 Pandemic](#)

[Espace mieux-être Canada : Soutien en matière de santé mentale et de consommation de substances](#)

[Narcotics Anonymous](#)

[Taking Care of Your Mental Health \(COVID-19\)](#)

Communautés autochtones

[Assemblée de Premières Nations : COVID-19](#)

[First Nations Health Managers Association: COVID-19 Resources and Announcement](#)

Mises à jour régulières sur la COVID-19

[First Peoples Wellness Circle: COVID-19 Resources page](#)

Offre des fiches d'information imprimables sur le bien-être mental à l'intention de la communauté, des parents et des enfants, des personnes âgées et des professionnels de la santé

[Thunderbird Partnership Foundation : Prise en charge de la réduction des méfaits pendant la COVID-19](#)

Ressources de soutien pour les prestataires de soins de santé

[Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé \(CFHI\)](#)

Soutient les partenaires pour accélérer l'identification, la diffusion et l'échelle des innovations prouvées dans le domaine des soins de santé. Série de webinaires : Le partenariat avec les patients à l'heure de la COVID-19

[Gouvernement du Canada : Exemption de catégorie de personnes en vertu du paragraphe 56\(1\) visant les patients, les pharmaciens et les praticiens pour la prescription et la fourniture de substances désignées au Canada pendant la pandémie de coronavirus](#)

[Health Canada Subsection 56\(1\) Class Exemption for Patients, Practitioners and Pharmacists Prescribing and Providing Controlled Substances in Canada during the Coronavirus Pandemic](#)

En réponse à l'évolution du risque sanitaire dû à la COVID-19, pour maintenir l'accès des Canadiens aux substances contrôlées pour les traitements médicaux (par exemple, le traitement des troubles liés à la consommation de substances et de la douleur chronique), alors qu'ils suivent les conseils de distanciation sociale des responsables de la santé publique ou s'ils ont besoin de s'isoler, Santé Canada a émis des exemptions pour les prescriptions de substances contrôlées en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS) et de ses règlements.

[Commission de la santé mentale du Canada : Carrefour de ressources : Santé mentale et bien-être durant la pandémie de la COVID-19](#)

Annexe 3: Trousse d'outils de Santé Canada

Santé Canada a compilé un certain nombre de ressources dans le but de clarifier les règles qui s'appliquent au traitement des troubles liés à la consommation de substances ou de proposer une alternative de qualité pharmaceutique à l'approvisionnement toxique de la rue au Canada, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Ces ressources comprennent :

- Un diagramme des voies règlementaires;
- Une foire aux questions sur les exigences législatives et réglementaires applicables de la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances et d'approvisionnement plus sécuritaire;
- Une liste de toutes les exemptions pertinentes qui ont été accordées au titre de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*
- Une liste des médicaments couverts par les régimes d'assurance-médicaments qui sont utilisés pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances et comme solution de rechange de qualité pharmaceutique à l'approvisionnement illégal;
- Ressources relatives au traitement des troubles liés à la consommation de substances et à la mise en place d'un approvisionnement sécuritaire, tant en temps «normal» que pendant la pandémie de la COVID-19.

[Disponible ici.](#)

Références

1. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020 Apr;5(4):e186–7.
2. Government of Canada. Reaching home: Canada’s homelessness strategy directives [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/homelessness/directives.html>
3. Lima NNR, de Souza RI, Feitosa PWG, Moreira JL de S, da Silva CGL, Neto MLR. People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112945.
4. Wood LJ, Davies AP, Khan Z. COVID-19 precautions: Easier said than done when patients are homeless. *Med J Aust*. 2020 May;212(8):384.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. Research brief: COVID-19 and the drug supply chain: From production and trafficking to use [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/COVID-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>
6. Sciarpetti L. Climbing overdose numbers in Sask. compounded by COVID-19: Experts [Internet]. CBC News. 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/regina-police-drug-overdoses-11-deaths-1.5555601>
7. Jeffords S. “Two crises”: Ontario’s opioid problem worsens during COVID-19 as services for drug users scale back [Internet]. CBC News. 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-opioid-covid19-1.5551368>
8. British Columbia Coroners Service. Illicit drug toxicity deaths January 1, 2010 - March 31, 2020 [Internet]. Ministry of Public Safety & Solicitor General; 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf>
9. Winter J. Deadly overdoses are rocking Canada’s poorest neighbourhood under lockdown [Internet]. Vice. 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: https://www.vice.com/en_ca/article/akw5aa/deadly-overdoses-are-rocking-canadas-poorest-neighbourhood-under-coronavirus-lockdown
10. Djuric M, Piller T. Reported overdoses climb to 233 in 2020: Regina police [Internet]. Global News. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://globalnews.ca/news/6894157/regina-overdoses-death/>

11. Health Canada. Supervised consumption sites explained [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/explained.html>
12. Strike C, Hopkins S, Watson T, Gohil H, Leece P, Young S, et al. Best practice recommendations for Canadian harm reduction programs that provide services to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms: Part 1 [Internet]. 2013. Available from: https://www.catie.ca/ga-pdf.php?file=sites/default/files/BestPracticeRecommendations_HarmReductionProgramsCanada_Part1_August_15_2013.pdf
13. Strike C, Watson T, Gohil H, Miskovic M, Robinson S, Arkell C, et al. Best practice recommendations 2 for Canadian harm reduction programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms [Internet]. Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada; Available from: <https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-part2.pdf>
14. Csiernik, Rick, Rowe, William, Watkin, Jim. Prevention as controversy: Harm reduction. In: Responding to the oppression of addiction: Canadian social work perspectives. 2017. p. 28–47.
15. Lenton S, Single E. The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Rev.* 1998 Jun 1;17(2):213–9.
16. Harm Reduction International. What is harm reduction? [Internet]. 2020. Available from: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
17. Hyshka E, Anderson-Baron J, Karekezi K, Belle-Isle L, Elliott R, Pauly B, et al. Harm reduction in name, but not substance: A comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. *Harm Reduct J* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Oct 24];14(1). Available from: <http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-017-0177-7>
18. Pauly B, Wallace B, Barber K. Turning a blind eye: Implementation of harm reduction in a transitional programme setting. *Drugs Educ Prev Policy.* 2018 Jan 2;25(1):21–30.
19. Wallace B, Barber K, Pauly B (Bernie). Sheltering risks: Implementation of harm reduction in homeless shelters during an overdose emergency. *Int J Drug Policy.* 2018 Mar;53:83–9.
20. Canadian AIDS Society. Peerology: A guide by and for people who use drugs on how to get involved [Internet]. 2015. Available from: <http://www.cdnaids.ca/druguseandharmreduction>
21. CRISM PWLE National Working Group, Working Group. “Having a voice and saving lives:” A survey by and for people who use drugs and work in harm reduction [Internet]. 2019. Available from: <https://crismprairies.ca/wp-content/uploads/2019/10/Report-CRISM-Peer-Study-Finalupdate.pdf>

22. Ti L, Tzemis D, Buxton JA. Engaging people who use drugs in policy and program development: A review of the literature. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:47.
23. Canadian HIV/AIDS Legal Network. “Nothing about us without us” - Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative. 2005.
24. Kennedy MC, Boyd J, Mayer S, Collins A, Kerr T, McNeil R. Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Soc Sci Med*. 2019;225:60–8.
25. Gaetz S, Dej E, Richter T, Canadian Electronic Library (Firm). The state of homelessness in Canada 2016 [Internet]. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness; 2016 [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.deslibris.ca/ID/10065873>
26. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Aube Linden I, Noel F, Krausz M. Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity in homeless adults: Prevalence, correlates, and sex differences. *Psychol Addict Behav*. 2014 Jun;28(2):443–52.
27. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2001 Jan 23;164(2):229–33.
28. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T, et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. Laks J, editor. *PLoS ONE*. 2013 Oct 4;8(10):e75133.
29. Fischer B, Pang M, Tyndall M. The opioid death crisis in Canada: Crucial lessons for public health. *Lancet Public Health*. 2019;4(2):e81–2.
30. Tyndall M. An emergency response to the opioid overdose crisis in Canada: A regulated opioid distribution program. *Can Med Assoc J*. 2018 Jan 15;190(2):E35–6.
31. Government of Canada. Opioid-related harms in Canada [Internet]. 2020. Available from: <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids/>
32. Health Canada. Federal actions on opioids – Overview [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/problematic-prescription-drug-use/opioids/federal-actions/overview.html>
33. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report - 51 [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-COVID-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10

34. Tu H, Tu S, Gao S, Shao A, Sheng J. The epidemiological and clinical features of COVID-19 and lessons from this global infectious public health event. *J Infect* [Internet]. 2020 Apr 4 [cited 2020 Apr 26]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016344532030222X>
35. Government of Canada. Coronavirus disease (COVID-19): Prevention and risks [Internet]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/prevention-risks.html?topic=ex-col-faq#h>
36. World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: Implications for IPC precaution recommendations [Internet]. [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-COVID-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
37. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2020 May 15]. Available from: <https://covid19.who.int/>
38. Public Health Agency of Canada. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak updates, symptoms, prevention, travel, preparation [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-COVID-19.html>
39. Carusone SC, Guta A, Robinson S, Tan DH, Cooper C, O’Leary B, et al. “Maybe if I stop the drugs, then maybe they’d care?”—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduct J* [Internet]. 2019 Dec [cited 2019 Jun 11];16(1). Available from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-019-0285-7>
40. Ti L, Ti L. Leaving the hospital against medical advice among people who use illicit drugs: A systematic review. *Am J Public Health*. 2015 Dec;105(12):e53–9.
41. Weiss L, McCoy K, Kluger M, Finkelstein R. Access to and use of health care: perceptions and experiences among people who use heroin and cocaine. *Addict Res Theory*. 2004 Apr;12(2):155–65.
42. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jul;131(1–2):23–35.
43. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL, et al. Global patterns of opioid use and dependence: Harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*. 2019 Oct;S0140673619322299.

44. Palmer F, Jaffray M, Moffat MA, Matheson C, McLernon DJ, Coutts A, et al. Prevalence of common chronic respiratory diseases in drug misusers: A cohort study. *Prim Care Respir J*. 2012 Aug 8;21(4):377–83.
45. Thylstrup B, Clausen T, Hesse M. Cardiovascular disease among people with drug use disorders. *Int J Public Health*. 2015 Jun 24;60(6):659–68.
46. Public Health Agency of Canada. Coronavirus disease (COVID-19) Vulnerable Populations and COVID-19.
47. Casey L. Coronavirus outbreak surges among homeless in Toronto with 135 cases [Internet]. *Global News*. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://globalnews.ca/news/6867885/coronavirus-outbreak-toronto-homeless/>
48. Kury de Castillo C. More people at Calgary homeless shelters test positive for COVID-19 [Internet]. *Global News*. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://globalnews.ca/news/6873088/calgary-homeless-shelters-positive-for-COVID-19/>
49. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 infection in residents of a large homeless shelter in Boston. *JAMA* [Internet]. 2020 Apr 27 [cited 2020 Apr 30]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765378>
50. Mosites E. Assessment of SARS-CoV-2 infection prevalence in homeless shelters—four US cities, March 27–April 15, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69.
51. Tobolowsky FA, Gonzales E, Self JL, Rao CY, Keating R, Marx GE, et al. COVID-19 outbreak among three affiliated homeless service sites — King County, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 May 1;69(17):523–6.
52. Stephenson J. CDC urges COVID-19 testing at homeless shelters after finding swift spread of infection. *JAMA Health Forum*. 2020 May 1;1(5):e200580–e200580.
53. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. “Housing, the front line defence against the COVID-19 outbreak”, says UN expert [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25727&LangID=E>
54. Farha L. COVID-19 guidance note: Protecting those living in homelessness [Internet]. United Nations Human Rights Special Procedures; 2020. Available from: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless.pdf

55. San Juan DM. Responding to COVID-19 through socialist(ic) measures: A preliminary review. SSRN Electron J [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2020 May 6]; Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=3559398>
56. UN General Assembly Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context [Internet]. 2015 Dec. Report No.: A/HRC/31/54. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/294/52/PDF/G1529452.pdf?OpenElement>
57. Grewal HK, Ti L, Hayashi K, Dobrer S, Wood E, Kerr T. Illicit drug use in acute care settings: Illicit drug use in hospital. *Drug Alcohol Rev.* 2015;34(5):499–502.
58. Meulen E van der. “It goes on everywhere”: Injection drug use in Canadian federal prisons. *Subst Use Misuse.* 2017 Jun 7;52(7):884–91.
59. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet.* 2012 Jan;379(9810):55–70.
60. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci.* 2008 Oct;1141(1):105–30.
61. Volkow ND, McLellan T, McLellan AT. Opioid abuse in chronic pain — Misconceptions and mitigation strategies. *N Engl J Med.* 2016 Mar 31;374(13):1253–63.
62. Magwood O, Salvalaggio G, Beder M, Kendall C, Kpade V, Daghmach W, et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. Le Foll B, editor. *PLOS ONE.* 2020 Jan 16;15(1):e0227298.
63. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: A systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2017;(14):161–83.
64. Potier C, Lapr votte V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Dec;145:48–68.
65. PublicHealthAgencyofCanadaP. Questionsandanswers-Provincial/Territorialclassexemptions:For supervised consumption site operators [Internet]. 2020. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/04/Qs-and-As-Class-Exemption-April-20-2020-SCS-FINAL.pdf>

66. Bardwell G, Strike C, Mitra S, Scheim A, Barnaby L, Altenberg J, et al. “That’s a double-edged sword”: Exploring the integration of supervised consumption services within community health centres in Toronto, Canada. *Health Place*. 2019 Nov 8;102245.
67. Dong KA, Brouwer J, Johnston C, Hyshka E. Supervised consumption services for acute care hospital patients. *CMAJ*. 2020 May 4;192(18):E476–9.
68. Tsekouras P. Toronto opens second COVID-19 recovery site for people experiencing homelessness [Internet]. CTV News. 2020 [cited 2020 May 7]. Available from: <https://toronto.ctvnews.ca/toronto-opens-second-COVID-19-recovery-site-for-people-experiencing-homelessness-1.4927442>
69. Shepherds of Good Hope. Supervised consumption and treatment service: The trailer [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.sghottawa.com/the-trailer/>
70. Mema SC, Frosst G, Bridgeman J, Drake H, Dolman C, Lappalainen L, et al. Mobile supervised consumption services in rural British Columbia: Lessons learned. *Harm Reduct J*. 2019;16(1):4.
71. Krüsi A, Small W, Wood E, Kerr T. An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: A qualitative evaluation. *AIDS Care*. 2009;21(5):638–44.
72. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee on Infection Prevention and Control. Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all health care settings, 3rd Edition [Internet]. 2018. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?la=en>
73. Ontario Health. Personal protective equipment (PPE) use during the COVID-19 pandemic: Recommendations on the use and conservation of PPE from Ontario Health [Internet]. 2020. Available from: https://www.oha.com/Bulletins/Personal%20Protective%20Equipment%20use-COVID-19_Released_March_30_2020.pdf
74. BC Centre for Disease Control. COVID-19: Provincial episodic overdose prevention service (e-OPS) protocol [Internet]. 2020. Available from: http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_EpisodicOPSProtocolGuidelines.pdf
75. Foreman-Mackey A, Bayoumi AM, Miskovic M, Kolla G, Strike C. ‘It’s our safe sanctuary’: Experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario. *Int J Drug Policy*. 2019;73:135–40.
76. Health Canada. List of hand sanitizers authorized by Health Canada [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/disinfectants/COVID-19/hand-sanitizer.html#tbl1>

77. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: A summary [Internet]. 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=49BFD8E20958489A7DD48CEE6E2FA9B1?sequence=1
78. World Health Organization. WHO save lives: Clean your hands in the context of COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.ircwash.org/sites/default/files/who_hand_hygiene_community_campaign.pdf
79. Public Health Agency of Canada. Infection prevention and control for COVID-19: Second interim guidance for acute healthcare settings [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/infection-prevention-control-COVID-19-second-interim-guidance.html#a12>
80. Bardwell G, Boyd J, Kerr T, McNeil R. Negotiating space & drug use in emergency shelters with peer witness injection programs within the context of an overdose crisis: A qualitative study. *Health Place*. 2018 Sep;53:86–93.
81. Vallejo M. Safer bathrooms in syringe exchange programs: Injecting progress into the harm reduction movement. *Columbia Law Rev*. 2018 May;118:41.
82. University of Victoria Centre for Addictions Research of BC. Every washroom: De facto consumption sites in the epicenter of an overdose public health emergency [Internet]. 2016. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/bulletin-15-every-washroom-overdose-emergency.pdf>
83. Vancouver Coastal Health. Overdose Prevention & Response in Washrooms: Recommendations for Service Providers [Internet]. 2019 [cited 2020 May 15]. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/Washroom-Checklist-Service-Settings.pdf>
84. Vancouver Coastal Health. Overdose prevention site manual [Internet]. 2017. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/Overdose-Prevention-Site-OPS-Manual.pdf>
85. Vancouver Coastal Health. Washroom design and monitoring [Internet]. 2016. Available from: <http://dtes.vch.ca/wp-content/uploads/sites/6/2016/10/VCH-DTES-Safe-Inclusive-Washrooms-Recommendations-Oct-2016.pdf>
86. Vancouver Coastal Health, Fraser Health. Overdose prevention & response: Policy and protocol recommendations for service providers [Internet]. 2019. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/Overdose-Prevention-Checklist.pdf>

87. Region of Peel. Housing services: COVID-19 guidance for homelessness service providers [Internet]. 2020. Available from: <https://www.peelregion.ca/coronavirus/housing/COVID-19-guidance-for-homelessness-svc-providers.pdf>
88. Ontario Ministry of Health. COVID-19 guidance: Consumption and Treatment Services (CTS) sites [Internet]. 2020. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_consumption_treatment_services_guidance.pdf
89. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report - 73 [Internet]. 2020 Apr. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200402-sitrep-73-COVID-19.pdf?sfvrsn=5ae25bc7_6
90. Alberta Health Services - COVID-19 Scientific Advisory Group. COVID-19 scientific advisory group rapid response report: Key research question: What is the evidence supporting the possibility of asymptomatic transmission of SARS-CoV-2? [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-rapid-response-asymptomatic-transmission.pdf>
91. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages - Interim guidance [Internet]. 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve>
92. Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control. Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in healthcare settings [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada.; 2013 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.deslibris.ca/ID/239568>
93. Alberta Health Services. Modified PPE [Internet]. n.d. [cited 2020 May 7]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-modified-ppe-for-suspect-or-confirmed-covid19-in-vulnerable-populations-outside-healthcare-facilities.pdf>
94. Canadian Association of Emergency Physicians. Recommendations for PPE in the emergency department during COVID-19 [Internet]. n.d. [cited 2020 May 12]. Available from: <https://caep.ca/wp-content/uploads/2020/04/AGMP-V6-F-clean-1-1-DK-Formatted.pdf>
95. Public Health Agency of Canada. COVID-19 technical brief: Masking and face shields for full duration of shifts in acute healthcare settings [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/technical-brief-masking-face-shields-full-duration-shifts-acute-healthcare-settings.html>

96. Vancouver Coastal Health. VCH overdose response in overdose prevention sites and supervised consumption sites for COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <http://ipac.vch.ca/Documents/COVID-19/Community%20Toolkit/Overdose%20Response%20in%20OPS%20and%20SCS%20and%20COVID%20V3%20%28March%2031%202019%29.pdf>
97. Gagnon M, Gauthier T, Adán E, Bänninger A, Cormier L, Gregg JK, et al. International consensus statement on the role of nurses in supervised consumption sites. *J Ment Health Addict Nurs.* 2019;3(1):e22–31.
98. Pauly B (Bernie), McCall J, Browne AJ, Parker J, Mollison A. Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Adv Nurs Sci.* 2015;38(2):121–35.
99. Richardson L, Laing A, Milloy M-J, Maynard R, Nosyk B, Marshall B, et al. Protocol of the impact of alternative social assistance disbursement on drug-related harm (TASA) study: a randomized controlled trial to evaluate changes to payment timing and frequency among people who use illicit drugs. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 May 15];16(1). Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3304-6>
100. Open Society Foundations. Harm reduction at work: A guide for organizations employing people who use drugs [Internet]. New York, NY: Open Society Foundations; 2010. Available from: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/170e646d-bcc0-4370-96d7-7cf2822a1869/work-harmreduction-20110314.pdf>
101. BC Centre for Disease Control. Peer payment standards for short-term engagements [Internet]. 2018. Available from: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/peer_payment-guide_2018.pdf
102. Alberta Health Services. Opioid poisoning response and COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-opioid-poisoning-response.pdf>
103. Crabtree A, Latham N, Morgan R, Pauly B, Bungay V, Buxton JA. Perceived harms and harm reduction strategies among people who drink non-beverage alcohol: Community-based qualitative research in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy.* 2018 Sep;59:85–93.
104. International Network of People who Use Drugs. COVID-19: Advice for people who use drugs leaflet [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://www.inpud.net/en/COVID-19-advice-people-who-use-drugs-leaflet>
105. Harm Reduction Victoria. COVID-19 & drug use tips and tricks [Internet]. n.d. Available from: www.hrvic.org.au

106. BC Centre for Disease Control. COVID-19: Harm reduction and overdose response [Internet]. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19-harm-reduction.pdf>
107. Harm Reduction Victoria. COVID-19 planning for the substance dependent [Internet]. n.d. Available from: www.hrvic.org.au
108. Downtown East Side Collaborative SRO-C. COVID-19 and harm reduction [Internet]. 2020. Available from: Email dtes.sro.collab@gmail.com to request access.
109. Resolve to Save Lives - Vital Strategies, Harm Reduction Coalition, Higher Ground Harm Reduction, Reynolds Health Strategies. COVID-19 stimulant use, and harm reduction [Internet]. n.d. [cited 2020 May 13]. Available from: https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/04/COV052_StimulantUseHarmReduction-v01-3.pdf
110. Yale Program in Addiction Medicine. Guidance for people who use substances on COVID-19 (novel coronavirus) [Internet]. 2020. Available from: <https://yale.app.box.com/v/COVID19HarmReductionGuidance>
111. Somerset West Community Health Centre. Harm reduction tips during corona virus [Internet]. n.d. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Harm-Reduction-Tips-One-Pager1.pdf>
112. Harm Reduction Coalition, Vital Strategies. Safer drug use during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020. Available from: <https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID19-safer-drug-use-1.pdf>
113. World Health Organization. Information sheet on opioid overdose [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 25]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/en/
114. Buxton JA, Gauthier T, Kinshella M-LW, Godwin J. A 52-year-old man with fentanyl-induced muscle rigidity. *Can Med Assoc J*. 2018 Apr 30;190(17):E539–41.
115. Kinshella M-LW, Gauthier T, Lysyshyn M. Rigidity, dyskinesia and other atypical overdose presentations observed at a supervised injection site, Vancouver, Canada. *Harm Reduct J* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 May 11];15(1). Available from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0271-5>
116. Alberta Health Services. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) for continuing care clients with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-cc-cpr.pdf>

117. The Works. COVID-19 protocol for Aerosol-Generating Medical Procedures (AGMP) in The Works Supervised Injection Site (SIS) environment [Internet]. 2020. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/Precautions-for-Aerosol-in-the-SCS-environment-march-23-version-for-sharing.pdf>
118. Alberta Health Services. Essential COVID-19 information for physicians, respiratory therapy, and nurses on the use of oxygen therapy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-sag-oxygen-therapy-info-brief.pdf>
119. Alberta Health Services. Recommended use of non-invasive ventilation (NIV) during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Available from: <https://cumming.ucalgary.ca/sites/default/files/teams/127/annual-report/COVID-19%20Information%20Brief%20-%20Recommended%20use%20of%20Non-invasive%20ventilation....pdf>
120. Alberta Health Services Scientific Advisory Group. COVID-19 scientific advisory group rapid response report: Updates on recommended use of non-invasive ventilation in AHS [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-sag-niv-rapid-review.pdf>
121. Alberta Health Services. COVID-19 scientific advisory group rapid response report [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-sag-oxygen-therapy-rapid-review.pdf>
122. Alberta Health Services. Aerosol-generating medical procedure guidance tool: Novel coronavirus (COVID-19) [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/topics/Page17091.aspx>
123. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers. ASHRAE epidemic task force: Filtration & disinfection [Internet]. 2020 Apr 9. Available from: https://www.ashrae.org/file%20library/technical%20resources/COVID-19/filtration_and_disinfection_a3.pdf
124. Vancouver Coastal Health. COVID-19: Community members responding to overdose [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14]. Available from: https://sneezesdiseases.com/assets/wysiwyg/Community%20OD_V2_May%206.pdf
125. BC Centre for Disease Control. COVID-19: Responding to opioid overdoses in overdose prevention services (OPS) and supervised consumption sites (SCS) [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14]. Available from: http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_RespondingToOpioidODsInOPS_SCS.pdf

126. Butterfly Asian and Migrant Sex Workers Support Network, Maggie's Toronto Sex Workers Action Project. Sex work COVID-19: Guidelines for sex workers, clients, third parties, and allies [Internet]. 2020. Available from: <https://drugpolicy.ca/sex-work-COVID-19-guidelines-for-sex-workers-clients-third-parties-and-allies/>
127. Singh VM, Browne T, Montgomery J. The emerging role of toxic adulterants in street drugs in the US illicit opioid crisis. *Public Health Rep.* 2020 Jan;135(1):6–10.
128. World Health Organization, editor. Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings. Manila: World Health Organization, Western Pacific Region; 2009. 91 p.
129. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr.* 2015 Oct 1;38(5):152–5.
130. Alberta Health Services. Harm reduction and COVID-19: Guidance document for community service providers. :24.
131. Strang J. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ.* 2003 May 3;326(7396):959–60.
132. Bird SM, Hutchinson SJ. Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996–99. *Addiction.* 2003;98(2):185–90.
133. Oppenheimer E, Tobutt C, Taylor C, Andrew T. Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: A 22-year follow-up study. *Addiction.* 1994;89(10):1299–308.
134. Health Canada. Process for establishing a safer supply program in Canada [Internet]. n.d. Available from: https://www.dropbox.com/sh/x622qndzvmysvm/AABi888G_Ase6T0-N1Pd3uboa?_cldee=cGV0ZXJfa0BzZnUuY2E%3D&dl=0&esid=eb8d3cc2-8c93-ea11-a812-000d3af4a4ca&preview=Roadmap+-+Establishing+a+Safer+Supply+Program_+Feuille+de+route+-+%C3%89tablir+un+programme+d%27approvisionnement+plus+s%C3%A9curitaire.pdf&recipientid=contact-597e13a43066e911a990000d3af438b6-595de4ea02af40c3b93c92195bebeca2
135. Health Canada. Frequently asked questions: Access to controlled substances [Internet]. n.d. Available from: https://www.dropbox.com/sh/x622qndzvmysvm/AABi888G_Ase6T0-N1Pd3uboa?_cldee=cGV0ZXJfa0BzZnUuY2E%3D&dl=0&esid=eb8d3cc2-8c93-ea11-a812-000d3af4a4ca&preview=Frequently+Asked+Questions+-+Federal%2C+Provincial+and+Territorial+roles+and+Access+to+Medication.pdf&recipientid=contact-597e13a43066e911a990000d3af438b6-595de4ea02af40c3b93c92195bebeca2

136. CRISM National Guideline Review Committee. National guideline for the clinical management of opioid use disorder [Internet]. the Canadian Research Initiative on Substance Misuse (CRISM); Available from: https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-ENG.pdf
137. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. National injectable opioid agonist treatment for opioid use disorder clinical guideline [Internet]. 2019 Sep. Available from: https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Operational_Guideline-17Sept2019-English-FINAL.pdf
138. British Columbia Centre on Substance Use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder [Internet]. 2017 [cited 2020 May 7]. Available from: https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf
139. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Guidance document on the management of substance use in acute care [Internet]. Alberta; 2020 Jan. Available from: <https://crismprairies.ca/management-of-substance-use-in-acute-care-settings-in-alberta-guidance-document/>.
140. British Columbia Centre on Substance Use. Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder [Internet]. 2019 [cited 2020 May 7]. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/AUD-Guideline.pdf>
141. British Columbia Centre on Substance Use. Risk mitigation in the context of dual public health emergencies: Interim clinical guidance [Internet]. 2020 Mar. Report No.: 1.5. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/04/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.5.pdf>
142. American Society of Addiction Medicine. Screening & assessment tools [Internet]. [cited 2020 May 7]. Available from: <https://www.asam.org/education/live-online-cme/fundamentals-program/additional-resources/screening-assessment-for-substance-use-disorders/screening-assessment-tools>
143. Health Canada. Public drug plan coverage for medications for substance use disorder and to provide pharmaceutical alternatives to the contaminated illegal drug supply [Internet]. 2020. Available from: Email hc.cdss-scdas.sc@canada.ca to request access.
144. Health Canada. Subsection 56(1) class exemption for patients, practitioners and pharmacists prescribing and providing controlled substances in Canada during the coronavirus pandemic [Internet]. Government of Canada. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/controlled-substances-precursor-chemicals/policy-regulations/policy-documents/section-56-1-class-exemption-patients-pharmacists-practitioners-controlled-substances-COVID-19-pandemic.html>

145. Penn R, Bareham J, Barnes M, Emerson B, Hackel C, Hopkins C, et al. Toolkit for substance use and addictions program applicants. Stream 2 - Increasing access to pharmaceutical-grade medications [Internet]. Report prepared for Health Canada; n.d. Available from: Email hc.SUAP-PUDS.sc@canada.ca to request access.
146. Canadian Mental Health Association. Buprenorphine/naloxone microdosing: The Bernese Method: A brief summary for primary care clinicians [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12]. Available from: https://www.metaphi.ca/assets/documents/provider%20tools/PCP_Microdosing_TVfHT.pdf
147. Centre for Addiction and Mental Health, Mentoring, Education, and Clinical Tools for Addiction: Primary Care-Hospital Integration, Ontario Medical Association. COVID-19 opioid agonist treatment guidance [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: https://www.metaphi.ca/assets/documents/news/COVID19_OpioidAgonistTreatmentGuidance.pdf
148. Bach P, Garrod E, Robinson K, Fairbairn N. An acute care contingency management program for the treatment of stimulant use disorder: A case report. *J Addict Med*. 2020 Mar;1.
149. Tracy K, Babuscio T, Nich C, Kiluk B, Carroll KM, Petry NM, et al. Contingency management to reduce substance use in individuals who are homeless with co-occurring psychiatric disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33(2):253–8.
150. Reback CJ, Peck JA, Dierst-Davies R, Nuno M, Kamien JB, Amass L. Contingency management among homeless, out-of-treatment men who have sex with men. *J Subst Abuse Treat*. 2010 Oct;39(3):255–63.
151. Liebrezn M, Boesch L, Stohler R, Caflich C. Agonist substitution—A treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction*. 2010;105(11):1870–4.
152. O’Brien CP. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 2:28–33.
153. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. The “Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*. 2014 Jun 1;48(4):375–90.
154. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *The Lancet*. 2019 Aug;394(10200):781–92.
155. McNeil Consumer Healthcare. Cost of nicotine replacement therapy [Internet]. Help Them Quit. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.helpthemquit.ca/treatment/>

costs-coverage

156. Werneck MA, Kortas GT, de Andrade AG, Castaldelli-Maia JM. A systematic review of the efficacy of cannabinoid agonist replacement therapy for cannabis withdrawal symptoms. *CNS Drugs*. 2018 Oct 15;32(12):1113–29.
157. Allsop DJ, Lintzeris N, Copeland J, Dunlop A, McGregor IS. Cannabinoid replacement therapy (CRT): Nabiximols (Sativex) as a novel treatment for cannabis withdrawal. *Clin Pharmacol Ther*. 2015 Mar 16;97(6):571–4.
158. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Foll BL, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 14];(5). Available from: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD005336.pub4>
159. Safer Opioid Supply Programs Guiding Document [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from: <https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vTMQEhchBfmTjEbxpDRi6w7pXE5EDulnMiKARuxBcxvFUtjPmqk8l7AFPGYvWn3hOHWkTMO8-m5QPI0/pub>
160. Silverman M, Slater J, Jandoc R, Koivu S, Garg AX, Weir MA. Hydromorphone and the risk of infective endocarditis among people who inject drugs: a population-based, retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Apr;20(4):487–97.
161. Kasper KJ, Manoharan I, Hallam B, Coleman CE, Koivu SL, Weir MA, et al. A controlled-release oral opioid supports *S. aureus* survival in injection drug preparation equipment and may increase bacteremia and endocarditis risk. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 Aug 9 [cited 2020 May 14];14(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688832/>
162. Pauly B (Bernie), Vallance K, Wettlaufer A, Chow C, Brown R, Evans J, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(S1):S132–9.
163. University of Victoria Canadian Institute. Standard drink calculator [Internet]. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <http://aodtool.cfar.uvic.ca/index-stddt.html>
164. Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E. Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature: Managed alcohol programs in hospital. *Drug Alcohol Rev*. 2018 Apr;37:S145–55.
165. Canadian Drug Policy Coalition. Alcohol use & COVID-19 [Internet]. n.d. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/Alcohol-Use-and-COVID-19.jpg>

166. World Health Organization. Alcohol and COVID-19: what you need to know [Internet]. 2020 [cited 2020 May 16]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf
167. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Canada's low-risk alcohol drinking guidelines [Internet]. 2012. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-en.pdf>
168. University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research. Safer drinking tips [Internet]. n.d. Available from: https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/poster-cmaps_eidge-safer-drinking-tips.pdf
169. University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research. Safer drinking tips during COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/safer-drinking-covid-march-30.pdf>
170. Valleriani J, Haines-Saah R, Capler R, Bluthenthal R, Socias ME, Milloy M, et al. The emergence of innovative cannabis distribution projects in the downtown eastside of Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*. 2020 May;79:102737.
171. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. COVID-19 and cannabis smoking and vaping: Four things you should know [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-COVID-19-Cannabis-Smoking-and-Vaping-Report-2020-en_1.pdf
172. Health Canada. Addiction to cannabis [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/addiction.html>
173. Alberta College of Pharmacy. COVID-19 guidance for pharmacists and pharmacy technicians [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://abpharmacy.ca/COVID-19-guidance-pharmacists-and-pharmacy-technicians#collapseInner-2>
174. Health Canada. Relevant exemptions to the Controlled Drugs and Substances Act [Internet]. n.d. Available from: https://www.dropbox.com/sh/x622qndzvmysvm/AABi888G_Ase6T0-N1Pd3uboa?_cldee=cGV0ZXJfa0BzZnUuY2E%3D&dl=0&esid=eb8d3cc2-8c93-ea11-a812-000d3af4a4ca&preview=Relevant+Exemptions+to+the+Controlled+Drugs+and+Substances+Act.pdf&recipientid=contact-597e13a43066e911a990000d3af438b6-595de4ea02af40c3b93c92195bebeca2

175. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. A treatment improvement protocol: Trauma-informed care in behavioral health services: Tip 57 [Internet]. 2014. Available from: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>
176. Dunlop A, Lokuge B, Masters D, Sequeira M, Saul P, Dunlop G, et al. Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020 Dec [cited 2020 May 8];17(1). Available from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00370-7>
177. Risk Communication and Community Engagement Working Group on COVID-19 Preparedness and Response in Asia and the Pacific, UN Women, Translators without Borders. COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement [Internet]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/COVID-19%20-%20How%20to%20include%20marginalized%20and%20vulnerable%20people%20in%20risk%20communication%20and%20community%20engagement.pdf>
178. British Columbia Centre on Substance Use. COVID-19: Information for opioid agonist treatment prescribers and pharmacists [Internet]. 2020. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Bulletin-March-17-2020.pdf>
179. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA update on the implications of COVID-19 for people who use drugs (PWUD) and drug service providers [Internet]. 2020. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12879/emcdda-covid-update-1-25.03.2020v2.pdf>
180. Inter-Agency Standing Committee. Interim guidance: Scaling-up COVID-19 outbreak readiness and response operations in humanitarian situations - Including camps and camp-like settings [Internet]. 2020 Mar. Report No.: 1.1. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20for%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20Camps%20and%20Camp-like%20Settings.pdf>
181. Oudshoorn A. Safe supply and harm reduction during COVID-19 [Internet]. Homeless Hub. 2020. Available from: <https://www.homelesshub.ca/blog/safe-supply-and-harm-reduction-during-COVID-19>
182. United Nations Office on Drugs and Crime. Suggestion about treatment, care and rehabilitation of people with drug use disorder in the context of the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Available from: https://www.unodc.org/documents/ropan/2020/UN_COVD_19_INFOGRAFIA.pdf

183. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. Trauma-informed practice guide [Internet]. 2013. Available from: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

