



Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances

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 :

Brar, R., Bruneau, J., Butt, P., Goyer, ME., Lim, R., Poulin, G., Sereda, A., Robinson, S., Ross, J., Wood, E. *[Traduction]* Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances durant la pandémie de la COVID-19 : Guide pratique national rapide. Vancouver, Colombie-Britannique : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances ; 22 juin 2020. 57p. Version 1.

Version 1, 22 juin 2020

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

Reconnaissance du territoire

Nous tenons à reconnaître respectueusement que le travail visant à compléter ce guide pratique rapide a été effectué sur les territoires non cédés des peuples Salish du littoral, y compris les territoires traditionnels des Nations xʷməθkwə́yəm (Musqueam), Skwxwú7mesh (Squamish), et səliłílwətaʔt (Tsleil-Waututh).

Nous tenons également à souligner que la terre sur laquelle les auteurs se sont réunis au Québec pour appuyer l'élaboration de ce document d'orientation est le territoire traditionnel et non cédé des Kanien'kehà:ka (Mohawk), un lieu qui a longtemps servi de lieu de rencontre et d'échange entre les nations.

Nous reconnaissons que la criminalisation, l'institutionnalisation et la discrimination actuelles, à l'égard des personnes utilisatrices de substances, nuisent de manière disproportionnée aux peuples autochtones, et que des efforts continus sont nécessaires pour démanteler les systèmes d'oppression coloniaux. Nous sommes engagés dans le processus de réconciliation avec peuples autochtones, et reconnaissons qu'il faut apporter des changements importants et permanents au système de soins de santé.

Nous espérons que ce guide pratique national contribuera à réduire les méfaits auxquels sont confrontées les personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19.

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 substances, 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. Toutefois, un nombre important d'ouvrages ont été consultés lors de la rédaction de ce guide pratique ; une liste des ouvrages consultés est fournie à l'**Annexe 1 : Travaux consultés à la page 34**.

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 proposer 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 COVID-19 :

- Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil
- Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives
- Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques
- Stratégies pour réduire la transmission du SRAS-CoV-2 dans les centres de réadaptation en dépendance et d'hébergement
- Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée
- Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances (le présent document)

Les documents sont accessibles à l'adresse suivante : <https://crism.ca/projects/covidfrench/>. 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.

Auteurs et autres participants

Comité de rédaction

Rupinder Brar, MD, CCFP (AM), CSIAM ; Professeur clinique assistant, Département de pratique familiale, UBC ; Directeur médical par intérim, VCH Regional Addiction Program, St. Paul's Hospital Addiction Medicine Consult Service ; Médecin, PHS Community Services Society

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

Peter R. Butt, MD, CCFP (AM), FCFP; Professeur adjoint, Département de médecine familiale, College of Medicine, University of Saskatchewan

Marie-Ève Goyer (Co-Chaire), MD, MSc, CCMF (MT); Professeure adjointe, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal; Médecin et Cheffe de service, Itinérance/dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Ronald Lim, MD, CCFP (AM), ABAM(d), DFASAM, CCSAM ; Professeur adjoint, Cumming School of Medicine, University of Calgary

Ginette Poulin, RD, MD, CCFP (AM), CISAM ; Directrice médicale, Addictions Foundation of Manitoba ; Chef clinique, Manitoba Rapid Access to Addictions Medicine (RAAM) Clinics ; Directrice du programme de mentorat et d'amélioration clinique, International Medical Graduate, Post-Graduate Medical Education, Max Rady College of Medicine, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba

Andrea Sereda, MD, CCFP (EM) ; London Intercommunity Health Centre

Samantha Robinson (Co-Chair) RN, MPH ; Directrice clinique par intérim, British Columbia Centre on Substance Use

Josey Ross, MA ; Rédactrice médicale principale par intérim, British Columbia Centre on Substance Use

Evan Wood, MD, PhD, FRCPC (Chaire) ; Professeur de médecine, Chaire de recherche du Canada, University of British Columbia et British Columbia Centre on Substance Use

Comité de révision

Paxton Bach, MD, MSc, FRCPC ; Professeur clinique adjoint, Département de médecine, Directeur adjoint, BCCSU Clinical Addiction Medicine Fellowship, University of British Columbia, Vancouver BC

Krishna Balachandra, MD, FRCPC ; Professeur clinique adjoint, University of Alberta

Maulik Baxi, MD, MPH, PG Cert (Pop Health Mgmt) ; Résident, Santé publique et médecine préventive, University of Alberta

Matthew Bonn ; Coordonnateur de programme, Canadian Association of People Who Use Drugs (CAPUD) ; Membre du Conseil national, Canadian Students for Sensible Drug Policy (CSSDP)

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

Guy Felicella ; Peer Clinical Advisor, Vancouver Coastal Health, BC Centre on Substance Use, Overdose Emergency Response Centre (OERC)

S. Monty Ghosh, MD, MSc, MBT, FRCPC, ISAM, CCSAM ; Professeur clinique adjoint, Département de médecine interne et de neurologie, University of Alberta ; Département de médecine et psychiatrie, University of Calgary

Catherine Hacksel

Jennifer Harris, MD, CCFP (AM) ; Territorial Clinical Lead of Addictions, Northwest Territories

David Hodgins, PhD, R.Psych ; Professeur, Département de psychologie, University of Calgary

Bruce Hollett, MD ; Chef de division, Médecine familiale, Douleur chronique et addictions, Médecine gériatrique, Waterford Hospital ; Professeur adjoint, Médecine familiale et psychiatrie, Memorial University of Newfoundland and Labrador

Lois A. Jackson, PhD ; Professeure, Promotion de la santé, School of Health and Human Performance, Faculty of Health, Dalhousie University

Cheyenne Johnson, RN, MPH ; Co-Directrice exécutive par intérim, British Columbia Centre on Substance Use

M-J Milloy, PhD ; Canopy Growth Professor of Cannabis Science, Département de médecine, University of British Columbia

Venu Karapareddy, MBBS, MSc, MRCPsych, FRCPC, MBA ; Psychiatre en toxicomanies, Vancouver Coastal Health ; Professeur clinique adjoint, University of British Columbia

Wendy Muckle, RN, BScN, MHA ; Présidente-directrice générale, Ottawa Inner City Health

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 de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) ; Professeur, Dalla Lana School of Public Health et le Département de psychiatrie, University of Toronto

Annie Talbot, MD, CCMF (MT), FCMF, ABFM ; Professeure clinique adjointe, Médecine des toxicomanies, Département de médecine générale, Chercheuse associée au Centre de recherche du CHUM

Vijay Seethapathy, MBBS, FRCPC, MRCPsych, DABAM, MBA (Exec) ; Médecin-chef, British Columbia Mental Health and Substance Use Services, Provincial Health Services Authority

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

Réviseurs externes

Groupe consultatif d'experts sur l'approvisionnement sécuritaire de Santé Canada (Health Canada Safe Supply Expert Advisory Group)

Remerciements

L'ICRAS-CRISM tient à remercier le comité de rédaction pour avoir guidé l'élaboration de la version initiale de ce document et les révisions du contenu, ainsi que le comité de révision pour avoir apporté son expertise, ses connaissances et son soutien.

Outre les personnes mentionnées ci-dessus, nous remercions les auteurs de « Prescriber Guidelines for Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies » de la Vancouver Coastal Health Authority ; « Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies : Interim Clinical Guidance » du British Columbia Centre on Substance Use ; et "La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec : guide clinique à l'intention des prescripteurs" de l'Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces documents ont servi de base à l'élaboration du présent document. Nous aimerions remercier les chargées de projets et de recherche des pôles de l'ICRAS-CRISM (Denise Adams, Fariyah Ali, Nirupa Goel et Aïssata Sako) pour leur leadership ; Maryam Babaei pour

son soutien à la recherche Rivka Kushner et Trish Emerson pour leur soutien administratif et leur aide à la communication ; Jessica Bright pour son soutien à la rédaction; Valeria Saavedra pour son soutien à la conception graphique du guide en français; et Marjolaine Thompson pour avoir facilité la révision externe. L'ICRAS-CRISM tient à remercier Sénami Dossa et Aïssata Sako pour la traduction du guide pratique en français. Ce travail a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (CUG-171602).

Avertissement aux prestataires de soins de santé

Les recommandations contenues dans ce guide pratique représentent le point de vue du comité de rédaction du présent guide. Cet avis est fondé sur l'examen attentif des faits scientifiques de même que sur la révision externe par des pairs.

L'application des orientations contenues dans le présent document n'annule pas la responsabilité des prestataires de soins de santé de prendre des décisions adaptées aux besoins, aux préférences et aux valeurs d'un patient individuel, en consultation avec ce patient (et son ou ses tuteurs ou les membres de sa famille, le cas échéant) et, le cas échéant, avec des experts externes (p. ex. consultation d'un spécialiste). Lorsqu'ils exercent leur jugement clinique en envisageant des stratégies visant à aider les personnes utilisatrices de substances à s'auto-isoler, les professionnels de la santé doivent respecter les valeurs et les principes fondamentaux de leur code de déontologie, tout en tenant compte du présent guide pratique. 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. Ce document vise à fournir aux prescripteurs (médecins et infirmiers(ères) praticiens(nes)) à travers le Canada un aperçu conceptuel des stratégies visant à aider leurs patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances à s'isoler afin de réduire la propagation du SRAS-CoV-2, qui provoque la COVID-19. 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.

Gestion des intérêts concurrents

Ce document d'orientation a été entièrement financé par le réseau ICRAS-CRISM qui est financé par les IRSC et sans le soutien de l'industrie pharmaceutique. Les conflits d'intérêts ont été évalués à l'aide des *Principes de divulgation et de gestion des conflits d'intérêts* du Guidelines International Network¹. Pour ce document, tous les membres du comité de rédaction et de révision étaient tenus de divulguer toutes les sources et les montants des rémunérations directes et indirectes reçues au cours des cinq dernières années de la part du secteur privé, d'entreprises à but lucratif et d'autres entités commerciales (p. ex. les conflits financiers directs) qui pourraient introduire un risque de biais réel, potentiel ou perçu. En outre, il a été demandé aux membres du comité de divulguer les éventuels conflits d'intérêts indirects, tels que les promotions dans les universités, les revenus cliniques/professionnels et les états professionnels ou publics, susceptibles, susceptibles d'avoir une incidence sur l'interprétation des données probantes et sur la formulation des recommandations.

Aucun conflit d'intérêt direct actuel ou en cours n'a été divulgué par les 33 membres des comités. Trois membres du comité ont révélé des conflits d'intérêts financiers directs sous la forme de participation rémunérée à des conseils consultatifs (n=1 ; rémunération totale de 3 500 \$) et/ou d'honoraires versés pour des conférences ou des formations (n=2 ; fourchette de rémunération totale de 2 000 à 4 000 \$) par Indivior Inc. au cours des cinq dernières années ; aucun n'était actif au moment de la participation. Un membre du comité a déclaré avoir reçu un soutien non monétaire pour son programme de recherche (c'est-à-dire un voyage payé pour assister à une réunion) de la part d'Indivior Inc. (n=1 ; valeur totale 1 500 \$) ; cette fonction n'était pas active au moment de la publication.

En termes de sources indirectes d'intérêt ou de biais potentiel, dans l'ensemble, 22 des 33 personnes ont révélé des intérêts particuliers en rapport avec le contenu de ce document. Ceux-ci se rapportaient à l'expertise et/ou à la pratique clinique (p. ex. clinicien en médecine des toxicomanies, personnel clinique, expert universitaire en matière de dépendances), à la participation à des conseils ou comités consultatifs, à des témoignages d'experts, à des déclarations publiques ou à des recherches passées ou actuelles sur des interventions ou approches de traitement examinées dans ce document. Une personne a indiqué que ses revenus cliniques pourraient être influencés par les orientations contenues dans ce document.

Après examen, parmi les personnes ayant divulgué des conflits d'intérêts directs ou indirects ou un risque de biais, aucun conflit n'a été jugé suffisamment pertinent ou important pour justifier l'exclusion des comités. Afin d'atténuer tout risque réel, potentiel ou perçu de biais, les quatre membres du comité qui ont divulgué un conflit d'intérêts direct potentiel ont été écartés de l'examen

¹ Schunemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines International Network : Principes pour la divulgation des intérêts et la gestion des conflits dans les directives. *Ann Intern Med* 2015;163(7):548-53

final et de l'approbation du guide pratique. Les 29 autres membres du comité n'ayant pas révélé de conflit d'intérêts direct ont examiné et approuvé définitivement les stratégies décrites dans le présent guide pratique.

TABLE DES MATIÈRES

1.0 PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE NATIONAL	12
2.0 OBJECTIF ET PORTÉE	14
2.1 Public cible.....	16
2.2 Élaboration.....	16
3.0 PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PLANIFICATION DES SOINS.....	18
4.0 ÉLIGIBILITÉ, DÉPISTAGE ET ÉVALUATION	21
5.0 PRESCRIPTION DURANT LA PANDÉMIE	23
5.1 Opiïdes	25
5.2 Stimulants	26
5.3 Benzodiazépines	26
5.4 Alcool	27
5.5 Tabac	28
5.6 Cannabis	29
6.0 PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES, PRÉVENTION DES SURDOSES, ET NALOXONE.....	30
7.0 ORGANISATION DU SOUTIEN.....	32
8.0 CONSIDÉRATIONS POUR LES MILIEUX RURAUX ET ÉLOIGNÉS	33
ANNEXE 1 : TRAVAUX CONSULTÉS	34
ANNEXE 2 : RESSOURCES POUR LE TRAITEMENT ET LA PLANIFICATION DES SOINS	52
ANNEXE 3 : LISTE DES RESSOURCES EN LIGNE LIÉES À L'USAGE DE SUBSTANCES ..	54
ANNEXE 4 : TROUSSE À OUTILS DE SANTÉ CANADA POUR L'APPROVISIONNEMENT SÉCURITAIRE	56

1.0 Principes du guide pratique national

- Ce guide pratique est destiné aux personnes diagnostiquées avec un trouble lié à l'usage de substances, possiblement atteintes de la COVID-19 (p. ex. symptomatiques et s'auto-isolent) ou confirmées atteintes de la COVID-19.

- Des mesures extraordinaires sont nécessaires pour aider les personnes utilisatrices de substances, y compris de l'alcool, à suivre les directives de santé publique (p. ex. s'auto-isoler, se mettre en quarantaine ou pratiquer la distanciation sociale) et prévenir la propagation continue de la COVID-19 dans la communauté.

- La prise de décision clinique devrait être guidée par les circonstances individuelles du patient, les besoins et les objectifs identifiés par le patient, la sécurité du patient et de la communauté, et le rapport risque/bénéfice unique pour chaque patient.

- Dans la mesure du possible, les prescripteurs doivent proposer des traitements fondés sur des données probantes, conformément aux directives locales ou nationales. Toutefois, tous les patients n'accepteront pas ou ne se stabiliseront pas sur des options de traitement fondées sur des données probantes pour leurs troubles liés à l'usage de substances. Lorsque les options de traitement fondées sur des données probantes ne sont pas efficaces, pas disponibles ou sont refusées, les prescripteurs peuvent envisager d'autres stratégies - comme la prescription de produits pharmaceutiques de substitution ou la fourniture d'autres substances réglementées - pour réduire les risques associés au sevrage et à l'exposition au SRAS-CoV-2.

- Pour les personnes qui ont besoin de s'auto-isoler et qui risquent de se sevrer de substances illégales (c'est-à-dire les opioïdes, les benzodiazépines, les stimulants), le jugement clinique et la préférence du patient doivent éclairer les options de prescription. Celles-ci peuvent comprendre le lancement et l'optimisation d'une pharmacothérapie fondée sur des données probantes, la prescription de produits pharmaceutiques de substitution ou une combinaison d'approches.

- Pour les personnes qui ont besoin de s'auto-isoler et qui risquent de se priver de substances licites (alcool, tabac, cannabis), les prestataires de soins de santé devraient travailler avec chaque individu pour déterminer la meilleure façon de réduire le risque de sevrage et de favoriser l'auto-isolement. Il peut s'agir, par exemple, de lancer un traitement fondé sur des données probantes ou de s'y référer, d'élaborer un plan de gestion de l'alcool modifié ou un plan de gestion du sevrage à domicile, ou encore de faciliter l'accès au cannabis.

- **Pour les personnes présentant des troubles concomitants d'usage de substances ou de trouble lié à l'usage de substances, l'augmentation du risque de surdose associé à la co-ingestion de dépresseurs du SNC doit également être prise en compte lors de l'évaluation des risques et des avantages. Pour ces personnes, il convient de recourir au jugement clinique, en donnant la priorité à la fourniture de solutions de remplacement pour les substances associées au risque le plus élevé de sevrage sévère.**

- **Les prestataires de soins de santé devraient offrir une éducation sur les stratégies de prévention et réduction des risques et l'accès aux fournitures de prévention et réduction des risques.**

- **Pour les clients qui commencent ou continuent à se faire prescrire des médicaments pour des troubles liés à l'usage de substances, les prescripteurs sont encouragés à identifier les pharmacies qui offrent la livraison et ont la capacité de transporter les médicaments au lieu de résidence du client - en particulier pour ceux qui sont en auto-isolément en raison d'un cas confirmé ou suspecté de COVID-19.**

- **Ces conseils cliniques ne remplacent ni n'annulent les conseils existants.**

2.0 Objectif et portée

Le 11 mars, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la COVID-19, causé par le nouveau coronavirus SRAS-CoV-2, était une pandémie, en raison des niveaux alarmants de propagation et de gravité dans le monde. Cette pandémie mondiale menace d'aggraver les risques et les méfaits de la crise de surdoses au Canada. À l'intersection de ces deux crises se trouvent un certain nombre de risques, notamment le risque de surdose et d'autres risques liés à un approvisionnement en substances illégales de plus en plus toxiques ; le risque de contracter ou de propager le SRAS-CoV-2 chez des personnes présentant des problèmes de santé sous-jacents qui sont également confrontées à une marginalisation sociale et structurelle ; et les risques liés au sevrage pour les personnes qui doivent s'auto-isoler² ou se mettre en quarantaine³ pour empêcher la propagation du SRAS-CoV-2. Les personnes qui recherchent des substances illégales pour prévenir le sevrage risquent à la fois une surdose et une exposition au SRAS-CoV-2 et sa transmission. Les personnes ayant un logement instable (p. ex. les personnes sans abri ou vivant dans un centre d'accueil⁴, un logement marginal ou une unité de logement subventionné) doivent faire face à des difficultés supplémentaires pour pratiquer la distanciation sociale ou s'auto-isoler afin de réduire la propagation du SRAS-CoV-2 au sein de la communauté.

Dans la mesure du possible, les prescripteurs doivent proposer un traitement fondé sur des données probantes, conformément aux lignes directrices locales ou nationales (p. ex. [Lignes directrices de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#)). Cependant, tous les patients n'accepteront pas ou ne se stabiliseront pas sur des options de traitement fondées sur des données probantes pour leurs troubles liés à l'usage de substances. Des mesures extraordinaires sont nécessaires pour aider les personnes utilisatrices de substances y compris de l'alcool, à suivre les directives de santé publique (p. ex. à s'auto-isoler) et à prévenir la propagation continue du SRAS-CoV-2 au sein d'une population déjà marginalisée. Lorsque les options de traitement fondées sur des données probantes ne sont pas efficaces, disponibles ou sont refusées, les prescripteurs peuvent envisager d'autres stratégies pour réduire les risques associés à la fois au sevrage et à l'exposition au SRAS-CoV-2. Les prescripteurs doivent faire appel à leur jugement clinique lorsqu'ils envisagent ces stratégies alternatives, qui peuvent être envisagées en dehors des normes de soins établies, y compris en dehors de l'usage les utilisations indiquées sur l'étiquette.

La mise à disposition d'alternatives plus sécuritaires pour réduire les risques liés à l'usage de

² L'auto-isolement désigne l'isolement des personnes dont la présence de COVID-19 a été confirmée.

³ La quarantaine désigne l'isolement des personnes qui ont été exposées au SRAS-CoV-2 mais qui n'ont pas développé de symptômes et se trouvent dans la période d'incubation de la maladie.

⁴ Voir le document Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 pour des conseils sur le soutien aux personnes utilisatrices de substances vivant dans des centres d'accueil

substance, ou pour soutenir l'arrêt de l'usage de substances, a un historique établi et un ensemble substantiel de preuves à l'appui (voir à l'**Annexe 1 : Travaux consultés à la page 34**). Par exemple, certains médicaments opioïdes sont prescrits au Canada depuis les années 1960 pour réduire les risques associés à l'usage d'opioïdes obtenus illégalement, sous la forme de traitements agonistes opioïdes. En outre, la thérapie de substitution de la nicotine est couramment prescrite pour gérer les troubles liés au tabagisme depuis près de quatre décennies, et les programmes de gestion de l'alcool fonctionnent de plus en plus dans le contexte canadien pour aider les gens à accéder à des boissons alcoolisées (plutôt qu'à la consommation d'alcool impropre à la consommation potentiellement plus toxique). S'appuyant sur une approche bien établie qui réduit les risques de certaines substances en proposant des alternatives plus sécuritaires, la prescription réfléchie d'alternatives pharmaceutiques peut réduire le risque d'acquisition et de transmission du SRAS-CoV-2, en aidant les personnes utilisatrices de substances à s'auto-isoler, à se mettre en quarantaine ou à pratiquer la distanciation physique.

Les orientations contenues dans ce document visent à donner un aperçu des approches permettant d'aider les personnes ayant un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances qui ont un cas présumé (p. ex. symptomatique et s'auto-isole) ou confirmé de COVID-19, et qui sont desservies en dehors d'un centre d'accueil, à suivre les mesures de santé publique telles que l'auto-isolement ou la quarantaine. Ces lignes directrices visent à fournir aux prescripteurs (médecins et infirmiers(ères) praticiens(nes) [IP]⁵) à travers le Canada des stratégies pour la prescription d'alternatives pharmaceutiques lorsque le traitement fondé sur des preuves ne suffit pas à réduire le risque (voir **5.0 Prescription durant la pandémie à la page 23**).

Bien que les auteurs de ce guide pratique soient d'avis que l'approvisionnement en médicaments toxiques est une conséquence de l'interdiction des médicaments et des politiques actuelles en matière de médicaments, ce document n'a pas pour but de fournir des conseils pour la réglementation des médicaments et des substances. Un changement de politique aux niveaux fédéral et provincial est nécessaire de toute urgence pour faire face aux méfaits permanents associés à la prohibition et aux politiques actuelles en matière de médicaments.

Ce document n'a pas pour but de fournir des conseils sur le traitement des troubles liés à l'usage de substances, au-delà de recommander l'utilisation de traitements de première ligne, fondés sur des preuves, lorsque cela est possible. Ce document a une portée nationale et ne remplace pas les directives et réglementations locales. Les prescripteurs doivent faire preuve de jugement clinique lorsqu'ils utilisent ces conseils, en tenant compte de leurs propres connaissances, compétences et expertise en matière de soins de l'usage de substances, tout en consultant leurs collègues réglementaires locaux et en suivant les normes de pratique établies dans leurs juridictions locales.

⁵ Lorsque les infirmiers(ères) praticiens(nes) sont autorisés à prescrire des substances contrôlées, y compris le TAO, par leur organisme de réglementation.

Les plans de soins doivent être centrés sur le patient, individualisés et élaborés au cas par cas, en tenant compte des circonstances, des besoins et des objectifs propres à chaque patient et en évaluant les risques et les avantages de chaque intervention possible. Comme pour tous les soins liés à l'usage de substances, les prescripteurs doivent s'efforcer d'offrir des soins centrés sur le patient, éclairés par les traumatismes et la violence, et fondés sur les principes de prévention et réduction des risques, de sécurité et d'humilité culturelles, de respect mutuel et de compréhension des déterminants sociaux de la santé.

Les partenaires des systèmes de santé provinciaux ou régionaux et les employeurs devront peut-être envisager des moyens de soutenir la mise en œuvre de ces orientations. Les personnes impliquées dans le soutien à la mise en œuvre de ce guide doivent prendre en considération les besoins uniques des populations qu'elles servent, la pandémie de la COVID-19 et l'usage de substances au niveau local, les normes de pratique établies par les organismes de réglementation, les ressources et l'expertise disponibles, ainsi que la couverture et l'approvisionnement en médicaments.

2.1 PUBLIC CIBLE

Le public cible de ce guide pratique comprend les prestataires de soins primaires, les pharmaciens, les spécialistes en dépendance et d'autres professionnels cliniques. Les orientations contenues dans ce document peuvent également être utiles aux décideurs politiques, aux autorités de santé publique, aux défenseurs des droits et aux personnes ayant eu ou ayant une expérience de consommation de substances.

2.2 ÉLABORATION

Un comité indépendant d'experts cliniques a été constitué pour servir de comité de rédaction. Le comité de rédaction (n=10) a élaboré le contenu d'une première version basée sur les preuves disponibles pour les différentes modalités de traitement, le consensus des experts et un document d'orientation publié par Vancouver Coastal Health (VCH). Le document du VCH a servi de base aux lignes directrices subséquentes publiées par le British Columbia Centre on Substance Use et l'Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces documents ont été examinés par le comité de rédaction afin d'éclairer le contenu du présent guide pratique. L'ébauche a été partagée avec le comité de révision (n=23), qui était composé d'experts cliniques supplémentaires, de chercheurs, de gestionnaires de services et de personnes ayant eu ou ayant une expérience de consommation de substances. Les réactions et le consensus ont été recherchés par le biais d'un cycle de révision par courrier électronique et téléconférence (juin 2020). D'autres

commentaires ont été reçus d'examineurs externes, membres du groupe consultatif d'experts sur l'approvisionnement sécuritaire de Santé Canada (*Health Canada Safe Supply Expert Advisory Group*). Les commentaires ont été intégrés à la version 1 de ce guide pratique, qui a été diffusée pour approbation finale par les comités de rédaction et de révision.

3.0 Principes généraux de la planification des soins

En plus des principes généraux de soins - tels que la sécurité culturelle et l'humilité culturelle autochtones et les soins tenant compte des traumatismes (voir [Approche philosophique : soins axés sur le patient et réduction des méfaits](#)) - les principes de planification des soins suivants sont destinés à servir de cadre général pour guider l'offre de soins complets et centrés sur le patient dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. La prise de décision clinique doit être guidée par les circonstances individuelles du patient, les besoins et les objectifs identifiés par le patient, la sécurité du patient et de la communauté, et le rapport risque/bénéfice unique pour chaque patient.

1. Offrir un traitement fondé sur des données probantes et orienter le patient vers des services psychosociaux

Les prescripteurs doivent proposer à tous les patients un traitement fondé sur des données scientifiques ou les orienter vers les services disponibles en fonction des objectifs définis par le patient (p. ex. traitement par agonistes opioïdes [TAO], pharmacothérapie pour les troubles liés à la consommation d'alcool). Dans la mesure du possible, les patients doivent également bénéficier de soins de base complets et d'un soutien psychosocial, tels que des services de conseil, de prévention et réduction des risques, de santé mentale, de rétablissement et d'orientation vers des services traitant des déterminants sociaux de la santé, le cas échéant⁶.

2. Soutenir la poursuite du traitement actuel de la toxicomanie

Les prescripteurs devraient aider les patients à maintenir les ordonnances actuelles, notamment par des stratégies visant à favoriser l'auto-isolement et la distanciation physique. Par exemple, certains médicaments administrés par voie intramusculaire ou intraveineuse peuvent être transférés en toute sécurité vers des formulations orales, ce qui permet de réduire le nombre de visites à la clinique et à la pharmacie.

3. La planification des soins doit être individualisée

Les prestataires de soins de santé doivent travailler avec chaque individu pour déterminer la meilleure façon de réduire le risque de sevrage et de soutenir l'auto-isolement ou la quarantaine. La planification des soins devrait être individualisée et basée sur la discrétion clinique, les déterminants sociaux de la santé et les besoins et objectifs identifiés par le patient. La planification des soins peut

⁶ De nombreux groupes de soutien se sont mis en ligne, afin d'améliorer l'accessibilité et de réduire le risque de COVID-19. Voir l'**Annexe 3 : Liste des ressources en ligne liées à l'usage de substances** à la page 54 pour une liste des ressources.

inclure la détermination des intervalles de prescription, la création d'un plan pour garantir que les patients puissent s'auto-isoler ou se mettre en quarantaine, l'éducation à un usage plus sécuritaire et l'accès à des fournitures appropriées de prévention et réduction des risques, l'intervention en cas de crise et la prise en compte de tout autre facteur qui aggrave le risque d'effets néfastes sur la santé.

Pour déterminer l'intervalle de prescription, il faut tenir compte de la stabilité du patient, du risque de manquer les signes de dosage incorrect, les risques de doses manquées ou d'interruption du traitement, du fardeau pour les patients et des risques d'exposition au SRAS-CoV-2. Certains patients peuvent avoir besoin d'aides supplémentaires pour s'auto-isoler ou se mettre en quarantaine, comme le logement, la livraison de nourriture et les fournitures d'hygiène (p. ex. savon, eau de javel). La planification des soins doit inclure l'évaluation des facteurs de risque uniques de chaque patient (comme les interactions médicamenteuses) et de ses besoins en matière de santé (comme la santé mentale, le VIH, l'hépatite C, le diabète ou les maladies pulmonaires); ces personnes peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire et d'un suivi plus pointu.

4. La planification des soins devrait inclure la continuité des soins et les transitions de traitement

Les prestataires doivent discuter et planifier la continuité des soins, y compris en cas d'hospitalisation ou d'incarcération, et les éventuelles transitions dans les traitements au fur et à mesure que la pandémie évolue et se résout.

5. La planification des soins devrait inclure un suivi régulier

Pour favoriser la continuité des soins, les prescripteurs doivent établir un plan pour des rendez-vous de suivi réguliers avec les patients. Les suivis doivent évaluer la stabilité clinique et psychosociale, afin de contrôler la sécurité du patient et sa réaction aux alternatives pharmaceutiques. Les visites de contrôle peuvent être brèves, lorsque les patients ont atteint une stabilité significative, et peuvent être facilitées par un(e) infirmier(ère) praticien(ne) ou un autre personnel approprié. Si possible, utiliser le téléphone, les plateformes de télésanté ou les services de proximité pour le suivi. Lorsque ces moyens ne sont pas disponibles, ou que la sécurité ou la stabilité du patient nécessite des soins en personne, les patients doivent être encouragés à faire un suivi en personne et à suivre les directives de santé publique concernant les masques et l'hygiène respiratoire et l'hygiène des mains.

6. Les doses à emporter doivent être envisagés pour chaque patient

Les prescripteurs peuvent envisager des doses à emporter à domicile pour chaque patient, en fonction du profil de sécurité connu du médicament et des circonstances individuelles du client. La décision de prescrire des doses à emporter, sans surveillance, doit être prise à la discrétion du prescripteur, en tenant compte de la stabilité psychosociale du patient (p. ex. logement, soutien social), de sa stabilité clinique (p. ex. fringales, qualité et durée du sommeil, bien-être général), de sa capacité à gérer et à stocker ses médicaments en toute sécurité, du potentiel d'interactions médicamenteuses nocives, du risque de détournement et d'autres risques et avantages. Pour les patients qui reçoivent

des médicaments à emporter chez eux, les cliniciens doivent discuter d'un plan d'entreposage des médicaments en toute sécurité. Les doses de médicaments à emporter doivent être réévaluées en cas de diminution de la stabilité clinique, de détournement, de changement dans la capacité à entreposer les médicaments en toute sécurité ou d'autres inconvénients.

7. Envisager des stratégies alternatives pour la distribution des médicaments

Lorsque les doses à emporter ne sont pas cliniquement appropriées⁷, envisager des stratégies alternatives de distribution de médicaments, afin de favoriser l'auto-isollement ou la quarantaine. Cela pourrait être facilité par un propriétaire ou locateur de logement stockant des médicaments ou la livraison par une pharmacie, une ressource aidante, une équipe clinique de proximité, ou organisation communautaire.

8. La télémédecine devrait être utilisée pour maximiser la sécurité et la capacité des prestataires

Il est conseillé d'utiliser la télémédecine, dans la mesure du possible ; toutefois, la capacité peut varier en fonction de l'endroit. Des conseils sur l'utilisation de la télémédecine pour le traitement des dépendances pendant la pandémie de la COVID-19 sont disponibles dans le [Guide pratique de l'ICRAS-CRISM : Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives](#). Les prescripteurs doivent également se référer à toute orientation régionale et/ou aux normes de pratique élaborées par les organismes de réglementation de leur juridiction locale.

9. Prendre en compte le rôle des organisations communautaires et des équipes de proximité dans la planification des soins et la fourniture de substances

Les organisations communautaires et les équipes de proximité peuvent être en mesure de soutenir les patients lorsqu'ils s'auto-isolent. Il peut s'agir, par exemple, d'offrir un accès à du matériel de prévention et réduction des risques, de soutenir la livraison de médicaments (selon la province/le territoire et les qualifications du personnel) ou la gestion de l'alcool, et de faciliter l'accès à d'autres soutiens et services, en fonction des capacités.

10. Suivre les directives cliniques établies pour le traitement et la gestion des troubles liés à l'usage de substances

Ce guide pratique vise à proposer des stratégies pour aider les personnes utilisatrices de substances à s'auto-isoler, à se mettre en quarantaine et à pratiquer la distanciation physique pendant la pandémie. Il ne vise pas à proposer des conseils sur le traitement des troubles liés à l'usage de substances et ne remplace pas les directives ou les normes de soins existantes.

⁷ Ou bien le nombre de doses cliniquement appropriées est insuffisant pour justifier l'auto-isollement ou la quarantaine (p. ex. 1 dose en présence d'un témoin et 6 doses à emporter à la maison par semaine).

4.0 Éligibilité, dépistage et évaluation

Ce guide pratique est destiné aux personnes diagnostiquées avec un trouble lié à l'usage de substances, possiblement atteintes de la COVID-19 (p. ex. symptomatique et s'auto-isole) ou confirmées atteintes de la COVID-19 et qui sont prises en charge en dehors d'un centre d'hébergement (voir Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19).

Certaines personnes à risque élevé de contracter ou de transmettre le SRAS-CoV-2 peuvent également être admissibles, au cas par cas, à des solutions de rechange pharmaceutiques prescrites ou à recevoir d'autres substances réglementées (c'est-à-dire les opioïdes, les stimulants, les benzodiazépines, la thérapie de remplacement du tabac ou de la nicotine, la pharmacothérapie pour les troubles liés à la consommation d'alcool ou l'alcoolisme contrôlé, le cannabis) pour favoriser l'auto-isolément. Les personnes peuvent être considérées à risque élevé de contracter ou de transmettre le SRAS-CoV-2 si elles résident dans un centre d'accueil ou ont un accès limité aux soins de santé ou aux services pharmaceutiques. De manière plus générale, les personnes qui sont à risque de contracter la COVID-19, qui utilisent des substances illégales pour gérer les envies et le sevrage, qui sont à risque pour les méfaits liés à l'usage de médicaments et qui refusent ou ne peuvent pas accéder à un traitement pour un trouble lié à l'usage de substances, doivent être évaluées au cas par cas, en se fondant sur un jugement clinique.

Le dépistage et l'évaluation de l'éligibilité doivent comprendre les éléments suivants :

- Évaluation de l'usage actif de substances (c'est-à-dire le type de substance, la quantité et la fréquence d'utilisation, et la voie d'utilisation)
 - **Remarque** : tous les patients qui remplissent les conditions requises pour ces médicaments n'utilisent pas des substances quotidiennement. Par exemple, les personnes qui consomment des stimulants ont souvent un mode de consommation ponctuel plutôt que quotidien et bénéficieraient quand même d'un soutien afin de pratiquer la distanciation sociale et d'éviter le marché illégal.
- Antécédents d'usage de substances, y compris les interventions de traitement et les périodes de rémission
- Histoire de surdoses
- Historique des événements indésirables de sevrage
- Comorbidité des conditions mentales et physiques

- Médicament(s) prescrit(s) et couverture des médicaments
- Besoins et objectifs identifiés par le patient
- Accès actuel à un prescripteur (p. ex. médecin généraliste, médecin des toxicomanies, IP)
- Conditions de vie et environnement en cas de COVID-19 et disponibilité des aides, y compris les aides financières telles que la Prestation canadienne d'urgence (PCU)

Des outils validés de dépistage et de diagnostic des troubles liés à l'usage de substances sont disponibles et peuvent aider le clinicien à déterminer une planification des soins appropriée, notamment des outils validés pour évaluer le risque de sevrage sévère ([Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale](#)) et la sévérité du sevrage ([Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale](#); [Clinical Opiate Withdrawal Scale](#); [Cannabis Withdrawal Scale](#)).

5.0 Prescription durant la pandémie

Comme indiqué ci-dessus, il est conseillé aux prescripteurs de proposer des traitements de l'usage de substances fondés sur des données probantes, conformément aux directives régionales/provinciales ou nationales. Tous les patients n'accepteront pas ou ne se stabiliseront pas sur des options de traitement fondées sur des données probantes pour leurs troubles liés à l'usage de substances. Lorsque les avantages l'emportent sur les risques et que le jugement clinique le justifie, la prescription de produits pharmaceutiques de substitution ou d'autres substances réglementées pour remplacer les substances illégales (c'est-à-dire les opioïdes, les benzodiazépines et les stimulants) et licites (c'est-à-dire l'alcool, le tabac, le cannabis) peut être envisagée afin de favoriser la distanciation physique, la quarantaine et l'auto-isolement.

La prescription d'alternatives pharmaceutiques peut inclure des pratiques de prescription qui sont en dehors des normes de pratique établies et des voies de traitement établies pour les troubles liés à l'usage de substances. Dans ce contexte, l'utilisation de ces alternatives n'est pas considérée comme un "traitement" pour les troubles liés à l'usage de substances, mais plutôt comme des mesures temporaires visant à aider les personnes à s'auto-isoler, à se mettre en quarantaine ou à pratiquer la distanciation physique afin de réduire le risque de transmission du SRAS-CoV-2, tout en réduisant les risques de sevrage, de surdose et d'autres méfaits liés aux substances. Il peut être nécessaire de prescrire des médicaments à libération immédiate, des médicaments à libération prolongée ou une combinaison des deux, selon les circonstances et les besoins particuliers de chaque patient. La couverture des médicaments dans chaque province/territoire et tout coût pour le patient doivent être pris en compte dans toute décision de prescription. Les prescripteurs peuvent consulter le [Formulaire de couverture par les régimes publics d'assurance-médicaments](#) de Santé Canada. Comme pour tous les soins liés à l'usage de substances, la situation, les besoins, les objectifs et les antécédents d'usage et de traitement de chaque personne devraient continuellement éclairer la planification des soins. Qu'il s'agisse d'offrir un traitement fondé sur des données probantes ou de prescrire des alternatives pharmaceutiques, des ressources psychosociales complémentaires (y compris virtuels, le cas échéant) devraient être proposées dans la mesure du possible.

Pour les personnes qui ont besoin de s'auto-isoler et qui risquent de se sevrer de substances illégales (c'est-à-dire les opioïdes, les benzodiazépines, les stimulants), le jugement clinique et les préférences du patient doivent éclairer les options de prescription. Celles-ci peuvent inclure l'initiation et l'optimisation d'une pharmacothérapie fondée sur des données probantes, la prescription d'alternatives pharmaceutiques (voir sections 5.1 à 5.3, ci-dessous), ou une combinaison des deux (p. ex. la poursuite du traitement par agonistes opioïdes plus des opioïdes supplémentaires prescrits si l'usage illégal se poursuit après l'optimisation du TAO).

Pour les personnes qui ont besoin de s'auto-isoler et qui risquent de se sevrer de substances licites (alcool, tabac, cannabis), les prestataires de soins de santé doivent travailler avec chaque personne pour déterminer la meilleure façon de réduire le risque de sevrage et de favoriser l'auto-isolement. Il peut s'agir, par exemple, d'élaborer un plan de gestion du sevrage à domicile, d'orienter ou de développer un programme modifié de gestion de l'alcool, de prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine ou d'autres médicaments de sevrage tabagique, ou de faciliter l'accès au cannabis (voir les sections 5.4 à 5.6, ci-dessous).

Pour les personnes présentant des troubles concomitants d'usage de substances ou de trouble lié à l'usage de substances, l'augmentation du risque de surdose associé à la co-ingestion de dépresseurs du SNC doit également être prise en compte lors de l'évaluation des risques et des avantages. Pour ces personnes, il convient de recourir au jugement clinique, en donnant la priorité à la fourniture de solutions de remplacement pour les substances associées au risque le plus élevé de sevrage sévère⁸.

Lorsqu'ils envisagent de prescrire des alternatives pharmaceutiques ou toute autre fourniture de substances réglementées, les prescripteurs doivent prendre en compte les preuves à l'appui de l'utilisation de chaque substance considérée⁹, documenter leur évaluation et la justification du choix du médicament ou de l'autre substance, et indiquer quand les options de traitement standard, fondées sur des preuves, ont été inefficaces ou refusées par le patient. Tout plan de soins en cas de pandémie doit inclure la planification de la continuité des soins, en cas d'hospitalisation ou d'incarcération - par exemple, continuer à recevoir les opioïdes prescrits, gérer l'alcool ou les médicaments pour éviter le sevrage. En outre, les prestataires de soins de santé doivent discuter de la manière dont les soins peuvent changer ou faire l'objet d'une transition à mesure que la pandémie évolue et finit par se résoudre. Envisager de consulter un spécialiste de la médecine des toxicomanies pour obtenir un soutien lors de la prescription.

Étant donné que les risques liés aux opioïdes (y compris les nouveaux cas de dépendance aux opioïdes et de surdose) continuent de provenir des opioïdes prescrits¹⁰, les stratégies visant à limiter le détournement (telles que la distribution quotidienne, le suivi fréquent et les médicaments sous emballage-coque, le cas échéant) et l'évaluation continue du risque de détournement sont essentielles. Le dépistage des médicaments dans l'urine est une stratégie moins utile pour surveiller les détournements et ne devrait être utilisé que s'il a un effet sur la prise en charge clinique. L'évaluation clinique d'une diminution de l'utilisation et/ou d'une augmentation de la stabilité clinique et sociale - par exemple, moins d'infections, un plus grand engagement dans les soins, moins de travail du sexe, moins de criminalité et un rapport d'amélioration du patient - indique que le

⁸ Par exemple, pour une personne à haut risque de sevrage d'alcool sévère qui utilise aussi des opioïdes de façon occasionnelle, la gestion du sevrage d'alcool devrait être prioritaire, étant donné les risques associés au sevrage d'alcool.

⁹ Voir l'**Annexe 1 : Travaux consultés à la page 34** pour une liste des travaux consultés lors de l'élaboration de ce guide.

¹⁰ Gomes T, Khoo W, Craiovan D, et al. Comparing the contribution of prescribed opioids to opioid-related hospitalizations across Canada: A multi-jurisdictional cross-sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 191:86-90. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.028>

patient utilise les médicaments prescrits et tire profit de l'intervention.

Les risques associés à l'usage de substances peuvent être intensifiés par l'usage de substances et de la menace de COVID-19 (p. ex. l'alcool interfère avec le fonctionnement immunitaire normal¹¹ et les personnes qui fument du tabac sont confrontées à un risque plus élevé de progression de la COVID-19¹²). Lors de la planification des soins, les prescripteurs doivent prendre en compte et discuter de ces risques et, lorsqu'ils sont alignés sur les objectifs du patient, envisager une réduction ou un arrêt de l'usage de substances comme objectif.

Les sections suivantes décrivent, en bref, les approches de traitement fondées sur des données probantes pour les troubles liés à l'usage de substances spécifiques ainsi que les stratégies alternatives qui peuvent être envisagées.

5.1 OPIOÏDES

Le traitement des troubles liés à l'usage d'opiacés comprend généralement un traitement par agonistes opiacés (TAO) à base de buprénorphine/naloxone, de méthadone, de morphine orale à libération lente, ou un traitement par agonistes opiacés injectables (TAOi) à base d'hydromorphone ou de diacétylmorphine (si disponible), souvent avec des traitements et des aides psychosociales complémentaires. Des conseils sur le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sont disponibles dans les lignes directrices nationales de l'ICRAS-CRISM [Lignes directrices sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#) et [Lignes directrices pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#).

Si un patient utilise des opioïdes obtenus illégalement en plus de son TAO, il faut envisager d'optimiser son TAO, ce qui peut inclure une augmentation du dosage, une transition vers un autre médicament pour le TAO ou la prescription d'opioïdes supplémentaires. Si des stratégies d'optimisation du TAO ont été essayées et qu'un patient continue à utiliser des opioïdes obtenus illégalement ou refuse le TAO, envisagez de prescrire des opioïdes en fonction de leur usage actuel, et utilisez les préférences du patient et le jugement clinique pour choisir les médicaments et le dosage appropriés. Voir **6.0 Prévention et réduction des risques, prévention des surdoses, et naloxone à la page 30** pour des conseils sur la réduction des risques associés à l'injection de préparations orales.

Pour les personnes présentant des troubles concomitants d'usage de substances ou de trouble lié à l'usage de substances, l'augmentation du risque de surdose associé à la co-ingestion de dépresseurs

¹¹ Szabo G, Saha B. Alcohol's Effect on Host Defense. *Alcohol Res.* 2015;37(2):159-170.

¹² Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: A meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research.* 2020. 10.1093/ntr/ntaa082

du SNC (p. ex. usage simultané d'opioïdes et de benzodiazépines ou consommation simultanée d'opioïdes et d'alcool) doit également être prise en compte lors de l'évaluation des risques et des avantages. Pour ces personnes, il convient de recourir au jugement clinique, en donnant la priorité à la fourniture de solutions de remplacement pour les substances associées au risque le plus élevé de sevrage sévère.

5.2 STIMULANTS

Il n'existe actuellement aucune option de pharmacothérapie approuvée pour le traitement des troubles liés à l'usage de stimulants. Dans la mesure du possible, des traitements psychosociaux efficaces pour les troubles liés à l'usage de stimulants devraient être proposés, y compris des programmes de gestion des imprévus. L'intoxication ou le sevrage de stimulants doit être géré de manière symptomatique (en prescrivant des médicaments pour traiter des symptômes spécifiques, comme l'agitation).

Les études sur la thérapie de remplacement des psychostimulants n'ont pas, à ce jour, montré un bénéfice constant dans la réduction de l'usage de stimulants obtenus illégalement ; cependant, étant donné le manque d'alternatives disponibles, le remplacement par des psychostimulants pourrait être une décision clinique raisonnable dans ces circonstances extraordinaires. Une analyse risque/bénéfice minutieuse doit être effectuée et discutée avec le patient, y compris une évaluation approfondie des contre-indications, notamment les cardiopathies ischémiques et certains états de santé mentale (p. ex. la psychose).

5.3 BENZODIAZÉPINES

L'arrêt brutal des benzodiazépines prescrites ou illégales pourrait entraîner un sevrage des benzodiazépines, qui peut constituer une urgence médicale et nécessite une intervention immédiate avec des benzodiazépines en réaction aux symptômes de sevrage. En général, le trouble lié à l'usage des benzodiazépines est géré par une diminution progressive de la dose grâce à une formulation à longue durée d'action.

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, le trouble de l'usage des benzodiazépines peut être pris en charge par une diminution progressive de l'usage des benzodiazépines ou par une brève période de traitement d'entretien des benzodiazépines. Étant donné les dommages importants associés au maintien des benzodiazépines (p. ex. risque de surdose mortelle, de chutes, d'aggravation des symptômes de santé mentale), cela devrait être considéré comme une réponse extraordinaire nécessitant un suivi continu. La prescription de benzodiazépines à action lente et prolongée devrait

être envisagée, avec un soutien accru pendant la stabilisation et une évaluation continue des risques et des avantages au cas par cas.

Pour les personnes présentant des troubles concomitants d'usage de substances ou de trouble lié à l'usage de substances, l'augmentation du risque de surdose associé à la co-ingestion de dépresseurs du SNC (p. ex. usage simultané d'opioïdes et de benzodiazépines ou consommation simultanée d'alcool et de benzodiazépines) doit également être prise en compte lors de l'évaluation des risques et des avantages. Pour ces personnes, il convient de recourir au jugement clinique, en donnant la priorité à la fourniture de solutions de remplacement pour les substances associées au risque le plus élevé de sevrage sévère.

5.4 ALCOOL

Le sevrage d'alcool peut entraîner des complications potentiellement mortelles, notamment des crises tonico-cloniques généralisées et des déliriums tremens, si elles ne sont pas traitées. Le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool peut comprendre la gestion du sevrage en milieu ambulatoire, la gestion du sevrage par hospitalisation (lorsqu'elle est disponible) et le traitement à long terme des troubles liés à la consommation d'alcool et l'aide au rétablissement.

Les personnes qui souffrent de troubles liés à l'alcoolisme ou qui consomment régulièrement de grandes quantités d'alcool doivent être évaluées à l'aide de l'outil [PAWSS](#) pour déterminer le risque de développer de graves complications du sevrage (c'est-à-dire des crises et des délirium tremens). Les patients ayant un PAWSS inférieur à 4 peuvent, en général, en fonction de leur âge et de leurs comorbidités, subir un sevrage d'alcool à domicile en toute sécurité. Tous les patients doivent se voir proposer une pharmacothérapie pour la gestion du sevrage (p. ex. de la gabapentine¹³ pour un PAWSS inférieur à 4) ; cependant, les patients présentant un trouble lié à la consommation d'alcool léger à modéré peuvent présenter des symptômes de sevrage négligeables et peuvent refuser de prendre des médicaments pour la gestion du sevrage. Dans ce cas, la pharmacothérapie du trouble lié à la consommation d'alcool (naltrexone¹⁴ ou acamprosate, première et deuxième ligne respectivement¹⁵) peut être proposée et initiée, pour les personnes intéressées par l'abstinence ou une consommation réduite.

Pour les patients présentant un risque élevé de symptômes de sevrage sévère (PAWSS \geq 4), faire

¹³ Bien que les benzodiazépines ne soient généralement pas nécessaires pour un sevrage léger à modéré, elles peuvent être envisagées au cas par cas, en fonction de la préférence du patient et de la discrétion clinique.

¹⁴ La naltrexone est contre-indiquée chez les personnes qui utilisent simultanément des opioïdes.

¹⁵ Vous trouverez de plus amples informations sur la gestion clinique des troubles liés à la consommation d'alcool dans le [Provincial Guideline for the Clinical Management of high-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder](#) du BC Centre on Substance Use

référence à la gestion du sevrage en milieu hospitalier, si la place peut être confirmée. Si la gestion du sevrage en milieu hospitalier n'est pas disponible, examiner les risques pour le patient, les aides disponibles et si un sevrage en milieu ambulatoire est cliniquement approprié. Les personnes ayant des antécédents de délirium tremens ou de sevrage sévère compliquée nécessitant une hospitalisation ne sont pas des candidats appropriés pour une gestion du sevrage à domicile. Pour les patients dont l'objectif est de réduire leur consommation d'alcool, donner des conseils sur la manière de réduire leur consommation en toute sécurité (p. ex. en diminuant d'un verre par jour) afin d'éviter le sevrage. Pour les patients qui ne veulent pas subir le sevrage, qui ne sont pas intéressés par l'abstinence ou qui ne sont pas de bons candidats pour la prise en charge clinique du sevrage, et qui présentent un risque élevé de symptômes de sevrage sévère, proposer des services de gestion de l'alcool, lorsqu'ils sont disponibles.

Les programmes de gestion de l'alcool offrent des quantités mesurées de boissons alcoolisées aux personnes souffrant d'un trouble grave de la consommation d'alcool, dans le cadre d'une stratégie de prévention et réduction des risques, et sont proposés dans un nombre croissant de lieux au Canada, y compris dans les établissements résidentiels et communautaires (p. ex. *drinkers' lounges*). Les participants admissibles doivent être évalués en fonction de la quantité et de la fréquence de consommation d'alcool requises, sur la base des habitudes de consommation établies d'une personne, dans le but de prévenir et réduire les risques et de réduire/prévenir les symptômes de sevrage. Une liste des programmes de gestion de l'alcool est disponible ici ; certaines juridictions peuvent développer leurs propres services de gestion de l'alcool en réponse à la pandémie de la COVID-19.

Pour les personnes présentant des troubles concomitants d'usage de substances ou de trouble lié à l'usage de substances, l'augmentation du risque de surdose associé à la co-ingestion de dépresseurs du SNC (p. ex. consommation simultanée d'alcool et d'opioïdes ou de benzodiazépines) doit également être prise en compte lors de l'évaluation des risques et des avantages. Pour ces personnes, il convient de recourir au jugement clinique, en donnant la priorité à la fourniture de solutions de remplacement pour les substances associées au risque le plus élevé de sevrage sévère.

5.5 TABAC

La consommation de tabac est associée à des conséquences de la COVID-19 délétères, les fumeurs étant confrontés à des risques plus élevés de progression de la maladie que les personnes n'ayant jamais fumé¹⁶. Ce risque accru peut servir de motivation pour l'arrêt du tabac chez certaines personnes qui fument. Les personnes qui consomment du tabac quotidiennement peuvent se voir prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pour éviter le sevrage si elles souhaitent s'abstenir de fumer ou réduire leur consommation de tabac. Il existe un faible risque d'effets indésirables avec les

TRN et les autres les médicaments de sevrage tabagique (varénicline, bupropion, etc.). La thérapie de remplacement de la nicotine sous forme de gomme, de pastilles ou de timbres transdermiques peut être obtenue sans ordonnance dans certaines provinces. Une thérapie de remplacement de la nicotine combinée (c'est-à-dire deux formes différentes de thérapie de remplacement de la nicotine, comme la thérapie orale et les timbres) est plus efficace qu'une seule forme de thérapie de remplacement de la nicotine¹⁷.

Envisager d'offrir des produits du tabac aux personnes qui ne sont pas prêtes ou désireuses de participer à une TRN (ou en complément d'une TRN) comme mesure de prévention et réduction des risques pour éviter le partage des cigarettes et pour favoriser l'auto-isolement pendant la pandémie de la COVID-19.

5.6 CANNABIS

Bien que la recherche sur les options pharmacologiques pour aider les personnes en sevrage du cannabis, comme les agonistes cannabinoïdes pharmaceutiques, soit en cours, ces options ne reposent pas encore sur des données solides. Le traitement de première ligne des troubles liés à l'usage de cannabis comprend des traitements psychosociaux tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'amélioration de la motivation ou la gestion des imprévus, lorsqu'ils sont disponibles. Lorsqu'ils sont indiqués pour un problème médical, les prestataires de soins de santé peuvent envisager d'autoriser l'usage du cannabis pour les patients qui remplissent les conditions requises, bien que les coûts puissent constituer un obstacle à l'accès. Les prestataires de soins de santé doivent également offrir des conseils sur la prévention et réduction des risques pour les patients qui utilisent du cannabis, par exemple, en utilisant des formes non combustibles de cannabis.

Envisager de faciliter l'accès aux produits du cannabis aux personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas participer à un traitement psychosocial pour un trouble lié à l'usage du cannabis, comme mesure de prévention et réduction des risques pour éviter le partage de joints ou d'autres équipements de consommation et pour favoriser l'auto-isolement pendant la pandémie de la COVID-19.

¹⁶ Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: A meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2020. 10.1093/ntr/ntaa082

¹⁷ Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD009329.

6.0 Prévention et réduction des risques, prévention des surdoses, et naloxone

Bien que les patients puissent être isolés ou pratiquer la distanciation physique, les prestataires de soins de santé doivent les encourager à ne pas consommer de substances seules. S'ils consomment avec d'autres personnes, les patients doivent maintenir une distance d'au moins 2 mètres entre eux et doivent être conseillés sur l'utilisation de masques s'il n'est pas possible de maintenir une distance suffisante¹⁸. Les prestataires de soins de santé doivent offrir une éducation sur les meilleures pratiques de prévention et réduction des risques pour prévenir les surdoses et proposer la naloxone à emporter (et une formation sur son utilisation, si nécessaire), lorsque cela est possible, ou orienter le patient vers la pharmacie ou l'organisme de prévention et réduction des risques le plus proche. La naloxone à emporter est associée à une diminution significative de la mortalité chez les personnes qui utilisent des opioïdes obtenus illégalement, et devrait être considérée comme une norme de soins pour toutes les personnes qui utilisent des opioïdes¹⁹. Les patients peuvent avoir besoin de soutien pour déterminer comment éviter de consommer seuls tout en restant isolés. Les personnes peuvent demander à un voisin, un proche ou un membre du personnel (p. ex. si elles vivent dans un logement supervisé) de vérifier en frappant à la porte, ou peuvent utiliser une application mobile ou un téléphone, une vidéo ou un système de messagerie instantanée de jumelage avec lequel un ami ou un autre soutien reste en ligne et appelle le 911 s'il ne répond pas. Les prestataires de soins de santé doivent mettre les patients en contact avec des services de prévention des surdoses ou de consommation supervisée, lorsqu'ils sont disponibles.

Les prestataires de soins de santé devraient offrir des informations aux patients sur la manière de réagir à une surdose dans le cadre de la COVID-19 et se référer aux conseils spécifiques de leur juridiction locale, si disponibles. En bref, en cas de surdose, il faut appeler le 911 et administrer de la naloxone²⁰. En règle générale, les insufflations de sauvetage et les compressions thoraciques doivent être évitées pendant la pandémie de la COVID-19. Les intervenants qui choisissent d'effectuer des insufflations de sauvetage ou des compressions thoraciques doivent porter l'écran facial unidirectionnel que l'on trouve souvent dans les trousse de naloxone à emporter et d'autres équipements de protection individuelle (ÉPI), notamment une blouse, un masque facial, une protection oculaire et des gants,

¹⁸ Voir [Masques non médicaux et couvre-visage: À propos](#) de l'Agence de la santé publique du Canada

¹⁹ Lignes Directrices Nationales de l'ICRAS sur la Prise en Charge Clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes. 2018. <https://crism.ca/projects/opioid-guideline/>.

²⁰ [Public Health Ontario](#) indique que l'administration de naloxone par voie intranasale ne produit pas d'aérosols et peut être utilisée en toute sécurité sur les personnes présentant un cas de COVID-19 suspecté ou confirmé.

s'ils sont disponibles. Les personnes qui ne sont pas directement impliquées dans l'inversion de la surdose doivent se tenir à au moins deux mètres de distance. De plus amples informations sont disponibles [ici](#) et [ici](#). Des conseils supplémentaires se trouvent à la section 3.3.5 « Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée » du Guide pratique national de l'ICRAS : [Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19](#).

L'injection de médicaments destinés à être utilisés par voie orale pose des problèmes de santé spécifiques. De nombreuses formulations contiennent des particules non solubles qui peuvent être nocives si elles sont injectées, notamment le talc, les colorants, les émulsifiants ou d'autres agents de liaison. Lorsqu'elles sont injectées, ces particules peuvent provoquer des infections locales et systémiques, des infections de la peau ou des tissus mous, ainsi que des infections pulmonaires, cardiaques ou vasculaires^{21, 22, 23}. Les prestataires de soins de santé devraient offrir une éducation sur les risques associés à l'injection de préparations orales et des informations sur les stratégies d'injection plus sûres - y compris l'utilisation de filtres - aux patients à qui on prescrit des préparations orales et qui s'injectent habituellement les substances qu'ils utilisent ([voir l'Annexe 8 ici](#)). Les pratiques de prescription doivent être utilisées pour réduire les risques, lorsque cela est possible (p. ex. en prescrivant des formulations injectables, lorsque cela est possible, ou de l'hydromorphe à libération immédiate plutôt que de l'hydromorphe à libération contrôlée²⁴). Lors de la prescription de médicaments que les patients peuvent s'injecter, favoriser l'accès des patients à des fournitures de prévention et réduction des risques (p. ex. seringues stériles, poudre de vitamine C, eau stérile), si possible. Il convient également de conseiller aux patients de ne pas partager les dispositifs de tabagisme (p. ex. cigarettes, joints, vapes, pipes à crack).

²¹ Roux P, Keijzer L, Carrieri MP, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug and alcohol review*. 2011;30(3):287-90.

²² Nguyen, VT, Chan ES, Chou SS, et al. Pulmonary effects of IV injection of crushed oral tablets: "Excipient lung disease". *AMJ Am J Roentgenol*. 2014;203(5):W506-15.

²³ Griffith, CC, Raval JS, Nichols L. Intravascular talcosis due to intravenous drug use is an under recognized cause of pulmonary hypertension. *Pulmonary medicine*. 2012;ID 617531.

²⁴ 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;20(4):487-497.

7.0 Organisation du soutien

Pour les clients qui utilisent ou continuent à recevoir des médicaments, les prescripteurs sont encouragés à identifier les pharmacies qui offrent la livraison et qui ont la capacité de transporter les médicaments au lieu de résidence du client - en particulier pour ceux qui sont auto-isolés en raison d'un cas de COVID-19 confirmé ou suspecté.

Dans le contexte de la pandémie, Santé Canada a émis des [exemptions temporaires supplémentaires](#) en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) pour les prescriptions de médicaments contrôlés, y compris le TAO, à compter du 19 mars 2020²⁵ :

- Permettre aux pharmaciens de prolonger les ordonnances
- Permettre aux pharmaciens de transférer les prescriptions à d'autres pharmaciens
- Permettre aux prescripteurs de donner des ordres verbaux (c'est-à-dire par téléphone) pour prolonger ou renouveler une ordonnance
- Permettre aux employés des pharmacies de faire livrer des ordonnances de substances contrôlées au domicile des patients ou à d'autres endroits où ils peuvent séjourner

Bien que ces exemptions soient en place au niveau fédéral, des obstacles à la mise en œuvre dans les différentes provinces et territoires peuvent encore exister. Les prescripteurs sont encouragés à consulter la réglementation locale pour obtenir des informations et des conseils. Toute modification apportée aux soins (p. ex. la prolongation ou le transfert des prescriptions) doit être communiquée au prescripteur, en utilisant les meilleures pratiques de communication standard.

²⁵ Notez que ces exemptions expirent le 30 septembre 2020, sauf si elles sont remplacées par une autre exemption ou révoquées avant cette date.

8.0 Considérations pour les milieux ruraux et éloignés

Il existe des obstacles uniques à l'accès et à l'offre de soins pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances dans les milieux ruraux et éloignés. Les communautés rurales et éloignées peuvent disposer de services de santé limités (p. ex. des cliniques ou des pharmacies), ce qui oblige les patients à se rendre dans les communautés voisines pour accéder aux soins pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances.

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, des obstacles uniques peuvent exister dans les milieux ruraux et éloignés. Il s'agit notamment de :

- La capacité limitée de surveillance des patients, en raison de la géographie et de l'accès
- L'accès limité aux ressources de sensibilisation
- L'accès limité à la pharmacie et capacité de livraison limitée
- L'accès limité aux prescripteurs

Une stratégie pour atténuer ces obstacles est le recours à la télémédecine, qui permet aux médecins de famille, aux infirmiers(ères) praticiens(nes) et aux spécialistes en dépendance de consulter les patients à distance ; cependant, le soutien à la télémédecine peut être limité dans certaines communautés, avec des obstacles à l'accès et une portée limitée. L'ICRAS-CRISM a élaboré un guide pratique pour aider les prestataires de soins de santé à offrir des services de télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances pendant la pandémie de la COVID-19, disponible [ici](#). Les autres stratégies comprennent l'adaptation des pratiques de prescription et de délivrance, les changements de médicaments et de formulation, l'orientation vers des services d'hospitalisation (p. ex. gestion du sevrage, rétablissement assisté), le cas échéant, la mise en relation avec des ressources locales, l'orientation vers des services de soutien psychosocial en ligne tels que AA, SMART, NA et des lignes d'assistance téléphonique en matière de santé mentale (voir **Annexe 3 : Liste des ressources en ligne liées à l'usage de substances à la page 54**), et la garantie d'une communication permanente avec l'équipe de traitement et entre le prescripteur et le pharmacien. Les prescripteurs doivent utiliser leur jugement clinique lors de la planification des soins et élaborer des plans basés sur les besoins, les circonstances et les obstacles spécifiques rencontrés par chaque patient.

Annexe 1 : Travaux consultés

Cette liste donne un aperçu des résultats significatifs dans les travaux consultés pour la rédaction de ce guide pratique. En raison de la nature urgente de la pandémie de la COVID-19, une recension systématique de la littérature n'a pas été effectuée. Toutefois, les articles et ressources suivants, évalués par des pairs, ont servi à l'élaboration du présent document d'orientation.

COVID-19

Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Mise à jour sur l'écllosion. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>

En date du 15 juin 2020, le nombre total de cas de COVID-19 au Canada était de près de 100 000, avec plus de 8 100 décès. De nouveaux cas continuent d'être signalés dans tout le pays. La majorité des cas et des décès sont survenus au Québec et en Ontario.

Volkow ND. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Annals of internal medicine*. 2020.

Les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances sont confrontées à un éventail de risques élevés pour leur santé pendant la pandémie de la COVID-19. Par exemple, les maladies cardiaques et respiratoires sous-jacentes (associées au tabagisme et aux émanations) et l'instabilité du logement (associée aux TLUS en général) augmentent le risque d'avoir la COVID-19 et ses complications sévères. La fonction pulmonaire compromise résultant de la COVID-19 augmente également le risque de surdose chez les personnes souffrant de troubles liés à l'usage d'opioïdes et de stimulants. En outre, les mesures de distanciation physique visant à minimiser la propagation de la COVID-19 ont posé des problèmes d'accès aux médicaments ou de prévention et réduction des risques pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes, ce qui peut entraîner une augmentation des surdoses mortelles. Le système de santé, les décideurs politiques et les chercheurs doivent accélérer la mise en place de nouveaux moyens pour répondre aux besoins de traitement et de rétablissement de cette population sans l'exposer aux risques liés à la pandémie.

Karamouzian, M., et al. (2020). Public health messaging and harm reduction in the time of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*. 7(5): 390-391.

Les personnes utilisatrices de substances qui sont marginalisées et enracinées dans la rue sont particulièrement vulnérables à la COVID-19. Parmi les mesures nécessaires pour répondre aux besoins de ces personnes, on peut citer l'amélioration de l'accès aux fournitures pour un usage de substances sécuritaire, la mise en place de solutions de rechange à l'alcool impropre à la consommation et l'inclusion de fournitures de désinfection et de matériel éducatif dans

les programmes de prévention et réduction des risques. La nécessité de plans de continuité du traitement (p. ex. pour les visites en ligne, les renouvellements par téléphone, les prescriptions prolongées, les doses à emporter à la maison, le transfert des prescriptions entre les pharmacies, et les options de sensibilisation et de livraison) est également soulignée.

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. 2020. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12879/emcdda-covid-update-1-25.03.2020v2.pdf>

Cette note d'information met en évidence les risques émergents liés à la pandémie de la COVID-19 pour les personnes utilisatrices de substances et aborde des considérations telles que la prévention et le contrôle des infections et les stratégies visant à assurer la continuité des soins.

Green TC, Bratberg J, Finnell DS. Opioid use disorder and the COVID 19 pandemic: a call to sustain regulatory easements and further expand access to treatment. *Subst Abus.* 2020;41(2):147-149.

La pandémie de la COVID-19 a exacerbé les obstacles existants pour l'accès aux soins auxquels sont confrontées les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances. Un défi spécifique qui peut conduire à des taux élevés de sevrage et de surdose dans l'ensemble des États-Unis est la difficulté de fournir quotidiennement des médicaments contre les troubles liés à l'usage d'opiacés, en présence de témoins, tout en respectant les directives de distanciation physique. La prescription de médicaments du TAO à emporter chez soi et l'expansion des services virtuels et des services en pharmacie figurent parmi les mesures nécessaires pour atténuer ces risques.

Alexander GC, Stoller KB, Haffajee RL, Saloner B. An epidemic in the midst of a pandemic: opioid use disorder and COVID-19. *Annals of internal medicine.* 2020.

Un certain nombre de nouvelles modifications des directives et politiques américaines peuvent permettre de lever les obstacles à la fourniture du TAO pendant la pandémie de la COVID-19. Par exemple, les nouvelles orientations de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ont renforcé la capacité des programmes de traitement aux opiacés à transférer les patients vers des protocoles de méthadone à emporter chez eux. En outre, les dérogations de Medicaid et de Medicare élargissent les possibilités d'évaluation et de prescription à distance de substances contrôlées. La nécessité de prendre de nouvelles mesures innovantes pour éviter une perturbation excessive des soins aux troubles liés à l'usage de substances peut être abordée par le biais de nouveaux partenariats, d'une utilisation sans précédent de la technologie et d'une réévaluation des "réglementations obsolètes".

Risque de surdose

Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opiacés. Méfaits associés aux opioïdes au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada ; mars 2020. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides>

Plus de 14 700 Canadiens sont morts de causes liées aux opioïdes entre 2016 et septembre 2019. Si l'Ouest canadien reste la région la plus touchée, les taux de décès par surdose ont également augmenté dans d'autres régions, notamment en Ontario. Parmi les quelques 3 000 décès apparents liés aux opioïdes survenus entre janvier et septembre 2019 au Canada, 78 % concernaient le fentanyl ou des analogues du fentanyl, 72 % des adultérants non opioïdes, et 76% concernaient des drogues non pharmaceutiques (67% n'étaient que des drogues non pharmaceutiques et 9 % étaient un mélange de drogues pharmaceutiques et non pharmaceutiques).

Ye X, Sutherland J, Henry B, Tyndall M, Kendall PRW. At-a-glance—impact of drug overdose-related deaths on life expectancy at birth in British Columbia. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2018;38(6):248-251.

L'espérance de vie à la naissance en Colombie-Britannique, qui avait augmenté régulièrement sur 13 ans entre 2000 et 2013 (80,27 à 83,02 ans), a diminué de 0,38 ans entre 2014 et 2016, conséquence directe de la crise des surdoses.

Strang J, McCambridge J, Best D, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ.* 2003;326(7396):959–960.

Les patients ayant terminé leur désintoxication en milieu hospitalier étaient plus susceptibles de mourir d'une surdose que les patients n'ayant pas terminé leur sevrage ou ayant quitté le programme prématurément. L'augmentation de la mortalité est attribuée à la perte de tolérance au cours de la gestion du sevrage. Ces résultats suggèrent que la gestion du sevrage seule n'est pas un traitement efficace pour les troubles liés à l'usage d'opiacés, et le fait de proposer cette option aux patients sans transition vers un traitement à long terme n'est ni suffisant ni approprié.

Prévention et réduction des risques et prévention des surdoses

Chimbar L, Moleta Y. Naloxone effectiveness: a systematic review. *J Addict Nurs.* 2018;29(3):167-171.

Sur la base des preuves les plus récentes, il existe un soutien écrasant en faveur des programmes de naloxone à emporter chez soi comme moyen de réduire la mortalité parmi les personnes qui utilisent des opioïdes. Les programmes de naloxone à emporter devraient être

plus largement mis en œuvre dans les communautés comme moyen de réduire la mortalité associée aux surdoses d'opioïdes.

Potier C, Laprevote V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend.* 2014;145:48-68.

Les services d'injection supervisée ont été efficaces pour attirer les personnes les plus marginalisées qui utilisent des substances injectables, promouvoir des conditions d'injection plus sûres, améliorer l'accès aux soins de santé primaires et réduire la fréquence des surdoses. Il n'a pas été constaté que ces services augmentaient l'injection de substances le trafic de substances ou la criminalité dans les milieux environnants. Les services d'injection supervisée ont été associés à une réduction des injections de substances en public et des seringues abandonnées.

Turner KME, Hutchinson S, Vickerman P, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction.* 2011;106(11):1978-1988.

La distribution d'aiguilles et de seringues a été associée de manière significative à une réduction substantielle du partage d'aiguilles et de la transmission de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des substances.

Risques liés à l'injection

Nguyen VT, Chan ES, Chou SH, et al. Pulmonary effects of I.V. injection of crushed oral tablets: "excipient lung disease". *AJR Am J Roentgenol.* 2014;203(5):W506-515

Lorsque les comprimés oraux sont écrasés et injectés, leur matériau de remplissage (excipient) peut induire une réaction à un corps étranger potentiellement mortelle dans les artérioles pulmonaires, se présentant sous la forme d'une dyspnée et d'une hypertension pulmonaire avec des nodules centrolobulaires sur le CT-scan. Cet article décrit l'imagerie et les caractéristiques pathologiques de la "maladie pulmonaire à excipient".

Griffith CC, Raval JS, Nichols L. Intravascular Talcosis due to intravenous drug use is an underrecognized cause of pulmonary hypertension. *Pulm Med.* 2012;2012:617531.

L'injection intraveineuse de formulations orales peut provoquer une maladie granulomateuse du poumon, qui se traduit par une fibrose pulmonaire et une hypertension pulmonaire. Cette série de cas décrit les caractéristiques de cette affection et conclut que la talcose intravasculaire est une cause sous-diagnostiquée d'hypertension pulmonaire chez les personnes qui s'injectent des substances.

Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug and alcohol review*. 2011;30(3):287-290.

De nombreuses préparations pharmaceutiques non destinées à l'usage intraveineux sont couramment détournées et injectées par des personnes utilisatrices de substances. L'introduction de substances de remplissage, telles que le talc ou l'amidon, dans la circulation sanguine peut entraîner des complications au point d'injection et des embolies pulmonaires. Les résultats préliminaires de laboratoire confirment l'efficacité des filtres de seringues pour utilisateurs de substances injectables pour filtrer les grosses particules responsables de méfaits majeurs comme les embolies pulmonaires. La promotion de la mise en œuvre des filtres de seringues pour utilisateurs de substances injectables dans les programmes de prévention et réduction des risques, accompagnée d'une formation appropriée, peut être une stratégie utile pour prévenir les risques associés à l'injection de comprimés.

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;20(4):487-497.

La fréquence de l'endocardite infectieuse était plus élevée chez les utilisateurs de substances injectables qui avaient des prescriptions d'hydromorphone à libération contrôlée que chez ceux qui avaient des prescriptions d'opioïdes sans hydromorphone (2-8 % [109 patients] contre 1-1 % [41 patients]). Cette association ne s'applique pas à l'hydromorphone à libération immédiate.

Opioïdes

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009;3.

La méthadone s'est avérée significativement plus efficace que les approches non pharmacologiques pour maintenir les patients en traitement et pour supprimer l'usage d'héroïne, comme le montrent l'auto-évaluation et l'analyse des urines et des cheveux. Les différences en termes de mortalité et d'activité criminelle n'étaient pas statistiquement significatives.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;2:CD002207.

Alors que les faibles doses (≥ 85 mg/jour) de buprénorphine étaient moins efficaces que la méthadone pour le maintien du traitement par rapport aux faibles doses de méthadone (≤ 40 mg/jour), il n'y avait aucune différence dans les taux de maintien pour les doses

moyennes (7-15mg/jour) et élevées (≥ 16 mg/jour) de buprénorphine par rapport à des doses de méthadone approximativement équivalentes (40-85mg/jour et ≥ 85 mg/jour). Lorsqu'elles sont correctement dosées, la buprénorphine et la méthadone semblent être aussi efficaces l'une que l'autre pour réduire l'usage illégal d'opioïdes.

Castells X, Kosten TR, Capellà D, Vidal X, Colom J, Casas M. Efficacy of opiate maintenance therapy and adjunctive interventions for opioid dependence with comorbid cocaine use disorders: a systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2009;35(5):339-349.

Cette recension systématique a révélé que les troubles liés au double usage d'opioïdes et de cocaïne peuvent être traités efficacement par un traitement aux agonistes opioïdes en combinaison avec des interventions d'appoint pour les troubles liés à l'usage de cocaïne (p. ex. agonistes dopaminergiques indirects, gestion des imprévus). Des doses plus élevées d'agonistes opioïdes sont plus efficaces que des doses plus faibles, et la méthadone semble être plus efficace que la buprénorphine pour soutenir l'abstinence de cocaïne lorsqu'elle est associée à des traitements d'appoint.

Klimas J, Gorfinkel L, Giacomuzzi SM, et al. Slow release oral morphine versus methadone for the treatment of opioid use disorder. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025799.

Cette méta-analyse n'a trouvé aucune différence significative entre la morphine orale à libération lente et la méthadone pour la réduction de l'usage des opioïdes et maintien du traitement. Les résultats de deux études suggèrent également que la morphine orale à libération lente est supérieure à la méthadone pour réduire les envies d'opioïdes. Bien que des lacunes subsistent dans la base de données sur la morphine orale à libération lente, cette méta-analyse confirme l'apparente non-infériorité de la morphine orale à libération lente par rapport à la méthadone.

Initiative canadienne de recherche sur la l'abus de substances (ICRAS-CRISM). Lignes directrices nationales sur la prise en charge du trouble lié à l'usage d'opioïdes. 2017

Recommande le TAO avec la buprénorphine-naloxone comme traitement de première ligne. Les options de traitement par agonistes opioïdes devraient être proposées dans un cadre axé sur la prévention et réduction des risques, parallèlement à un soutien psychosocial approprié, en fonction de la situation et des préférences individuelles des patients.

Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(12).

Les résultats ont démontré que l'injection supervisée de diacéylmorphine, associée à des doses flexibles de méthadone, était supérieure à la méthadone orale seule pour retenir les patients réfractaires au traitement tout en contribuant à réduire l'usage de substances

illégales. Les auteurs ont conclu que le traitement à la diacétylmorphine devrait être envisagé pour ceux qui n'ont pas bénéficié d'un traitement oral par agonistes opioïdes, en raison d'un risque plus élevé d'effets indésirables.

Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diacetylmorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;207(1):5-14.

Une comparaison entre la diacétylmorphine injectable supervisée et la méthadone a révélé que la diacétylmorphine injectable supervisée était supérieure à la méthadone en termes de réduction de l'usage d'héroïne illégale, parmi les personnes réfractaires au traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes.

Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, et al. Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(5):447-455.

L'étude SALOME (Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness) a comparé la diacétylmorphine à l'hydromorphone injectable chez des patients ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes réfractaire au traitement à long terme. L'hydromorphone injectable n'était pas inférieure à la diacétylmorphine injectable pour les personnes ayant un usage de longue durée d'opioïdes par injection obtenus illégalement, en termes de taux de maintien, de réduction de tout usage d'opioïdes dans la rue et d'activités illégales.

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes. Publié le 23 septembre 2019.

Recommande que le TAOi (hydromorphone ou diacétylmorphine injectable) soit envisagé pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes réfractaire au traitement à long terme et qui continuent à utiliser des opioïdes par injection obtenus illégalement, en tant que traitement ouvert, la décision de passer au TAO orale étant prise en collaboration avec le patient.

Walton G, Nolan S, Sutherland C, Ahamad K. Sustained release oral morphine as an alternative to methadone for the treatment of opioid-use disorder post Torsades de Pointes cardiac arrest. *BMJ case reports*. 2015;2015. doi:10.1136/bcr-2015-210239.

Étude de cas : Une patiente souffrant de stérilet a été maintenue sous morphine orale à libération prolongée (formulation de 12 heures) après un épisode hospitalier de Torsades de Pointes associé à l'administration de méthadone. Le passage à la morphine orale à libération prolongée a permis de réduire l'intervalle QTc mesuré du patient, de prévenir d'autres arythmies et de favoriser l'abstinence d'usage illégal d'opioïdes.

Stimulants

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Cocaïne (Sommaire canadien sur la drogue). Disponible sur : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cocaine-2019-fr.pdf>

Ce rapport résume les données sur l'usage de cocaïne, notamment sur les méfaits et les effets, le statut juridique et l'accès au traitement. Si le taux d'usage de cocaïne est faible (environ 2 %) au Canada, le taux d'usage dans la dernière année chez les 20 à 24 ans, lui, est en hausse.

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Méthamphétamine (Sommaire canadien sur la drogue) Disponible sur : <https://www.ccsa.ca/fr/methamphetamine-sommaire-canadien-sur-la-drogue>

Ce rapport résume les données sur l'usage de méthamphétamine, dont les méfaits et effets, le statut juridique, les hospitalisations et l'accès au traitement. Les données visent à renseigner les décideurs sur la réduction des méfaits liés à la méthamphétamine.

Castells X, Cunill R, Perez-Mana C, Vidal X, Capella D. Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:Cd007380.

Des preuves de faible qualité suggèrent que les psychostimulants ont aidé à maintenir l'abstinence de cocaïne mais n'ont pas eu d'impact significatif sur le maintien du traitement ou la fréquence d'usage de la cocaïne chez les participants qui ont continué à l'utiliser. Aucune augmentation des effets indésirables chez les patients traités avec des psychostimulants ont été observés.

Bhatt M, Zielinski L, Baker-Beal L, et al. Efficacy and safety of psychostimulants for amphetamine and methamphetamine use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2016;5(1):189.

Les résultats n'indiquent aucune différence significative entre le traitement par psychostimulants et les groupes placebo en termes d'abstinence ou de maintien du traitement à la fin de l'étude. L'incidence des effets indésirables graves n'a pas différé entre les groupes d'intervention et les groupes placebo.

Nuijten M, Blanken P, van de Wetering B, Nuijten B, van den Brink W, Hendriks VM. Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet.* 2016;387(10034):2226-2234.

Après 12 semaines, le groupe de traitement à la dexamphétamine à libération prolongée a connu un nombre de jours d'usage de la cocaïne nettement inférieur à celui du groupe placebo (moyenne de 44,9 jours contre 60,6 jours, respectivement). Les effets indésirables ont été pour la plupart transitoires et bien tolérés.

Blanken P, Nuijten M, van den Brink W, Hendriks VM. Clinical effects beyond cocaine use of sustained-release dexamphetamine for the treatment of cocaine dependent patients with comorbid opioid dependence: secondary analysis of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Addiction*. 2019.

La dexamphétamine à libération prolongée a entraîné une augmentation significative du nombre de jours d'abstinence de cocaïne chez les patients souffrant de troubles concomitants d'usage de la cocaïne et d'opioïdes et qui étaient en traitement assisté par l'héroïne. Ce résultat a été associé à une amélioration de l'état de santé général des patients qui étaient en mauvaise santé au début du traitement.

Sangroula D, Motiwala F, Wagle B, Shah VC, Hagi K, Lippmann S. Modafinil Treatment of Cocaine Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Substance use & misuse*. 2017;52(10):1292-1306.

Les résultats indiquent que le modafinil n'est pas supérieur au placebo pour le maintien du traitement. De même, les données de sept études n'ont pas démontré la supériorité du modafinil dans l'obtention de l'abstinence de cocaïne ; cependant, l'analyse de sous-groupes de six études a suggéré que le modafinil était plus efficace que le placebo dans l'amélioration des taux d'abstinence de cocaïne. Aucun effet indésirable ou abandon n'a été observé par rapport au placebo.

De Crescenzo F, Ciabattini M, D'Alò GL, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002715

La gestion des contingences, associée à une approche de renforcement communautaire, a été la seule intervention qui a permis d'augmenter le nombre de patients abstinents à la fin du traitement par rapport au traitement habituel. À la fin du traitement, la gestion des contingences avec renforcement communautaire a également obtenu le plus grand nombre de résultats statistiquement significatifs dans les comparaisons directes, étant plus efficace que la thérapie cognitivo-comportementale, les récompenses sans contingence et les programmes en 12 étapes. La gestion des contingences avec renforcement communautaire a également été associée à un nombre d'abandons inférieur à celui du traitement habituel.

Farronato N, Dürsteler-MacFarland KM, Wiesbeck GA, Petitjean SA. A systematic review comparing cognitive-behavioral therapy and contingency management for cocaine dependence. *J Addict Dis*. 2013;32(3):274-287.

Dans tous les essais cités, la gestion d'urgence seule a réduit de manière fiable l'usage de cocaïne pendant le traitement actif, alors que l'effet positif de la thérapie cognitivo-comportementale est apparu après le traitement dans 3 des 5 essais.

Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*. 2004;99(6):708-717.

Le modèle Matrix est un protocole de traitement intensif manuel de 16 semaines qui combine la thérapie cognitivo-comportementale, l'éducation familiale, le conseil individuel et la participation à une communauté en 12 étapes. Par rapport au traitement habituel, les participants du groupe de traitement Matrix ont assisté à davantage de séances cliniques, sont restés plus longtemps en traitement et ont fourni davantage d'échantillons d'urine sans méthamphétamine pendant la période de traitement, et ont eu des périodes plus longues d'abstinence d'usage de méthamphétamine. Les mesures de l'usage de substances et du fonctionnement recueillies à la fin du traitement et six mois après l'admission indiquent une amélioration significative des participants à l'étude dans tous les groupes par rapport aux niveaux de base ; toutefois, la supériorité de l'approche Matrix n'a pas persisté lors des suivis post-traitement.

Benzodiazépines

Crowe SF, Stranks EK. The residual medium and long-term cognitive effects of benzodiazepine use: an updated meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol*. 2018;33(7):901-911.

Les résultats de l'analyse pour les personnes utilisant actuellement des benzodiazépines ont révélé des effets négatifs statistiquement significatifs pour les domaines cognitifs de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement, de l'attention divisée, de la visuo-construction, de la mémoire récente et du langage expressif. Pour ceux qui avait cessé d'utiliser des benzodiazépines et avait réussi à maintenir l'abstinence, les déficits résiduels ont été observés pour les domaines de la mémoire récente, de la vitesse de traitement, de la visuo-construction, de l'attention divisée, de la mémoire de travail et de l'attention soutenue.

Walton GR, Hayashi K, Bach P, et al. The impact of benzodiazepine use on mortality among polysubstance users in Vancouver, Canada. *Public Health Rep*. 2016;131(3):491-499.

Les résultats de cette étude de cohorte prospective indiquent que l'usage de benzodiazépines était plus fortement associé à la mortalité que toute autre substance chez les personnes ayant un usage concomitant. Les auteurs appellent à une plus grande reconnaissance des problèmes de sécurité liés aux benzodiazépines et à des stratégies visant à prévenir le détournement vers un usage illégal.

Ickowicz S, Hayashi K, Dong H, et al. Benzodiazepine use as an independent risk factor for HIV infection in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend*. 2015;155:190-194.

Cette étude de cohorte prospective a révélé que l'usage de benzodiazépines est associé de manière indépendante à la séroconversion au VIH chez les personnes qui s'injectent des substances.

Bach P, Walton G, Hayashi K, et al. Benzodiazepine use and hepatitis C seroconversion in a cohort of persons who inject drugs. *Am J Public Health*. 2016;106(6):1067-1072.

Les résultats de cette étude de cohorte prospective ont associé la consommation de benzodiazépines à des taux accrus de séroconversion au VHC chez les personnes utilisatrices de substances en même temps.

Liebrez M, Boesch L, Stohler R, Caflisch C. Agonist substitution—a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction*. 2010;105(11):1870-1874.

Quelle que soit l'intervention, la plupart des personnes dépendantes à de fortes doses de benzodiazépines n'atteignent pas une abstinence à long terme. Une thérapie de remplacement des benzodiazépines a été utilisée chez ces patients. La littérature disponible suggère qu'un traitement d'entretien avec une benzodiazépine à action lente et prolongée peut conduire à une diminution de l'envie, de l'anxiété, des complications de sevrage, à un meilleur maintien du traitement et à une amélioration de la santé et du fonctionnement social. Les troubles cognitifs pourraient être réduits au minimum grâce à l'usage d'un agoniste optimal.

Nardi AE, Freire RC, Valença AM, et al. Tapering clonazepam in patients with panic disorder after at least 3 years of treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(3):290-293.

Un protocole graduel (4-7 mois) de réduction progressive du clonazépam a été testé chez des patients qui recevaient du clonazépam comme traitement pour un trouble panique depuis au moins 3 ans. Les résultats ont indiqué que le clonazépam pouvait être arrêté avec succès sans symptômes de sevrage majeurs si la dose est réduite progressivement. L'amélioration du trouble panique et le bien-être général ont été maintenus pendant les phases de diminution progressive et de suivi.

Canadian Guidelines on Benzodiazepine Receptor Agonist Use Disorder Among Older Adults. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, Toronto, Canada. 2019. Available at: wp-content/uploads/2019/11/Benzodiazepine_Receptor_Agonist_Use_Disorder_ENG.pdf

Pour les personnes âgées (age ≥ 65) diagnostiquées comme ayant un trouble de l'usage des benzodiazépines, cette directive recommande fortement de ne pas interrompre brusquement l'usage des benzodiazépines. Se référant à des preuves limitées, ce document suggère que le passage d'une benzodiazépine à courte durée d'action à une option à longue durée d'action avant de commencer la réduction progressive de la dose peut être utile si la réduction de la BZRA à courte demi-vie provoque des symptômes de sevrage problématique.

National Pain Centre. 2017. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: Appendix 6—Benzodiazepine Tapering. McMaster University. http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b06.html

Cette ressource fournit des conseils pratiques et des exemples de protocoles de dosage et de tableaux d'équivalence des doses pour la réduction progressive des benzodiazépines.

Baandrup L, Ebdrup BH, Rasmussen JØ, Lindschou J, Gluud C, Glenthøj BY. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD011481. Published 2018 Mar 15. doi:10.1002/14651858.CD011481. pub2

Cette recension systématique a comparé le traitement pharmacologique au placebo, à l'absence d'intervention ou à un autre traitement pharmacologique pour les personnes dépendantes aux benzodiazépines. La faible ou très faible qualité des preuves et le petit nombre d'essais empêchent de tirer des conclusions sur l'efficacité des interventions pharmacologiques pour la dépendance aux benzodiazépines.

Ashton CH. Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw. Rev. August 2002. <https://www.benzo.org.uk/manual/bzsched.htm>

Le manuel Ashton fournit une description complète des impacts de l'usage à long terme des benzodiazépines et du trouble lié à l'usage des benzodiazépines, ainsi que des conseils détaillés pour un sevrage lent (≥ 6 mois).

Tabac/nicotine

Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD010274.

Cette étude systématique a évalué les approches de TRN, des types de thérapies et de TRN combinée pour soutenir le sevrage tabagique chez les personnes recevant simultanément un traitement pour d'autres troubles liés à l'usage de substances. La pharmacothérapie semble augmenter de manière significative les taux d'abstinence tabagique, tout comme les conseils combinés à la pharmacothérapie (12 études, 2229 participants, preuves de faible qualité). Les interventions de conseil seules n'ont pas augmenté de manière significative l'abstinence tabagique. Les données sur les effets indésirables des interventions étaient limitées au moment de l'étude.

Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5):Cd000146.

Des preuves de haute qualité soutiennent l'utilisation de toutes les formes de TRN autorisées pour augmenter les chances des individus de réussir leur sevrage tabagique. La thérapie de remplacement de la nicotine augmente le taux d'abandon de 50 à 60 %. L'aide supplémentaire apportée aux personnes qui tentent d'arrêter de fumer ne semble pas avoir d'incidence sur l'efficacité relative de la thérapie de remplacement de la nicotine. Les effets secondaires de la TRN comprennent une irritation mineure du site par lequel elle est administrée et, rarement, des douleurs thoraciques et des palpitations non ischémiques.

Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD009329.

Les résultats indiquent que le TRN, le bupropion et la varénicline sont tous supérieurs au placebo pour soutenir le sevrage tabagique. Des comparaisons directes entre le bupropion et la TRN ont montré une efficacité égale. La varénicline était supérieure aux formes uniques de TRN et au bupropion, mais n'était pas plus efficace que la TRN combinée. La TRN combinée et de varénicline sont aussi efficaces que les aides à l'abandon du tabac. La thérapie de remplacement de la nicotine combinée a également été plus efficace que les formes individuelles de thérapie de remplacement de la nicotine. Les quatre catégories de TRN ont obtenu des résultats similaires les unes par rapport aux autres et présentent un faible risque de méfaits.

Alcool

British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), B.C. Ministry of Health, and B.C. Ministry of Mental Health and Addictions. Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder. 2019. Vancouver, B.C.: BCCSU. Available at: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/AUD-Guideline.pdf>

Fournit un ensemble de 13 recommandations cliniques pour l'identification et la gestion clinique de la consommation d'alcool à haut risque et des troubles liés à la consommation d'alcool avec un accent sur la pratique des soins primaires. Les recommandations comprennent l'évaluation du risque de complications graves du sevrage d'alcool et la planification des soins sur la base de cette évaluation, ainsi que l'utilisation de la naltrexone ou de l'acamprosate comme pharmacothérapie de première ligne.

Maldonado JR, Sher Y, Das S, et al. Prospective validation study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in medically ill inpatients: a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol.* 2015;50(5):509-518.

Il a été démontré que le PAWSS avait une valeur prédictive élevée pour l'identification des patients à haut risque de complications graves (valeur prédictive positive = 93,1 ; valeur prédictive négative = 99,5) et une bonne fiabilité interjuges (96,3 %).

Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3)

Les benzodiazépines ont montré un bénéfice protecteur contre les symptômes de sevrage d'alcool, en particulier les crises d'épilepsie, par rapport au placebo. On a également constaté une tendance en faveur des benzodiazépines pour éviter l'abandon du traitement, les crises et le délirium, par rapport à d'autres médicaments. Une comparaison entre différentes benzodiazépines n'a pas donné de résultats statistiquement significatifs.

Leung JG, Hall-Flavin D, Nelson S, Schmidt KA, Schak KM. The role of gabapentin in the management of alcohol withdrawal and dependence. *Annals of Pharmacotherapy*. 2015;49(8):897-906.

Les résultats de cette revue systématique suggèrent que la gabapentine peut être efficace dans la gestion du syndrome de sevrage d'alcool léger. Les résultats liés au sommeil et à l'humeur/anxiété ont été réduits par la gabapentine, ce qui peut entraîner des bénéfices à long terme si la gabapentine est poursuivie au-delà de la période de sevrage pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Toutefois, cinq crises ont été signalées ou suspectées dans les études sur le sevrage de la gabapentine, ce qui suggère que ce médicament pourrait ne pas être sûr pour le traitement d'un sevrage sévère.

Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(18):1889–1900. doi:10.1001/jama.2014.3628

L'acamprosate et le naltrexone ont tous deux été associés à une réduction du retour à la consommation d'alcool. En comparaison directe, aucune différence significative n'a été constatée entre l'acamprosate et la naltrexone pour le contrôle de la consommation d'alcool.

Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*. 2013;108(2):275-293.

Dans le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool, l'acamprosate s'est révélé légèrement plus efficace que la naltrexone pour promouvoir l'abstinence, tandis que la naltrexone était légèrement plus efficace que l'acamprosate pour réduire la consommation excessive d'alcool et les envies de fumer. La désintoxication avant le traitement et une plus longue période d'abstinence requise avant le traitement sont associées à des effets médicamenteux plus importants pour l'acamprosate et la naltrexone respectivement.

Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2019;394(10200):781-792. doi:10.1016/S0140-6736(19)31775-1

Cet article de séminaire fournit une revue complète de l'épidémiologie, des facteurs de risque, du diagnostic et du traitement - tant pharmacologique que psychosocial - des troubles liés à la consommation d'alcool. L'article aborde également le rôle de l'environnement, de la culture et de la politique relatifs aux risques de la réduction de la consommation d'alcool.

van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol*. 2013;27(11):987-997. doi:10.1177/0269881113495320

Examine la littérature soutenant la consommation d'alcool à faible risque comme option de traitement. Les indications de la consommation d'alcool à faible risque comprennent les

personnes qui ont une consommation d'alcool incontrôlée avec les risques qui y sont liés et qui ne veulent pas - ou ne peuvent pas - s'abstenir de boire. Les contre-indications comprennent les objectifs d'abstinence du patient, les problèmes de santé concomitants exacerbés par la consommation d'alcool, les interactions médicamenteuses, les tentatives antérieures infructueuses de prévention et réduction des risques liés à la consommation d'alcool et des antécédents de symptômes de sevrage d'alcool sévère.

Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, et al. Community managed alcohol programs in Canada: overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37 Suppl 1:S132-s139.

Ce document décrit les programmes de gestion de la consommation existants au Canada, y compris les principales dimensions et les problèmes de mise en œuvre. Les programmes de gestion de la consommation communautaires ont pour objectif commun de préserver la dignité et de réduire les risques de la consommation d'alcool tout en augmentant l'accès au logement, à la santé et aux services sociaux. Les programmes de gestion de la consommation d'alcool sont offerts en tant que programmes résidentiels et de jour, avec des variations dans l'évaluation de l'admissibilité, la distribution et l'administration de l'alcool, le financement, la fourniture de nourriture, l'hébergement, les services de soins primaires et la surveillance clinique. Faciliter l'accès au logement et rétablir les liens sociaux et culturels sont essentiels pour atteindre les objectifs du programme de gestion de la consommation.

Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E. Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Drug and Alcohol Review.* 2018;37(S1):S145-S155.

Les articles disponibles examinant la fourniture d'alcool en milieu hospitalier (n=28 articles) font état de résultats positifs liés à la prévention ou au traitement du sevrage d'alcool. Quatorze études ont examiné les programmes de gestion de la consommation d'alcool dans la communauté et ont signalé qu'elles aident à stabiliser les habitudes de consommation d'alcool, à réduire les risques liés à l'alcool et à faciliter une prise en charge sanitaire et sociale sans jugement.

Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne.* 2006;174(1):45-49.

Dix-sept adultes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool ont été inscrits à un programme d'aide médicale d'urgence en centre d'hébergement pendant 16 mois en moyenne. La moyenne mensuelle du nombre total de visites du groupe aux services d'urgence est passée de 13,5 à 8 après l'inscription, et les rencontres avec la police ont diminué de 18,1 à 8,8. Les changements dans les résultats des tests sanguins n'ont pas été significatifs. Tous les participants au programme ont déclaré avoir consommé moins d'alcool pendant leur inscription au programme de gestion de la consommation d'alcool, et les sujets comme

le personnel ont déclaré l'amélioration de l'hygiène, du respect des soins médicaux et de la santé.

Stockwell T, Pauly BB, Chow C, et al. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37 Suppl 1:S159-s166.

La durée du séjour dans un programme de gestion de la consommation d'alcool a été étudiée comme un prédicteur des habitudes de consommation d'alcool, de la consommation d'alcool impropre à la consommation et des risques connexes. Les participants au programme de gestion de la consommation d'alcool récemment admis (≤ 2 mois) et les témoins étaient tous deux de grands consommateurs d'alcool et présentaient des niveaux équivalents de dépendance à l'alcool. Les résidents de longue durée du programme de gestion de la consommation d'alcool (> 2 mois) ont bu significativement plus de jours (+5,5) au cours des 30 dernières années, mais ont consommé 7 verres standard de moins par jour. Les résidents de longue durée de l'étude du programme de gestion de la consommation d'alcool ont déclaré avoir subi significativement moins de dommages liés à l'alcool en matière de santé, de sécurité, de droit, de société et de sevrage.

Vallance K, Stockwell T, Pauly B, et al. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct J.* 2016;13(1):13.

La participation aux programmes de gestion de la consommation d'alcool a été associée à plusieurs résultats positifs, notamment une réduction des symptômes de sevrage, des admissions à l'hôpital, de la consommation d'alcool impropre à la consommation et des contacts avec la police menant à la détention, en plus de la diminution auto-déclarée de certains risques liés à l'alcool dans les domaines de la vie familiale, des questions juridiques et des crises de sevrage.

Cannabis

Fischer B, Russell C, Sabioni P, et al. Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *American Journal of Public Health.* 2017;107(8):e1-e12.

Les recommandations comprennent le fait d'éviter de commencer à consommer du cannabis à un âge précoce, de choisir des produits à base de cannabis peu puissants, d'éviter l'utilisation de cannabinoïdes synthétiques, d'éviter l'inhalation de cannabis brûlé et de donner la préférence à des méthodes de consommation non tabagique, de s'abstenir de consommer du cannabis à haute fréquence (p. ex. quotidiennement ou presque quotidiennement) et d'éviter la conduite avec facultés affaiblies par le cannabis.

Livne O, Shmulewitz D, Lev-Ran S, Hasin DS. DSM-5 cannabis withdrawal syndrome: demographic and clinical correlates in U.S. adults. *Drug and alcohol dependence*. 2018.

La prévalence du syndrome de sevrage du cannabis était de 12,1 % chez les patients ayant consommé fréquemment du cannabis (n=1527). Les symptômes de sevrage les plus courants étaient la nervosité/l'anxiété (76,3 %), l'hostilité (71,9 %), les troubles du sommeil (68,2 %) et l'humeur dépressive (58,9 %). Le syndrome de sevrage du cannabis était associé à des troubles de l'anxiété, de l'humeur et de la personnalité, à un handicap important et à des antécédents familiaux de dépression, mais n'était pas associé à des antécédents personnels ou familiaux d'autres troubles liés à l'usage de substances.

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;32(12):1113-1129.

Le dronabinol, le nabilone ou les nabiximols, seuls ou en combinaison avec d'autres médicaments, peuvent être utiles pour réduire les symptômes de sevrage du cannabis et le taux de rechute, probablement avec un effet proportionnel à la dose. Une bonne tolérabilité et peu d'effets indésirables ont été observés avec ce groupe de médicaments.

Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5):Cd005336.

Par rapport aux contrôles de traitement minimaux, il a été démontré que l'intervention psychosociale réduit la fréquence de l'usage de cannabis et la gravité de la dépendance. L'intervention intensive (basée sur la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie d'amélioration de la motivation) fournie sur plus de quatre séances a été la plus favorable au traitement des troubles liés à l'usage de cannabis.

Autres

Eibl JK, Gauthier G, Pellegrini D, et al. The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting. *Drug Alcohol Depend*. 2017;176:133-138.

Les patients traités par télé-médecine étaient significativement plus susceptibles d'être maintenus en thérapie que les patients traités en personne. Les patients traités par télé-médecine ont montré un taux de maintien de 50 % à un an, alors que les patients traités en personne ont été retenus à un taux de 39 %. La combinaison du TAO à distance et en personne a également conduit à des taux de maintien plus élevés (47 %) que le TAO en personne.

Weintraub E, Greenblatt AD, Chang J, Himelhoch S, Welsh C. Expanding access to buprenorphine treatment in rural areas with the use of telemedicine. *Am J Addict.* 2018;27(8):612-617.

Ce rapport décrit les résultats d'une étude rétrospective des dossiers de 177 patients d'un centre de traitement de la dépendance en milieu rural qui ont été traités à la buprénorphine par télé-médecine. Le maintien du traitement était de 98 % à une semaine, 91 % à un mois et 57 % à trois mois. Parmi les patients toujours en traitement après trois mois, 86% avaient une toxicologie urinaire négative aux opiacés. Les résultats suggèrent que le traitement à la buprénorphine peut être efficacement administré par télé-médecine aux patients souffrant de troubles liés à l'usage d'opioïdes dans le cadre d'un programme de traitement de la dépendance en milieu rural.

Annexe 2 : Ressources pour le traitement et la planification des soins

Les documents d'orientation suivants peuvent être utiles dans la planification des soins pour les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances qui doivent s'isoler, se mettre en quarantaine ou s'éloigner physiquement.

Atténuation des risques et prévention et réduction des risques en prescrivant des directives cliniques

- [Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies](#) (BC Centre on Substance Use)
- [Safer Opioid Supply Programs: A Harm Reduction Informed Guiding Document for Primary Care Teams](#) (Hales, et al)
- [La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives en contexte de la COVID-19 au Québec: guide clinique à l'intention des prescripteurs](#) (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)

Lignes directrices de l'ICRAS-CRISM

- [Guide pratique national de l'ICRAS-CRISM : Soutenir les utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19](#)
- [Guide pratique national de l'ICRAS-CRISM: Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives](#)
- [Lignes directrices de l'ICRAS-CRISM sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#)
- [Lignes directrices de l'ICRAS-CRISM pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#)

Lignes directrices cliniques relatives à la COVID-19

- [CAMH/META-PHI/OMA: COVID-19 Opioid Agonist Treatment Guidance](#)
- [BCCSU: COVID-19 Bulletin: Information for Opioid Agonist Treatment Prescribers and Pharmacists](#)
- [BCCSU: Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder](#)
- [BCCSU: COVID-19 Bulletin: Information For Health Care Providers Regarding Alcohol Use Disorder and Withdrawal Management](#)

Bulletins de réponse en cas de surdose

- [BCCDC Information Sheet: COVID-19 Harm Reduction and Overdose Response](#)
- [VCH: COVID-19: Community Members Responding to an Overdose](#)
- [Toronto Public Health: COVID-19 Guidelines for Harm Reduction Outreach and Community Overdose Response](#)
- [Alberta Health Services: Harm Reduction and COVID-19—Guidance Document for Community Services Providers](#)

Annexe 3 : Liste des ressources en ligne liées à l'usage de substances

Vous trouverez ci-dessous une liste de ressources en ligne liées à l'usage de substances. Veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'une liste de ressources exhaustive.

Ressources pour les patients

- [Application gratuite MindShift™ CBT de Anxiety Canada](#)
- [AA Online Intergroup](#)
- [SMART Recovery Program](#)
- [L'Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions \(ACEPA\)](#) et [Breaking Free Online](#)
- [Take Home Naloxone](#) et [Toward the Heart](#)
- [Canadian Addiction Counsellors Certification Federation](#)
- [CCDUS Composer avec le stress, l'anxiété et l'usage de substances](#)

Ressources pour les cliniciens

- [CATIE – La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C](#)
- [BC Centre on Substance Use: COVID-19 Clinical Guidance](#)
- [Nova Scotia Health Authority \(NSHA\) Standard Operating Procedures for Opioid Use Disorder Treatment \(OUDT\) Programs](#)
- [Santé Canada Paragraphe 56\(1\) Exemption de catégorie FAQ](#)
- [Commission de la santé mentale du Canada](#)
- [Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé \(CFHI\)](#)
- [CCDUS Gérer le stress, l'anxiété et l'usage de substances pendant la COVID-19](#)

Lignes directrices pour le TAO injectable et le TAO oral

- [Nova Scotia Department of Health and Wellness: Points to Guide Clinical Decision for OAT Prescribers](#)
- [College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador - Opioid Agonist Treatment \(OAT\) Guidance during COVID-19](#)
- [Providence Health Care Nursing Practice Standard Dispensing Injectable Opioid Agonist Therapy to Client With or at Risk of COVID-19](#)
- [BCCSU Bulletin–COVID-19: Information for Opioid Agonist Treatment Prescribers and Pharmacists](#)
- [Draft Emergency Carry Agreement](#)
- [Lignes directrices, Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïde, version temporaire comprenant les mesures d'exception autorisées par santé Canada en lien avec la pandémie de la COVID-19.](#)

Prévention et 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 consommations de substances

- [Le Centre de toxicomanie et de santé mentale \(CAMH\) : La santé mentale et la pandémie de COVID-19](#)
- [Narcotics Anonymous](#)
- [Prendre soin de sa santé mentale \(COVID-19\)](#)
- [Espace mieux-être Canada : Soutien en matière de santé mentale et de consommation de substances](#)

Annexe 4 : Trousse à outils de Santé Canada pour l'approvisionnement sécuritaire

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 fournir une solution de rechange de qualité pharmaceutique à l'approvisionnement toxique de la rue au Canada, dans le contexte de la COVID-19. Cela comprend:

- Un graphique des voies réglementaires ;
- Un document de type « foire aux questions » concernant les exigences législatives et réglementaires applicables au traitement des troubles liés à l'utilisation de substances et d'approvisionnement plus sécuritaire ;
- Une liste de toutes les exemptions pertinentes qui ont été délivrées au titre de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances ;
- Une liste des solutions de rechange de qualité pharmaceutique à l'approvisionnement illégal dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments ;
- Des ressources liées au traitement des troubles liés à l'usage de substances et à un approvisionnement plus sécuritaire, en général et pendant la pandémie de COVID-19.

[La trousse à outils est disponible ici.](#)

