



Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19

GUIDE PRATIQUE NATIONAL

VERSION 1 - GUIDANCE 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

To quote this document:

Elton-Marshall, T., Ali, F., Hyshka, E., Shahin, R., Hopkins, S., Imtiaz, S., Graham, B., & Rehm, J. *[Traduction]* Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19 : Guide pratique national rapide. Toronto, Ontario : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances ; 6 juillet 2020. 50 p. Version 1.

Version 1, 6 juillet 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 le territoire du Traité n°13, le territoire traditionnel de nombreuses nations, notamment les Mississaugas du Crédit, les Anishnabeg, les Chippewas, les Haudenosaunee et les Wendats, et abrite maintenant de nombreux peuples diversifiés des Premiers Nations, des Inuits et des Métis.

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 risques 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

Financ e 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>.

  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.

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 (le présent document)
- 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

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.

Avertissement aux prestataires de soins de santé

Les recommandations contenues dans ce guide représentent l'avis des membres du comité de révision. Cet avis est fondé sur l'examen attentif des faits scientifiques de même que sur la révision externe par des pairs. La mise en pratique des recommandations présentées dans ce guide pratique ne libère aucunement les prestataires prodiguant des soins de leur responsabilité à prendre les bonnes décisions en fonction des besoins, des préférences et des valeurs du patient, en consultation

avec ce dernier, son tuteur ou les membres de sa famille et, le cas échéant, les experts externes (p. ex. conseillers experts). Il est attendu des professionnels de la santé qu'ils fassent preuve de jugement clinique et tiennent pleinement compte du présent guide pratique en traitant leurs patients tout en respectant les valeurs et les principes fondamentaux de leur code de déontologie. Aucune partie de ce guide pratique ne doit être interprétée d'une manière contradictoire aux devoirs professionnels.

Précisions légales et juridiques

Bien que les personnes et les groupes ayant participé à la rédaction du présent guide pratique ont fait de leur possible pour que les renseignements qu'il contient soient exacts, sachez que les renseignements sont présentés « tels quels » et que les IRSC et l'ICRAS-CRISM n'avancent aucune garantie, explicite ou implicite, quant à l'exactitude des renseignements ou à leur pertinence dans un cas particulier. Dans la mesure du possible, en vertu des lois en vigueur, les IRSC et l'ICRAS-CRISM réfutent toute garantie expresse, implicite ou réglementaire (y compris, mais sans s'y limiter, toutes garanties de titre ou d'absence de contrefaçon) et ils n'y seront nullement liés.

Notre objectif est de donner des indications générales sur la sécurité des travailleurs des services et programmes de prévention et réduction des risques.

Ce guide pratique ne peut remplacer l'avis ni le discernement professionnel d'un prestataire de soins de santé et n'a pas pour ambition de devenir l'unique référence pour la prise en charge d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux représentants des patients demandant conseil sur des problèmes de santé ou autre. Si vous avez besoin d'un avis médical, veuillez communiquer avec un professionnel des soins de santé de votre région.

Auteurs et autres participants

Comité de rédaction*

Tara Elton-Marshall, PhD ; Chercheuse indépendante, Institute for Mental Health Policy Research, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) ; Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto ; Département d'épidémiologie et biostatistique, École de médecine et de dentisterie Schulich, Western University

Fariyah Ali, MA ; Chargée de projets et de recherche, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Ontario, Institute for Mental Health Policy Research, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Elaine Hyshka, PhD ; Professeure adjointe, École de santé publique, University of Alberta ; Directrice scientifique, Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

Rita Shahin, MD, MHSc, FRCPC ; Médecin adjointe en santé publique, Santé publique Toronto ; Professeure, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

Shaun Hopkins, BSW ; Gestionnaire, The Works, Santé publique Toronto

Sameer Imtiaz, PhD ; *Project Scientist*, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Ontario, Institute for Mental Health Policy Research, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Brittany Graham, MPH ; Représentante communautaire, Vancouver Area Network of Drug Users ; Chercheuse indépendante, Canadian Institute for Substance Use Research (CISUR), BC Centre for Disease Control (BCCDC).

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

Comité de révision*

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

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

Jason A. W. Chaulk, MD, FRCPC

Angele DesRoches, M.A ; PEERS Alliance

Julie Dingwell ; Directrice exécutive, Avenue B Harm Reduction.

Gary Garber, MD, FRCPC, FACP ; Chercheur principal, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Prévention et contrôle des infections, Santé publique Ontario, Professeur, École d'épidémiologie et de santé publique, University of Ottawa et Département de Médecine, University of Toronto

Shohan Illsley ; Directrice exécutive, Manitoba Harm Reduction Network

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

Dennis Long, MSW ; Professeur, Dépendance et santé mentale, Humber Institute of Technology and Advanced Learning

Mark Lysyshyn, MD, MPH, FRCPC ; Médecin-chef adjoint en santé publique, Vancouver Coastal Health

Valérie Martel-Laferrrière, MD, MSc, FRCPC ; Médecin microbiologiste, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ; Professeure agrégée clinique, Université de Montréal ; Chercheuse régulière, Centre de recherche du CHUM

Alexe Morgan, RSW ; Coordinatrice de projet pédagogique, Harm Reduction, The AIDS Committee of Newfoundland and Labrador

Michael Silverman, MD, FRCP ; Western University, London, Ontario

Carol Strike, PhD ; Professeure et Chef de division, Sciences de la santé sociale et comportementale, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto ; Chercheuse, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital

Marliss Taylor ; Gestionnaire de programme, Streetworks

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

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

*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.

Conflits d'intérêts

Conformément aux *principes de divulgation et de gestion des conflits d'intérêts* du Guidelines International Network (Schunemann et al., 2015), on a demandé aux membres des comités de rédaction et de révision de divulguer toutes les sources de financement ainsi que toutes les sommes perçues à titre de rémunération directe et indirecte (soutien à la recherche) provenant de l'industrie, d'entreprises à but lucratif et d'autres entités, qui pourraient potentiellement introduire un risque de biais réel ou perçu. Par ailleurs, les membres des comités de rédaction et de révision devaient déclarer les sources indirectes de biais, comme les promotions dans les universités, les revenus

cliniques ainsi que la réputation professionnelle ou publique, susceptibles d’avoir une incidence sur l’interprétation des données probantes et sur la formulation des recommandations. Signalons que parmi les membres des comités de rédaction et de révision, deux sont des membres du personnel de l’ICRAS-CRISM.

Aucun membre des comités de rédaction et de révision n’a été exclu de la participation en raison de conflits d’intérêts financiers directs. Sur les 25 membres des comités de rédaction et de révision, dix (40%) ont reconnu des conflits d’intérêts directs potentiels. Parmi ceux-ci, cinq (20 %) ont reconnu avoir travaillé ou été consultant pour des organisations, notamment des hôpitaux/autorités de santé publique, des associations professionnelles ou réglementaires, des organismes de liaison communautaire ou des organismes de financement fédéraux, dont un (4 %) (un réviseur externe) a joué un rôle de consultant pour une entité commerciale (Merck). Cinq (20 %) ont déclaré avoir reçu un soutien et un financement pour la recherche, y compris des subventions, des parrainages et des collaborations. Deux (9 %) ont reçu un paiement pour participer à des activités de révision, tandis que deux (9 %) ont reçu un soutien non monétaire sous forme de voyages rémunérés. Il est à noter qu’un réviseur externe a reçu un financement de recherche avant la participation au document d’orientation de la part de deux entités commerciales (Gilead et Merck), qui pourraient théoriquement bénéficier des recommandations du document.

Aucun membre des comités de rédaction et de révision n’a signalé de conflits d’intérêts commerciaux tels que des conflits d’intérêts en matière d’investissement ou de propriété intellectuelle. Un (4 %) examinateur a indiqué qu’il avait fourni une opinion ou un témoignage d’expert sur le sujet de ces guides pratiques, tandis que deux (9 %) membres ont révélé avoir occupé un poste pour lequel ils représentaient les intérêts ou défendaient une position en lien avec ce guide pratique.

En ce qui concerne les conflits d’intérêts indirects (tels que les promotions dans les universités, les revenus cliniques et le statut d’expert), douze (48%) ont signalé que cela était possible. Aucun membre des comités de rédaction et de révision n’a indiqué que les revenus cliniques pouvaient être influencés par ce guide pratique. Six (24 %) ont révélé qu’ils avaient déjà publié sur l’efficacité d’une intervention recommandée dans ce guide pratique, telle que le traitement de la dépendance, tandis que cinq (22 %) ont indiqué qu’ils menaient activement des recherches sur un sujet qui pourrait être influencé par les recommandations. Fait important, huit membres (32 %) ont révélé que leur expérience personnelle ou professionnelle, y compris la sensibilisation et le soutien aux pratiques de prévention et réduction des risques, ou leur domaine de spécialisation (p. ex. la médecine des toxicomanies) pouvaient influencer leur point de vue sur le sujet et les recommandations.

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. Nous aimerions remercier les chargées de projets et de recherche des pôles de l'ICRAS-CRISM : Denise Adams (Prairies), Nirupa Goel (Colombie-Britannique) et Aïssata Sako (Québec-Atlantique) pour leur leadership, S. Ahmed Hassan, Omer Syed Muhammad Hasan et Frishta Nafeh pour leur soutien à la recherche, et Valeria Saavedra pour son soutien à la conception graphique du guide en français. 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).

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations.....	12
1.0 PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE NATIONAL	13
2.0 OBJECTIF ET PORTÉE	15
2.1 Contexte	15
2.2 Objectif	16
2.3 Public cible.....	18
2.4 Sélection des preuves et évaluation	19
2.4.1 Recherche de littérature approuvée par les pairs	19
2.4.2 Recherche de littérature grise.....	20
3.0 RÉSULTATS.....	21
3.1 Mesures physiques	21
3.2 Dépistage des symptômes	22
3.2.1 Dépistage passif des symptômes.....	22
3.2.2 Dépistage actif des symptômes : Usagers.....	23
3.2.3 Si un usager obtient un résultat positif au dépistage des symptômes	23
3.2.4 Dépistage actif des symptômes : Personnel.....	23
3.3 Hygiène des mains	24
3.4 Équipement de protection individuelle (ÉPI).....	25
3.4.1 Types d'ÉPI.....	25
3.4.2 Résumé des recommandations d'ÉPI.....	27
3.5 Mise en place et retrait de l'ÉPI	29
3.5.1 Comment mettre l'ÉPI	29
3.5.2 Comment retirer l'ÉPI	30
3.6 Obstacles et facilitateurs du respect des recommandations en matière de prévention et contrôle des infections	31
3.6.1 Formation	31
3.6.2 Adaptation de l'ÉPI.....	31
3.6.3 Stress dû à la chaleur.....	31
3.6.4 Les usagers et l'utilisation du masque	32
3.6.5 Accessibilité au lavage des mains	32
3.7 Nettoyage et désinfection des installations	32
3.7.1 Comment nettoyer et désinfecter (CDC, 2020c).....	33
3.7.2 ÉPI et nettoyage.....	34
3.8 Réagir à une surdose.....	34

4.0 CONCLUSION	36
ANNEXE 1 : LISTE DES RESSOURCES EN LIGNE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	37
ANNEXE 2 : STRATÉGIE DE RECHERCHE	40
ANNEXE 3 : FORCE DES PREUVES SELON LES RECOMMANDATIONS.....	41
RÉFÉRENCES.....	48

ABRÉVIATIONS

COVID-19 : maladie à coronavirus 2019

ÉPI : Équipement de protection individuelle

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

IMGA : intervention médicale générant des aérosols

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

PUS : Personnes utilisatrices de substances

SCS : site de consommation supervisée

1.0 Principes du guide pratique national

- La propagation rapide de la COVID-19 et le poids qu'elle incombe au système de santé ont eu un impact particulier sur les communautés structurellement vulnérables, et notamment sur les personnes utilisatrices de substances (PUS).
- Les services et programmes de prévention et réduction des risques sont essentiels pour prévenir et faire reculer les surdoses, offrir du matériel de prévention et réduction des risques afin d'empêcher la propagation des maladies infectieuses (p. ex. le VIH), relier les personnes au traitement et aux soins de santé et offrir du soutien aux PUS. Pendant la pandémie, les services et programmes de prévention et réduction des risques peuvent offrir une occasion importante de dispenser une éducation sur la prévention et le contrôle des infections au niveau communautaire. Ils sont peut-être encore plus cruciaux pendant une pandémie lorsque l'accès à l'équipement et à un approvisionnement prévisible en médicaments peut être plus difficile à obtenir.
- Les travailleurs en prévention et réduction des risques courent le risque de contracter des maladies infectieuses telles que la COVID-19 car ils travaillent souvent à proximité des usagers et peuvent entrer en contact avec des liquides organiques (tels que le sang, les vomissures, le mucus et les gouttelettes projetées lors de l'expiration). Ils peuvent avoir besoin de répondre à des situations urgentes telles que des surdoses, ce qui peut les exposer à un risque d'infection encore plus grand (c'est-à-dire un temps limité pour mettre en place l'ÉPI).
- Le présent guide pratique offre des informations consolidées basées sur les meilleures données disponibles afin de proposer des recommandations nationales pour mieux protéger, les travailleurs et les usagers, des risques d'exposition à la COVID-19, dans les services et programmes de prévention et réduction des risques.
- Comme il existe de nombreux et différents services et programmes de prévention et réduction des risques, qui varient en termes d'accès et de besoin de ressources, ces recommandations sont destinées à être appliquées dans les services et programmes de prévention et réduction des risques qui sont dans des lieux fixes, incluant les sites de consommation supervisée.

- **Les ÉPI (masques, blouses, gants, lunettes de protection/écran facial), lorsqu'ils sont utilisés correctement, réduisent les risques pour les travailleurs en prévention et réduction des risques, en empêchant l'exposition aux agents pathogènes.**
-
- **Les gouvernements doivent également offrir le plus haut niveau de protection requis à tous les travailleurs de la santé, y compris les personnes travaillant dans des services et programmes de prévention et réduction des risques, et allouer les ressources nécessaires en matière d'ÉPI, ainsi que se préparer aux pandémies et autres épidémies en entreposant des ÉPI.**
-
- **Les services et programmes de prévention et réduction des risques doivent mettre en œuvre des mesures visant à garantir qu'une distance physique adéquate et/ou une séparation entre les individus, tels que le personnel et les usagers, soient maintenues de manière cohérente, afin de contribuer à minimiser le risque de transmission de la COVID-19.**

2.0 Objectif et portée

2.1 CONTEXTE

Le 11 mars 2020, la COVID-19 a été déclarée pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Heymann et Shindo, 2020). Les coronavirus sont une grande famille de virus qui comprend des virus tels que ceux qui causent le rhume, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO), et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV). La COVID-19 est définie comme une maladie causée par le nouveau coronavirus, qui est maintenant appelé coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2). La COVID-19 a été initialement identifiée lors d'une épidémie respiratoire dans la ville de Wuhan, dans la province de Hubei, en Chine, le 31 décembre 2019, où des cas de pneumonie de cause inconnue ont été signalés à l'Organisation mondiale de la santé. Suite à l'augmentation continue des infections, le 30 janvier 2020, l'OMS a déclaré l'épidémie comme une urgence de santé publique préoccupante, en raison du fort potentiel de propagation internationale du virus.

La COVID-19 se transmet d'une personne à l'autre, par le biais de gouttelettes respiratoires, qui sont produites lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue, en parlant ou en respirant à proximité d'une personne infectée, ou par contact avec des surfaces contaminées. Au niveau mondial, 216 pays, zones ou territoires ont été touchés par la COVID-19, avec plus de 6,5 millions de cas confirmés et plus de 380 000 décès confirmés (WHO, 2020a). Au Canada, en date du 23 juin 2020, on comptait 101 963 cas confirmés et 8 454 décès (Government of Canada, 2020a).

En plus de la charge plus lourde pour les services de santé, tant au niveau international que national, la propagation rapide de la COVID-19 a indéniablement eu un impact sur les communautés marginalisées, et en particulier sur les PUS. Les PUS courent un risque accru de complications liées à la COVID-19 en raison de problèmes de santé préexistants et sous-jacents, notamment les maladies pulmonaires telles que l'asthme/la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le système immunitaire affaibli et le diabète (Wood et al., 2020). Les PUS peuvent également être plus exposés en raison d'autres vulnérabilités telles que l'itinérance, le recours à des centres d'accueil et l'accès limité aux services et programmes de prévention et réduction des risques.

En réponse à la COVID-19, les experts en santé publique ont employé et recommandé diverses mesures préventives et barrières visant à réduire la transmission et l'impact de la COVID-19 sur la population. Des mesures de santé publique, telles que la distanciation physique, l'auto-isollement, la fermeture d'entreprises et commerces non essentiels et l'interdiction de rassemblements, ont

été mises en œuvre dans tout le pays. Bien que ces mesures de santé publique soient propices à la lutte contre la pandémie, les PUS doivent encore avoir accès à des services et programmes de prévention et réduction des risques, tels que des sites de consommation supervisée, et peuvent donc ainsi subir de nombreuses conséquences négatives involontaires. L'augmentation des décès par surdose liés aux opioïdes et la consommation problématique de substances au Canada (Government of Canada, 2020b) sont particulièrement préoccupantes. En avril 2020, les services paramédicaux de Toronto ont signalé le plus grand nombre de décès liés aux opioïdes obtenus illégalement en un mois, depuis septembre 2017 (Government of Canada, 2020b). Le Service des Coroners de la Colombie-Britannique a identifié 170 décès suspects liés à la toxicité de substances illégales en mai 2020. Cela représente une augmentation de 93 % du nombre de décès par rapport à mai 2019 (n=88) et une augmentation de 44 % du nombre de décès en avril 2020 (n=118) (British Columbia Coroners Service, 2020). En mai 2020, les services de santé de l'Alberta ont déclaré que des équipes de secours médical d'urgence ont été appelées pour 246 incidents liées aux opioïdes rien qu'à Edmonton, contre 108 en mai 2019 (Alberta Health Services, 2020a). En outre, durant la dernière semaine de mai et la première semaine de juin, 16 décès par surdose ont été enregistrés dans la région d'Edmonton (Alberta Health Services, 2020a).

En tant que tels, les travailleurs des services et programmes de prévention et réduction des risques jouent un rôle extrêmement important pour faciliter l'accès et offrir des services en prévention et réduction des risques aux PUS, en particulier dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, car les risques de transmission, de maladie et de dommages liés à la consommation de substances sont accrus. Nous définissons le terme « travailleur en prévention et réduction des risques » au sens large pour englober tout le personnel qui offre des services dans des lieux fixes tels que des sites de consommation supervisée (pas seulement les professionnels de santé réglementés).

2.2 OBJECTIF

L'objectif de ce document est de proposer des recommandations pour mieux protéger les travailleurs et les usagers, de la COVID-19, dans les services et programmes de prévention et réduction des risques sur la base des meilleures preuves existantes. Les travailleurs dans les services et programmes de prévention et réduction des risques peuvent courir un risque accru de contracter des maladies infectieuses telles que la COVID-19, en particulier parce qu'ils travaillent souvent à proximité des usagers et peuvent entrer en contact avec des liquides organiques (tels que le sang, les vomissures, le mucus et les gouttelettes projetées lors de l'expiration). Ils peuvent avoir besoin de répondre à des situations urgentes telles que des surdoses, ce qui peut les exposer à un risque d'infection encore plus élevé.

Les services et programmes de prévention et réduction des risques sont essentiels pour prévenir et inverser les surdoses et autres risques (p. ex. les infections à diffusion hématogène), pour assurer l'accès au matériel de prévention et réduction des risques (p. ex. les aiguilles) et leur élimination en toute sécurité, et pour offrir du soutien aux PUS (p. ex. programmes de pairs, groupes de soutien). Pendant la pandémie, les services et programmes de prévention et réduction des risques peuvent également offrir une occasion importante d'étendre la portée du système de soins de santé en fournissant une éducation sur les moyens de se protéger pour prévenir la propagation de la COVID-19. Ils sont peut-être encore plus cruciaux pendant une pandémie, lorsque l'accès à l'équipement et à un approvisionnement en médicaments régulier peut être plus difficile à obtenir. Les services et programme de prévention et réduction des risques sont également importants à ce stade, car les soutiens sociaux peuvent être limités (les personnes se voient dire de s'isoler ou de limiter le nombre de leurs contacts). Pourtant, la consommation de substances en présence d'une autre personne réduit la probabilité de mortalité en cas de surdose.

Il est donc nécessaire de maintenir les services et programmes de prévention et réduction des risques opérationnels pendant la pandémie tout en assurant également la sécurité du personnel et des usagers. Les services et programmes de prévention et réduction des risques sont conçus pour encourager une utilisation facile en limitant les obstacles liés à l'accès à ces services. Toutefois, certaines barrières peuvent être introduites comme une conséquence involontaire de nouvelles mesures de protection des travailleurs (p. ex. la distanciation physique peut entraîner des files d'attente plus longues pour entrer dans les installations). Ces obstacles peuvent avoir un effet dissuasif sur les personnes qui utilisent les services et les programmes, en réduisant l'accessibilité.

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreux services et programmes de prévention et réduction des risques différents, qui varient en termes d'accès à des ressources telles que les ÉPI, c'est pourquoi ces recommandations sont destinées à être appliquées dans les sites de réduction des risques dans des lieux fixes, y compris les sites de consommation supervisée, dans le but de les étendre ultérieurement à d'autres environnements (p. ex. la communauté). Certaines des recommandations peuvent ne pas être réalisables dans certaines circonstances (p. ex. en cas de pénurie ÉPI et si les masques N-95 ne sont pas disponibles). Cependant, nous pensons qu'il est important de plaider pour le meilleur niveau de protection des travailleurs en prévention et réduction des risques.

Les travailleurs de la santé ont exprimé leur frustration face à des directives de contrôle des infections et de prévention qui sont longues ou peu claires, et à des directives locales qui ne correspondent pas aux directives nationales (Houghton et al, 2020). Avec la prolifération des informations sur la COVID-19, les travailleurs en prévention et réduction des risques peuvent se sentir inondés d'informations (Houghton et al., 2020). Le présent guide national offre donc des informations consolidées basées sur les meilleures preuves disponibles afin de proposer des recommandations nationales pour protéger les travailleurs en prévention et réduction des risques contre la COVID-19.

2.3 PUBLIC CIBLE

Ce document est destiné à offrir des conseils aux personnes travaillant dans des sites de consommation supervisée ou d'autres lieux fixes (p. ex. l'échange de seringues), y compris les gestionnaires, le personnel de première ligne, les responsables de la santé publique et d'autres personnels fournissant ou soutenant la prestation de services en prévention et réduction des risques pour les personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19.

Nous définissons le terme « travailleur en prévention et réduction des risques » au sens large pour englober tout le personnel, les bénévoles et les non-employés qui fournissent des services dans des lieux fixes tels que les sites de consommation supervisée (et pas seulement les professionnels de santé réglementés). Pour des conseils concernant les travailleurs en prévention et réduction des risques dans les abris temporaires, voir un document connexe de l'ICRAS-CRISM pour cette série [Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil durant la pandémie de la COVID-19](#).

Bien que les politiques varient selon les juridictions, il est également important de reconnaître que certains services et programmes de prévention et réduction des risques incluent des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances, dont la plupart sont engagées comme bénévoles, comme travailleurs salariés, rémunérés à taux horaire ou indemnisés par le biais d'honoraires (Becu & Allen, 2017 ; Greer et al., 2017). Ces postes peuvent ne pas être assortis de mécanismes de protection de l'emploi tels qu'un syndicat ou des avantages sociaux. Ces personnes peuvent donc ne pas se sentir habilitées ou financièrement capables de prendre des congés lorsqu'elles présentent des symptômes de la COVID-19 ou de demander un Équipement de Protection Individuelle (ÉPI). Afin d'assurer la protection des bénévoles et des usagers dans le cadre de la prévention et réduction des risques, il est essentiel que les personnes présentant des symptômes ou de forts risques d'exposition (p. ex. contact direct avec un cas positif connu) puissent rester chez eux et que des normes universelles de formation et d'utilisation des ÉPI soient appliquées pour protéger toutes les personnes dans ces services et programmes.

Ce document propose des orientations générales pour soutenir la sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques au Canada, sur la base des données actuelles et des meilleures données disponibles. Les processus de mise en œuvre peuvent varier selon les juridictions locales, régionales ou provinciales/territoriales. Les lecteurs doivent donc consulter les autorités locales de la santé publique pour s'assurer qu'ils agissent conformément à leur propre politique et à leur environnement réglementaire, le cas échéant.

2.4 SÉLECTION DES PREUVES ET ÉVALUATION

Les preuves ont été basées sur une recherche systématique de la littérature évaluée par les pairs et une recherche de la littérature grise. De nombreuses lacunes ont été identifiées dans la littérature existante et il est nécessaire de formuler des recommandations dans d'autres contextes (p. ex. milieu communautaire). Ce guide pratique est un document évolutif, qui sera mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles informations seront disponibles

2.4.1 Recherche de littérature approuvée par les pairs

Une recherche a été menée sur Medline et Embase, en utilisant OVID, le 11 mai 2020 afin d'identifier des articles axés sur la prévention et réduction des risques et la sécurité du personnel/des travailleurs. Étant donné que les recherches liées à la COVID-19 sont actuellement très limitées et en phase de démarrage, la combinaison de mots clés et de termes MeSH utilisée comprenait des termes liés aux maladies respiratoires et à la pneumonie virale (y compris le syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS]) afin de refléter plus largement la littérature sur les maladies infectieuses. Au départ, les termes de recherche relatifs aux sites de consommation supervisée ont été inclus, mais les articles pertinents ont fait défaut. Par conséquent, un critère large de sélection/inclusion a été mis en place pour identifier tous les articles pertinents qui seraient applicables à la sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques dans les sites de consommation supervisée. Aucune restriction de date n'a été appliquée. Les éditoriaux et les lettres ont été exclus et seules les publications en langue anglaise ont été incluses. De plus amples détails sur la stratégie de recherche, y compris une liste des mots clés utilisés, sont présentés à l'**Annexe 2 : Stratégie de recherche à la page 40**.

Au total, 696 articles ont été récupérés. Deux personnes ont passé au crible de manière indépendante tous les titres et résumés des articles pour les inclure, et en cas de conflit, les textes complets ont été obtenus. Après avoir vérifié la pertinence des articles, 24 d'entre eux ont été examinés. Grâce à un tri des listes de référence, quatre autres revues systématiques ont été identifiées (Jefferson et al., 2011 et Couper et al., 2020 ; Chu et al., 2020 ; Bartoszko et al., 2020) et un guide pratique spécialisé (Edelson et al., 2020). Le nombre total d'articles examinés était donc de 29. Toutes les recommandations et sources, y compris les évaluations de la solidité des preuves (lorsqu'elles sont disponibles), sont présentées à l'**Annexe 3 : Force des preuves selon les recommandations à la page 40**. Dans la mesure du possible, les recommandations ont été basées sur le niveau d'évidence scientifique (une revue systématique/méta-analyse). Cependant, il est important de noter que même lorsque des revues systématiques étaient disponibles, la certitude des preuves était souvent faible. Cela souligne la nécessité de mener des recherches supplémentaires afin d'éclairer les recommandations sur les meilleures pratiques à l'avenir.

Aucune des études identifiées n'a porté sur les travailleurs des installations pour la prévention et de réduction des risques. Il a donc été nécessaire de consulter la littérature grise pour combler les lacunes des recommandations spécifiques aux établissements de prévention et réduction des risques.

2.4.2 Recherche de littérature grise

La littérature grise actuelle a été obtenue par des recherches dans des bases de données et des sites internet généraux, y compris les sites internet des gouvernements provinciaux et nationaux. La stratégie de recherche, qui s'est concentrée sur la sécurité des travailleurs dans les environnements de prévention et réduction des risques dans le contexte de la COVID-19, a inclus des mots clés pertinents tels que « *harm reduction* », « *worker safety* », « COVID-19 », ainsi que des termes et variations connexes. La littérature grise a fait l'objet d'une recherche exhaustive entre le 5 et le 27 mai 2020 en utilisant la recherche sur internet (p. ex. Google), en recherchant des références d'autres rapports et en demandant des ressources à des experts. La littérature grise comprenait des rapports, des ressources communautaires et des ressources gouvernementales, qui contenaient des informations concernant la COVID-19 et la sécurité en prévention et réduction des risques, ainsi que d'autres protocoles et informations sur les maladies infectieuses qui pourraient être pertinents. Comme auparavant, tous les documents ont été limités à la langue anglaise pour cette première orientation. Les versions ultérieures de ce document seront mises à jour avec des sources en langue française. Les références et les listes de citations des documents pertinents ont également été passées en revue afin d'identifier des ressources supplémentaires. Au total, 63 sources de la littérature grise ont été identifiées pour étayer les preuves examinées par les pairs.

Un comité de rédaction indépendant de l'ICRAS-CRISM (n=8) et un comité de révision (n=17), composé d'experts et de personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances de chaque pôle régional de l'ICRAS-CRISM, ont été réunis pour participer et examiner ce guide pratique. Les commentaires et les recommandations des membres des comités ont été sollicités par courrier électronique ainsi que par téléconférence si nécessaire. Les commentaires des auteurs et des réviseurs ont été rassemblés et intégrés pour développer la version 1 de ce guide pratique.

3.0 Résultats

Les résultats présentés ci-dessous proposent des recommandations basées sur la littérature universitaire évaluée par les pairs et, le cas échéant, sur la littérature grise et les ressources communautaires. Le résumé de la force des preuves pour les recommandations est fourni à l'**Annexe 3 : Force des preuves selon les recommandations à la page 40**.

Bien que nous reconnaissons que certaines recommandations issues des résultats de la recherche peuvent ne pas être applicables ou pertinentes pour chaque environnement de prévention et réduction des risques, il reste impératif de mettre en évidence les preuves. Les recommandations présentées ci-dessous donnent un aperçu de la manière dont la santé des travailleurs en prévention et réduction des risques pourrait être protégée en ce qui concerne les mesures suivantes : mesures physiques, dépistage, hygiène des mains, ÉPI, nettoyage et désinfection et réaction à une surdose.

3.1 MESURES PHYSIQUES

Les services et programmes en prévention et réduction des risques devraient mettre en œuvre des mesures visant à garantir qu'une distance physique adéquate et/ou une séparation entre les individus, tels que le personnel et les usagers, soient maintenues de manière cohérente, afin de contribuer à minimiser le risque de transmission de la COVID-19. Une étude systématique et une méta-analyse ont montré qu'une distance d'un mètre réduit probablement le risque d'infection par la COVID-19, mais qu'une distance de deux mètres est probablement plus efficace (Chu et al., 2020). L'étude a également révélé que pour chaque mètre supplémentaire de distance, le risque réduit de transmission pourrait être multiplié par 2,02 (Chu et al., 2020).

Les mesures physiques pourraient inclure des barrières physiques telles que des fenêtres en plexiglas, des cloisons ou des cabines à parois hautes, maintenir une séparation de 2 mètres (6 pieds) entre les postes de travail lorsque les barrières physiques ne sont pas possibles (Government of Canada, 2020c ; Alberta Health Services, 2020b). En outre, des panneaux de signalisation ou des marqueurs physiques (à l'aide de ruban adhésif, de cônes, de tables ou de chaises), et/ou du personnel spécialisé indiquant et facilitant la direction, pourraient être utilisés pour indiquer la distance physique appropriée (Government of Canada, 2020c). Afin de limiter davantage les contacts étroits inutiles et de maintenir une distance physique, des marqueurs de position (p. ex. des lignes scotchées) devraient être placés sur le sol pour s'assurer que des distances de 2 mètres sont facilement visibles pour les usagers, p. ex. lorsqu'ils font la queue pour accéder à du matériel de prévention et réduction des risques (Government of Canada, 2020c ; Alberta Health Services, 2020b).

Il est conseillé que les cabines ou les tables des services de consommation supervisée soient séparées d'au moins 2 mètres. Si les programmes et services utilisent l'infrastructure existante, une signalisation, telle qu'une chaise, un ruban adhésif ou un cône, peut être placée une cabine (ou une table) sur deux pour assurer une distance suffisante par rapport aux autres cabines d'injection (Hyshka et al., 2020).

Des cloisons transparentes sont nécessaires pour permettre des interactions, p. ex. pour remplir des documents, et/ou de ramasser du matériel (National Collaborating Centre for Environmental Health, 2020). Ces cloisons doivent être conçues de manière à respecter les mesures de santé publique en matière d'éloignement physique et à minimiser la circulation de l'air. Les ouvertures sur les cloisons doivent être aussi petites que possible, et doivent être positionnées sur la cloison pour ne pas compromettre la zone de respiration de l'utilisateur ou du prestataire.

De plus amples détails concernant les meilleures pratiques en matière de barrières physiques pendant la pandémie de la COVID-19 sont disponibles : [Centre de collaboration nationale pour la santé environnementale](#).

3.2 DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES

Une stratégie essentielle pour réduire le risque de transmission de la COVID-19 est de dépister le personnel et les usagers pour les symptômes de la COVID-19 et de répondre rapidement aux cas suspectés (p. ex. proposer des tests, soutenir l'isolement). Pour contribuer à réduire le risque de transmission au personnel et aux usagers, tous les sites et établissements devraient procéder à un dépistage des symptômes passif et actif (Ontario Ministry of Health, 2020a). Ces mesures de dépistage devraient être appliquées à la fois au personnel et aux usagers.

3.2.1 Dépistage passif des symptômes

Des panneaux devraient être placés à tous les points d'entrée de chaque établissement, ce qui devrait inciter toute personne à s'identifier auprès d'une personne/un lieu désigné si elle pense avoir des symptômes de la COVID-19, sur la base de la dernière [définition de cas de COVID-19](#). Les définitions de cas sont utilisées à des fins de surveillance et aident à identifier les cas suspectés et confirmés. Des masques et des postes d'hygiène des mains doivent être disponibles à l'arrivée, avec des panneaux indiquant aux usagers de porter des masques et de se désinfecter les mains.

3.2.2 Dépistage actif des symptômes : Usagers

- Les usagers doivent être examinés à leur arrivée par les travailleurs en prévention et réduction des risques pour détecter les symptômes et les expositions possibles ;
- Les travailleurs en prévention et réduction des risques qui procèdent au dépistage des symptômes doivent être situés derrière une barrière physique ou à deux mètres des usagers.

3.2.3 Si un usager obtient un résultat positif au dépistage des symptômes

- Si le dépistage des symptômes d'un usager est positif et que les travailleurs en prévention et réduction des risques ont estimé que l'usager doit toujours avoir accès au service, le personnel doit lui apprendre à se laver les mains et à porter un masque médical (fourni sur place) ;
- Si possible, placer l'usager dans une zone séparée, pour éviter tout contact avec d'autres usagers dans les zones communes ;
- Encourager l'usager à pratiquer une hygiène des mains appropriée et à respecter l'étiquette en matière de toux, et mettez à sa disposition des mouchoirs en papier, du désinfectant pour les mains à base d'alcool et une poubelle ;
- Le personnel doit offrir des services à l'usager en utilisant l'ÉPI approprié (comme décrit dans le Tableau 1 : **Résumé des recommandations d'ÉPI pour le personnel à la page 27**).

En outre, si le dépistage des symptômes d'un usager est positif, il faut lui conseiller de s'isoler et l'aider à accéder plus facilement au test de dépistage de la COVID-19. Il est important de noter que la durée de l'auto-isolement peut varier d'une province à l'autre et que les recommandations doivent donc être basées sur les directives provinciales.

Dans la mesure du possible, les travailleurs en prévention et réduction des méfaits peuvent également diriger les usagers vers l'outil d'auto-évaluation de Santé Canada pour qu'ils examinent leurs symptômes et prennent connaissance des outils d'évaluation et des informations des provinces et des territoires : <https://ca.thrive.health/covid19/fr>.

3.2.4 Dépistage actif des symptômes : Personnel

Dans le cadre de la pratique courante, les travailleurs en prévention et réduction des risques doivent se surveiller régulièrement pour détecter la fièvre et les symptômes de la COVID-19. Il faut leur

rappeler de rester à la maison s'ils ne sentent pas bien. Ces environnements qui fournissent un service de première ligne devraient créer et mettre en œuvre des politiques de congé de maladie non punitives, souples et conformes aux orientations de santé publique, afin d'encourager les travailleurs à rester chez eux (Chow et al., 2020).

Au début de leur quart de travail, les travailleurs devraient être soumis à un dépistage de la fièvre et des symptômes de la COVID-19. En cas de résultat positif, il convient de rappeler aux travailleurs de garder leur masque et de quitter le lieu de travail. Le personnel présentant des symptômes doit également être testé. Des informations sur le moment où les travailleurs en prévention et réduction des risques, ayant un cas confirmé ou suspecté de COVID-19, peuvent retourner au travail peuvent être trouvées ici : [Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Suspected or Confirmed COVID-19 \(Interim Guidance\)](#).

Pour plus d'informations concernant le dépistage des symptômes du personnel et la cohorte des employés pendant les quarts de travail, voir Hyshka et al., 2020 ([Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19](#))

Il est important de noter que le personnel et les usagers peuvent être asymptomatiques et, à ce titre, ne pas être positifs lors du dépistage des symptômes de la COVID-19. Il est donc essentiel pour chaque service de maintenir une distance physique appropriée entre les usagers et le personnel, de se laver les mains régulièrement et de nettoyer et désinfecter soigneusement l'établissement, afin de minimiser la transmission de la COVID-19 (Hyshka et al., 2020).

3.3 HYGIÈNE DES MAINS

L'hygiène des mains (lavage des mains) est d'une importance capitale pour prévenir la propagation de la COVID-19. Une idée fausse courante est que l'hygiène des mains n'est pas nécessaire lorsque l'on porte des gants. En fait, la contamination se produit souvent lorsqu'on enlève les gants ou les blouses (Casanova et al., 2008 ; Kim et al., 2015). Ainsi, un lavage efficace des mains reste une stratégie importante même après avoir retiré les gants.

L'hygiène des mains doit être pratiquée fréquemment. Il est donc recommandé que les sites offrent un accès facile à un poste de lavage des mains ou à un désinfectant pour les mains, tant pour les travailleurs en prévention et réduction des risques que pour les usagers. Il est particulièrement important de se rappeler de se laver les mains avant et après un contact physique, après un contact avec des fluides corporels et après un contact avec des surfaces communes (Kim et al., 2015). L'hygiène des mains doit être effectuée avant et après avoir enfilé et retiré les ÉPI (Kim et al., 2015). Les mains doivent être lavées à l'eau chaude et au savon (Kim et al., 2015). Les mains doivent être

lavées pendant au moins 20 secondes (CDC, 2020a). Pour les étapes détaillées sur le lavage des mains, voir [Évitez la propagation de la COVID-19 : Lavez vos mains](#).

En cas d'indisponibilité et si les mains ne sont pas souillées par des contaminants visibles, un désinfectant pour les mains à base d'alcool peut être utilisé (Kim et al., 2015). Il est recommandé que le désinfectant pour les mains à base d'alcool contienne au minimum 60 % d'éthanol ou 70 % d'isopropanol (CDC, 2020a).

Les bijoux, les faux-ongles et le vernis à ongles doivent également être évités car ils peuvent être contaminés par la COVID-19 et nuire à l'efficacité de l'hygiène des mains (Toronto Public Health, 2020).

3.4 ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (ÉPI)

L'ÉPI réduit les risques pour les travailleurs en prévention et réduction des risques en prévenant l'exposition aux agents pathogènes s'il est utilisé correctement. Le SRAS-CoV-2 reste sur les surfaces jusqu'à 3 jours (van Doremalen et al., 2020), ce qui suggère qu'il peut être transféré par inadvertance lors du retrait des ÉPI s'il n'est pas exécuté correctement. Il est également recommandé de ne pas réutiliser l'ÉPI, sauf s'il est impossible de s'en procurer autrement en quantités suffisantes (Casanova et al., 2010). Il est recommandé d'utiliser un ÉPI en matériau plus respirant car il offre une protection similaire à celle d'un matériau hydrofuge mais est beaucoup plus confortable (Verbeek et al., 2020).

L'ÉPI doit être utilisé comme précaution contre le contact et la transmission de gouttelettes lors de tout soin direct (p. ex. un soutien donné à moins de deux mètres [six pieds] de l'utilisateur ou tout soin physique ; Toronto Public Health, 2020).

3.4.1 Types d'ÉPI

Masques

Nous encourageons les gouvernements à considérer l'importance d'offrir le plus haut niveau de protection à tous les travailleurs de la santé, y compris les personnes travaillant dans des environnements de prévention et réduction des risques, et à allouer les ressources nécessaires en matière d'ÉPI lorsqu'elles sont disponibles, ainsi qu'à se préparer aux pandémies et autres épidémies en disposant de ces ressources. La plupart des directives provinciales/territoriales canadiennes recommandent de n'utiliser que des masques N-95 lors d'une intervention médicale générant des aérosols.

La littérature actuelle sur l'efficacité relative des masques N-95 par rapport aux masques médicaux est contradictoire et les preuves en faveur des masques N-95 sont peu nombreuses et reposent souvent sur des avis d'experts (Jefferson et al., 2011 ; Bartoszko et al., 2020 ; Godoy et al., 2020 ; Chu et al., 2020 ; Offedu et al., 2017). Des données ont montré que les masques médicaux sont très efficaces et sont moins chers, plus facilement disponibles et plus confortables sur de plus longues périodes que les masques N-95 (Jefferson et al., 2011). Une revue systématique a suggéré des preuves limitées de l'efficacité supérieure des masques N-95 par rapport aux masques médicaux (Jefferson et al., 2011) et une seconde revue a indiqué qu'il existe des « preuves peu certaines » que les masques médicaux et les respirateurs N-95 offrent une protection similaire pendant les interventions médicales ne générant pas d'aérosols (Bartoszko et al., 2020). Nous recommandons donc l'utilisation de masques médicaux pour les interventions médicales ne générant pas d'aérosols, conformément aux directives canadiennes existantes. Une liste des procédures médicales qui ne sont pas considérées comme des IMGA sur la base des preuves existantes est disponible ici : [COVID-19 : Les aérosols générés par la toux et les éternuements](#).

Il existe des preuves suggérant qu'un masque N-95 peut être plus protecteur qu'un masque médical pendant l'IMGA (Chu et al., 2020). Nous recommandons donc l'utilisation d'un masque N-95 en cas d'IMGA (p. ex. l'utilisation d'un masque à poches avec une oxygénothérapie à haut débit, une ventilation manuelle ou une intubation (PHO, 2020a)). Un masque N-95 doit être porté ainsi qu'une blouse, des gants et une protection oculaire (lunettes de protection ou écran facial) WHO, 2020b). Pour être pleinement efficace, un masque N-95 doit être testé pour obtenir un ajustement facial parfait (Godoy et al., 2020). Il est donc recommandé que les personnes chargées de répondre à une IMGA soient testées pour l'ajustement du masque, qu'elles soient formées à la mise en place et au retrait appropriés et qu'elles aient accès à un masque N-95 disponible à proximité. Il est également important de noter que la pilosité faciale peut avoir un impact sur l'étanchéité et donc l'efficacité d'un masque N-95.

Tous les masques doivent être éliminés s'ils sont souillés ou mouillés, après un contact étroit avec une personne ayant la COVID-19 (ou présentant des symptômes de la COVID-19), après utilisation pendant une IMGA ou après contamination par des fluides corporels (Godoy et al., 2020). L'hygiène des mains est requise avant le retrait et après l'élimination de l'ÉPI.

Blouses/Jaquettes

Les blouses/jaquettes protègent contre l'exposition aux agents pathogènes (Chen, 2009 ; Nishiura, 2005 ; Seto, 2003 ; Teleman, 2004 ; Yin, 2004). Les blouses/jaquettes longues sont recommandées car elles sont plus faciles à enlever sans risque de contamination et offrent une protection supérieure à celle des tabliers (Verbeek et al., 2020).

Gants

Associés à un lavage fréquent des mains, les gants sont un moyen important de prévenir l'exposition aux agents pathogènes (Chen, 2009 ; Nishiura, 2005 ; Seto, 2003 ; Teleman, 2004 ; Yin, 2004). Les gants longs peuvent offrir une meilleure couverture et limiter l'exposition (Jones et al., 2020). Les gants doivent être changés entre les interactions avec les usagers et l'hygiène des mains doit être faite entre les deux. Bien que les gants soient protecteurs, leur port ne remplace pas une bonne hygiène des mains.

Lunettes de protection et écran facial

L'utilisation de lunettes ou de masques avec des lunettes de protection pour la protection des yeux est efficace contre les éclaboussures ou les projections de liquides organiques, y compris les particules en aérosol provenant de la toux (Chu et al., 2020). Les écrans faciaux offrent également une protection contre les éclaboussures ou les pulvérisations de fluides corporels et d'aérosols, mais leur but premier est de protéger les yeux et nous ne recommandons donc pas leur utilisation seule (à la place d'un masque) (Godoy et al., 2020).

3.4.2 Résumé des recommandations d'ÉPI

L'ÉPI à utiliser sera différent selon le rôle ou l'activité exercée et le risque encouru. Le tableau 1 résume les ÉPI à utiliser pour le personnel et les usagers (page suivante).

Résumé des recommandations d'ÉPI pour le personnel

Services en prévention et réductions des risques	Activité	Rôle	Type de Masque	Autres ÉPI
Dépistage des symptômes	Contact préliminaire sans contact direct	Personnel responsable du dépistage des symptômes	Si la distanciation physique avec barrière est disponible, le port du masque n'est pas requis	

Suite à la page suivante

Services en prévention et réductions des risques	Activité	Rôle	Type de Masque	Autres ÉPI
Installations de prévention et réduction des risques (à l'intérieur)	Offrir des soins directs (intervention médicale ne générant pas d'aérosols)	Travailleurs en prévention et réduction des risques	Masque médical	Gants Protection des yeux (lunettes ou écran facial)
	Soins directs (des interventions générant des aérosols sont réalisées fréquemment)	Travailleurs en prévention et réduction des risques	Manque N-95 pour ceux qui fournissent des soins directs durant une IMGA. Les autres devraient se tenir à plus de 2 m de distance.	Blouse/jaquette Gants Protection des yeux (lunettes ou écran facial)
	Après une IMGA	Personnel de nettoyage	Le port du masque médical est recommandé lors du nettoyage	Blouse/jaquette Gants Protection des yeux (lunettes ou écran facial)
Locaux administratifs	Tâches administratives qui n'impliquent pas de contact direct avec les usagers	Tout le personnel, incluant les travailleurs en prévention et réduction des risques	Maintenir une distance physique (quand cela n'est pas faisable, le port du masque médical est requis dans les espaces communs p. ex. les couloirs)	Non requis

Résumé des recommandations d'ÉPI pour les usagers

Services en prévention et réductions des risques	Activité	Personnel cible ou Usager cible	Type de Masque
Dépistage des symptômes	Toutes procédures en lien avec le dépistage des symptômes Des masques non médicaux devraient être distribués à tous les usagers à l'entrée, si possible	Usagers sans symptômes de la COVID-19	Masque non médical
	Toutes procédures en lien avec le dépistage des symptômes Des masques non médicaux devraient être distribués aux usagers à l'entrée	Usagers sans symptômes de la COVID-19	Masque non médical
Installations de prévention et réduction des risques (à l'intérieur)	Toute activité sauf durant l'administration d'oxygène ou une IMGA	Usagers sans symptômes de la COVID-19	Masque non médical
	Toute activité sauf durant l'administration d'oxygène ou une IMGA	Usagers sans symptômes de la COVID-19	Masque non médical
	Durant l'administration d'oxygène à haute pression ou une IMGA	Usagers avec ou sans symptômes de la COVID-19	Port du masque non requis car les répondants sont capables de porter l'ÉPI approprié

3.5 MISE EN PLACE ET RETRAIT DE L'ÉPI

Des protocoles permettant de mettre et de retirer les ÉPI correctement et dans le bon ordre sont nécessaires pour prévenir la contamination (Verbeek et al., 2020). Le retrait de l'ÉPI intervient souvent après une longue journée de travail et les travailleurs peuvent être plus enclins à commettre des erreurs. Il est donc recommandé de donner des instructions lors du retrait, car cela permet de réduire le nombre d'erreurs et le risque de contamination (Verbeek et al., 2020). Santé publique Ontario (SPO) a des recommandations pour mettre et enlever les ÉPI. Les procédures sont les suivantes (PHO, 2020b ; CDC, 2020b) :

3.5.1 Comment mettre l'ÉPI

Plus d'une méthode de mise en place peut être acceptable. Vous trouverez ci-dessous un exemple de mis en place dans une situation où un ÉPI complet est nécessaire. Notez que les étapes peuvent être sautées lorsque l'équipement mentionné n'est pas utilisé.

1. **Pratiquer l'hygiène des mains** avec de l'eau et du savon si possible ou avec un désinfectant pour les mains.
2. **Enfiler la blouse/jaquette.** Attacher fermement au niveau du cou et des poignets. L'aide d'un autre membre du personnel peut être nécessaire.
3. **Mettre un masque.** Placer le masque sur le nez et sous le menton. Resserrer les attaches, les boucles ou les courroies. Si le masque est muni d'une pièce de métal pour le nez, celle-ci doit être placée sur le nez avec les deux mains, sans être pliée ou tendue. Ne pas pincer le nez avec une seule main. Le respirateur/masque facial doit aller sous le menton. Votre bouche et votre nez doivent être protégés. Ne pas porter le respirateur/masque facial sous le menton ou le ranger dans une poche.
 - **Respirateur N-95** : Les courroies du respirateur doivent être placées au sommet de la tête (courroie supérieure) et à la base du cou (courroie inférieure). Effectuer une vérification de l'étanchéité chaque fois que vous mettez le respirateur.
 - **Masque médical** : Les attaches du masque doivent être fixées au sommet de la tête (attache supérieure) et à la base du cou (attache inférieure). Si le masque comporte des boucles, accrochez-les de manière appropriée autour de vos oreilles.
4. **Mettre des lunettes de protection/un écran facial.** Mettre des lunettes de protection et les ajuster. Les écrans faciaux offrent une couverture complète du visage ; ils doivent se porter au-dessus des sourcils.
5. **Enfiler les gants.** Enfiler les gants en prenant soin de ne pas les déchirer ou les perforer. Les gants devraient couvrir la manchette (poignet) de la blouse/jaquette.

3.5.2 Comment retirer l'ÉPI

Plus d'une méthode de retrait peut être acceptable. Vous trouverez ci-dessous un exemple de retrait dans une situation où un ÉPI complet est nécessaire. Notez que les étapes peuvent être sautées lorsque l'équipement mentionné n'est pas utilisé.

1. **Retirer les gants.** S'assurer que le retrait des gants n'entraîne pas une contamination supplémentaire des mains. Les gants peuvent être enlevés par plusieurs techniques (p. ex. gant contre gant ou peau contre peau). Saisir le bord extérieur près du poignet et décoller, faire glisser le gant en le retournant à l'envers. Passe la main dans le deuxième gant et le faire glisser pour le retirer. Jeter immédiatement les gants dans la poubelle.
2. **Retirer la blouse/jaquette.** Détacher tous les cordons (ou tous les boutons), en commençant par ceux de la taille, puis ceux niveau du cou. Tirer la blouse vers l'avant à partir des cordons/boutons et la rouler de manière à ce que le côté extérieur contaminé de la blouse soit à l'intérieur. Rouler les manches en boule. Mettre la blouse/jaquette dans une poubelle (ou à la blanchisserie, le cas échéant). Certains cordons de la blouse/jaquette peuvent être brisés plutôt que d'être détachés. Le faire en douceur, en évitant tout mouvement violent. Atteindre les épaules et tirer délicatement sur la blouse/jaquette pour l'éloigner du corps.
3. **Pratiquer l'hygiène des mains.**
4. **Retirez les lunettes de protection/l'écran facial.** Enlever soigneusement l'écran facial ou les lunettes de protection en manipulant les branches ou l'arrière des lunettes ou les sangles de l'écran facial et en tirant vers le haut et en éloignant votre tête. Les jeter dans une poubelle ou dans un conteneur approprié afin qu'ils soient envoyés au retraitement. Les lunettes appartenant à une personne doivent être nettoyées par a personne concernée après chaque utilisation.
5. **Retirer le masque.** Ne pas toucher l'avant du respirateur ou du masque facial. Détacher les attaches du bas, puis celles du haut ou saisir les courroies ou les boucles latérales. Tirer le masque ou le respirateur vers l'avant, en se penchant vers l'avant afin de dégager le visage et permettre au masque de tomber. Mettre immédiatement le masque ou le respirateur à la poubelle.
6. **Pratiquer l'hygiène des mains** après avoir retiré le respirateur N-95/masque facial.

Pour des instructions visuelles, voir : [Étapes recommandées de Santé publique Ontario.](#)

3.6 OBSTACLES ET FACILITATEURS DU RESPECT DES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

3.6.1 Formation

Il est important que la direction démontre son soutien aux recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections afin d'encourager l'adoption par les travailleurs en prévention et réduction des risques (Houghton et al., 2020). Cela inclut une communication claire des protocoles et une formation obligatoire à l'utilisation correcte des ÉPI nécessaires (Houghton et al., 2020 ; Kim et al., 2015). Des formations régulières et la participation à des exercices peuvent également accroître l'adhésion et réduire les erreurs (Honda & Iwata, 2016).

La formation active sur l'utilisation correcte et les étapes nécessaires pour mettre et enlever l'ÉPI à l'aide d'une vidéo ou de simulation sur ordinateur ou des instructions orales peuvent être plus efficaces que la formation passive (présentations ou aucunes instructions supplémentaires) (Verbeek et al., 2020). En outre, les vidéos de formation sur les procédures de mise en place et de retrait de l'ÉPI se sont révélées tout aussi efficaces que la formation en personne dirigée par un instructeur, réduisant ainsi le besoin de contact pendant la pandémie de la COVID-19 (Christensen et al., 2020).

3.6.2 Adaptation de l'ÉPI

Il est important que les ÉPI soient correctement ajustés pour garantir leur efficacité et encourager leur utilisation (Houghton et al., 2020). En particulier, les masques N-95 doivent être testés et les tests d'ajustement doivent être actualisés, étant donné que l'ajustement peut changer en fonction du poids, de la pilosité faciale, etc.

3.6.3 Stress dû à la chaleur

Les ÉPI peuvent créer un stress de chaleur/lié à la chaleur en raison de la réduction du flux d'air, ce qui a un impact sur le respect de l'utilisation des ÉPI et peut entraîner des maladies liées à la chaleur telles que les coups de chaleur et la déshydratation (Honda & Iwata, 2016). Il est donc important d'en être conscient dans les climats plus chauds ou pendant les mois d'été dans les installations qui ne disposent pas de climatisation. Le personnel doit être surveillé pour détecter les signes de stress de chaleur/lié à la chaleur, boire beaucoup de liquide et avoir suffisamment d'occasions de faire une pause ou de retirer l'ÉPI, lorsque cela est possible.

3.6.4 Les usagers et l'utilisation du masque

Certains usagers peuvent réagir négativement à l'utilisation de masques ou d'autres ÉPI par les travailleurs en prévention et réduction des risques, en particulier si cela leur donne un sentiment d'isolement ou de stigmatisation (Houghton et al., 2020). Le fait de faire savoir à l'avance aux usagers que le personnel et les autres usagers porteront des masques et de leur faire comprendre l'importance de porter des masques pour protéger à la fois les usagers et le personnel, peut contribuer à atténuer ces préoccupations.

3.6.5 Accessibilité au lavage des mains

Idéalement, les travailleurs en prévention et réduction des risques devraient avoir accès à des éviers avec de l'eau courante et du savon. Lorsque cela n'est pas possible, la meilleure solution serait de mettre en place des stations de désinfection des mains (Houghton et al., 2020).

3.7 NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DES INSTALLATIONS

Des procédures de nettoyage et de désinfection de routine doivent être mises en œuvre dans toutes les installations afin de contribuer à prévenir la transmission de la COVID-19. Le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées peuvent limiter le transfert du virus (Government of Canada, 2020d). Les protocoles de nettoyage standard existants devraient être suivis, notamment en veillant à ce que les produits de nettoyage soient efficaces contre l'hépatite C, le SRAS-CoV-2 et le VIH (lorsque des protocoles existent). Ainsi, les surfaces fréquemment touchées par les mains, telles que : les badges d'identification, les clés, les poignées de porte, les boutons d'ascenseur, les interrupteurs, les rampes, les tables, les comptoirs, les robinets et les appareils électroniques - sont les plus susceptibles d'être contaminés, et nécessitent un nettoyage de routine (Toronto Public Health, 2020). Il est recommandé aux établissements de choisir des produits qui nettoient et désinfectent en même temps. Les produits de nettoyage éliminent les germes, la saleté et les impuretés des surfaces, mais ne tuent pas nécessairement les germes. Les produits désinfectants tuent les germes sur les surfaces à l'aide de produits chimiques (PHAC, 2020a ; CDC, 2020c). Les désinfectants doivent être facilement accessibles au personnel pour désinfecter les surfaces après utilisation. Les établissements ne devraient utiliser que des désinfectants pour surfaces dures approuvés et dotés d'un numéro d'identification d'une drogue (DIN) (numéro à 8 chiffres attribué par Santé Canada qui confirme que le produit est approuvé et sûr pour une utilisation au Canada). Bien que la plupart des désinfectants soient efficaces contre les coronavirus, les désinfectants approuvés sont étayés par des preuves obtenues après l'examen des médicaments, indiquant qu'ils sont susceptibles d'être très efficaces

et peuvent être utilisés pour nettoyer des surfaces potentiellement contaminées (Government of Canada, 2020d).

3.7.1 Comment nettoyer et désinfecter (CDC, 2020c)

Surfaces dures (non poreuses) (p. ex. boutons de porte, comptoirs, tables, etc.) :

- Si les surfaces semblent visiblement sales, elles doivent être nettoyées à l'aide de savon ou de détergent et d'eau avant la désinfection ;
- N'utiliser que des désinfectants pour surfaces dures approuvés et dotés d'un DIN. Une liste des désinfectants dont l'utilisation contre la COVID-19 a été prouvée peut être trouvée [ici](#) ;
- Utiliser des chiffons jetables, tels que des serviettes en papier ou des lingettes ; et
- Suivre les instructions du fabricant en ce qui concerne la concentration, la méthode d'application et le temps de contact.

Surfaces molles (poreuses) (p. ex. sols moquetés, tapis, etc.) :

- Enlever la contamination visible avec les nettoyants appropriés indiqués pour ces types de surfaces ;
- Après le nettoyage, si les articles peuvent être placés dans la lessive, les laver conformément aux instructions du fabricant, en utilisant le réglage approprié le plus chaud pour les articles, puis les sécher complètement ; et
- Si les articles ne peuvent pas être nettoyés dans la machine à laver, utilisez des [désinfectants qui ont un DIN](#) et qui sont adaptés aux surfaces poreuses.

Les appareils électroniques (tablettes, claviers, écrans tactiles, etc.) :

- Envisager l'utilisation de housses lavables pour les appareils électroniques ;
- Enlever la contamination visible si elle est présente ;
- Suivre les instructions du fabricant pour tous les produits de nettoyage et de désinfection ; et
- Si les fabricants ne fournissent pas d'instructions, envisager d'utiliser des lingettes ou des pulvérisateurs à base d'alcool, contenant au moins 70 % d'alcool, pour désinfecter les appareils électroniques. Les surfaces doivent être soigneusement séchées pour éviter que les liquides ne s'accumulent.

3.7.2 ÉPI et nettoyage

Le personnel de nettoyage doit porter un masque médical, des gants jetables et des blouses pour toutes les tâches du processus de nettoyage, y compris la manipulation des déchets. Le personnel de nettoyage doit être prudent quant aux risques potentiels d'objets tranchants, en particulier les blessures par piqûre d'aiguille.

- Le personnel de nettoyage doit suivre les protocoles de mise en place et de retrait décrits ci-dessus ;
- Les gants et les blouses doivent être compatibles avec les produits désinfectants utilisés ;
- Des ÉPI supplémentaires peuvent être nécessaires en fonction des produits utilisés et du risque d'éclaboussures, comme des lunettes de protection ou des écrans faciaux ;
- Pendant le nettoyage, il faut éviter de toucher le visage (yeux, nez et bouche) ;
- Les mains doivent être nettoyées immédiatement après avoir enlevé les gants et les directives de retrait des ÉPI doivent être suivies comme indiqué précédemment ; et
- En général, le personnel de nettoyage doit se laver les mains souvent.

3.8 RÉAGIR À UNE SURDOSE

On manque actuellement d'informations sur la manière de réagir de manière appropriée à une surdose, compte tenu des risques potentiels pour les travailleurs en prévention et réduction des risques lors d'interventions médicales, notamment les insufflations de sauvetage et les compressions thoraciques. Il y a eu un débat scientifique sur la question de savoir si la RCR est une intervention médicale générant des aérosols (IMGA). On sait que la ventilation manuelle et l'intubation sont des interventions médicales générant des aérosols et que des précautions sont donc nécessaires, notamment l'utilisation d'un masque N-95 (PHO, 2020c). Selon une étude systématique récente, il n'existe pas de preuves suggérant que les compressions thoraciques génèrent des aérosols (Couper et al., 2020). Les meilleures données actuelles suggèrent donc que les compressions thoraciques seules ne sont pas des IMGA (PHO, 2020c). Cette orientation s'applique aux milieux de prévention et réduction des risques où l'on suppose que des ÉPI sont disponibles pour être utilisés par un personnel formé. Il est important que les travailleurs en prévention et réduction des risques soient correctement formés pour répondre à une surdose dans le contexte de la COVID-19 et que des personnes soient identifiées comme étant le personnel responsable de l'exécution des IMGA lorsque le besoin s'en fait sentir. Ces personnes doivent recevoir l'ÉPI approprié et subir un test d'ajustement

des masques N-95 (si nécessaire). Il est attendu que les personnes observatrices (celles qui ne font pas partie du personnel désigné pour répondre à une surdose et qui n'ont donc pas d'ÉPI) ne doivent pas réagir lors d'une surdose dans un contexte de prévention et réduction des risques.

Afin de protéger la santé des travailleurs en prévention et réduction des risques, il est préférable de supposer que la personne qui a fait une surdose peut avoir la COVID-19 et donc de prendre les précautions universelles appropriées. Les personnes qui fournissent des IMGA (ventilation manuelle, oxygène à haut débit avec broches nasales, intubation) doivent porter des lunettes de protection, des gants sans latex et une blouse et doivent porter un masque N-95 avant d'offrir les soins (Toronto Public Health, 2020 ; PHO, 2020a). En cas de surdose impliquant des procédures qui ne sont pas considérées des IMGA, un masque médical, des lunettes de protection et des gants sans-latex sont suffisants (PHO, 2020a). Il est important de noter que les écrans faciaux de RCR n'offrent pas une protection suffisante (Toronto Public Health, 2020). Il est également important de noter que l'administration de naloxone par voie nasale n'est pas une IMGA (pour une liste des procédures qui ne sont pas considérées des IMGA, voir PHO, 2020d). Il est recommandé d'évacuer la pièce pendant une IMGA, sauf pour les personnes qui prodiguent des soins directs afin de permettre un nettoyage adéquat (Edelson et al., 2020 ; Toronto Public Health, 2020). Les étapes spécifiques détaillées pour répondre à une surdose impliquant une IMGA peuvent être trouvées ici : [COVID-19 Protocol for AGMP in The Works Supervised Injection Site \(SIS\) Environment](#).

La prochaine version de ce document abordera les détails de la réponse aux surdoses dans différents contextes, notamment au sein de la communauté, mais il est important de noter l'importance et l'intérêt de fournir des kits de naloxone. Étant donné le nombre croissant de surdoses mortelles dues à des substances au Canada, les travailleurs en prévention et réduction des risques devraient, dans la mesure du possible, offrir et faciliter l'accès aux kits de naloxone pour les usagers. Il est essentiel d'offrir des ressources essentielles pour réduire le risque de surdose lorsque les usagers quittent les établissements de prévention et réduction des risques (Dunlop et al., 2020). Il a été démontré que l'augmentation de l'utilisation de la naloxone en milieu communautaire a réduit le recours aux prestataires de soins de santé pour inverser les surdoses (Slaunwhite et al., 2020). Il est essentiel de faciliter l'accès aux kits de naloxone pour les travailleurs en prévention et réduction des risques, car le risque de surdose d'opiacés a considérablement augmenté. La formation dispensée aux usagers devrait intégrer des informations sur l'atténuation des risques potentiels liés à la COVID-19 pour les personnes observatrices qui interviennent lors d'une surdose (Alberta Health Services, 2020).

4.0 Conclusion

Ce document propose des recommandations basées sur la littérature académique évaluée par les pairs et, le cas échéant, sur la littérature grise et les ressources communautaires. Ces recommandations portent sur les mesures physiques, le lavage fréquent des mains, l'utilisation des ÉPI, les obstacles et les facilitateurs de l'adhérence aux recommandations sur le contrôle des infections, les recommandations de nettoyage des installations et la manière de se protéger en cas de réaction à une surdose. Il est impératif de prendre des mesures importantes dans les établissements de prévention et réduction des risques pour protéger les travailleurs, telles que la distanciation physique et la mise en place de barrières physiques, lorsque cela est possible. Il est également essentiel que des ÉPI adéquats soient disponibles pour les travailleurs des établissements de prévention et réduction des risques afin de garantir que les services puissent continuer à fonctionner pendant les pandémies.

En ce qui concerne l'ÉPI, une formation sur l'utilisation correcte, y compris les protocoles de mise en place et de retrait, est essentielle pour garantir l'efficacité de l'ÉPI. Le guide pratique actuel présente des recommandations pour la protection des travailleurs dans les sites fixes de prévention et réduction des risques, tels que les sites de consommation supervisée. Ces orientations sont basées sur les meilleures données disponibles. Les travailleurs qui travaillent dans des sites de prévention et réduction des risques, tels que les sites de consommation supervisée, sont souvent exposés à un risque accru d'exposition à la COVID-19. Bien que nous reconnaissons que de nombreux établissements locaux de prévention et réduction des risques peuvent offrir des orientations différentes en fonction de la disponibilité des ressources, et que les recommandations suggérées dans ce document peuvent ne pas être pratiques ou réalisables dans de nombreux établissements de prévention et réduction des risques, il est impératif de plaider pour l'ÉPI le plus approprié pour chaque personne travaillant dans des établissements de prévention et réduction des risques.

Cependant, il est important de noter que les preuves disponibles pour la protection de la COVID-19 dans les établissements de prévention et réduction des risques sont limitées et que la force des preuves était souvent faible. Ce document sera mis à jour au fur et à mesure que les recherches seront disponibles. La prochaine version de ce document sera élargie pour inclure d'autres milieux de prévention et réduction des risques (p. ex. les milieux communautaires), car cette lacune a été identifiée.

Annexe 1 : Liste des ressources en ligne sur la consommation de substances

Vous trouverez ci-dessous une liste de ressources en ligne sur la consommation de substances. Veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'une liste de ressources exhaustive.

Ressources de soutien clinique pour les patients et les prestataires de soins de santé

[Application gratuite MindShift™ CBT de Anxiety Canada](#)

Cette application vise à aider la prise en charge des troubles anxieux grâce à des stratégies scientifiquement prouvées (gratuite pour les appareils iOS et Android).

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

[Canadian Addiction Counsellors Certification Federation](#)

Soutien virtuel en dépendance.

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

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

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

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

[Draft Emergency Carry Agreement](#)

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

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

[Treatment \(OUDT\) Programs](#)

Documents inclus : *Overview and Infection Control Practices SOP, New Admissions and Transfers SOP, Ongoing client Being Prescribed Methadone SOP, et Clients in Self-Isolation or Quarantine SOP.*

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

[SMART Recovery Program](#)

Ce site Internet inclut un forum de discussion, des salles de clavardage, des réunions virtuelles et une bibliothèque numérique de ressources sur le rétablissement, accessibles en ligne.

[Take Home Naloxone](#)

Formation gratuite en ligne pour la naloxone.

[Toward the Heart](#)

Formation gratuite en ligne pour la naloxone.

Ressources en 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 troubles de consommation

[Le Centre de toxicomanie et de santé mentale \(CAMH\) : La santé mentale et la COVID-19](#)

[Narcotics Anonymous](#)

[Online Therapy Dogs](#)

[Prendre soin de sa santé mentale et physique COVID-19 \(COVID-19\)](#)

[Espace Mieux-Être Canada : Soutien en matière de santé mentale et de dépendance](#)

Communautés autochtones

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

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

Mises à jour régulières sur la COVID-19

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

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

[Thunderbird Partnership Foundation: Harm Reduction during COVID-19](#)

Ressources de soutien pour les prestataires de soins de santé

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

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

[Commission de la santé mentale du Canada](#)

Carrefour de ressources qui fournit de l'information et des ressources crédibles au sujet de la santé mentale pour les professionnels de la santé « [Esprit au travail du secteur de la santé](#) ».

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

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

Annexe 2 : Stratégie de recherche

Bases de données consultées (en utilisant OVID)

1. Medline (également les publications en ligne avant l'impression, les citations en cours et autres citations non indexées)
2. Embase

#	Termes recherchés	Résultats
ÉPI et transmission de maladie		
1	disease transmission, infectious/ or infectious disease transmission, patient-to-professional/	110681
2	exp Personal Protective Equipment/ or protective clothing.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tn, dm, mf, dv, kw, dq]	86707
3	exp Respiratory Protective Devices/	3524
4	or/1-3	194963
Termes Covid et "SARS"		
5	COVID-19.mp. or exp Coronavirinae/ or exp Coronavirus infection/ or exp Coronavirus/ or exp Pneumonia, Viral/ or exp Coronavirus Infections/ or COVID-19.mp. or exp Betacoronavirus/ or SARS-CoV-2.mp. or 2019-nCoV.mp. or exp Pneumonia, Viral/ or exp SARS Virus/ or exp Severe Acute Respiratory Syndrome/	65500
Santé et sécurité des travailleurs		
6	exp worker/ or exp safety/ or exp occupational exposure/ or exp patient safety/ or exp occupational disease/ or exp occupational safety/ or exp occupational health/ or worker safety.mp. or exp health care personnel/ or exp Workplace/ or exp safety management/ or exp Accidents, Occupational/ or harm reduction.mp. or exp Harm Reduction/	3199680
Combinaison "covid/sars" avec sécurité des travailleurs et maladie/épi		
7	4 and 5 and 6	1136
8	limit 7 to (editorial or letter)	261
9	7 not 8	875
10	9	875
11	limit 9 to English language	827
12	limit 11 to human	794
13	remove duplicates from 12	696

Annexe 3 : Force des preuves selon les recommandations

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
<p>Une distanciation physique d'au moins 1 m est probablement efficace pour réduire la transmission du virus et 2 m sont probablement plus efficaces.</p> <p>Une distanciation physique d'au moins 2 m est donc recommandée à titre de précaution, dans la mesure du possible.</p>	Chu et al., 2020	Certitude modérée des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE	Recension systématique et méta-analyse
Recommandations pour la mise en œuvre de la distanciation physique	Government of Canada, 2020c; Alberta Health Services, 2020b; Hyshka et al., 2020; National Collaborating Centre for Environmental Health, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE	Littérature grise
Recommandations pour le dépistage des symptômes	Ontario Ministry of Health, 2020a; Hyshka et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE	Littérature grise
<p>Dépistage des symptômes</p> <p>Les établissements en prévention et réduction des risques fournissant un service de 1^{ère} ligne devraient créer et mettre en œuvre des politiques de congé de maladie non punitives et souples et en accord avec les orientations de santé publique, pour encourager les travailleurs à rester chez eux.</p>	Chow et al., 2020	No GRADE assessment.	Lettre de recherche publiée dans une revue à comité de lecture
<p>Hygiène des mains</p> <p>Se laver les mains avant et après un contact physique, après un contact avec des fluides corporels, après un contact avec des surfaces communes et avant et après avoir mis ou retiré un ÉPI.</p> <p>Les mains doivent être lavées à l'eau chaude et au savon. En cas d'indisponibilité, et si les mains ne sont pas souillées par des contaminants visibles, on peut utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool.</p>	Kim et al., 2015	Pas d'évaluation par la méthode GRADE, basée sur l'opinion d'experts et des études descriptives.	<p>Document d'orientation pour la prévention et le contrôle du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO).</p> <p>Publié dans la littérature revue par les pairs.</p>

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
Hygiène des mains Il est recommandé que les désinfectants pour les mains à base d'alcool contiennent au minimum 60% d'éthanol ou 70% d'isopropanol.	CDC, 2020a	Pas d'évaluation par la méthode GRADE	Littérature grise
Hygiène des mains Les mains devraient être lavées pendant au moins 20 secondes.	CDC, 2020a; Public Health Agency of Canada, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Hygiène des mains Les bijoux, les faux-ongles et le vernis à ongles doivent être évités car ils peuvent être contaminés par la COVID-19 et nuire à l'efficacité de l'hygiène des mains.	Toronto Public Health, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
ÉPI (Général) Le SRAS-CoV-2 reste sur les surfaces jusqu'à 3 jours ce qui suggère qu'il peut être transféré par inadvertance lors du retrait des ÉPI s'il n'est pas exécuté correctement	Van Doremalen et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Étude de simulation
ÉPI (Général) L'ÉPI ne devrait pas être réutilisé sauf s'il est impossible de s'en procurer autrement en quantités suffisantes.	Casanova et al., 2010	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Basé sur une étude expérimentale publiée dans une revue à comité de lecture
ÉPI (Général) Un ÉPI en matériau plus respirant est recommandé car il offre une protection similaire à celle d'un matériau hydrofuge mais est beaucoup plus confortable.	Verbeek et al., 2020	Très faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Revue systématique Cochrane
ÉPI (Général) L'ÉPI doit être utilisé comme précaution contre le contact et la transmission de gouttelettes lors de tout soin direct (p. ex. un soutien donné à moins de deux mètres [six pieds] de l'utilisateur ou tout soin physique).	Toronto Public Health, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
ÉPI (Masques) Les masques médicaux sont très efficaces et sont moins chers, plus facilement disponibles et plus confortables sur de plus longues périodes que les masques N-95. Il y a peu de preuves démontrant l'efficacité supérieure des masques N-95 par rapport aux masques médicaux.	Jefferson et al., 2011	L'évaluation des études par la méthode GRADE varie d'un faible risque à un haut risque de biais.	Revue systématique Cochrane

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
<p>ÉPI (Masques)</p> <p>Des données ont montré que les masques médicaux et les masques les N-95 offrent une protection similaire pendant les interventions médicales ne générant pas d'aérosol. Nous recommandons donc l'utilisation de masques médicaux pour les interventions médicales ne générant pas d'aérosols, conformément aux directives canadiennes existantes.</p>	Bartoszko et al., 2020.	Faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Recension systématique et méta-analyse d'essais randomisés
<p>ÉPI (Masques)</p> <p>Un masque N-95 peut être plus protecteur qu'un masque médical pendant une IMGA.</p>	Chu et al., 2020	Faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Recension systématique et méta-analyse
<p>ÉPI (Masques)</p> <p>Liste des IMGA et des recommandations de l'IPAC.</p>	PHO, 2020a	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
<p>ÉPI (Masques)</p> <p>Un masque N-95 doit être porté ainsi qu'une blouse, des gants et une protection oculaire (lunettes de protection ou écran facial).</p>	WHO, 2020b	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
<p>ÉPI (Masque)</p> <p>Pour être pleinement efficace, un masque N-95 doit être testé pour obtenir un ajustement facial parfait.</p>	Godoy et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
<p>ÉPI (Masques)</p> <p>Tous les masques doivent être éliminés s'ils sont souillés ou mouillés, après un contact étroit avec une personne ayant la COVID-19 (ou présentant des symptômes de la COVID-19), après utilisation pendant une IMGA ou après contamination par des fluides corporels.</p>	Godoy et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Examen de la portée
<p>ÉPI (Blouses/jaquettes)</p> <p>Des blouses/jaquettes longues sont recommandées car elles sont plus faciles à enlever sans risque de contamination et offrent une protection supérieure à celle des tabliers.</p>	Verbeek et al., 2020	Faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Revue systématique Cochrane
<p>ÉPI (Gants)</p> <p>Les gants longs peuvent offrir une meilleure couverture et limiter l'exposition.</p>	Jones et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Recension d'articles publiés dans une revue à comité de lecture

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
<p>ÉPI (Protection des yeux)</p> <p>L'utilisation de lunettes ou de masques avec des lunettes de protection pour la protection des yeux est efficace contre les éclaboussures ou les projections de liquides organiques, y compris les particules en aérosol provenant de la toux.</p>	Chu et al., 2020	Faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Recension systématique et méta-analyse
<p>ÉPI (Écran facial)</p> <p>Les écrans faciaux offrent également une protection contre les éclaboussures ou les pulvérisations de fluides corporels et d'aérosols, mais leur but premier est de protéger les yeux et nous ne recommandons donc pas leur utilisation seule (à la place d'un masque).</p>	Godoy et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Examen de la portée
<p>Mise en place et Retrait de l'ÉPI</p> <p>Des protocoles permettant de mettre et de retirer l'ÉPI correctement et dans le bon ordre sont nécessaires pour prévenir la contamination.</p>	Verbeek et al., 2020	Très faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Revue systématique Cochrane
<p>Mise en place et Retrait de l'ÉPI</p> <p>Donner des instructions pour le retrait de l'ÉPI est recommandé car cela permet de réduire le nombre d'erreurs et le risque de contamination.</p>	Verbeek et al., 2020	Très faible certitude des preuves pour l'erreur moyenne. Faible certitude des preuves pour la contamination fluorescente. Basées sur l'évaluation par la méthode GRADE	Revue systématique Cochrane
<p>Recommandations pour la mise en place et le retrait de l'ÉPI</p>	PHO, 2020b; CDC, 2020b	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Il est important que la direction démontre son soutien aux recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections afin d'encourager l'adoption par les travailleurs en prévention et réduction des risques.</p> <p>Cela inclut une communication claire des protocoles et une formation obligatoire à l'utilisation correcte des ÉPI nécessaires.</p>	Houghton et al., 2020	Certitude modérée basée sur l'évaluation par la méthode GRADE-CERQual.	Revue systématique Cochrane
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Des formations régulières et la participation à des exercices peuvent également accroître l'adhésion et réduire les erreurs.</p>	Honda & Iwata, 2016	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Recension d'articles publiés dans une revue à comité de lecture

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>La formation active sur l'utilisation correcte et les étapes nécessaires pour mettre et enlever l'ÉPI à l'aide d'une vidéo ou de simulation sur ordinateur ou des instructions orales peuvent être plus efficaces que la formation passive (présentations ou aucunes instructions supplémentaires).</p>	Verbeek et al., 2020	Faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Revue systématique Cochrane
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Les vidéos de formation sur les procédures de mise en place et de retrait de l'EPI se sont révélées tout aussi efficaces que la formation en personne dirigée par un instructeur, réduisant ainsi le besoin de contact pendant la pandémie de la COVID-19.</p>	Christensen et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Essai contrôlé randomisé publié dans une revue à comité de lecture
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Il est important que les ÉPI soient correctement ajustés pour garantir leur efficacité et encourager leur utilisation.</p>	Houghton et al., 2020	Certitude élevée basée sur l'évaluation par la méthode GRADE-CERQual.	Revue systématique Cochrane
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Les ÉPI peuvent créer un stress de chaleur/lié à la chaleur en raison de la réduction du flux d'air, ce qui a un impact sur le respect de l'utilisation des ÉPI et peut entraîner des maladies liées à la chaleur telles que les coups de chaleur et la déshydratation. Il est donc important que le personnel soit surveillé pour détecter les signes de stress de chaleur/lié à la chaleur et qu'il puisse retirer l'ÉPI, lorsque cela est possible.</p>	Honda & Iwata, 2016	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Recension d'articles publiés dans des revues à comité de lecture
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Certains usagers peuvent réagir négativement à l'utilisation de masques par les travailleurs en prévention et réduction des risques, en particulier si cela leur donne un sentiment d'isolement ou de stigmatisation.</p>	Houghton et al., 2020	Certitude modérée basée sur l'évaluation par la méthode GRADE-CERQual.	Revue systématique Cochrane
<p>Obstacles et facilitateurs de l'adhérence</p> <p>Idéalement, les travailleurs en prévention et réduction des risques devraient avoir accès à des éviers avec de l'eau courante et du savon. Lorsque cela n'est pas possible, la meilleure solution serait de mettre en place des stations de désinfection des mains.</p>	Houghton et al., 2020	Certitude modérée basée sur l'évaluation par la méthode GRADE-CERQual.	Revue systématique Cochrane

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
Recommandations pour le nettoyage et la désinfection des installations	Government of Canada, 2020d; Toronto Public Health, 2020; PHAC, 2020a; CDC, 2020c	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Réagir à une surdose Il n'existe pas de preuves suggérant que les compressions thoraciques génèrent des aérosols.	Couper et al., 2020	Très faible certitude des preuves basée sur l'évaluation par la méthode GRADE.	Recension systématique
Réagir à une surdose La ventilation manuelle et intubation sont des interventions médicales générant des aérosols, des précautions sont donc nécessaires, notamment l'utilisation d'un masque N-95 Les compressions thoraciques seules ne sont pas des IMGA, selon les meilleures preuves actuelles	PHO, 2020c	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Réagir à une surdose Les personnes qui fournissent des IMGA (ventilation manuelle, oxygène à haut débit avec broches nasales, intubation) doivent porter des lunettes de protection, des gants sans latex et une blouse et doivent porter un masque N-95 avant d'offrir les soins	Toronto Public Health, 2020; PHO, 2020a	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Réagir à une surdose En cas de surdose impliquant des procédures qui ne sont pas considérées des IMGA, un masque médical, des lunettes de protection et des gants sans-latex sont suffisants L'administration de naloxone par voie nasale n'est pas une IMGA	PHO, 2020a & 2020d	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Réagir à une surdose Il est recommandé d'évacuer la pièce pendant une IMGA, sauf pour les personnes qui prodiguent des soins directs, afin de permettre un nettoyage adéquat	Edelson et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Guide pratique spécialisé publié dans une revue à comité de lecture
Réagir à une surdose Il est recommandé d'évacuer la pièce pendant une IMGA, sauf pour les personnes qui prodiguent des soins directs afin de permettre un nettoyage adéquat	Toronto Public Health, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise

Recommandations	Références	Force de la Preuve	Conception
Réagir à une surdose Les écrans faciaux de RCR n'offrent pas une protection suffisante	Toronto Public Health, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Réagir à une surdose Il y a des étapes spécifiques détaillées pour répondre à une surdose impliquant une IMGA	The Works, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise
Réagir à une surdose Il est essentiel d'offrir des ressources essentielles pour réduire le risque de surdose lorsque les usagers quittent les établissements de prévention et réduction des risques	Dunlop et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Article d'opinion identifiant les stratégies pour les modifications de gestion en cours pour la demande et la capacité dans les services de prévention et réduction des risques et de traitement dans le contexte de la COVID-19. Publié dans une revue à comité de lecture
Réagir à une surdose L'augmentation de l'utilisation de la naloxone à apporter en milieu communautaire peut réduire le recours aux prestataires de soins de santé pour inverser les surdoses	Slaunwhite et al., 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Communiqué court publié dans une revue à comité de lecture
Réagir à une surdose La formation dispensée aux usagers devrait intégrer des informations sur l'atténuation des risques potentiels liés à la COVID-19 pour les personnes observatrices qui interviennent lors d'une surdose	Alberta Health Services, 2020	Pas d'évaluation par la méthode GRADE.	Littérature grise

Références

1. Alberta Health Services. Harm reduction and COVID-19: Guidance document for community service providers [Internet]. 2020-b. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-COVID-19-harm-reduction-community-service-providers.pdf>
2. Alberta Health Services. Opioid poisoning response and COVID-19: Community based naloxone program recommendations on suspected opioid poisoning response in the community [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-cbn-opioid-poisoning-response-covid19.pdf>
3. Alberta Health Services. Spike in opioid-related emergencies prompts warning [Internet]. 2020-a. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/news/releases/2020/Page15514.aspx>
4. Bartoszko, J. J., Farooqi, M., Alhazzani, W., & Loeb, M. (2020). Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Influenza and other Respiratory Viruses*, 14(4), 365–373. <https://doi.org/10.1111/irv.12745>
5. BC Centre for Disease Control. Peer engagement best practices: A guide for health authorities and other providers [Internet]. 2017. Available from: <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/PEEP%20Best%20Practice%20Guidelines.pdf>
6. BC Centre for Disease Control. Peer payment standards for short-term engagements [Internet]. 2017. Available from: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/peer_payment-guide_2018.pdf
7. British Columbia, Coroners Service. Illicit drug toxicity deaths in BC January 1, 2010-May 31, 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf>
8. Casanova, L., Rutala, W. A., Weber, D. J., & Sobsey, M. D. (2010). Coronavirus survival on healthcare personal protective equipment. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(5), 560–561. <https://doi.org/10.1086/652452>
9. Casanova, L., Alfano-Sobsey, E., Rutala, W.A., Weber, D.J., & Sobsey, M. (2008). Virus transfer from personal protective equipment to healthcare employees' skin and clothing. *Emerging Infectious Diseases*, 14(8), 1291-1293. <https://doi.org/10.3201/eid1408.080085>
10. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Cleaning

and disinfection for community facilities [Internet]. 2020-c. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/cleaning-disinfection.html>

11. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Hand hygiene recommendations [Internet]. 2020-a. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/hand-hygiene.html>
12. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Using personal protective equipment (PPE) [Internet]. 2020-b. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>
13. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Criteria for return to work for healthcare personnel with suspected or confirmed COVID-19 (Interim Guidance) [Internet]. 2020. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fhcp-return-work.html
14. Chen, W. Q., Ling, W. H., Lu, C. Y., Hao, Y. T., Lin, Z. N., Ling, L., Huang, J., Li, G., & Yan, G. M. (2009). Which preventive measures might protect health care workers from SARS?. *BMC public health*, 9, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-81>
15. Chow, E. J., Schwartz, N. G., Tobolowsky, F. A., Zacks, R., Huntington-Frazier, M., Reddy, S. C., & Rao, A. K. (2020). Symptom Screening at Illness Onset of Health Care Personnel With SARS-CoV-2 Infection in King County, Washington. *JAMA*, 323(20), 2087–2089. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6637>
16. Christensen, L., Rasmussen, C. S., Benfield, T., & Franc, J. M. (2020). A Randomized Trial of Instructor-Led Training Versus Video Lesson in Training Health Care Providers in Proper Donning and Doffing of Personal Protective Equipment. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-7
17. Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., & COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, S0140-6736(20)31142-9. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
18. Couper, K., Taylor-Phillips, S., Grove, A., Freeman, K., Osokogu, O., Court, R., Mehrabian, A., Morley, P. T., Nolan, J. P., Soar, J., & Perkins, G. D. (2020). COVID-19 in cardiac arrest and infection risk to rescuers: A systematic review. *Resuscitation*, 151, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j>

19. Dunlop, A., Lokuge, B., Masters, D., Sequeira, M., Saul, P., Dunlop, G., Ryan, J., Hall, M., Ezard, N., Haber, P., Lintzeris, N., & Maher, L. (2020). Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm reduction journal*, 17(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00370-7>
20. Edelson, D. P., Sasson, C., Chan, P. S., Atkins, D. L., Aziz, K., Becker, L. B., Berg, R. A., Bradley, S. M., Brooks, S. C., Cheng, A., Escobedo, M., Flores, G. E., Girotra, S., Hsu, A., Kamath-Rayne, B. D., Lee, H. C., Lehotzky, R. E., Mancini, M. E., Merchant, R. M., Nadkarni, V. M., ... Topjian, A. (2020). Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With the Guidelines[®]-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association in Collaboration with the American Academy of Pediatrics, American Association for Respiratory Care, American College of Emergency Physicians, The Society of Critical Care Anesthesiologists, and American Society of Anesthesiologists: Supporting Organizations: American Association of Critical Care Nurses and National EMS Physicians. *Circulation*, 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463. Advance online publication. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463>
21. Garcia Godoy, L. R., Jones, A. E., Anderson, T. N., Fisher, C. L., Seeley, K., Beeson, E. A., Zane, H. K., Peterson, J. W., & Sullivan, P. D. (2020). Facial protection for healthcare workers during pandemics: a scoping review. *BMJ Global Health*, 5(5), e002553. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002553>
22. Gormley NJ, Bronstein AC, Rasimas JJ, et al. The rising incidence of intentional ingestion of ethanol-containing hand sanitizers. *Crit Care Med*. 2012;40(1):290-294. doi:10.1097/CCM.0b013e31822f09c0
23. Government of Canada. Cleaning and disinfecting public spaces during COVID-19 [Internet]. 2020-d. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/cleaning-disinfecting-public-spaces.html>
24. Government of Canada. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020-a. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-COVID-19.html>
25. Government of Canada. Hard-surface disinfectants and hand sanitizers (COVID-19): List of disinfectants with evidence for use against COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/disinfectants/COVID-19/list.html>

26. Government of Canada. Risk mitigation tool for workplaces/businesses operating during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020-c. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/risk-informed-decision-making-workplaces-businesses-COVID-19-pandemic.html>
27. Government of Canada. Statement from the Chief Public Health Officer of Canada on COVID-19 2020-b. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2020/05/statement-from-the-chief-public-health-officer-of-canada-on-COVID-198.html>
28. Heymann, D. L., Shindo, N., & WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (2020). COVID-19: what is next for public health?. *Lancet (London, England)*, 395(10224), 542–545. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3)
29. Honda, H., & Iwata, K. (2016). Personal protective equipment and improving compliance among healthcare workers in high-risk settings. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 29(4), 400–406. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000280>
30. Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X., Devane, D., & Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013582. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
31. Hyshka, E., Dong, K., Meador, K., Speed, K., Abele, B., LeBlanc, S., McFarlane, A., McNeil, R., Salokangas, E., Shoen, E., & Wild, T.C. *Supporting People Who Use Substances in Shelter Settings during the COVID-19 Pandemic*. Edmonton, Alberta: Canadian Research Initiative in Substance Misuse; May 17th, 2020. 84 p. Version 1.
32. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte hors-hospitalier. Québec, Qc : INESSS; 2020
33. Jefferson, T., Del Mar, C. B., Dooley, L., Ferroni, E., Al-Ansary, L. A., Bawazeer, G. A., van Driel, M. L., Nair, S., Jones, M. A., Thorning, S., & Conly, J. M. (2011). Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(7), CD006207. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub4>
34. Jones, R. M., Bleasdale, S. C., Maita, D., Brosseau, L. M., & CDC Prevention Epicenters Program (2020). A systematic risk-based strategy to select personal protective equipment for infectious diseases. *American Journal of Infection Control*, 48(1), 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.06.023>
35. Kim, J. Y., Song, J. Y., Yoon, Y. K., Choi, S. H., Song, Y. G., Kim, S. R., Son, H. J., Jeong, S. Y., Choi, J. H., Kim, K. M., Yoon, H. J., Choi, J. Y., Kim, T. H., Choi, Y. H., Kim, H. B., Yoon, J. H., Lee, J., Eom, J. S.,

- Lee, S. O., Oh, W. S., ... Cheong, H. J. (2015). Middle East Respiratory Syndrome Infection Control and Prevention Guideline for Healthcare Facilities. *Infection & chemotherapy*, 47(4), 278–302. <https://doi.org/10.3947/ic.2015.47.4.278>
36. Lauer, S. A., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R., Azman, A. S., Reich, N. G., & Lessler, J. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*, 172(9), 577–582. <https://doi.org/10.7326/M20-0504>
37. Liu, W., Tang, F., Fang, L.Q., Vlas, S.J., Ma, H.J., Zhou, J.P., et al. (2009). Risk factors for SARS infection among hospital healthcare workers in Beijing: a case control study. *Tropical Medicine and International Health*, 14(Suppl 1):52-9
38. National Collaborative Centre for Environmental Health. Physical Barriers for COVID-19 Infection Prevention and Control in Commercial Settings [Internet]. 2020. Available from: <https://ncceh.ca/content/blog/physical-barriers-COVID-19-infection-prevention-and-control-commercial-settings>
39. Nishiura, H., Kuratsugi, T., Quy, T., Phi, N. C., Van Ban, V., Ha, L. E., Long, H. T., Yanai, H., Keicho, N., Kirikae, T., Sasazuki, T., & Anderson, R. M. (2005). Rapid awareness and transmission of severe acute respiratory syndrome in Hanoi French Hospital, Vietnam. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 73(1), 17–25.
40. Offeddu, V., Yung, C. F., Low, M., & Tam, C. C. (2017). Effectiveness of Masks and Respirators Against Respiratory Infections in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 65(11), 1934–1942. <https://doi.org/10.1093/cid/cix681>
41. Ontario Ministry of Health. Case definition – novel coronavirus (COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_case_definition.pdf
42. Ontario Ministry of Health. COVID 19 Guidance: Consumption and Treatment Services (CTS) sites [Internet]. 2020-a. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_consumption_treatment_services_guidance.pdf
43. Public Health Agency of Canada. Coronavirus disease (COVID-19): Cleaning and disinfecting public spaces [Internet]. 2020-a. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/coronavirus/cleaning-disinfecting-public-spaces/cleaning-disinfecting-public-spaces-eng.pdf>
44. Public Health Agency of Canada. Reduce the spread of COVID-19. Wash your hands [Internet].

2020. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases-maladies/reduce-spread-COVID-19-wash-your-hands/eng-handwashing.pdf>
45. Public Health Ontario. Technical brief: IPAC recommendations for use of personal protective equipment for care of individuals with suspect or confirmed COVID-19 [Internet]. 2020-a. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-COVID-19.pdf?la=en>
46. Public Health Ontario. Recommended steps: Putting on personal protective equipment (PPE) [Internet]. 2020-b. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/ppe-recommended-steps>
47. Public Health Ontario. COVID-19: Aerosol generating medical procedures (AGMPs) [Internet]. 2020-c. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/faq-COVID-19-aerosol-generating-medical-procedures.pdf?la=en>
48. Public Health Ontario. COVID-19: Aerosol generation from coughs and sneezes [Internet]. 2020-d. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/report-COVID-19-aerosol-generation-coughs-sneezes.pdf?la=en>
49. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548-53.
50. Seto, W. H., Tsang, D., Yung, R. W., Ching, T. Y., Ng, T. K., Ho, M., Ho, L. M., Peiris, J. S., & Advisors of Expert SARS group of Hospital Authority (2003). Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Lancet (London, England)*, 361(9368), 1519–1520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13168-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13168-6)
51. Slaunwhite, A. K., Gan, W. Q., Xavier, C., Zhao, B., Buxton, J. A., & Desai, R. (2020). Overdose and risk factors for coronavirus disease 2019. *Drug and alcohol dependence*, 212, 108047. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108047>
52. Teleman, M. D., Boudville, I. C., Heng, B. H., Zhu, D., & Leo, Y. S. (2004). Factors associated with transmission of severe acute respiratory syndrome among health-care workers in Singapore. *Epidemiology and Infection*, 132(5), 797–803. <https://doi.org/10.1017/S0950268804002766>
53. The Works. COVID 19 protocol for Aerosol-Generating Medical Procedures (AGMP) in The Works Supervised Injection Site (SIS) environment [Internet]. 2020. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/>

54. Toronto Public Health. Toronto Public Health COVID-19 Guidelines for Harm Reduction Outreach and Community Overdose Response [Internet]. 2020. Available from: <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/9056-Guidelines-for-HR-outreach-and-OD-response-April-28-2020.pdf>
55. van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Tamin, A., Harcourt, J. L., Thornburg, N. J., Gerber, S. I., Lloyd-Smith, J. O., de Wit, E., & Munster, V. J. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine*, 382(16), 1564–1567. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>
56. Verbeek, J. H., Rajamaki, B., Ijaz, S., Sauni, R., Toomey, E., Blackwood, B., Tikka, C., Ruotsalainen, J. H., & Kilinc Balci, F. S. (2020). Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD011621. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011621.pub4>
57. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020-a. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
58. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID 19) and considerations during severe shortages - Interim guidance [Internet]. 2020-b. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf
59. Wood, L. J., Davies, A. P., & Khan, Z. (2020). COVID-19 precautions: easier said than done when patients are homeless. *The Medical journal of Australia*, 212(8), 384–384.e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50571>
60. Yin, W. W., Gao, L. D., Lin, W. S., Gao, L. D., Lin, W. S., Du, L., Zhang, X. C., Zou, Q., Li, L. H., Liang, W. J., Peng, G. W., He, J. F., Yu, D. W., Zhou, D. H., Lin, J. Y., & Zeng, G. (2004). Effectiveness of Personal Protective Measures in Prevention of Nosocomial Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome. *Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 25(1), 18–22.25(1), 18–22.

