



Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19

GUIDE PRATIQUE NATIONAL

VERSION 1 - GUIDE PRATIQUE



CRISM-ICRAS

Canadian Research Initiative
in Substance Misuse

Initiative Canadienne de
Recherche en Abus de Substance



CIHR IRSC

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

Citation

Pour citer ce document :

Dong, K., Meador, K., Hyshka, E., Salokangas, E., Burton—MacLeod, S., Bablitz, C., Lail, P., Colizza, K., Etches, N., Cardinal, C., Twan, S., Gilani, F., Brooks, H.L. et Wild, T.C. *[Traduction]* Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19 : Guide pratique national - ICRAS-CRISM. Edmonton, Alberta : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. 9 juin 2020. 61 p. Version 1.

Version 1, 9 juin 2020

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

Reconnaissance du territoire

Nous tenons à reconnaître respectueusement que le travail visant à compléter ce guide pratique rapide a été effectué sur le territoire du Traité no 6, un lieu de rassemblement traditionnel pour divers peuples autochtones, notamment les Cris, les Pieds-Noirs, les Métis, les Sioux Nakota, les Iroquois, les Dénés, les Ojibways/Saulteaux/Anishinaabe, les Inuits et bien d'autres.

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

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

À propos du présent document

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

Les recommandations énoncées dans le présent document sont susceptibles d'évoluer avec l'émergence de nouveaux éléments d'information. Il est important de savoir que notre intention est de 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
- Centres et services de réadaptation
- Soutenir les personnes utilisatrices dans un milieu de soins de courte durée (le présent document)
- Stratégies d'auto-confinement pour personnes consommatrices de drogues

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

Auteurs et autres participants

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

Kathryn Dong, MD, MSc, FRCPC, DABAM ; Directrice médicale, Inner City Health and Wellness Program and Addiction Recovery and Community Health (ARCH) Team, Royal Alexandra Hospital ; Professeure clinique, Département de médecine d'urgence, University of Alberta

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

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

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

Sarah Burton-MacLeod, MD, CCFP (PC) ; Médecin en soins palliatifs, University of Alberta Hospital and Royal Alexandra Hospital Palliative Care Consult Teams ; Professeure clinique adjointe, Division des soins palliatifs, Département d'oncologie, University of Alberta

Cara Bablitz, MD, CCFP (PC) ; Médecin de famille, Indigenous Wellness Clinic, Royal Alexandra Hospital ; Professeure clinique adjointe, Département de médecine familiale, University of Alberta

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

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

Nicholas Etches, MD, FRCPC ; Lead Medical Officer of Health for Provincial Harm Reduction, Alberta Health Services ; Professeur clinique adjoint, Community Health Sciences, University of Calgary

Chris Cardinal ; Pair-aidant, Addiction Recovery and Community Health (ARCH) Team, Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

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

Fizza Gilani, RPh, BSc (Pharm) ; Program Manager Prescribing & Analytics, College of Physicians and Surgeons of Alberta

Hannah L. Brooks, MSc ; Coordinatrice de données, École de santé publique, University of Alberta ; Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

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

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

Révisseurs externes*

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

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

Rabia Ahmed, MD, FRCPC ; Professeure adjointe, Département de médecine, University of Alberta ; Contrôle et prévention des infections, Alberta Health Services

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

Peter Butt, MD, CCFP (AM), FCFP ; Professeur adjoint, Département de médecine familiale, Collège de médecine, University of Saskatchewan

A. Uma Chandran, MD, MPH, FRCPC ; Directrice médicale, Contrôle et prévention des infections, Royal Alexandra Hospital, Edmonton AB ; Professeure clinique adjointe, University of Alberta

Simon Dubreucq, MD, MSc, FRCPC ; Psychiatre, Service de Psychiatrie des Toxicomanies du CHUM, Professeur, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Centre de Recherche, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Emma Garrod, MSN, RN ; Infirmière clinicienne éducatrice – Consommation de substances, Urban Health Program, Providence Health Care ; Directrice, BCCSU Addiction Nursing Fellowship

Kate Harland, BNRN ; Centre for Research, Education and Clinical Care for At-Risk Populations (RECAP)

Andrew Kestler, MD, MBA, MScPH, DTMH, FACEP, FRCPC ; Professeur clinique adjoint, Département de médecine d'urgence, University of British Columbia ; Médecin-chef, Emergency Department Opioid Crisis Response, St. Paul's Hospital, Vancouver BC ; Chercheur, Centre for Health Evaluation & Outcome Sciences ; Chercheur affilié, British Columbia Centre on Substance Use

Jenny Lau, MD, CCFP (PC) ; Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network

Emilie Lizotte-Chin, RN, BScN ; Consultation/liaison, Service médecine des toxicomanies, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Francesco Mosaico, MD, CCFP (AM) ; Directeur médical, Boyle McCauley Health Centre and Expo Isolation Shelter, Edmonton AB ; Professeur clinique adjoint, Département de médecine familiale, Faculté de médecine et dentisterie, University of Alberta

Aaron M. Orkin, MD, MSc, PhD(c), CCFP (EM), FRCPC ; Département de médecine familiale et communautaire, University of Toronto ; Département de médecine d'urgence St. Joseph's Health Centre and Humber River Hospital, Toronto ON ; Inner City Health Associates

Anita Srivastava, MD, MSc, CCFP ; Professeure adjointe, Département de médecine familiale et communautaire, University of Toronto

Samantha Young, BAsC, MD, FRCP ; Interdepartmental Division of Addiction Medicine, St. Paul's Hospital, Vancouver, British Columbia ; Département de médecine, University of British Columbia,

Vancouver, British Columbia ; Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, ; General Internal Medicine, St. Michael's Hospital, Unity Health, Toronto

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

Résumé détaillé — Divulgence des conflits d'intérêts pour le guide pratique national de l'ICRAS-CRISM sur le soutien des personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19 (voir la politique sur les conflits d'intérêts à l'Annexe 1)

Conformément aux principes de divulgation et de gestion des conflits d'intérêts du Guidelines International Network¹, on a demandé aux membres du comité de rédaction et aux réviseurs externes de divulguer toutes les sources de financement ainsi que toutes les sommes perçues à titre de rémunération directe et indirecte (soutien à la recherche) provenant de l'industrie, d'entreprises à but lucratif et d'autres entités, qui pourraient potentiellement introduire un risque de biais réel ou perçu. Les membres du comité de rédaction et les réviseurs externes devaient aussi déclarer les sources indirectes de biais, comme les promotions dans les universités, les revenus cliniques ainsi que la réputation professionnelle ou publique, susceptibles d'avoir une incidence sur l'interprétation des données probantes et sur la formulation des recommandations.

Sur les 30 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, 14 ont déclaré des conflits d'intérêts directs potentiels. De ce nombre, 10 ont déclaré un lien d'emploi ou un lien à titre de consultant avec des organisations comme des établissements universitaires, des hôpitaux ou des autorités sanitaires, des associations professionnelles ou des organismes de réglementation, des fondations sur le VIH/sida, des organismes communautaires ou des organismes subventionnaires fédéraux. Une seule personne (un réviseur externe) a déclaré avoir reçu, avant sa participation au guide pratique national, des fonds pour la recherche de la part d'une entité commerciale (Gilead) pouvant en principe bénéficier des recommandations du guide pratique. Un seul membre du comité de rédaction détenait des intérêts commerciaux en étant copropriétaire d'une clinique médicale qui offre un traitement aux personnes utilisatrices de substances dont un traitement par agoniste opioïde. Lors de l'évaluation des conflits d'intérêts divulgués, aucun n'a été jugé comme suffisamment pertinent pour justifier l'exclusion du comité de rédaction et réviseurs externes du guide pratique.

¹ Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. Arch Intern Med, 2015;163(7):548-553.

La majorité (23, 77 %) des membres du comité de rédaction et réviseurs externes ont divulgué des sources indirectes de biais potentielles (p. ex. spécialisation en médecine des toxicomanies, membre d'un conseil consultatif ou d'un comité, participation à des programmes de soins de courte durée, à des programmes provinciaux de traitement de la toxicomanie ou à l'élaboration de lignes directrices antérieures, sujets de recherche). De ce nombre, 6 ont exprimé publiquement leur appui au traitement des personnes utilisatrices de substances (PUS) en milieu de soins de courte durée.

Pour réduire le risque de biais tout en mettant à profit les compétences des membres dans leur champ d'expertise respectif, on a rappelé aux membres du comité de rédaction et aux réviseurs externes de tenir compte de tout facteur influent ou de toute source de biais pendant le processus d'évaluation. Les auteurs et les réviseurs qui avaient déclaré des sources potentielles de conflits d'intérêts indirects ont révisé les sections liées à leur champ d'expertise de même que le contenu global du guide pratique national. Un large éventail de spécialisations cliniques et universitaires était ainsi adéquatement représenté.

Remerciements

Le comité souhaite remercier les chargées de projets et de recherche des pôles de l'ICRAS-CRISM pour leur aide précieuse : Denise Adams (Prairies), Fariyah Ali (Ontario), Nirupa Goel (Colombie-Britannique) et Aïssata Sako (Québec-Atlantique). L'ICRAS-CRISM souhaite également remercier Gina Lepage, Sénami Dossa et Aïssata Sako pour leur aide dans la traduction du guide pratique en français.

Le présent travail a pu être réalisé en partie grâce au financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), ***Lignes directrices provisoires : Propositions cursives en lien avec la COVID-19.***

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	13
1.0 PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE NATIONAL	14
2.0 OBJECTIF ET PORTÉE	16
2.1 Élaboration.....	17
2.2 Public cible.....	18
2.3 Contexte	18
2.3.1 Risques particuliers liés à la COVID-19 et à la consommation de substances	19
2.3.2 Risques associés à l’hospitalisation pour les personnes utilisatrices de substances	20
3.0 PRESTATION DES SOINS AUX PERSONNES UTILISATRICES DE SUBSTANCES EN MILIEU DE SOINS DE COURTE DURÉE.....	21
3.1 Lutter contre la stigmatisation	21
3.2 Évaluation de la consommation	22
3.3 Prévention et réduction des risques et rétablissement	22
3.4 Approche sensible aux traumatismes.....	22
3.5 Facteurs à prendre en considération dans le contexte de la COVID-19....	23
4.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	25
4.1 Principes généraux	25
4.2 Tabagisme	25
4.3 Alcool	26
4.4 Cannabis	27
4.5 Opioides.....	28
4.6 Stimulants	29
4.7 Gestion de la consommation continue de substances en milieu hospitalier	30
4.7.1 Distribution de matériel de consommation en milieu de soins de courte durée.....	31
4.7.2 Services de consommation supervisée en milieu de soins de courte durée.....	32
5.0 PRÉVENIR LE DÉPART PRÉMATURÉ DES PATIENTS INFECTÉS PAR LA COVID-19	33
5.1 Principes généraux	33
5.2 Ressources pour accommoder le confinement	33
5.3 Lien avec le réseau de soutien.....	34

5.4 Services de pairs aidants	34
5.5 Accompagnement vers les ressources de soutien et de rétablissement...	35
5.6 Recours aux aide-soignants et à d'autres membres du personnel de soutien.....	35
5.7 Recours à la loi sur la santé publique	35
6.0 SOINS DE FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS	37
6.1 Définition des soins palliatifs	37
6.2 Conversations et planification	37
6.3 Gestion des symptômes	38
6.3.1 Dyspnée	38
6.3.2 Toux	39
6.3.3 Sécrétions des voies respiratoires supérieures	40
6.3.4 Fièvre	40
6.3.5 Douleur.....	40
6.3.6 Délirium.....	40
6.4 Autres considérations	41
6.4.1 Consultation en soins palliatifs	41
6.4.2 Soins palliatifs dans d'autres milieux	41
6.4.3 Soutien psychologique et aide aux personnes endeuillées.....	41
7.0 AUTRES BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ	43
7.1 Problèmes de santé mentale	43
7.2 Déterminants sociaux de la santé.....	43
7.3 Immunisations.....	43
7.4 Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang	44
8.0 TRANSFERT DES SOINS VERS DES PRESTATAIRES ŒUVRANT DANS LA COMMUNAUTÉ	45
8.1 Principes généraux	45
8.2 Retour à la maison.....	45
8.3 Transfert vers un programme résidentiel de traitement de la dépendance	46
8.4 Transfert vers un hébergement d'urgence	46
8.4.1 Centre d'accueil adapté (centre d'accueil où le patient n'aura pas à s'isoler)	47
8.4.2 Unité d'isolement médical (centre d'accueil où le patient est tenu de s'isoler)	47
8.5 Prescription du traitement en prévision de la sortie.....	48
ANNEXE 1 POLITIQUE SUR LES CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	50

ANNEXE 2 : LISTE DE CONTRÔLE	52
ANNEXE 3 : RESSOURCES EN LIGNE SUR LE TLUS	54
ANNEXE 4 : TROUSSE À OUTILS DE SANTÉ CANADA.....	57
RÉFÉRENCES.....	58

ABRÉVIATIONS

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test (évaluation de la dépendance à l'alcool)

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (évaluation de la dépendance à l'alcool- consommation)

BiPAP : Bilevel Positive Airway Pressure (appareil à deux niveaux de pression)

CAGE : « Cut-Annoyed-Guilty-Eye Opener » (questionnaire sur la consommation d'alcool)

COVID-19 : maladie à coronavirus 2019

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (appareil à pression expiratoire positive)

DAST-10 : Drug Abuse Screening Test (questionnaire sur la consommation de drogues)

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition

ÉPI : équipement de protection individuelle

ESAS-r : Edmonton Symptom Assessment System Revised (échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, version révisée)

SPS : site de prévention des surdoses

TAO : Traitement par agonistes opioïdes

TAOi : Traitement par agoniste opioïde injectable

TRN : thérapie de remplacement de la nicotine

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1.0 Principes du guide pratique national

- Dans le contexte de la COVID-19, des mesures exceptionnelles s'imposent pour soutenir les personnes utilisatrices de substances, freiner la propagation de la COVID-19 et assurer une utilisation judicieuse des ressources de soins de courte durée.

- Les personnes utilisatrices de substances sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé pendant la pandémie de la COVID-19 pour toutes sortes de raisons : troubles de la santé physique et mentale coexistants; perturbation de l'approvisionnement en drogues et en alcool; accès limité au traitement de la dépendance, aux mesures de soutien et aux services et programmes de prévention et réduction des risques comme la distribution de matériel stérile et les services de consommation supervisée.

- Pour éviter que les patients qui ont une infection connue ou soupçonnée par la COVID-19 quittent délibérément l'hôpital, il est essentiel de savoir reconnaître les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances (TLUS), d'amorcer rapidement un traitement fondé sur des données probantes et de traiter énergiquement le sevrage et l'état de manque en milieu hospitalier.

- Malgré le traitement et d'autres stratégies pour gérer le sevrage et l'état de manque, certains patients pourraient continuer de consommer pendant leur hospitalisation. Ils doivent avoir accès à du matériel stérile, savoir où ils peuvent éliminer le matériel usagé en toute sécurité, savoir comment consommer en réduisant les risques pendant la pandémie et disposer d'un plan personnalisé pour se protéger (p. ex. contre le risque de surdose sans témoin) et protéger leur entourage.

- Une approche de soins palliatifs doit être proposée aux personnes utilisatrices de substances qui développent des complications liées à la COVID-19 limitant leur espérance de vie. Il y a lieu de dresser un bilan rigoureux de la consommation d'opioïdes chez tous les patients pour orienter le traitement. Dans le cas des patients recevant un traitement par agonistes opioïdes, la collaboration entre le médecin traitant et le médecin gérant les symptômes de fin de vie est nécessaire.

- L'hospitalisation est l'occasion de répondre aux autres besoins en soins de santé des patients : problèmes de santé mentale; stabilisation des déterminants sociaux de la santé (orientation vers les ressources d'aide au logement, de soutien du revenu et assurance médicaments); vaccinations; dépistage et traitement d'infections transmissibles sexuellement et d'infections transmissibles par le sang.

- **La planification du congé hospitalier doit tenir compte du milieu de vie (maison, programme de traitement de la dépendance, centre d'accueil adapté ou unité d'isolement médical). On planifiera pour tous les patients : le suivi par un médecin traitant (nouveau ou existant); les services d'une pharmacie pouvant s'adapter aux exigences d'isolement (si nécessaire); la confirmation d'une assurance médicaments; une trousse de naloxone à emporter et un approvisionnement adéquat de matériel stérile pour la consommation (si nécessaire).**

2.0 Objectif et portée

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé déclarait l'état de pandémie après une flambée de cas d'infection causée par un nouveau coronavirus (COVID-19). Le Canada était déjà secoué par une autre crise sanitaire, la crise des opioïdes. Plus de 14 700 décès apparemment liés aux opioïdes avaient été recensés entre janvier 2016 et septembre 2019¹. Il y avait une hausse des taux endémiques de morbidité et de mortalité liées à la consommation d'alcool² et les méthamphétamines faisaient des ravages dans certaines régions³. La fermeture des frontières pour limiter la propagation de la COVID-19 a eu pour conséquence d'interrompre l'approvisionnement des drogues illéales et de réduire la qualité des drogues en circulation, déjà contaminées par des substances toxiques^{4,5}. Les conséquences de ce triste concours de circonstances varient d'une province à l'autre et il est donc primordial d'adapter et de prioriser les interventions en fonction du contexte local. Ces multiples urgences sanitaires concourent à fragiliser une frange de la population déjà durement éprouvée et exercent une pression indue sur les ressources de soins de courte durée⁵.

Dans ce contexte, des mesures exceptionnelles s'imposent pour soutenir les personnes utilisatrices de substances, freiner la propagation de la COVID-19 au sein de la population et assurer une utilisation judicieuse des ressources de soins de courte durée. S'il n'est jamais acceptable d'offrir des soins insuffisants et inadéquats aux personnes utilisatrices de substances dans un contexte de soins de courte durée, cela constitue maintenant un risque additionnel car faute d'un suivi approprié, les patients risquent de partir de leur plein gré et de favoriser ainsi la transmission communautaire de la COVID-19.

Le présent guide vise à aider le milieu hospitalier à offrir des soins fondés sur des données probantes aux personnes utilisatrices de substances dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 au Canada. Avec les stratégies proposées ici, nous espérons que les prestataires de soins sauront reconnaître les personnes qui ont besoin de soutien pour gérer leur consommation, et ce, dès le début de leur parcours comme patients; qu'ils offriront des soins dans les règles de l'art et qu'ils contribueront à réduire à la fois les risques liés à la consommation et les risques de transmission de la COVID-19 pendant et après l'hospitalisation.

Voici plus précisément les sujets abordés :

- Aperçu des risques cumulatifs pour la santé associés à l'infection par la COVID-19, à la consommation de substances et à l'hospitalisation
- Aperçu des principes généraux qui sous-tendent la prestation de soins aux personnes utilisatrices de substances dans le contexte des soins de courte durée, y compris les précautions à prendre en lien avec la COVID-19

- Recommandations pour la prise en charge de la consommation de substances dans le contexte de la COVID-19
- Stratégies pour gérer la consommation continue en milieu hospitalier
- Outils pour prévenir le départ volontaire du patient avant la fin du traitement médical
- Soins de fin de vie et soins palliatifs pour les personnes utilisatrices de substances mourant de la COVID-19
- Suggestions pour traiter des aspects sanitaires et sociaux pendant l'hospitalisation
- Conseils pour faciliter le retour à la maison, le transfert vers un programme résidentiel de traitement de la dépendance ou vers un centre d'accueil

On ne trouvera pas ici de recommandations sur les doses de médicament à administrer. Nous invitons les médecins traitants à consulter les lignes directrices de pratique clinique pertinentes, leurs collègues spécialistes ou d'autres sources fiables pour avoir de plus amples renseignements sur les indications, les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et la posologie des médicaments mentionnés ici. Le présent guide n'aborde pas non plus le cas des patients ayant besoin d'une réanimation ou de soins à l'unité des soins intensifs.

2.1 ÉLABORATION

Le guide pratique sur le soutien à apporter aux personnes utilisatrices de substances dans un établissement de soins de courte durée a été élaboré dans l'urgence dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Les membres du comité de rédaction ont réalisé le présent document à partir des connaissances d'experts, des données scientifiques et d'une étude de la documentation des autorités de santé publique et d'autres organisations pertinentes. Le guide pratique publié récemment sous le titre « [Management of Substance Use in Acute Care Settings in Alberta: Guidance Document](#) » a également servi de base à l'élaboration du guide et représente une ressource complémentaire utile.

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

Il est important de savoir que notre intention est de proposer une orientation générale pour soutenir les personnes utilisatrices de substances dans le milieu des soins de courte durée au Canada et non

pas de donner des instructions détaillées et contraignantes. Les politiques et procédures hospitalières peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Nous conseillons aux lecteurs de se tourner vers les autorités de réglementation en santé de leur province ou territoire pour se familiariser avec leurs politiques locales, au besoin.

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

2.2 PUBLIC CIBLE

Ce guide pratique national s'adresse à la fois aux membres du personnel clinique ou non clinique qui interviennent auprès des personnes utilisatrices de substances dans un milieu hospitalier de soins de courte durée. L'information pourrait aussi intéresser les chefs d'équipes opérationnelles et médicales, les décideurs, les autorités de santé publique, la direction des centres d'accueil pour les personnes utilisatrices de substances, les groupes défendant les intérêts des personnes utilisatrices de substances de même que les personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances.

2.3 CONTEXTE

Une partie seulement des personnes qui consomment de l'alcool, du cannabis ou des drogues illégales, subissent des effets dommageables liés aux substances ou répondent aux critères diagnostiques de trouble lié à l'usage de substances (TLUS). Pourtant, chaque jour au Canada, plus de 400 personnes sont hospitalisées pour un problème lié à l'alcool ou aux drogues : plus que le nombre cumulé d'hospitalisations dues à une crise cardiaque et à un AVC. L'alcool est à l'origine de plus de la moitié de ces hospitalisations². Les principales causes de morbidité et de mortalité liées à la consommation de substances sont : un traumatisme physique, une toxicité aiguë ou chronique, une infection transmissible par le sang ou une infection par un agent pathogène (p. ex. VIH, VHC), etc.^{6,7}. Le danger découle des substances elles-mêmes ou encore des circonstances entourant leur utilisation comme des pratiques d'injection non sécuritaires, le fait de consommer seul, l'ingestion d'alcool impropre à la consommation ou la consommation de substances contaminées ou toxiques comme le fentanyl et d'autres drogues achetées sur le marché illégal^{1,6,7}.

2.3.1 Risques particuliers liés à la COVID-19 et à la consommation de substances

La prévalence des risques est exacerbée pour les personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19. L'existence et les moyens de subsistance sont bouleversés, ce qui crée beaucoup de stress et d'anxiété comme d'ailleurs les consignes de distanciation physique; cet inconfort peut favoriser la consommation de substances. Limiter l'accès à l'alcool chez les personnes aux prises avec un trouble lié à la consommation d'alcool pourrait entraîner des complications médicales graves notamment des convulsions voire le décès de la personne. Le risque de rechute peut augmenter chez les personnes ayant un TLUS si elles n'ont plus accès à un traitement et à un programme d'aide ou des ressources qui peuvent l'aider. Avec la perturbation du marché de drogues illicites, on peut s'attendre à une hausse du taux de contamination des substances et à des complications médicales associées au sevrage ou à la toxicité⁵. Quant aux personnes qui comptent sur les programmes de prévention et réduction des risques pour obtenir du matériel stérile, des trousse de naloxone ou des services de consommation supervisée, elles pourraient ne pas recevoir les soins nécessaires en raison de la fermeture des ressources ou des capacités d'accueil réduites dues à la COVID-19⁸. L'impossibilité d'avoir accès à du matériel et à des services indispensables pourrait accroître le risque d'infections transmissibles par le sang ou d'autres infections chez les personnes qui s'adonnent à des pratiques d'injection non sécuritaires, par exemple la réutilisation du matériel d'injection^{9,10}.

Les personnes ayant un TLUS présentent une forme de vulnérabilité dite structurelle et sont plus exposées aux troubles concomitants comme les problèmes de santé mentale, la criminalité, la stigmatisation, l'itinérance et l'incapacité d'agir socialement et professionnellement par rapport à la population générale¹¹. La vulnérabilité structurelle est définie par la situation d'une personne ou d'une tranche de la population qui est désavantagée sur le plan socioéconomique, politique et culturel/normatif et est donc plus exposée au risque d'effets négatifs sur la santé^{12(p. 17)}. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement et pour celles qui gagnent leur vie en exerçant des activités à haut risque comme le travail du sexe, la mendicité, le trafic de drogues ou le recyclage informel : toutes ces activités entraînent un contact prolongé et étroit avec un grand nombre de personnes¹³⁻¹⁷. Si des études rigoureuses sont nécessaires pour établir un lien entre la vulnérabilité structurelle et l'état de santé lié à la COVID-19, il serait néanmoins prudent de s'attaquer aux inégalités sanitaires et sociales dans le contexte d'une pandémie. Comment respecter la distanciation physique ou appliquer les mesures d'hygiène recommandées lorsqu'on passe la nuit dans un abri de fortune ou dans un centre d'accueil¹⁸? La modification ou la réduction de l'accès aux services communautaires (p. ex. fermer les douches ou ne plus offrir la possibilité d'entreposer ses effets en lieu sûr) représente un véritable défi pour la clientèle vulnérable. Qui plus est, les personnes qui acceptent les consignes d'isolement de la santé publique dans une unité d'isolement temporaire pourraient ne pas avoir accès à toutes les ressources disponibles dans l'espace public comme les services de consommation supervisée. Enfin, pour certaines personnes, le risque d'infection par la

COVID-19 pourrait sembler bien anodin par rapport au risque auquel elles s'exposent au quotidien dans leurs activités; les consignes de distanciation physique représentent dans ce contexte le cadet de leurs soucis.

2.3.2 Risques associés à l'hospitalisation pour les personnes utilisatrices de substances

Les personnes utilisatrices de substances, en particulier celles ayant un TLUS, sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé aigus qui nécessitent une intervention médicale immédiate et se retrouvent donc plus souvent dans un établissement de soins de courte durée que la population générale^{19,20}. Les taux d'infection par la COVID-19 et les taux d'hospitalisation pour une infection par la COVID-19 chez les personnes utilisatrices de substances ne sont pas connus à l'heure actuelle. Il faut savoir cependant que les TLUS s'accompagnent fréquemment de comorbidités (p. ex. maladies respiratoires chroniques) qui peuvent augmenter le risque de complications graves liées à la COVID-19 dans cette population. Les personnes qui ont à la fois des troubles psychiques et un TLUS pourraient avoir plus de difficultés à adopter les mesures barrières et d'isolement²¹. Certains symptômes de la COVID-19 comme les frissons, la sudation, la rhinorrhée et les douleurs musculaires peuvent ressembler aux symptômes de sevrage. La consommation de certaines substances peut accroître le risque de complications graves de la COVID-19. Les effets des opioïdes, des benzodiazépines et de l'alcool, autant de substances qui provoquent une dépression respiratoire, peuvent être exacerbés par la COVID-19. Les drogues qui se fument comme le crack, les métamphétamines et le cannabis peuvent aggraver les symptômes respiratoires²²⁻²⁴.

Les hôpitaux de soins de courte durée constituent un « milieu à risque » pour les personnes utilisatrices de substances; dans certains cas, l'hospitalisation peut même accentuer les problèmes sociaux et physiologiques dans cette population²⁵. La consommation de substances par les patients en milieu hospitalier peut avoir lieu avec des patients qui répondent aux critères diagnostiques du DSM-5 ou qui le font pour d'autres raisons, incluant : le soulagement de la douleur ou des symptômes de sevrage inadéquatement maîtrisés, la réduction de symptômes d'anxiété ou de l'ennui, ou simplement le fait d'en avoir envie ou par habitude^{25,26}. Le personnel soignant pourrait être tenté de les dissuader en imposant des sanctions formelles ou informelles, par exemple en modifiant le niveau de soins ou en intensifiant la surveillance^{25,27,28}. Les personnes utilisatrices de drogues disent être moins en mesure d'appliquer les stratégies de prévention et réduction des risques (p. ex. utilisation de matériel d'injection stérile) lorsqu'elles sont hospitalisées. Pour toutes ces raisons, l'hospitalisation pourrait ne pas donner les résultats escomptés dans cette population et pourrait donner lieu à des départs involontaires, des sorties allant à l'encontre des recommandations médicales, des réadmissions coûteuses avec des séjours plus longs à l'hôpital^{27,29,30}. Dans ce contexte, on ne saurait trop insister sur l'importance de communiquer ouvertement avec le patient et d'aborder les questions de sécurité liées à l'utilisation continue de substances.

3.0 Prestation des soins aux personnes utilisatrices de substances en milieu de soins de courte durée

3.1 LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION

La stigmatisation consiste à pratiquer la discrimination et à véhiculer des préjugés et des stéréotypes envers d'autres personnes contribuant ainsi à leur exclusion³¹; elle va souvent de pair avec le racisme et les préjugés sexistes. La stigmatisation crée un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé et peut générer chez la personne ciblée des sentiments de honte, d'isolement et de culpabilité³². Les personnes utilisatrices de substances sont souvent stigmatisées lorsqu'elles reçoivent des soins de courte durée³³⁻³⁶. Cela peut se traduire par des commentaires blessants ou désobligeants, pour citer quelques exemples. Le langage corporel, par exemple un regard fuyant, peut aussi être révélateur de certains préjugés. Une autre forme de stigmatisation plus subtile encore consiste à ignorer les demandes de soins ou à refuser d'orienter la personne vers les ressources appropriées³². On peut aider à combattre la stigmatisation en éliminant simplement le langage stigmatisant. Des termes comme « drogué-e », « *Junkie* », « *clean* », etc. sont à proscrire et devraient être remplacés par des termes neutres centrés sur la personne, par exemple : « personne utilisatrice de substances » ou « patient-e ayant un trouble lié à la consommation de substances », « personne en rétablissement ». Par ailleurs, les prestataires de soins ne doivent pas hésiter à défendre des personnes utilisatrices de substances lorsqu'ils sont témoins de propos disgracieux ou de comportements irrespectueux et sensibiliser leur entourage sur l'importance de combattre la stigmatisation. La sensibilisation seule ne suffira probablement pas à changer les attitudes et doit aller de pair avec l'expérience pratique et les modèles positifs.

Pendant la pandémie de la COVID-19, les mesures barrières mises en place par les hôpitaux pourraient être interprétées négativement, d'où l'importance d'expliquer clairement au patient, lors de son admission, l'utilité de toutes ces mesures dans la prévention des infections. De la même façon, à mesure que les politiques sanitaires et hospitalières évoluent, il sera essentiel de communiquer les changements au patient. On devra aussi s'assurer que le patient peut observer les mesures imposées en lui demandant d'emblée s'il pense pouvoir les appliquer.

3.2 ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION

Il est essentiel d'évaluer la consommation de substances chez les patients en soins de courte durée pour offrir des soins appropriés. Les questionnaires CAGE, AUDIT et AUDIT-C sont couramment utilisés pour évaluer les risques liés à la consommation d'alcool^{37,38} tandis que le DAST-10 sert à évaluer les risques liés à l'usage de substances³⁹. Une autre option est le NIDA Quick Screen, un outil qui collige des informations sur la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments sur ordonnance pris pour des raisons non médicales et de substances illégales dans la dernière année⁴⁰. Lorsqu'ils interrogent le patient sur sa consommation de substances, les prestataires de soins ont plus de chances d'obtenir des réponses honnêtes et complètes, s'ils expliquent au patient que leur seule intention est de lui offrir les meilleurs soins possibles, s'ils discutent de sa consommation en privé et s'ils insistent sur la confidentialité des renseignements demandés.

3.3 PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES ET RÉTABLISSEMENT

La prévention et réduction des risques est une expression générique qui désigne à la fois une philosophie de soins et un ensemble d'interventions qui visent à réduire les risques associés à la consommation de substances sans exiger la réduction ou l'arrêt de la consommation. La trajectoire de consommation peut suivre une pente ascendante ou descendante et les personnes utilisatrices de substances devraient recevoir des soins dans un contexte respectueux, qui favorisent leurs droits à l'autonomie et à la dignité, quelle que soit leur trajectoire personnelle. Dans l'approche de prévention et réduction des risques, on choisit d'agir sur les méfaits associés à des pratiques ou à des contextes de consommation non sécuritaires plutôt que de miser sur l'abstinence.

Le rétablissement est un processus dynamique axé sur la croissance continue, l'amélioration de la qualité de vie et le sentiment d'appartenance⁴¹. Les personnes en rétablissement ou celles engagées dans une démarche de rétablissement pourraient avoir besoin d'un soutien particulier dans le contexte actuel de la pandémie de la COVID-19. L'accès au traitement de la dépendance et aux mesures de soutien, ainsi qu'à d'autres services sanitaires et sociaux dépend des besoins et des objectifs individuels.

3.4 APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

Certaines expériences personnelles (p. ex. être victime de maltraitance et de négligence dans l'enfance ou être témoin ou être victime de violence) peuvent dépasser les capacités d'adaptation

d'un individu^{42,43}. Ces événements traumatisants peuvent directement ou indirectement avoir des effets psychologiques et physiologiques délétères à court ou à long terme et accroître le risque de TLUS^{43,44}.

En soins de courte durée, l'approche sensible aux traumatismes consiste à reconnaître le besoin d'intervenir sur les vulnérabilités qui s'entrecroisent chez le patient, à savoir le traumatisme, la santé mentale et les problèmes de consommation à toutes les étapes du continuum de soins et services; la sécurité, le libre choix et l'indépendance du patient sont prioritaires⁴². Dans cette approche, il est primordial de s'assurer que la personne ne vivra aucun autre traumatisme et saura faire des choix éclairés qui lui semblent sûrs⁴². Ainsi, dans le contexte des soins de courte durée, le prestataire de soins pourrait demander au patient ayant un TLUS ses priorités en matière de soins ou comment le personnel peut faciliter son séjour à l'hôpital⁴⁵.

3.5 FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

La COVID-19 oblige les autorités de santé publique partout dans le monde à sortir l'artillerie lourde pour enrayer la pandémie. Les mesures qui ont été déployées sont essentielles et exigent la collaboration de toute la population et de tous les paliers de gouvernement. Vu l'ampleur des changements apportés, il n'y a rien d'étonnant à ce que certains groupes aient besoin d'une attention particulière pour s'ajuster aux pratiques adoptées dans l'urgence comme la distanciation physique, la restriction des visites et d'autres mesures nécessaires pour réduire le risque d'épidémie dans les établissements de soins de courte durée.

Ces changements peuvent alourdir le fardeau que portent les personnes utilisatrices de substances pendant leur hospitalisation. L'intervention précoce d'une équipe spécialisée en médecine des toxicomanies (si possible) ou l'obtention de l'avis d'un expert via l'utilisation d'une ligne téléphonique de consultation est fortement recommandée.

Les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la COVID-19 ou qui sont en attente d'un résultat ou encore qui ont eu un contact rapproché avec une personne infectée par la COVID-19, sont placées en isolement à l'hôpital et peuvent difficilement recevoir des visiteurs. En raison des mesures restrictives appliquées dans de nombreux hôpitaux pour les visiteurs, même les patients qui ne sont pas infectés par la COVID-19 ou qui n'ont aucun symptôme de la COVID-19, pourraient ne pas pouvoir recevoir de visite. L'isolement forcé peut nourrir le sentiment d'exclusion ou rappeler à la mémoire des événements traumatisants. C'est pourquoi il est impératif d'expliquer clairement les raisons de l'isolement et les mesures associées. De même, tout changement dans les procédures survenant pendant l'hospitalisation doit être communiqué rapidement et avec bienveillance. Par

ailleurs, l'isolement peut aussi empêcher le patient d'avoir accès à de l'alcool ou à des drogues^{25,26}. Les personnes utilisatrices de substances pourraient alors manifester des symptômes de sevrage potentiellement graves ou une toxicité aiguë si elles consomment seules dans leur chambre. Les symptômes de sevrage peuvent brouiller les pistes lors de la surveillance des symptômes liés à la COVID-19. Qui plus est, les personnes qui connaissent une période d'abstinence pendant leur hospitalisation pourraient avoir une tolérance moindre et être plus exposées au risque de surdose et de décès si elles reprennent la consommation après leur sortie de l'hôpital^{46,48}. C'est pourquoi un traitement fondé sur des données probantes doit être amorcé chez les personnes ayant un TLUS et maintenu dans la mesure du possible après leur sortie de l'hôpital. Les personnes utilisatrices de substances peuvent chercher à tout prix à communiquer avec leurs amis et leurs proches pendant leur hospitalisation et les moins nantis pourraient ne pas avoir accès à un téléphone mobile. Les patients qui vivent d'expédients pourraient avoir besoin d'une aide financière ou d'un revenu d'appoint, à plus forte raison s'ils ont une personne à charge. Dans ces circonstances, il y a lieu d'envisager le versement d'une indemnité financière pour favoriser l'adhésion au traitement^{49,50}.

Pour toutes sortes de raisons, certains patients pourraient se retrouver dans un état de grande détresse physique et psychologique pendant leur hospitalisation les amenant à poursuivre leur consommation voire à quitter précipitamment l'hôpital. Les personnes aux prises avec un TLUS sont plus susceptibles d'éprouver des symptômes aigus de troubles de santé mentale (p. ex. psychose ou comportement suicidaire). Il est important de mener une évaluation de la condition mentale afin de ne pas fermer les yeux sur un problème de santé mentale et d'attribuer à tort les symptômes à une autre cause.

4.0 Recommandations relatives à la consommation de substances

4.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Si le plan de traitement doit être adapté en fonction de chaque patient et de la situation du prestataire de soins, il existe néanmoins des principes généraux à appliquer :

- Coordonner les heures d'administration des médicaments et des autres interventions afin de limiter les contacts directs avec le patient et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) auprès des patients pour lesquels la présence de la COVID-19 est suspectée ou confirmée.
- Avant d'amorcer un nouveau traitement à l'hôpital, vérifier si le traitement sera disponible dans le milieu de vie du patient.
- Ajouter une note au dossier médical pour que tous les patients susceptibles de faire une surdose involontaire d'opioïdes aient accès au besoin à de la naloxone et reçoivent une trousse de naloxone lors de leur admission.
- Tous les patients devraient recevoir de l'information adaptée sur la consommation à moindre risque dans le contexte de la COVID-19 (pour plus d'information voir le guide pratique national de l'ICRAS-CRISM : [Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19](#))

4.2 TABAGISME

On doit encourager l'abandon du tabac auprès de tous les patients hospitalisés pour une maladie respiratoire, y compris la COVID-19. Le tabagisme a été associé à l'évolution de la COVID-19^{51,52}. La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) (y compris les timbres transdermiques, les pastilles, la gomme, les inhalateurs et les vaporisateurs) est généralement sûre et favorise l'abandon du tabac. Le choix du produit dépend de l'offre locale et des préférences du patient, mais la combinaison de deux formes de TRN est associée à des taux de réussite plus élevés⁵³. Les médicaments de première ligne comprennent la varénicline et le bupropion à libération prolongée : deux produits qui favorisent l'abandon du tabac pendant l'hospitalisation. Que des médicaments soient administrés ou non, la

TRN demeure bénéfique pour les patients et peut être combinée sans risque à la pharmacothérapie⁵⁴ pour favoriser l'abandon du tabac ou pour aider le patient à surmonter l'état de manque et à gérer les symptômes de sevrage s'il ne peut fumer aussi souvent qu'il le voudrait en raison des mesures d'isolement. En principe, les patients en isolement devraient toujours avoir au moins deux formes de TRN sur leur table de chevet.

4.3 ALCOOL

Les personnes ayant un trouble lié à la consommation de l'alcool risquent davantage de quitter l'hôpital contre un avis médical et d'être ré-hospitalisées dans les 15 jours suivants^{29,55}. C'est pourquoi, par précaution, le sevrage d'alcool et l'envie constante de boire de l'alcool chez les patients hospitalisés devraient être gérés adéquatement.

Le syndrome de sevrage d'alcool est une affection médicale qui menace le pronostic vital. Une prise en charge urgente peut être nécessaire pour prévenir les séquelles comme l'arythmie cardiaque, les convulsions et le délirium. Le sevrage survient habituellement dans les 6 à 72 heures après la dernière consommation d'alcool et peut se produire même lorsque la concentration d'alcool dans le sang est encore élevée. L'outil PAWSS (*Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale*) peut servir à identifier les patients les plus susceptibles de manifester des symptômes graves⁵⁶. Les benzodiazépines représentent l'option optimale pour la prise en charge du sevrage et on peut utiliser l'échelle CIWA-Ar (*The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised*)⁵⁷ pour déterminer selon les symptômes le moment le plus approprié pour administrer les médicaments. Dans le contexte de la COVID-19, toutefois, on peut aussi envisager d'administrer des benzodiazépines ou d'autres médicaments d'appoint à heures fixes pour réduire les contacts entre les prestataires de soins et les patients et pour conserver l'ÉPI lors des contacts avec des patients pour lesquels la présence de la COVID-19 est suspectée ou confirmée. Il faut faire preuve de prudence, cependant, pour éviter les effets associés à la toxicité des benzodiazépines, en particulier chez les patients atteints d'une maladie concomitante en phase aiguë comme la COVID-19⁵⁸. Il serait sage également d'administrer d'emblée de la thiamine par voie intraveineuse.

Même si le sevrage d'alcool a été adéquatement traité et résolu, il n'est pas rare que l'envie impérieuse de boire persiste. On a constaté que des médicaments de première ligne comme la naltrexone et l'acamprosate aident les personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool à réduire leur consommation, favorisent l'abstinence et prolongent le délai avant la première rechute. De nouvelles options thérapeutiques non encore approuvées pour cette indication sont envisagées comme la gabapentine, le topimaratate et l'acide valproïque pour ne nommer que ceux-là.

Dans certaines circonstances, par exemple, lorsqu'un patient refuse un plan de traitement fondé sur l'abstinence ou continue de consommer de l'alcool à l'hôpital (ou va vraisemblablement continuer de

boire), et/ou lorsque la consommation continue de l'alcool empêche une personne de prendre soin de sa santé, on pourrait lui fournir de l'alcool dans le cadre d'un programme de gestion de l'alcool. Cela est particulièrement important pour les patients infectés par la COVID-19 : il faut penser que le départ prématuré de ces patients représente une menace à la fois pour lui et pour la collectivité. De plus, les patients infectés ou soupçonnés d'être infectés par la COVID-19, qui ont dû être hospitalisés aux soins intensifs pour un sevrage sévère dans le passé, sont également de bons candidats pour un programme de gestion de l'alcool en milieu hospitalier; on évitera peut-être ainsi une intubation en cas de sevrage sévère. La quantité et la fréquence des consommations requises dépendront des habitudes de consommation déclarées par le patient. Un schéma d'administration pourra alors être établi. Au moment de déterminer la fréquence des doses, on doit trouver le juste milieu entre des doses fréquentes exigeant des contacts répétés avec le patient et le port d'ÉPI et la maîtrise du sevrage et de l'état de manque. Une évaluation doit précéder l'administration pour prévenir une intoxication aiguë et les doses doivent être consommées sous supervision (voir référence 31, Annexe B — Sample Alcohol Order)^{31,61}. Un programme de gestion de la consommation d'alcool pourrait aider à réduire la quantité d'alcool qu'une personne consomme chaque jour et favoriser la stabilisation de la consommation. Lors de la sortie de l'hôpital et à la fin de la période d'isolement, on devrait offrir au patient différentes options pour poursuivre le traitement soit par un programme de gestion de la consommation d'alcool dans sa localité (si disponible), soit par un programme de désintoxication ou par d'autres mesures de soutien.

4.4 CANNABIS

Le traitement de première ligne pour le trouble lié à l'usage du cannabis comprend les interventions psychosociales comme la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de renforcement de la motivation ou la gestion des contingences⁶². S'il y a lieu, on pourra vérifier si des plateformes virtuelles peuvent être utilisées à l'hôpital pour faciliter l'accès à ces interventions. À l'heure actuelle, l'utilisation d'autres préparations cannabinoïdes dans le traitement du trouble lié à l'usage du cannabis n'a pas été validée. Pour les patients aux prises avec un trouble lié à l'usage du cannabis qui souhaitent cesser leur consommation pendant leur hospitalisation, on peut faire l'essai de la gabapentine, du nabiximols (si disponible) ou du nabilone. Une étude menée sur un petit échantillon de patients a démontré que la gabapentine administrée à raison de 1200 mg par jour, en plus d'un soutien psychosocial, est associée à une baisse de la consommation de cannabis⁶³. La prudence s'impose toutefois chez les patients à risque de dépression respiratoire ou qui prennent d'autres médicaments sédatifs. Les données sur l'emploi du nabiximols, un extrait de la plante de cannabis, sont mitigées^{64,65}, mais il pourrait être mieux toléré que la gabapentine. Une petite étude sur l'utilisation du nabilone pour traiter le sevrage et réduire la consommation de cannabis a donné des résultats encourageants⁶⁶. L'utilisation de la gabapentine, du nabiximols ou du nabilone à cette fin n'est pas conforme à la monographie respective des produits.

Les patients ayant un trouble lié à l'usage du cannabis qui doivent appliquer les mesures d'isolement ou qui n'ont pas une réserve de cannabis peuvent être exposés à un risque de symptômes de sevrage (p. ex. irritabilité, anxiété et troubles du sommeil). Dans certaines situations, les patients pourraient être en mesure de consommer leurs propres produits de cannabis comestibles (ou fournis par l'hôpital). La majorité des symptômes de sevrage sont légers; au besoin, on peut administrer un traitement ciblant des symptômes précis (p. ex. la trazodone la nuit pour combattre l'insomnie). Pour les symptômes plus sévères, il pourrait être justifié de recourir à des options non conventionnelles (non conformes à la monographie) comme la gabapentine, le nabilone ou le nabiximols (si disponible)⁶⁷.

4.5 OPIOÏDES

Le traitement par agoniste opioïde (TAO) est considéré comme la norme en matière de soins pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO)⁶⁸. La buprénorphine/naloxone est le traitement de première ligne, la méthadone étant utilisée comme molécule alternative. En principe, un patient ayant un TLUO non traité admis dans un établissement de soins de courte durée devrait avoir rapidement accès à un prestataire de soins capable d'assurer la prise en charge clinique du traitement et d'en ajuster la posologie. Une approche d'ajustement posologique centrée sur le patient (prise en compte de la perception du patient quant à l'efficacité de la dose de TAO) est essentielle pour obtenir les bienfaits escomptés⁶⁹. Il est impératif d'amorcer le traitement sans délai et de traiter du même coup le sevrage pour prévenir le départ prématuré du patient infecté ou soupçonné d'être infecté par la COVID-19.

Il existe d'autres traitements pour le TLUO supervisés par des experts comme la morphine orale à libération lente unquotidienne (LLU) et le traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi). La LLU consiste à administrer par voie orale et sous supervision des capsules ouvertes de morphine à libération prolongée d'une durée de 24 h⁷⁰. Le TAOi, quant à lui, est administré par le patient qui s'injecte de la diacétylmorphine ou de l'hydromorphone d'ordonnance par voie intraveineuse (ou intramusculaire) plusieurs fois par jour sous la supervision d'un prestataire de soins⁷¹. Pour les patients qui ne sont pas stabilisés avec un traitement de première ligne, ces nouvelles options thérapeutiques doivent être envisagées et amorcées dès que possible^{71,72}. Les prestataires de soins qui n'ont pas accès à une équipe de consultants en toxicomanie pourraient peut-être utiliser les lignes d'assistance provinciales pour obtenir des conseils ou consulter des spécialistes en médecine des toxicomanies œuvrant dans la communauté.

Lorsque les traitements fondés sur des données probantes sont en cours de titrage ou lorsque ces traitements ne sont pas efficaces, ne sont pas disponibles ou sont refusés par le patient, une autre approche de prévention et réduction des risques devient nécessaire. Cela comprend le titrage

d'agonistes purs des récepteurs opioïdes (généralement des doses supervisées d'une préparation orale liquide de morphine ou d'hydromorphone) pour gérer le sevrage et l'état de manque. Si les formules liquides ne donnent pas les résultats escomptés, l'administration par un membre du personnel infirmier d'opioïdes par voie sous-cutanée, intraveineuse ou transdermique est la prochaine étape³¹. Une désintoxication d'opioïdes imposée par la force ne devrait jamais être tentée : cette pratique est dangereuse et augmente le risque de décès après la sortie de l'hôpital⁶⁸. Avant de prescrire des opioïdes à cette fin, une planification de la sortie s'impose. On vérifiera notamment si le patient peut être dirigé vers un autre prestataire de soins, s'il y aura cessation graduelle du traitement par diminution de la dose et si l'on fournira au patient un approvisionnement du médicament pour une courte période.

Malgré toutes ces mesures, un certain nombre de patients pourraient continuer de sortir de l'hôpital pour se procurer ou pour consommer des opioïdes obtenus illégalement. Or, si ces patients sont infectés ou soupçonnés d'être infectés par la COVID-19, ils mettent leur santé et celle de leurs concitoyens en jeu. Dans ces circonstances exceptionnelles, on pourrait envisager de prescrire aux patients des opioïdes qu'ils s'administreront eux-mêmes sous la supervision du personnel infirmier à l'aide de matériel stérile (p. ex. hydromorphone par voie intraveineuse ou intramusculaire ou encore en comprimés de 8 mg pouvant être écrasés pour utilisation par voie intranasale)³¹. Il est conseillé de faire appel à un spécialiste en médecine des toxicomanies pour ces cas particuliers. Dans certaines provinces, il est possible que l'on recommande de fournir les médicaments sans exiger une administration supervisée⁷³. Pour un complément d'information, voir la trousse d'outils de Santé Canada (**Annexe 4 : Trousse à outils de Santé Canada à la page 57**). On devrait continuer d'offrir toutes les formes de TAO pendant la durée de l'hospitalisation. Même si la prescription de ce type de traitement pourrait ne pas être possible après la sortie de l'hôpital, il est conseillé de mettre le patient en relation avec un médecin traitant pour assurer un suivi. La discussion sur le consentement éclairé du patient présentant les risques et les bienfaits du traitement ainsi que les autres options thérapeutiques mentionnées devrait figurer au dossier médical.

4.6 STIMULANTS

Aucune pharmacothérapie ne s'est encore avérée efficace pour le traitement du trouble lié à l'usage de stimulants, mais les recherches se poursuivent⁷⁴. Une psychose induite par des stimulants pourrait nécessiter l'administration de benzodiazépines et/ou d'antipsychotiques. Le sevrage de stimulants se manifeste par de l'hyper-somnolence, de l'anxiété, des troubles de concentration et de l'irritabilité. En règle générale, le sevrage est bénin et des médicaments peuvent être offerts pour traiter des symptômes précis. Si possible, on devrait envisager d'orienter le patient vers des programmes de gestion des contingences et vers un service de conseils en matière de dépendance⁷⁵.

On pourrait remettre une ordonnance de stimulants aux patients qui présentent des effets délétères persistants liés à la consommation de stimulants pendant leur hospitalisation. La prescription de stimulants peut aider à protéger le patient et la population contre les risques associés au marché illicite (notamment la contamination des stimulants par des opioïdes synthétiques très puissants) et à réduire les activités auxquelles s'adonnent les personnes utilisatrices de substances pour s'approvisionner et qui favorisent la propagation de la COVID-19. Des médicaments comme la dextroamphétamine à libération prolongée, le méthylphénidate à libération immédiate ou le méthylphénidate à libération prolongée (emploi non conforme dans tous les cas) peuvent être envisagés, mais n'ont pas été évalués dans cette indication et doivent être considérés uniquement dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques⁷³. Chez les patients ayant des antécédents de troubles de santé mentale, en particulier de psychose ou de manie, ou qui sont hospitalisés pour un trouble de santé mentale, on soupèsera avec soin les risques et les bienfaits de ce type de stratégie avant de prescrire un psychostimulant. La discussion sur le consentement éclairé du patient présentant les risques, les bienfaits et les contre-indications du traitement ainsi que les autres options thérapeutiques mentionnées devrait figurer au dossier médical.

4.7 GESTION DE LA CONSOMMATION CONTINUE DE SUBSTANCES EN MILIEU HOSPITALIER

Même si on leur offre un large éventail de traitements fondés sur des données probantes et d'autres médicaments prescrits, certains patients pourraient continuer de consommer pendant leur hospitalisation. Dans ces circonstances, les membres de l'équipe soignante doivent unir leurs efforts pour réduire au maximum les risques d'infection (liés à l'utilisation de matériel d'injection contaminé ou usagé), de décès et de transmission de la COVID-19. Tous les patients devraient au moins avoir accès à du matériel plus sécuritaire, à un dispositif pour l'élimination du matériel usagé et à une trousse de naloxone pendant la durée de leur hospitalisation. La prévention et réduction des risques et une approche sensible aux traumatismes orienteront la prestation des soins. En créant un environnement où les patients se sentent libres de dire à l'équipe soignante qu'ils continuent de s'injecter des drogues, on peut mieux cibler les patients à haut risque de surdose accidentelle ainsi que les patients qui ont le plus besoin de soutien en lien avec leur consommation de substances. Tous les patients, qu'ils réussissent ou non à pratiquer l'abstinence, méritent le respect, la compassion et un traitement pour leur(s) trouble(s) de santé.

Avec les perturbations de la chaîne d'approvisionnement dues à la COVID-19 et la hausse de la toxicité des drogues de rue, les surdoses risquent d'être de plus en plus fréquentes^{4,5}. Les hôpitaux doivent se tenir prêts à faire face à une augmentation des intoxications accidentelles aux opioïdes sur le site hospitalier. Ces intoxications peuvent toucher des patients, des visiteurs et même des membres du personnel. Les préparatifs peuvent comprendre : des simulations de surdose dans les

aires de soins et dans les aires publiques; la vérification des stocks de naloxone et de l'ÉPI approprié sur le site et dans tous les secteurs (y compris les membres de l'équipe des services de protection), et l'évaluation des risques associés aux toilettes individuelles destinées à l'usage public. Les personnes les plus susceptibles d'intervenir en cas de surdose sur le site de l'hôpital doivent être régulièrement informées des changements apportés aux normes locales de réanimation visant à réduire le risque de transmission de la COVID-19 (p. ex. l'utilisation des respirateurs N-95 pour la réanimation cardiorespiratoire ou d'un ballon-masque).

4.7.1 Distribution de matériel de consommation en milieu de soins de courte durée

Les programmes de prévention et réduction des risques qui comprennent la distribution de seringues et de matériel stériles contribuent à réduire nettement les taux de transmission du VIH, n'ont pas d'effets inattendus significatifs et sont économiquement rentables⁷⁶⁻⁷⁸. Ces programmes, qui reposent sur les principes fondamentaux de la prévention et réduction des risques, ont fait leurs preuves : ils ont démontré qu'ils favorisent la collaboration des patients en soins primaires et dans le traitement du TLUS; de plus, ils réduisent la fréquence d'utilisation des substances injectables et les complications (p. ex. abcès). Les patients hospitalisés devraient avoir facilement accès à du matériel d'injection stérile, comme des seringues, des tampons alcoolisés, des garrots, des filtres, des réchauds, de l'eau stérile et de la vitamine C (pour faciliter la dissolution des comprimés). Le matériel peut être commandé auprès de distributeurs spécialisés ou pourrait être obtenu auprès de prestataires de services de prévention et réduction des risques œuvrant dans la communauté. Dans l'optique de la réduction des méfaits, on conseillera, par exemple, au patient d'éviter les veines de l'aîne et du cou et on apportera du soutien aux porteurs d'un cathéter veineux périphérique ou central. Il est important de faciliter l'accès aux contenants destinés à l'élimination d'objets pointus et tranchants et d'expliquer comment se débarrasser du matériel usagé en toute sécurité⁷⁷.

Pour un complément d'information sur la distribution de matériel, consultez les ressources suivantes :

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

4.7.2 Services de consommation supervisée en milieu de soins de courte durée

Les services de consommation supervisée intégrés dans des établissements hospitaliers de soins de courte durée contribuent à réduire les risques et favorisent l'adhésion des patients au traitement de la dépendance⁷⁹. Les hôpitaux qui doivent gérer des intoxications aux opioïdes sur leur site devraient peut-être ouvrir un site de prévention des surdoses (« site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique ») ou envisager un modèle de supervision au chevet du patient. Une exemption légale est nécessaire uniquement pour la supervision de substances illégales (non prescrites). On trouvera de l'information sur la demande d'exemption et la mise en place de services de consommation supervisée dans un autre guide pratique de l'ICRAS-CRISM intitulé : [Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19](#). Ce document complémentaire fournit aussi des renseignements sur la gestion sécuritaire de ces services dans le contexte de la COVID-19. Vu l'accès restreint aux services communautaires de consommation supervisée en raison des exigences de distanciation physique, il serait peut-être souhaitable de rendre les sites de prévention des surdoses ou les sites de consommation supervisée en milieu hospitalier accessibles au grand public.

Si la consommation supervisée n'est pas possible, on prendra les mesures nécessaires pour identifier les patients à risque de surdose accidentelle. Il convient d'élaborer un plan personnalisé pour réduire le risque de surdose sans témoin pendant l'hospitalisation, en particulier pour les patients qui ne peuvent recevoir de visite et qui pourraient être davantage tentés de consommer seuls. On devrait sensibiliser tous les patients sur les précautions à prendre pour réduire les risques liés à la consommation pendant la pandémie de la COVID-19 : méthodes de supervision virtuelles, stratégies pour réduire les contacts avec autrui, mesures d'hygiène recommandées (ne pas partager le matériel, préparer soi-même les substances, se laver les mains), etc. (voir **Annexe 3 : Ressources en ligne sur le TLUS à la page 54**).

5.0 Prévenir le départ prématuré des patients infectés par la COVID-19

5.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les personnes utilisatrices de substances sont plus susceptibles de quitter l'hôpital contre l'avis médical⁸⁰. Ces départs prématurés augmentent la morbidité et la mortalité ainsi que les coûts pour le système de santé. Dans un contexte de maladies transmissibles comme la COVID-19, un patient infecté ou soupçonné d'être infecté par la COVID-19 qui part malgré les recommandations du médecin risque de contribuer à la propagation communautaire du virus en période de pandémie. C'est pourquoi il est si important de prendre des mesures pour réduire les départs prématurés. Dès l'admission du patient, on s'emploiera à trouver des moyens de mener le traitement à terme et, avec la collaboration du patient, de cerner tout ce qui peut constituer un obstacle au traitement. Le patient pourrait ainsi devoir prendre soin d'un proche ou d'un animal domestique, avoir peur de laisser ses effets personnels sans surveillance, vouloir trouver ou garder un logement, devoir se présenter en cour ou demander un droit de garde ou encore vouloir partir pour mettre fin au sevrage ou à l'état de manque. Le prestataire de soins doit convenir avec le patient des objectifs de l'hospitalisation; il doit clairement énoncer ses attentes et connaître les attentes du patient afin que d'entrée de jeu, la relation soit franche et harmonieuse.

5.2 RESSOURCES POUR ACCOMODER LE CONFINEMENT

Les patients qui doivent s'isoler en raison de la COVID-19 ou d'autres infections pourraient devoir demeurer dans leur chambre pendant une période prolongée. Cette situation peut être éprouvante pour n'importe qui et particulièrement pour les personnes souffrant d'anxiété, de dépression, d'un trouble de stress post-traumatique ou d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. D'autres personnes utilisatrices de substances pourraient avoir des antécédents d'incarcération et/ou avoir vécu des expériences traumatisantes impliquant un isolement forcé. C'est dans ce contexte que l'on doit aborder les consignes d'isolement pour la COVID-19 et les appliquer sans utiliser de moyens coercitifs et de la manière la plus humaine possible. Les patients devraient si possible pouvoir se distraire. En l'absence d'autres solutions, l'hôpital pourrait envisager de leur fournir des

ressources pour faciliter leur adhésion au traitement. Cela peut prendre la forme d'un accès gratuit à la télévision, à une tablette, à de la musique, à de la lecture et à des fournitures d'arts. D'autres personnes pourraient demander des portions supplémentaires de nourriture ou avoir des demandes particulières concernant l'alimentation. En accédant à ces demandes, on pourrait rendre leur séjour à l'hôpital un peu plus agréable. Il sera important néanmoins de collaborer avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections pour que les directives locales soient respectées.

5.3 LIEN AVEC LE RÉSEAU DE SOUTIEN

Pendant la pandémie de la COVID-19, la majorité des hôpitaux limitent considérablement l'accès aux visiteurs. Dans ce contexte, il devient difficile pour le patient de garder un lien avec sa famille, ses amis et son réseau de soutien (p. ex. son parrain chez les Alcooliques Anonymes, un intervenant du centre d'accueil, un conseiller en dépendance, etc.) alors qu'il traverse une période extrêmement éprouvante. Dans certains cas, les patients n'ont pas de téléphone mobile et l'accès à un téléphone public à l'hôpital pourrait être limité par les mesures de prévention et de contrôle des infections. Ce sont là des circonstances qui justifient le prêt d'une tablette ou d'un cellulaire au patient pendant son hospitalisation. L'objectif est de réduire son isolement, d'améliorer son bien-être et de maintenir ses points d'ancrage. D'ailleurs, de nombreux programmes de pairs aidants se tournent vers les plateformes virtuelles. Avec la technologie appropriée, certains patients pourraient participer à leurs activités habituelles de rétablissement pendant leur hospitalisation ou leur confinement.

En plus de permettre aux patients de conserver leur réseau de soutien, la technologie peut aussi les mettre en relation avec de nouveaux prestataires de soins et de nouvelles ressources communautaires. Avec les modèles de prestation de soins virtuels qui gagnent en popularité, les patients pourraient en principe utiliser la technologie offerte par l'hôpital pour rencontrer virtuellement un nouveau prestataire de soins primaires, un conseiller en dépendance ou un accompagnateur avant leur sortie de l'hôpital. Ces plateformes peuvent aussi servir à offrir aux patients une thérapie cognitivo-comportementale et des ressources de santé mentale en ligne pendant et après l'hospitalisation.

5.4 SERVICES DE PAIRS AIDANTS

Un pair aidant dûment formé qui a un vécu similaire (p. ex. un problème de santé mentale) peut apporter un soutien psychologique au patient. Ce soutien est précieux surtout en période de crise et lorsque l'accès aux visiteurs est limité. Un pair aidant embauché par l'hôpital qui peut fournir un soutien en personne ou encore l'accès virtuel à un pair aidant œuvrant dans la communauté peut faire beaucoup pour le patient qui doit gérer à la fois un TLUS et la COVID-19. Pour un complément

d'information sur les pairs aidants, consultez le site internet de Peer Support Canada (<https://peersupportcanada.ca/>).

5.5 ACCOMPAGNEMENT VERS LES RESSOURCES DE SOUTIEN ET DE RÉTABLISSMENT

Dans la mesure du possible, le patient doit avoir accès à des ressources de soutien et de rétablissement pour son TLUS. Ces ressources peuvent être offertes en personne (par un conseiller en dépendance à l'emploi de l'hôpital) ou virtuellement par des organismes communautaires ou encore par le biais d'un partenariat hôpital-organisme communautaire offrant un modèle hybride.

Le service des urgences et l'admission à l'hôpital sont les principaux points de contact des personnes utilisatrices de substances avec le système de santé et on ne devrait donc plus hésiter à y instaurer un traitement de la dépendance⁸¹⁻⁸³.

5.6 RECOURS AUX AIDE-SOIGNANTS ET À D'AUTRES MEMBRES DU PERSONNEL DE SOUTIEN

Certains patients pourraient avoir du mal à respecter les consignes de prévention et de contrôle des infections pour toutes sortes de raisons : problèmes de consommation non traités ou non diagnostiqués; déficit cognitif et problèmes de santé mentale. Dans le contexte des soins de courte durée, le diagnostic et la prise en charge précoces des problématiques particulières sont de la plus haute importance à plus forte raison lorsqu'il y a pandémie et que l'isolement et la prévention de l'infection sont cruciaux. La présence d'un aide-soignant ou d'un autre membre du personnel de soutien aux côtés du patient, dans la mesure où cela fait partie de son champ d'activité et qu'il porte l'ÉPI recommandé, peut être utile en particulier si le patient a fréquemment besoin d'être rappelé à l'ordre ou d'être accompagné pour sortir de l'unité.

5.7 RECOURS À LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans les cas extrêmes, les personnes infectées par la COVID-19 et incapables de respecter les consignes d'isolement pourraient être appréhendées en vertu de l'application de la *Loi sur la santé publique* provinciale, territoriale ou fédérale pertinente. La consultation et la collaboration du Médecin-Conseil en santé publique sont nécessaires. Dans tous les cas, il faudra trouver un juste équilibre entre le respect des droits individuels et le maintien de la santé et de la sécurité publique.

Si le patient doit être admis dans un établissement de soins de courte durée, on ne doit ménager aucun effort pour s'assurer que les problèmes liés à la consommation de substances sont reconnus et pris en charge.

Les personnes infectées par la COVID-19 qui sont incapables de respecter les consignes d'isolement en centre d'accueil pourraient devoir être transférées dans un établissement de soins de courte durée ou dans un autre centre disposant de mesures de soutien adéquates. En élaborant dès maintenant un protocole pour le transfert des soins et en déterminant les véhicules convenant au transport médical de personnes infectées par la COVID-19, on réduit le risque d'une transmission communautaire.

6.0 Soins de fin de vie et soins palliatifs

6.1 DÉFINITION DES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs consistent à soulager la souffrance (physique, psychologique, spirituelle et existentielle) et à promouvoir la qualité de vie chez les personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie⁸⁴. L'objectif est d'aborder les soins selon une approche holistique qui correspond aux objectifs et aux valeurs du patient. Loin d'être la chasse gardée d'une discipline donnée, les soins palliatifs représentent une approche qui peut être adoptée par tous les professionnels de la santé. Des équipes spécialisées en soins palliatifs peuvent toutefois prêter main-forte pour soulager les symptômes réfractaires et apporter des soins plus spécialisés. D'aucuns croient que les soins palliatifs devraient être considérés comme un droit humain. Or, selon des données probantes, une maladie qui limite l'espérance de vie peut en fait exacerber les inégalités particulièrement dans la frange de la population structurellement vulnérable⁸⁵. Une approche multidisciplinaire et concertée est essentielle à la prestation de soins palliatifs équitables.

6.2 CONVERSATIONS ET PLANIFICATION

Les conversations sur les objectifs de soins doivent avoir lieu à régulièrement, si possible avec un prestataire de soins qui entretient déjà un lien de confiance avec le patient. Le patient qui lutte pour sa survie et qui vit dans l'instant présent pourrait être plus réticent à avoir ce type de discussion. Des recherches montrent qu'avec une intervention appropriée, on peut arriver très souvent à obtenir des directives pour les soins médicaux futurs de la part de personnes en situation d'itinérance chronique⁸⁶.

Dans le contexte d'une maladie en phase aiguë dans un milieu de soins de courte durée, il peut être nécessaire d'amorcer la conversation sur les objectifs de soins. Là encore, il peut être très utile de faire appel à une équipe soignante qui connaît déjà le patient même virtuellement. Une collaboration et une approche sensible aux traumatismes s'imposent. Des outils comme le *Serious Illness Conversation Guide*⁸⁷ peuvent être utiles, en proposant une approche qui a été testée auprès des patients.

Un mandataire spécial sera consulté si le patient n'est pas en mesure de participer aux discussions sur les objectifs de soins. Si aucun mandataire spécial n'a été désigné et qu'il n'y a pas de contact familial établi, on pourrait devoir faire appel au Curateur public (ou un tuteur public selon les provinces/territoires), mais ce processus est long. Si on manque de temps pour faire intervenir le Curateur public, on pourrait demander l'aide d'une autre équipe (comme les soins palliatifs) ou d'un second médecin pour examiner le dossier et participer à la prise de décisions sur l'intervention médicale appropriée.

Un patient pourrait être réticent à discuter de fin de vie et à accepter des soins palliatifs en raison de ses expériences passées, de la discrimination systémique et de la perte d'êtres chers. En offrant des soins optimaux centrés sur le patient, on peut apaiser sa crainte d'être abandonné ou de recevoir des soins inadéquats. Si le patient souhaite recevoir des soins de confort, il est essentiel de connaître ses objectifs et ses valeurs.

6.3 GESTION DES SYMPTÔMES

Les symptômes prévisibles de l'infection par la COVID-19 comprennent la dyspnée (et l'anxiété qui l'accompagne), la toux, les sécrétions des voies respiratoires supérieures, la fièvre, la douleur et le délirium. Dans la mesure du possible, on optimisera le traitement de la cause sous-jacente si cela est compatible avec les objectifs de soins du patient. Il est essentiel de collaborer avec les prestataires de soins paramédicaux notamment le personnel infirmier, les aides en soins spirituels, les services de liaison culturelle, les psychologues, les travailleurs sociaux, les responsables de la prévention et du contrôle des infections, etc. Une personne ou une fonction à elle seule ne peut traiter tous les aspects de la souffrance vécue par les patients. Chez certains, la fin de vie peut susciter le désir de renouer avec ses dimensions spirituelles ou culturelles, mais ce ne sera pas le cas chez tous les patients^{88,89}. Beaucoup de symptômes sont de nature subjective d'où l'intérêt de disposer d'instruments d'évaluation comme l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, version révisée (ESAS-r), qui permet de suivre l'efficacité du traitement au fil du temps⁹⁰. Il y a lieu de dresser un bilan rigoureux de la consommation d'opioïdes chez tous les patients avant d'instaurer un TAO pour mesurer la tolérance et l'efficacité et pour orienter la posologie initiale.

6.3.1 Dyspnée

La dyspnée est un symptôme fréquent et peut être sévère en fin de vie chez les patients infectés par la COVID-19. On peut placer le patient en position assise pour accroître la ventilation maximale et réduire l'obstruction des voies respiratoires⁹¹. Les procédures suivantes représentent un haut risque de transmission de la COVID-19 pour les prestataires de soins et les membres de la famille : utilisation d'un ventilateur, administration d'oxygène à un débit supérieur à 6 L/min, utilisation d'un appareil

à pression expiratoire positive (CPAP) ou à deux niveaux de pression (BiPAP) et administration de médicaments par nébulisation⁹². Le port de l'ÉPI approprié est obligatoire conformément à la politique de l'hôpital si ces interventions sont pratiquées. Pour extuber un patient, il vaut mieux s'en tenir au protocole de l'hôpital pour réduire le risque de transmission de la COVID-19.

Les agents pharmacologiques, y compris les opioïdes, sont la pierre angulaire du traitement de la dyspnée sévère. Dans le cas des patients sous TAO, il est crucial de collaborer avec l'équipe spécialisée en médecine des toxicomanies ou avec le médecin traitant pour déterminer si l'on doit modifier le traitement pour augmenter la fréquence des doses, ajouter d'autres médicaments ou changer carrément d'opioïde. Si la dyspnée est toujours présente, on administrera des opioïdes 24 heures sur 24 et au besoin en cas d'aggravation de la dyspnée. Lors de l'instauration ou du titrage d'un opioïde, des médicaments pourraient être prescrits pour la prise en charge des effets secondaires fréquents, par exemple des antiémétiques ou des laxatifs.

La dyspnée entraîne souvent un surcroît d'anxiété qui peut être traitée dans bien des cas. S'il y a des antécédents de convulsions (convulsions liées au sevrage d'alcool) ou si le patient est plus susceptible de présenter des effets secondaires extrapyramidaux (maladie de Parkinson), les benzodiazépines sont recommandées. Compte tenu toutefois du risque de délirium, les neuroleptiques à faible dose sont souvent privilégiés. Les neuroleptiques suivants sont fréquemment prescrits, car tous peuvent être administrés par voie orale ou parentérale y compris par voie sous-cutanée : halopéridol, olanzapine et méthotriméprazine. Comme c'est le cas avec les opioïdes, on doit ajuster les doses en présence de symptômes graves; le patient aura probablement besoin de médicaments en continu ou d'une perfusion si les symptômes sont réfractaires. Par ailleurs, une dyspnée sévère pourrait nécessiter l'administration de médicaments ayant des effets sédatifs (p. ex. la méthotriméprazine) ou à délai d'action rapide (p. ex. le midazolam).

Les médicaments utilisés pour soulager les symptômes comme les opioïdes et les benzodiazépines peuvent être des éléments déclencheurs pour les personnes utilisatrices de substances⁹³. Il faut revoir l'emploi de ces médicaments dès que le patient se porte assez bien pour tenir une conversation. Par contre, si ces médicaments sont indiqués pour la maîtrise des symptômes, on ne devrait jamais s'abstenir de les administrer à un patient en fin de vie sous prétexte qu'il a des antécédents de consommation.

6.3.2 Toux

Les traitements de la toux et de la dyspnée sont très similaires. Un traitement non pharmacologique comme le repositionnement du patient peut être tenté. Pour la toux intense, des opioïdes peuvent être administrés si le patient n'est pas déjà sous opioïde ou sous TAO.

6.3.3 Sécrétions des voies respiratoires supérieures

En fin de vie, des sécrétions des voies respiratoires supérieures peuvent se produire et causer une respiration bruyante le patient étant incapable de les expectorer. Un repositionnement peut atténuer les symptômes. Les solutions parentérales pourraient contribuer à l'accumulation des sécrétions et doivent être réévaluées. Dans les derniers jours ou les dernières heures, les solutions ne changent pas le pronostic et n'ont pas besoin d'être offertes systématiquement s'il n'y a pas de symptômes de neurotoxicité due aux opioïdes (p. ex. myoclonie, hallucinations). Le glycopyrrolate peut être utile pour gérer les symptômes; en l'absence de réponse, on peut le remplacer par la scopolamine, mais celle-ci a un effet sédatif plus marqué. En plus d'épaissir les sécrétions, ces médicaments ont aussi des effets secondaires anticholinergiques qui peuvent être incommodants s'ils sont administrés trop tôt. L'aspiration trachéale profonde et l'aspiration des sécrétions des voies respiratoires en circuit ouvert sont à éviter chez les patients infectés par la COVID-19 en raison du risque d'aérolisation du virus⁹².

6.3.4 Fièvre

Si le patient est incommodé par la fièvre, on peut administrer de l'acétaminophène par voie orale ou rectale. Si le confort est l'objectif de soins et que le traitement de la fièvre est symptomatique, on peut administrer de l'acétaminophène chez les personnes affichant une hausse des enzymes hépatiques sans plus de surveillance.

6.3.5 Douleur

La douleur peut avoir un caractère multidimensionnel. On parle de « douleur totale » pour exprimer la souffrance psychologique, émotionnelle et spirituelle qui accompagne la souffrance physique. Le titrage et les changements apportés aux opioïdes doivent être effectués selon une approche collaborative pour les patients sous TAO. Comme dans le cas de la dyspnée, si la douleur est presque continuellement présente, on administrera des opioïdes 24 heures sur 24 et au besoin en cas d'aggravation de la douleur. Lors de l'instauration ou du titrage d'un opioïde, des médicaments pourraient être prescrits pour les effets secondaires fréquents, par exemple des antiémétiques ou des laxatifs.

6.3.6 Délirium

Le délirium, ou l'état confusionnel aigu, est fréquent en fin de vie et est souvent multifactoriel. L'altération de l'état mental peut nuire à l'évaluation rigoureuse des symptômes et des facteurs de risque de la COVID-19. Les examens et le traitement des causes réversibles doivent être en phase avec les objectifs de soins. Les options non pharmacologiques usuelles comme la présence de la

famille ou des amis sont compromises dans le contexte de la COVID-19. Si le délirium est épisodique et plutôt bénin, on devrait prescrire au départ des neuroleptiques au besoin, pour venir à bout de l'agitation, de la détresse et de la confusion. Dans le cas d'un délirium irréversible dû à l'évolution de la maladie sous-jacente, des neuroleptiques pourraient être nécessaires 24 heures sur 24 pour réduire l'agitation et l'anxiété. Si, après une utilisation continue, l'halopéridol perd son efficacité, on peut essayer un autre agent comme la loxapine ou la méthotriméprazine. Cette dernière molécule est souvent plus efficace pour le délirium hyperactif entraînant une agitation croissante, mais son effet sédatif est plus marqué. Le délirium irréversible, évoluant rapidement en quelques jours voire en quelques heures, est associé à un mauvais pronostic, ce qui devrait être communiqué à l'entourage du patient. Les membres de la famille et les amis doivent être bien informés et être sensibilisés sur la difficulté d'évaluer les autres symptômes en situation de délirium. Il n'est pas rare que les proches attribuent à tort les périodes de somnolence et d'hypoactivité à la dépression ou à un usage abusif de médicaments et les périodes d'agitation ou d'hyperactivité à la souffrance d'où l'importance bien les renseigner et de les reconforter. Lorsque le délirium survient en fin de vie, il est temps de faciliter dans la mesure du possible les visites des proches, des amis et des chefs spirituels.

6.4 AUTRES CONSIDÉRATIONS

6.4.1 Consultation en soins palliatifs

Si les symptômes persistent ou si l'on a besoin de conseils sur les conversations à tenir et l'orientation des soins, on peut consulter l'équipe locale de soins palliatifs.

6.4.2 Soins palliatifs dans d'autres milieux

Les soins palliatifs devraient être offerts dans tous les milieux y compris à la maison, à l'hôpital, dans les maisons de soins palliatifs, dans les établissements de soins de longue durée et dans les centres d'accueil. Le gouvernement canadien a produit un document sur les soins à apporter à une personne atteinte de la COVID-19 à la maison, applicable dans tout environnement que le patient considère comme sa maison⁹⁴. Une demande d'aide médicale à mourir ne change pas la prestation des soins palliatifs et l'aiguillage varie en fonction des régions.

6.4.3 Soutien psychologique et aide aux personnes endeuillées

Les personnes touchées par la COVID-19 et leurs proches peuvent avoir un lourd fardeau psychologique, que l'isolement et les difficultés financières ne font qu'appesantir davantage⁹⁵. La

famille et les amis qui perdent un être cher vivront un deuil, un processus humain universel. Il serait sage de diriger les amis et les proches vers des services d'aide aux personnes endeuillées. On ne peut pas présumer de la solidité des liens familiaux et c'est pourquoi l'équipe soignante devrait recueillir les coordonnées de chacun.

7.0 Autres besoins en matière de santé

En plus de reconnaître et de traiter les troubles liés à l'usage de substances et de diriger le patient vers les ressources appropriées, on peut profiter de l'hospitalisation pour répondre à d'autres besoins sociaux et sanitaires non comblés. Quatre aspects sont particulièrement pertinents dans le contexte de la COVID-19 : les problèmes de santé mentale, l'évaluation des déterminants sociaux de la santé, la prévention des infections futures par la vaccination et le dépistage de toute autre infection non traitée. D'autres champs d'intervention peuvent s'ajouter si cela est possible et approprié, comme la santé sexuelle et les besoins de contraception.

7.1 PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les personnes aux prises avec une maladie mentale peuvent être plus vulnérables à la COVID-19, plus sensibles à l'impact psychologique de la pandémie de la COVID-19 et/ou incapables d'avoir accès à leurs ressources habituelles en santé mentale⁹⁶. Il y a lieu de dépister les problèmes de santé mentale et de diriger les patients vers un traitement ou vers des ressources locales si cela est indiqué.

7.2 DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Un traitement médical efficace demande une compréhension et une évaluation des déterminants sociaux de la santé. On devrait demander à tous les patients s'ils ont un endroit sûr pour se loger, rechercher les indices de pauvreté ou déterminer si leurs sources légales de revenu sont suffisantes et vérifier s'ils sont couverts par une assurance médicaments. L'intervention à un stade précoce des travailleurs sociaux peut être capitale pour répondre aux besoins sociaux non comblés et s'assurer que les patients sont en mesure de respecter les consignes d'isolement à leur sortie de l'hôpital⁹⁷.

7.3 IMMUNISATIONS

Certaines personnes utilisatrices de substances sont à risques pour des infections évitables par la vaccination. Plusieurs vaccins pour adultes pourraient être proposés aux personnes immunodéprimées, à celles qui souffrent d'insuffisance hépatique ou de cirrhose ou qui vivent dans

un centre d'accueil. La vaccination est une stratégie hautement efficace pour réduire la morbidité et la mortalité et devrait si possible être offerte pendant une période d'hospitalisation⁹⁸.

7.4 DÉPISTAGE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Certaines personnes utilisatrices de substances sont à risques pour des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Avec le consentement du patient, on réalisera des tests de dépistage à l'hôpital afin de pouvoir, le cas échéant, amorcer le traitement et effectuer les recommandations appropriées⁹⁹.

8.0 Transfert des soins vers des prestataires œuvrant dans la communauté

8.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

On trouvera à l'**Annexe 2 : Liste de contrôle à la page 52** une liste des points à vérifier lorsque le patient reçoit son congé de l'hôpital. Au moment de la sortie, toute question relative à la prévention et au contrôle des infections doit être clarifiée. S'il y a lieu, afin de réduire le risque de discrimination et d'empêcher qu'on refuse au patient l'accès à un foyer de groupe, on pourrait lui remettre une lettre confirmant qu'il répond aux exigences légales et médicales d'isolement et qu'il n'y a pas de danger à ce qu'il réintègre son milieu de vie. De plus, si cela est indiqué sur le plan clinique, on doit s'assurer que le patient est toujours en possession de la trousse de naloxone qui lui a été fournie à son arrivée et qu'il a suffisamment de matériel stérile pour tenir jusqu'à deux semaines.

8.2 RETOUR À LA MAISON

Lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour la maison, on doit s'assurer qu'il sera en sécurité. Si le patient doit poursuivre son isolement, on vérifiera si les conditions sont réunies pour un confinement, par exemple s'il reçoit de l'aide pour obtenir les produits de première nécessité (p. ex. une personne peut lui livrer la nourriture, les médicaments, les produits de nettoyage) et s'il comprend comment il peut s'isoler en toute sécurité. Ses médicaments doivent être livrés à domicile et il faudra prévoir des rendez-vous virtuels pour le suivi jusqu'à la fin de l'auto-confinement. Si le patient doit sortir de la maison, il devra porter un masque. Il est important de vérifier s'il est couvert par une assurance médicaments et s'il reçoit une aide au revenu pour un retour sans anicroche.

Même si le patient n'est pas tenu de s'isoler, les prestataires de soins œuvrant dans la communauté pourraient faire un suivi en utilisant la télésanté ou une autre plateforme de soins virtuels. Lorsque cela est possible, on coordonnera des consultations virtuelles ou téléphoniques pour aider le patient à suivre les consignes de distanciation physique. On vérifiera si le patient a accès à un téléphone ou à un dispositif électronique et, avec son consentement, on fournira ses coordonnées aux prestataires de soins et au pharmacien.

8.3 TRANSFERT VERS UN PROGRAMME RÉSIDENTIEL DE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE

Même en période de pandémie, certains programmes résidentiels de traitement de la dépendance pourraient accueillir des patients. Si cela est possible et si le patient le souhaite, on ne devrait ménager aucun effort pour faciliter son transfert vers un programme spécialisé de traitement de la dépendance. Il est fort probable que les patients admis dans un établissement de soins de courte durée qui ont cessé de consommer et ont été traités pour le sevrage répondent aux exigences du programme (une période d'abstinence est requise dans de nombreux établissements avant l'admission). Le transfert direct de l'établissement de soins de courte durée vers le programme résidentiel réduit le risque de rechute et, donc, la nécessité de retourner en désintoxication avant l'admission au programme.

Avant le transfert du patient, il est important de vérifier les conditions d'admission du programme (y compris toute modification liée à la COVID-19) et de voir si le patient pourra poursuivre son isolement s'il y a lieu. On coordonnera avec l'équipe médicale du programme ou le prestataire de soins primaires du patient un plan pour poursuivre le traitement prescrit. Dans certains cas, les établissements exigent que la prescription soit transmise à une pharmacie en particulier pendant toute la durée du programme de traitement.

8.4 TRANSFERT VERS UN HÉBERGEMENT D'URGENCE

En réaction à la pandémie, nombreux sont les exploitants de centres d'accueil à avoir adapté leurs établissements pour répondre aux exigences de distanciation physique ou à avoir relocaliser certaines unités (p. ex. dans des hôtels, dans des centres des congrès) pour créer des unités d'isolement médical. Avec l'évolution de la pandémie, les centres d'accueil font généralement preuve de souplesse et s'adaptent aux besoins de leur clientèle. Il est important de connaître les services offerts sur place et de voir comment on peut aider les patients à recevoir les autres services dont ils ont besoin. Avant que le patient reçoive son congé de l'hôpital, l'équipe de soins de courte durée doit vérifier auprès de l'équipe de prévention et de contrôle des infections (ou de la Santé publique selon le protocole de l'hôpital) si la période d'isolement est terminée et, sinon, s'il y a des installations appropriées dans l'établissement qui accueillera le patient.

8.4.1 Centre d'accueil adapté (centre d'accueil où le patient n'aura pas à s'isoler)

Avant de donner son congé au patient, l'équipe de soins de courte durée doit vérifier si le patient est disposé à séjourner au centre d'accueil et s'il y a une place pour lui.

Dans un centre d'accueil adapté, le patient peut se présenter à la pharmacie du centre pour recevoir une dose supervisée ou pour ramasser ses médicaments. Le patient et son prestataire de soins pourraient décider d'un commun accord de recevoir des doses à emporter et/ou de réduire la fréquence des doses délivrées pour favoriser la distanciation physique. Les décisions relatives aux doses à emporter doivent être prises en collaboration avec le médecin traitant du patient. Si les doses à emporter ne conviennent pas ou si le patient n'est pas en mesure de se présenter à la pharmacie, on pourrait se tourner vers d'autres options pour maintenir l'accès aux médicaments, soit de demander à la pharmacie communautaire de livrer tous les jours les médicaments au centre d'accueil ou d'offrir un approvisionnement de plusieurs jours pourvu qu'il soit sécuritaire de le faire et que les médicaments puissent être conservés en lieu sûr. Il sera prudent de vérifier l'accessibilité à un lieu de conservation sécuritaire au centre d'accueil avant que le patient reçoive son congé.

8.4.2 Unité d'isolement médical (centre d'accueil où le patient est tenu de s'isoler)

Le parcours de soins entre l'établissement de soins de courte durée et l'unité d'isolement médical (si disponible) doit être le plus harmonieux possible. Une communication claire et une parfaite compréhension des exigences, des attentes et des services offerts à l'unité d'isolement sont essentielles pour soutenir le patient dans la transition. Les prestataires de soins de courte durée doivent être au fait des critères d'admission et d'exclusion de l'unité d'isolement médical.

Avant d'organiser le transfert du patient vers une unité d'isolement médical, il est impératif que le patient soit informé du plan. On doit expliquer au patient pourquoi il est envoyé vers une unité d'isolement médical et l'informer sur les ressources qui seront offertes sur place.

Les prestataires de soins de courte durée doivent connaître les ressources médicales sur place notamment l'accès aux soins primaires, l'accès à des prestataires de TAO et l'accès aux services de pharmacie. S'il y a des ressources médicales sur place, elles pourraient être différentes du réseau habituel du patient dans son milieu. Pour un parcours de soins harmonieux, il est important de désigner une personne qui aura la responsabilité d'informer le prestataire de soins et la pharmacie actuels du patient du transfert de soins.

Pour le transport du patient vers l'unité d'isolement médical, l'établissement de soins de courte durée doit choisir le mode de transport le plus sûr et le plus approprié. Le véhicule doit respecter

les recommandations locales sur la prévention et le contrôle des infections pour protéger à la fois le patient et le personnel. Il pourrait y avoir des variantes selon les régions et la disponibilité des ressources. Dans l'éventualité où le patient n'arrive pas à l'unité d'isolement médical, on doit avoir un plan précis sur les actions à entreprendre notamment celle de communiquer avec la Santé publique pour déterminer les mesures appropriées afin de retrouver le patient (cela pourrait dépendre de l'infection confirmée ou non par la COVID-19) et, s'il y a lieu, de réactiver les liens communautaires antérieurs du patient et les prescriptions pour le maintien du traitement.

À la sortie du patient de l'unité d'isolement, l'équipe médicale de l'unité doit remettre le patient en relation avec son réseau communautaire ou, s'il y a lieu, le diriger vers de nouveaux prestataires de soins pour une prise en charge continue.

8.5 PRESCRIPTION DU TRAITEMENT EN PRÉVISION DE LA SORTIE

L'équipe de soins de courte durée doit collaborer avec les prestataires de soins œuvrant dans la communauté pour que les soins et le traitement se poursuivent sans interruption. De plus, l'équipe devra d'emblée collaborer avec le pharmacien de l'hôpital ou le pharmacien communautaire afin de détecter en amont tout ce qui pourrait perturber la planification des soins y compris une pénurie éventuelle de médicaments et la capacité de poursuivre le traitement. Avant que le patient obtienne son congé, il est essentiel de s'assurer qu'il est couvert par une assurance médicaments. Si ce n'est pas le cas, on fera appel à un travailleur ou à une travailleuse sociale qui veillera à ce que le patient soit assuré avant sa sortie de l'hôpital.

Les prestataires de soins œuvrant dans la communauté pourraient faire un suivi auprès du patient en utilisant la télésanté ou une autre plateforme de soins virtuels. On devrait prescrire le traitement pour une durée plus longue qu'à l'habitude, car il pourrait s'écouler quelque temps avant que le patient ne reprenne contact avec son médecin traitant dans le contexte actuel. Dans toutes les ordonnances rédigées, il faut s'assurer que la date d'expiration ne tombe pas un vendredi, une fin de semaine ou un jour férié. Pour les ordonnances de transition de TAO, on inclura toute la documentation : la dose en mg et la date de la dernière dose reçue à l'hôpital; la fréquence de délivrance du médicament (chaque jour ou doses à emporter); le nom de la personne qui prendra le relais pour la prescription ainsi que les détails concernant les rendez-vous de suivi; les instructions sur le maintien des doses, sur la conduite à suivre lorsque des doses sont omises; la personne à contacter en cas d'omission de doses et si les médicaments peuvent être remis à une personne autorisée dans le cas où le patient n'est pas en mesure de les recevoir directement. Si les doses à emporter sont autorisées, on notera clairement la quantité de doses approuvées et on s'assurera que le patient peut les conserver en lieu sûr (il pourrait simplement s'agir d'un sac avec fermeture éclair à deux tirettes verrouillables

par cadenas). Le patient ne sera peut-être pas tenu de conserver ou de retourner son sac vide de doses à emporter en raison du risque de transmission de la COVID-19. Le patient, le pharmacien et le médecin traitant pourraient toutefois convenir mutuellement d'autres dispositions.

En raison de la pandémie de la COVID-19 et pour éviter une interruption des soins, Santé Canada accorde certaines exemptions pour les ordonnances de substances contrôlées en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et de ses Règlements. Ces exemptions permettent aux pharmaciens de prolonger les ordonnances et de transférer les ordonnances à d'autres pharmaciens; de faire livrer des substances contrôlées par des employés de la pharmacie au domicile des patients ou ailleurs; elles permettent enfin aux prescripteurs de donner des directives verbales pour prolonger ou renouveler une ordonnance de substances contrôlées. Voir l'[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](#) pour de plus amples renseignements sur les exemptions et leur application selon le champ d'exercice provincial/territorial.

On tiendra compte lors de la planification du transfert vers une unité d'isolement médical les services offerts dans ce centre. Si des ressources médicales sont disponibles, une ordonnance de transition pour le TAO ou d'autres médicaments ne sera peut-être pas nécessaire pourvu que l'on communique clairement et directement les consignes d'isolement pour le personnel médical chargé de la prise en charge. Si des services de pharmacie sont disponibles à l'unité d'isolement, il est essentiel de transmettre l'ordonnance de sortie à la pharmacie de l'unité d'isolement si elle diffère de la pharmacie habituelle pour la continuité des soins. Le patient pourrait devoir se présenter avec un approvisionnement de 24 h de médicaments. Tous les médicaments pourraient ne pas lui être remis lors du transfert. Dans le cas des médicaments qui ne peuvent être délivrés directement au patient, il vaut mieux les administrer dans l'établissement de soins de courte durée avant que le patient obtienne son congé. On communiquera cette information au personnel médical de l'unité d'isolement lors du transfert ou on enverra par télécopieur un exemplaire du registre d'administration des médicaments de l'hôpital.

Annexe 1 Politique sur les conflits d'intérêts

Le document *Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts du Guidelines international Network*¹ a servi de cadre à l'élaboration de la directive sur les conflits d'intérêts. Pour le guide pratique, on a demandé aux membres du comité de rédaction et aux réviseurs externes de divulguer toutes les sources de financement ainsi que toutes les sommes perçues à titre de rémunération directe et indirecte (p. ex. conflits financiers directs) depuis les cinq dernières années provenant de l'industrie, d'entreprises à but lucratif et d'autres entités qui pourraient potentiellement introduire un risque de biais réel ou perçu. Les membres du comité de rédaction et les réviseurs externes devaient aussi déclarer tout conflit d'intérêts indirect possible, 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.

Avant que l'ébauche du guide pratique ne soit diffusée aux fins de révision, deux membres du personnel de l'ICRAS-CRISM ont passé en revue de façon indépendante les formulaires de déclaration afin de déterminer qui des membres du comité de rédaction et des réviseurs externes devaient être exclus du processus en raison de relations financières actuelles ou continues (p. ex. un emploi, une consultation rémunérée, une participation à un comité consultatif, la possession d'actions, une propriété intellectuelle) auprès d'organismes industriels ou commerciaux qui, en théorie, pourraient tirer profit des recommandations contenues dans ce guide pratique. Conformément aux normes de l'Institute of Medicine relatives à l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique exemplaires et dignes de confiance pour la pratique clinique, toute personne qui entretient actuellement une relation continue avec l'industrie, reçoit une rémunération quelconque ou un soutien autre que financier de l'industrie depuis les 12 derniers mois ou qui a déjà reçu une somme considérable ou un soutien autre que financier de l'industrie (c'est-à-dire avoir reçu plus de 10 000 \$ ou une valeur équivalente totale au cours des 5 dernières années) devrait être exclue de la participation au guide pratique avant que le processus de révision ne commence. Aucun auteur ni collaborateur n'a été exclu au cours de l'évaluation préliminaire puisque personne ne répondait aux critères d'exclusion.

Résumé des divulgations

Sur les 30 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, 14 ont déclaré des conflits d'intérêts directs potentiels. De ce nombre, 10 ont déclaré un lien d'emploi ou un lien à titre de

¹ Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med.* 2015;163(7):548-553.

consultants avec des organisations comme des établissements universitaires, des hôpitaux ou des autorités sanitaires, des associations professionnelles ou des organismes de réglementation, des fondations sur le VIH/sida, des organismes communautaires ou des organismes subventionnaires fédéraux. Une seule personne (un réviseur externe) a déclaré avoir reçu, avant sa participation au guide pratique, des fonds pour la recherche de la part d'une entité commerciale (Gilead) pouvant en principe bénéficier des recommandations du guide pratique. Un seul membre du comité de rédaction détenait des intérêts commerciaux en étant copropriétaire d'une clinique médicale qui offre un traitement aux personnes utilisatrices de substances (PUS). Lors de l'évaluation des conflits d'intérêts divulgués, aucun n'a été jugé comme suffisamment pertinent pour justifier l'exclusion du comité de rédaction et réviseurs externes du guide pratique. La majorité (23, 77 %) des membres du comité de rédaction et réviseurs externes ont divulgué des sources indirectes de biais potentielles (p. ex. spécialisation en médecine des toxicomanies, membre d'un conseil consultatif ou d'un comité, participation à des programmes de soins de courte durée, à des programmes provinciaux de traitement de la toxicomanie ou à l'élaboration de lignes directrices antérieures, sujets de recherche). De ce nombre, 6 ont exprimé publiquement leur appui au traitement des PUS en milieu de soins de courte durée. Pour réduire le risque de biais tout en mettant à profit les compétences des membres dans leur champ d'expertise respectif, on a rappelé aux membres du comité de rédaction et aux réviseurs externes de tenir compte de tout facteur influent ou de toute source de biais pendant le processus d'évaluation. Les auteurs et les réviseurs qui avaient déclaré des sources potentielles de conflits d'intérêts indirects ont révisé les sections liées à leur champ d'expertise de même que le contenu global du guide pratique. Un large éventail de spécialisations cliniques et universitaires étaient ainsi adéquatement représentés.

Annexe 2 : Liste de contrôle

Liste de contrôle
Planification de l'affectation
Vérifier : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enjeux liés à la prévention et au contrôle des infections<input type="checkbox"/> Lieu de l'affectation (maison, programme de traitement de la dépendance, centre d'accueil adapté ou unité d'isolement médical)<input type="checkbox"/> Le plan d'affectation est sûr et accessible pour le patient<input type="checkbox"/> Le patient répond aux critères d'admission du lieu d'affectation (s'il y a lieu)<input type="checkbox"/> Des ressources et des services médicaux sont disponibles au lieu d'affectation
Plan de traitement continu
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Contact établi avec le prestataire de soins actuel (prestataire de soins primaires, prestataire de TAO [si différent], spécialiste) ou renvoi vers un nouveau prestataire de soins si nécessaire<input type="checkbox"/> Fixer les rendez-vous de suivi<ul style="list-style-type: none">Tenir compte des points suivants :<ul style="list-style-type: none">• Comment le prestataire de soins communautaire communique avec ses patients pendant la pandémie• Accès du patient à un dispositif électronique ou à un téléphone• Exigences d'auto-confinement<input type="checkbox"/> Vérifier les coordonnées du patient<input type="checkbox"/> Vérifier si le patient a les coordonnées des prestataires de soins locaux (clinique, pharmacie)<input type="checkbox"/> Joindre les services de proximité pour le suivi (si disponibles) afin de combler l'intervalle de temps entre la sortie de l'hôpital et le rendez-vous de suivi avec le prestataire de soins local (peuvent être offerts par des intervenants de l'hôpital, des travailleurs sociaux, la Santé publique, les organisations de pairs aidants, de soins à domicile ou d'autres organismes locaux)<input type="checkbox"/> S'assurer que l'équipe soignante du patient envoie les renseignements de sortie et l'ordonnance aux prestataires de soins appropriés<input type="checkbox"/> Fournir un masque au patient si celui-ci prévoit ne pas pouvoir respecter la distanciation physique dans la période suivant immédiatement sa sortie<input type="checkbox"/> Sensibiliser le patient aux consignes de distanciation physique, aux règles d'étiquette respiratoire et d'hygiène des mains dans la communauté
Soutien pharmacologique continu
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Prendre contact avec le prestataire de soins de la pharmacie ou diriger le patient vers une autre pharmacie s'il y a lieu<ul style="list-style-type: none">Tenir compte des points suivants :<ul style="list-style-type: none">• Y a-t-il obligation d'utiliser les services d'une pharmacie en particulier dans le lieu d'affectation?

<ul style="list-style-type: none"> • La fréquence recommandée ou requise de délivrance du médicament est-elle compatible avec les heures d'ouverture de la pharmacie? • La pharmacie offre-t-elle un service de livraison dans l'éventualité où le patient doit s'isoler après sa sortie? <p><input type="checkbox"/> Vérifier si le patient a une assurance médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier la clarté de l'ordonnance</p> <p style="padding-left: 20px;">Tenir compte des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de délivrance bien définie • Indiquer si une autre personne est autorisée à recevoir les médicaments s'il y a lieu <p><input type="checkbox"/> Vérifier tous les éléments requis de l'ordonnance du traitement par agonistes opioïdes</p> <p style="padding-left: 20px;">Tenir compte des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de délivrance du médicament clairement indiquée y compris l'approbation pour les doses à emporter (s'il y a lieu) • Indiquer si une autre personne est autorisée à recevoir les médicaments s'il y a lieu • Dernière dose en mg et date d'administration de la dernière dose à l'hôpital • Nom et coordonnées du prestataire de soins qui prendra le relais pour le traitement dans la communauté • Renseignements sur les rendez-vous de suivi • Gestion des doses omises y compris le nom de la personne à prévenir en cas d'omission <p>* S'assurer que la date d'expiration des ordonnances ne tombe pas un vendredi, une fin de semaine ou un jour férié</p>
Communication pour le suivi/la surveillance
<p>Remettre au patient une lettre de sortie confirmant que les exigences légales/médicales d'isolement sont satisfaites et qu'il peut réintégrer son milieu de vie en toute sécurité Ou encore, donner la date de fin de l'ordonnance d'isolement si le patient quitte l'hôpital pour la maison ou pour une unité d'isolement.</p> <p>En plus de la lettre de sortie, fournir les renseignements suivants (s'il y a lieu) au prestataire de soins du patient : dates de fin des antibiotiques, analyses sanguines en suspens, date prévue des injections ou des immunisations nécessaires, traitements d'une infection transmissible sexuellement fournis à l'hôpital</p>
Stabilité sociale
<p>Vérifier l'accès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pièce d'identité <input type="checkbox"/> Numéro valide de la carte d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Aide au revenu <input type="checkbox"/> Transport/capacité de faire un suivi auprès des prestataires de soins locaux
Autres exigences de sécurité
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier si le patient a une trousse de naloxone à emporter <input type="checkbox"/> Fournir le matériel stérile requis pour la consommation <p style="padding-left: 20px;">Tenir compte des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si possible, fournir un approvisionnement de deux semaines à la sortie de l'établissement de soins de courte durée • Vérifier si le patient peut se défaire en toute sécurité du matériel usagé (programme mobile d'échange de seringues, boîte communautaire, contenant pour l'élimination d'objets pointus et tranchants suffisamment grand pour un usage à domicile pendant le confinement <p><input type="checkbox"/> Fournir de l'information sur la consommation à moindre risque (voir Annexe 3 : Ressources en prévention et réduction des risques)</p>

Annexe 3 : Ressources en ligne sur le TLUS

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

Ressources de soutien clinique pour patients et prestataires

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

Cette application vise à aider la gestion 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](#)

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

[Take Home Naloxone](#)

Formation gratuite en ligne

[Toward the Heart](#)

Formation gratuite en ligne

Ressources 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](#)

Centre de ressources qui offre des informations et des ressources validées en matière de santé mentale pour les professionnels de la santé « Ressources pour le secteur des soins de 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.

[Ressources du Gouvernement du Canada sur la COVID-19 à l'attention des professionnels de la santé](#)

Annexe 4 : Trousse à outils de Santé Canada

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

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

<https://www.dropbox.com/sh/m1t608kr99i1ht3/AAAwIJUmpTvMnTxRh6vV6RaOa?dl=0>

Références

1. Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. National Report: Apparent Opioid-related Deaths in Canada (January 2016 to March 2019). [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://health-infobase.canada.ca/datalab/national-surveillance-opioid-mortality.html>
2. Canadian Institute for Health Information. Hospital Stays for Harm Caused by Substance Use [Internet]. n.d. [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Hospital+Stays+for+Harm+Caused+by+Substance+Use?desktop=true¯oName=unmigrated-wiki-markup>
3. House of Commons, Standing Committee on Health, Canada. Impacts of Methamphetamine Abuse in Canada, 42nd Parliament, 1st Session [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.ourcommons.ca/Committees/en/HESA/StudyActivity?studyActivityId=10293042>
4. United Nations Office on Drugs and Crime. Research brief: COVID-19 and the drug supply chain: From production and trafficking to use [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Disponible sur :<https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/COVID-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>
5. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Changes Related to COVID-19 in the Illegal Drug Supply and Access to Services, and Resulting Health Harms (CCENDU Alert) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.ccsa.ca/changes-related-COVID-19-illegal-drug-supply-and-access-services-and-resulting-health-harms>
6. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*. 2012 Jan;379(9810):55–70.
7. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Kerr T, Hogg RS, et al. Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help?. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2001;165(4):405–10.
8. Karamouzian M, Johnson C, Kerr T. Public health messaging and harm reduction in the time of COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):390–1.
9. Janulis P., Anthony J.C. Estimated effect of state syringe policy on source of last-used injection equipment. *Drug Alcohol Depend*. 2015;146:e147.

10. Munoz F, Burgos JL, Cuevas-Mota J, Teshale E, Garfein RS. Individual and socio-environmental factors associated with unsafe injection practices among young adult injection drug users in San Diego. *AIDS Behav.* 2015;19(1):199–210.
11. Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet.* 2009 Oct;374(9697):1284–93.
12. Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2017;92(3):299–307.
13. Bach P, Robinson S, Sutherland C, Brar R. Innovative strategies to support physical distancing among individuals with active addiction. *Lancet Psychiatry.* 2020 May.
14. Ditmore MH. When sex work and drug use overlap: Considerations for advocacy and practice - The Global State of Harm Reduction. *Harm Reduction International.* 2013:46.
15. DeBeck K, Shannon K, Wood E, Li K, Montaner J, Kerr T. Income Generating Activities of People Who Inject Drugs. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Nov 2;91(1):50–6.
16. Jaffe K, Dong H, Godefroy A, Boutang D, Hayashi K, Milloy M-JS, et al. Informal recycling, income generation and risk: Health and social harms among people who use drugs. *Int J Drug Policy.* 2018;60:40–6.
17. Maggie's. COVID-19: SW Emergency Support Fund [Internet]. n.d. [cited 2020 May 8]. Disponible sur :<https://www.maggiesto.org/covid19>
18. Public Health Agency of Canada. Vulnerable populations and COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/vulnerable-populations-COVID-19.html>
19. Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, et al. High Rates of Primary Care and Emergency Department Use Among Injection Drug Users in Vancouver. *J Public Health.* 2005 Mar 1;27(1):62–6.
20. Palepu A, Tyndall MW, Leon H, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, et al. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. 2001;6.
21. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encephale* [Internet]. 2020 Apr 2 [cited 2020 Jun 1]; Disponible sur :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7130411/>

22. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. COVID-19 and cannabis smoking and vaping: Four things you should know [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 27]. Disponible sur :https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-COVID-19-Cannabis-Smoking-and-Vaping-Report-2020-en_1.pdf
23. National Institute on Drug Abuse. COVID-19: Potential Implications for Individuals with Substance Use Disorders [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2020/04/COVID-19-potential-implications-individuals-substance-use-disorders>
24. Yale Program in Addiction Medicine. Guidance for people who use substances on COVID-19 (novel coronavirus) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://yale.app.box.com/v/COVID19HarmReductionGuidance>
25. McNeil R, Small W, Wood E, Kerr T. Hospitals as a ‘risk environment’: An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Soc Sci Med*. 2014 Mar;105:59–66.
26. Grewal HK, Ti L, Hayashi K, Dobrer S, Wood E, Kerr T. Illicit drug use in acute care settings. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34:499–502.
27. Rachlis BS, Kerr T, Montaner JS, Wood E. Harm reduction in hospitals: is it time? *Harm Reduct J*. 2009;6(1):19.
28. Szott K. Remaking hospital space: The health care practices of injection drug users in New York City. *Int J Drug Policy*. 2014 May;25(3):650–2.
29. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *Can Med Assoc J*. 2003;168(4).
30. Ti L, Milloy M-J, Buxton J, McNeil R, Dobrer S, Hayashi K, et al. Factors Associated with Leaving Hospital against Medical Advice among People Who Use Illicit Drugs in Vancouver, Canada. Gao C-Q, editor. *PLOS ONE*. 2015 Oct 28;10(10):e0141594.
31. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Guidance document on the management of substance use in acute care. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://crismprairies.ca/management-of-substance-use-in-acute-care-settings-in-alberta-guidance-document/>.
32. Government of Canada. Stigma around substance use [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/problematic-prescription-drug-use/opioids/stigma.html>

33. Carusone SC. “Maybe if I stop the drugs, then maybe they’d care?”—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduct J.* 2019;16(16):10.
34. Mendiola CK, Galetto G, Fingerhood M. An Exploration of Emergency Physicians’ Attitudes Toward Patients With Substance Use Disorder. *J Addict Med.* 2018 Apr 3;12(2):132–5.
35. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013 Jul;131(1–2):23–35.
36. Lovi R, Barr J. Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study. *Contemp Nurse.* 2009 Oct;33(2):166–78.
37. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). CAGE-AID - Stable Resource Toolkit [Internet]. [cited 2020 May 28]. Disponible sur :<https://www.integration.samhsa.gov/images/res/CAGEAID.pdf>
38. National Institute on Drug Abuse. AUDIT [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.drugabuse.gov/nidamed-medical-health-professionals/screening-tools-resources/chart-screening-tools>
39. United States Preventive Services Task Force. DAST. [Internet] [cited 2020 June 1]. Disponible sur :<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/drug-use-illicit-screening>
40. National Institute on Drug Abuse. The NIDA Quick Screen -Resource Guide: Screening for Drug Use in General Medical Settings [Internet]. [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.drugabuse.gov/publications/resource-guide-screening-drug-use-in-general-medical-settings/nida-quick-screen>
41. American Society of Addiction Medicine. Public Policy Statement on the Role of Recovery in Addiction Care [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 3]. Disponible sur :https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/2018-statement-on-role-of-recovery-in-addiction-care-806229472bc604ca5b7ff000030b21a.pdf?sfvrsn=4fba42c2_0
42. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. Trauma-informed practice guide [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. A treatment improvement protocol: Trauma-informed care in behavioral health services: Tip 57 [Internet].

2014 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>

44. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Trauma-informed Care (The Essentials of ... Series) [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.ccsa.ca/trauma-informed-care-essentials-series>
45. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma Informed Care in Medicine. *Fam Community Health*. 2015 Jul 1;38(3):216–26.
46. Strang J. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ*. 2003 May 3;326(7396):959–60.
47. Bird SM, Hutchinson SJ. Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996–99. *Addiction*. 2003;98(2):185–90.
48. Oppenheimer E, Tobutt C, Taylor C, Andrew T. Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: A 22-year follow-up study. *Addiction*. 1994;89(10):1299–308.
49. Sutherland K, Christianson JB, Leatherman S. Impact of targeted financial incentives on personal health behavior: a review of the literature. *Med Care Res Rev MCRR*. 2008 Dec;65(6 Suppl):36S-78S.
50. Petry NM. A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Feb 1;58(1–2):9–25.
51. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2020 May 11 [cited 2020 Jun 1]; Disponible sur :<https://academic.oup.com/ntr/advance-article/doi/10.1093/ntr/ntaa082/5835834>
52. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020 March 18;20:1-4.
53. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;(5):CD009329.
54. Chang P-H, Chiang C-H, Ho W-C, Wu P-Z, Tsai J-S, Guo F-R. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015 Jul 22;15:689.
55. Alfandre DJ. “I’m Going Home”: Discharges Against Medical Advice. *Mayo Clin Proc*. 2009 Mar;84(3):255–60.

56. Maldonado JR, Sher Y, Das S, Hills-Evans K, Frenklach A, Lolak S, et al. Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2015 Sep;50(5):509–18.
57. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989 Nov;84(11):1353–7.
58. Brothers TD, Bach P. Challenges in Prediction, Diagnosis, and Treatment of Alcohol Withdrawal in Medically Ill Hospitalized Patients: A Teachable Moment. *JAMA Intern Med*. 2020; 180(6):900-901.
59. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014 May 14;311(18):1889–900.
60. British Columbia Centre on Substance Use. Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 May 7]. Disponible sur :<https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/AUD-Guideline.pdf>
61. Vallance K, Stockwell T, Pauly B, Chow C, Gray E, Krysovaty B, et al. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct J*. 2016 May 9;13(1):13.
62. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Foll BL, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet].
63. Mason BJ, Crean R, Goodell V, Light JM, Quello S, Shadan F, et al. A proof-of-concept randomized controlled study of gabapentin: effects on cannabis use, withdrawal and executive function deficits in cannabis-dependent adults. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2012 Jun;37(7):1689–98.
64. Lintzeris N, Bhardwaj A, Mills L, Dunlop A, Copeland J, McGregor I, et al. Nabiximols for the Treatment of Cannabis Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2019 Jul 15;
65. Trigo JM, Soliman A, Quilty LC, Fischer B, Rehm J, Selby P, et al. Nabiximols combined with motivational enhancement/cognitive behavioral therapy for the treatment of cannabis dependence: A pilot randomized clinical trial. *PloS One*. 2018;13(1):e0190768.
66. Honey M, Cooper ZD, Bedi G, Vosburg SK, Comer SD, Foltin RW. Nabilone Decreases Marijuana Withdrawal and a Laboratory Measure of Marijuana Relapse. *Neuropsychopharmacology*. 2013 Jul;38(8):1557–65.

67. Brezing CA, Levin FR. The Current State of Pharmacological Treatments for Cannabis Use Disorder and Withdrawal. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2018 Jan;43(1):173–94.
68. Canadian Research Initiative in Substance Misuse (CRISM). National guideline for the clinical management of opioid use disorder [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-ENG.pdf
69. Brothers TD, Bonn M. Patient-centred care in opioid agonist treatment could improve outcomes. *Can Med Assoc J CMAJ Ott*. 2019 Apr 29;191(17):E460–1.
70. British Columbia Centre on Substance Use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 May 7]. Disponible sur :https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf
71. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. National injectable opioid agonist treatment for opioid use disorder clinical guideline [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Clinical_Guideline-10Sep2019-English-FINAL.pdf
72. Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-È, Poulin G, Selby P, Fischer B, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *Can Med Assoc J*. 2018 Mar 5;190(9):E247–57.
73. British Columbia Centre on Substance Use. Risk mitigation in the context of dual public health emergencies: Interim clinical guidance [Internet]. 2020. [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/04/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.5.pdf>
74. Chan B, Freeman M, Kondo K, Ayers C, Montgomery J, Paynter R, et al. Pharmacotherapy for methamphetamine/amphetamine use disorder—a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2019;114(12):2122–36.
75. McDonnell MG, Srebnik D, Angelo F, McPherson S, Lowe JM, Sugar A, et al. Randomized controlled trial of contingency management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness. *Am J Psychiatry*. 2013 Jan;170(1):94–101.
76. Abdul-Quader AS, Feelemyer J, Modi S, Stein ES, Briceno A, Semaan S, et al. Effectiveness of Structural-Level Needle/Syringe Programs to Reduce HCV and HIV Infection Among People Who Inject Drugs: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2013 Nov;17(9):2878–92.
77. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario Needle Exchange Programs: Best Practice Recommendations. 2006; 1-266.

78. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2015 Feb 1;26:S5–11.
79. Dong KA, Brouwer J, Johnston C, Hyshka E. Supervised consumption services for acute care hospital patients. *CMAJ*. 2020 May 4;192(18):E476–9.
80. Ti L, Ti L. Leaving the Hospital Against Medical Advice Among People Who Use Illicit Drugs: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2015 Oct 15;105(12):e53–9.
81. Moe J, Camargo CA, Davis RB, Jelinski S, Rowe BH. Frequent emergency department use and mortality in patients with substance and opioid use in Alberta: A population-based retrospective cohort study. *CJEM*. 2019 Apr 15;1–10.
82. Saitz R. Treatment for Opioid Addiction Must Be Offered in General Hospitals: But How? *J Addict Med*. 2019 Apr;13(2):83.
83. Braithwaite V, Nolan S. Hospital-Based Addiction Medicine Healthcare Providers: High Demand, Short Supply. *J Addict Med*. 2019;13(4):251–252.
84. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet]. World Health Organization; n.d. [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
85. Giesbrecht M, Stajduhar KI, Mollison A, Pauly B, Reimer-Kirkham S, McNeil R, et al. Hospitals, clinics, and palliative care units: Place-based experiences of formal healthcare settings by people experiencing structural vulnerability at the end-of-life. *Health Place*. 2018 Sep 1;53:43–51.
86. Leung AK, Nayyar D, Sachdeva M, Song J, Hwang SW. Chronically homeless persons' participation in an advance directive intervention: A cohort study. *Palliat Med*. 2015 Sep;29(8):746–55.
87. Ariadne Labs. Serious Illness Care | Ariadne Labs [Internet]. [cited 2020 May 29]. Disponible sur :<https://www.ariadnelabs.org/areas-of-work/serious-illness-care/>
88. Shulman C, Hudson BF, Low J, Hewett N, Daley J, Kennedy P, et al. End-of-life care for homeless people: A qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care. *Palliat Med*. 2018;32(1):36–45.
89. Hudson BF, Shulman C, Low J, Hewett N, Daley J, Davis S, et al. Challenges to discussing palliative care with people experiencing homelessness: a qualitative study. *BMJ Open*. 2017 Nov 1;7(11):e017502.

90. Watanabe SM, Nikolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Feb;41(2):456–68.
91. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in collaboration with NHS England and NHS Improvement. Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: summary of NICE guidelines. *BMJ*. 2020 Apr 20;369:m1461.
92. Hendin A, La Rivière CG, Willisroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM*. 2020 Mar 26;1–4.
93. Davis A, Prommer E, Irwin S, Hirst J. Substance Use Disorders 101 for the Palliative Care Specialist (FR417). *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb 1;55(2):602–3.
94. Government of Canada. How to care for a person with COVID-19 at home: Advice for caregivers [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/how-to-care-for-person-with-COVID-19-at-home-advice-for-caregivers.html>
95. Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2020 May 29]; Disponible sur :<https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/04/07/13993003.00815-2020>
96. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr 1;7(4):e21.
97. World Health Organization. About social determinants of health [Internet]. World Health Organization; n.d. [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
98. Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide: Part 3 - Vaccination of Specific Populations [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-3-vaccination-specific-populations.html?page=2>
99. College of Family Physicians of Canada. Preventive Care Checklist Form [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 1]. Disponible sur :https://portal.cfpc.ca/CFPC/Resources/Landing_Page/Audience/Health_Professionals.aspx

