



# Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives

## 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 :

Bruneau, J., Rehm, J., Wild, T.C., Wood, E., Sako, A., Swansburg, J. et Lam, A. *Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives : Guide pratique national*. Montréal, Québec : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. 15 mai 2020. 52 p. Version 1.

### Version 1, 15 mai, 2020

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

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

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

### À propos du présent document

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

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

- Soins intensifs
- Stratégies d'auto-confinement pour personnes consommatrices de drogues

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

## Membres du comité de rédaction et réviseurs externes

### ***Colombie-Britannique***

Evan Wood, MD, PhD, FRCPC; Nominated Principal Investigator, 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

Scott Harrison RN, BScN, MA, CCHN(C); Program Director Urban Health, Indigenous Health, Substance Use, Providence Health Care - St Paul's Hospital; Adjunct Professor of Nursing, University of British Columbia

Andrea Ryan MD, CCFP (AM), Dip.ISAM; Medical Director Addiction Medicine, Providence Health Care – St. Paul's Hospital; Clinical Instructor, Department of Family Medicine, University of British Columbia

### ***Prairies***

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

S. Monty Ghosh MD MSc MBT FRCPC ISAM CCSAM, Assistant Clinical Professor, Department of General Internal Medicine and Neurology, University of Alberta. Department of Medicine and Psychiatry, University of Calgary

Peter R. Butt, MD, CCFP, FCFP; Associate Professor, Department of Family Medicine, College of Medicine, University of Saskatchewan

## **Ontario**

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

Allison Crawford, MD, PhD; Associate Chief of Virtual Mental Health and Outreach, and Clinician Scientist, Centre for Addiction and Mental Health; and Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto

## **Québec-Atlantique**

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

Selene Etches, MD, FRCPC; Division of Child and Adolescent Psychiatry, IWK Health Centre; Assistant Professor, Dalhousie University

Bruce Hollett, MD; Division Head, Family Medicine, Chronic Pain and Addictions, Geriatric Medicine, Waterford Hospital; Assistant Professor, Family Medicine and Psychiatry, Memorial University of Newfoundland and Labrador

Amanda Hudson, PhD; Provincial Program Lead, Health PEI, Mental Health and Addictions; Adjunct Professor, UPEI, Department of Health Management

Alice Lam, MA; Agente de recherche senior et Node EHT Projects Coordinator, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Québec Atlantique

Stéphanie Marsan MD, CCFP (AM), FCFP; Addiction Medicine Service, Department of General Medicine, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); Program Director - Enhanced Skills in Addiction medicine, Clinical Assistant Professor, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Jean-François Mary, Directeur général de CACTUS Montréal

Manon Poirier, MD; Inspector, Practice Enhancement Division, Collège des médecins du Québec, membre du groupe de travail sur la télémédecine

Jessica Roper MSW, RSW; Thérapeute clinicienne, Eskasoni Mental Health Services

Aïssata Sako, MSc; Chargée du programme de recherche, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Québec Atlantique

Jennifer Swansburg, BCom, BSc; Coordonnatrice de l'Atlantique, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances – pôle Québec Atlantique

Natasha Touesnard; Directrice générale, Canadian Association of People who Use Drugs (CAPUD)

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

## Remerciements

Le comité de rédaction remercie : Peter Butt, Allison Crawford, Selene Etches, S. Monty Ghosh, Scott Harrison, Bruce Hollett, Amanda Hudson, Stéphanie Marsan, Jean-François Mary, Manon Poirier, Jessica Roper, Andrea Ryan et Natasha Touesnard. Le comité tient à souligner la contribution au travail de recherche littéraire, de rédaction et planification d'écriture de : Alice Lam, Valeria Saavedra, Aïssata Sako et Jennifer Swansburg. Le comité reconnaît aussi la contribution de Valeria Saavedra aux travaux de graphisme, et celle de Dr. Sherry Stewart au processus de révision dans les provinces de l'Atlantique. Le comité souhaite souligner le soutien au processus d'élaboration de ce guide pratique de Denise Adams, Fariyah Ali, et Nirupa Goel. Le travail de traduction et de révision du manuscrit en français a été réalisé par Gina Lepage, Anabel Martín Kaigle et Aïssata Sako.

## Avertissement aux prestataires de soins de santé

Les recommandations contenues dans ce guide représentent l'avis des membres du comité de rédaction et des réviseurs externes. Cet avis est fondé sur l'examen attentif des faits scientifiques et des écrits disponibles 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 des patients atteints de troubles liés à l'usage d'opioïdes, tout en respectant les valeurs et les principes fondamentaux de compassion, bienfaisance, non-malfaisance, respect des personnes, justice et responsabilité décrits dans le code de déontologie de l'Association médicale canadienne. Il est aussi attendu des professionnels de la santé qu'ils respectent les normes de pratique clinique exemplaire requises telles que définies par les organismes de réglementation régionaux et locaux de leurs territoires respectifs. 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.

La pandémie de la COVID-19 nous oblige à trouver des moyens alternatifs de faciliter l'accès aux soins de santé. Le présent document veut apporter un éclairage sur le rôle grandissant que la télémédecine est appelée à jouer dans ce contexte particulier. Ce guide pratique ne peut pas remplacer l'avis ni le discernement professionnel d'un prestataire de soins de santé. 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.

## Conflit d'intérêts

Conformément aux principes de divulgation et de gestion des conflits d'intérêts du *Guidelines International Network*<sup>1</sup>, 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 les états professionnels ou publics, susceptibles d'avoir une incidence sur l'interprétation des données probantes et sur la formulation des recommandations. Signalons que parmi les membres du comité de rédaction et les réviseurs externes, trois sont des membres du personnel de l'ICRAS-CRISM.

Aucun membre du comité de rédaction ni réviseur externe n'a été exclu en raison de conflit d'intérêts financiers directs. Sur les 19 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, un seul a déclaré avoir reçu, avant sa participation au guide pratique, une somme d'une entité commerciale (Indivior inc.) pouvant en principe bénéficier des recommandations du guide pratique. Six membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont reconnu qu'ils sont appelés à administrer un agoniste opioïde à des patients dans l'exercice de leurs fonctions. Huit membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont déclaré qu'ils étaient amenés à faciliter la prestation de programmes de traitement par un agoniste opioïde (TAO) dans le cadre de leur travail. Sept membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont déclaré qu'ils étaient appelés à élaborer des pratiques de TAO au sein de

leur organisation respective dans le cadre de leur travail. Deux membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont déclaré qu'ils étaient appelés à élaborer des pratiques de télémédecine au sein de leur organisation respective dans le cadre de leur travail. Deux membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont confirmé avoir exprimé publiquement l'importance de prendre des mesures pour élargir la TAO ou favoriser un approvisionnement sécuritaire en général dans le contexte de la COVID-19. Le soutien financier ou l'aide à la recherche reçue d'organismes ou d'institutions sans but lucratif n'a pas été considéré comme un conflit d'intérêts direct. Lors de l'évaluation des conflits d'intérêts divulgués, aucun n'a été jugé comme suffisamment pertinent pour justifier l'exclusion de l'élaboration du guide pratique. **L'Annexe 1 à la page 32** présente des renseignements supplémentaires relatifs à la politique sur les conflits d'intérêts.



# TABLE DES MATIÈRES

1.0 PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE NATIONAL .....	11
2.0 OBJECTIF ET PORTÉE .....	12
2.1 Public cible.....	12
2.2 Élaboration.....	13
2.3 Définition de la télémédecine .....	13
3.0 TABLEAU 1 : SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS POUR LA TÉLÉMÉDECINE ..	14
4.0 TÉLÉMÉDECINE .....	16
4.1 Prestataires de télémédecine .....	16
4.2 Quand utiliser la télémédecine.....	16
4.3 Outils, plateformes, confidentialité et sécurité .....	17
4.4 Identification du prestataire de soins et du patient .....	17
4.5 Consentement du patient.....	18
4.6 Tenue des dossiers.....	18
5.0 TÉLÉMÉDECINE ET LA COVID-19 .....	19
6.0 ASSOUPPLISSEMENT DES RÈGLES DE PRESCRIPTION DURANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 .....	20
6.1 Benzodiazépines et psychostimulants .....	20
6.2 Opioïdes.....	20
7.0 TRAITEMENT PAR AGONISTE OPIOÏDE ET TÉLÉMÉDECINE DURANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19.....	22
7.1 Renouvellement de l'ordonnance et réinduction .....	22
7.2 Début du TAO .....	23
7.3 Évaluation clinique de la pertinence des privilèges .....	24
7.4 Doses supervisées .....	25
7.5 Buprénorphine/naloxone .....	25
7.6 Méthadone .....	26
7.6.1 Nouveaux traitements par la méthadone.....	27
7.6.2 Reprise de la méthadone .....	27
7.7 Morphine orale à libération prolongée .....	27
7.8 Omission des doses.....	28
7.9 Sécurité et conservation des doses .....	28
7.10 Communication.....	28
8.0 RÔLE ÉLARGI DES PHARMACIENS.....	29
8.1 Prescriptions non pharmacologiques/demandes de consultation .....	29
8.2 Prescriptions pharmacologiques .....	29
8.3 Livraison par la pharmacie .....	30

9.0 RESSOURCES POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES PATIENTS.....	31
9.1 Consultation pour les patients.....	31
ANNEXE 1 : POLITIQUE SUR LES CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	32
ANNEXE 2 : TERMES DE RECHERCHE.....	34
ANNEXE 3 : TABLEAUX .....	35
ANNEXE 4 : RESSOURCES EN LIGNE SUR LE TLUO.....	45
ANNEXE 5 : TROUSSE D'OUTILS DE SANTÉ CANADA.....	48
RÉFÉRENCES.....	49

# 1.0 Principes du guide pratique national

- Le présent guide pratique ne remplace pas l'expérience clinique ni les compétences en prise de décisions du prestataire de soins.
- Lorsque la télémédecine est utilisée en traitement des toxicomanies, les cliniciens et cliniciennes et leurs équipes devraient utiliser les mêmes normes de pratique que pour les services en personne. L'évaluation et la prise en charge clinique de conditions de santé physique, mentale et autres problèmes liés à l'usage de drogues devraient être prioritaires. La prévention, la réduction des risques et autres informations ou consultations médicales pertinentes devraient être offertes.
- Le consentement du patient doit être obtenu et documenté lors de la consultation par télémédecine, et les cliniciens devraient mentionner les limites de la télémédecine (p. ex. examen physique limité, limites au niveau du son, de l'image, et failles de sécurité).
- Les cliniciens et les cliniciennes et leurs équipes utilisant la téléconsultation devraient suivre les mêmes directives de documentation que lors d'une consultation habituelle en personne.

Les principes suivants portent plus précisément sur le traitement par un agoniste opioïde (TAO) :

- Au moment de prescrire toute substance psychoactive, particulièrement de la méthadone et de la morphine orale à libération prolongée, les médecins devraient évaluer et documenter les problèmes de sécurité, ainsi que les mesures prises, conformément aux lignes directrices sur la prise en charge clinique des troubles liés à l'usage d'opioïdes (TLUO).
- Les médecins traitants doivent faire preuve de jugement clinique pour déterminer la pertinence des privilèges pour un patient sous TAO. Les privilèges exceptionnels (au-delà du maximum de jours permis dans les lignes directrices) peuvent être offerts pendant la pandémie actuelle compte tenu des circonstances et doivent être adéquatement justifiés et réévalués régulièrement.
- Les professionnels de la santé devraient étudier des mesures alternatives pour confirmer la dose prise telles que des suivis virtuels ou des méthodes observationnelles.
- La conservation sécuritaire et les risques associés aux privilèges, selon les lignes directrices sur la prise en charge clinique des TLUO, devraient être discutés et documentés. Les professionnels de la santé et les patients devraient s'entendre sur un mode sécuritaire de conserver les privilèges.

## 2.0 Objectif et portée

La gravité et la propagation rapide de la maladie causée par le SRAS-CoV-2 ont mis sur un pied d'alerte les autorités de santé publique partout dans le monde. Le nouveau coronavirus a causé une éclosion d'infections respiratoires au Canada depuis sa découverte en décembre 2019. Dans la majorité des cas, les symptômes sont légers ou modérés comme la fièvre et la toux. Les personnes utilisatrices de drogues, quant à elles, ont des vulnérabilités particulières qui les exposent à un risque d'acquisition ou de transmission du SRAS-CoV-2 dont un logement précaire et une consommation active (deux freins à la distanciation physique) et des comorbidités (p. ex. MPOC, VIH+). En clair, les personnes utilisatrices de drogues peuvent être prédisposées à une infection grave exigeant une plus grande utilisation des ressources de santé et pouvant mettre leur vie en danger.

La pandémie de la COVID-19 incite les ordres professionnels et les administrations provinciales et territoriales à reconnaître et à clarifier le rôle de la télémédecine comme voie d'accès aux soins de santé en période de confinement. Or, les lignes directrices existantes sur la télémédecine sont plutôt limitées et ne répondent pas à notre questionnement : comment soutenir efficacement les patients ayant besoin de services de soins de santé pour leur TLUO et comment leur assurer un accès aux soins?

Ce guide pratique vise à soutenir les prestataires de soins et services en médecine des toxicomanies qui souhaitent utiliser la téléconsultation pendant la pandémie de COVID-19. Notre objectif est de proposer des indications générales sur la télémédecine appliquée au TAO et à d'autres traitements pharmacologiques de la dépendance. L'utilisation de la télémédecine pour des approches non pharmacologiques n'est pas abordée ici. Par ailleurs, les populations particulières ou certaines conditions comme un trouble de santé mentale coexistant, une grossesse ou la consommation dans d'autres populations débordent du cadre du présent document.

---

### 2.1 PUBLIC CIBLE

Ce guide pratique s'adresse aux prestataires de soins et aux pharmaciens. Les principes directeurs qu'il contient peuvent aussi présenter un intérêt pour les décideurs, les autorités de santé publique, les représentants et représentantes des patients et d'autres intervenants en médecine des toxicomanies.

---

## 2.2 ÉLABORATION

Nous avons effectué une recension des écrits en nous concentrant sur les pratiques généralement préconisées pour favoriser l'accès à la télémédecine dans le TAO. Ce guide pratique a ensuite été révisé par les membres du comité de rédaction ainsi que par des réviseurs externes dont certains sont des médecins qui prescrivent le TAO ayant participé au développement et à l'intégration de la télémédecine dans leur institution respective. Les termes de recherche utilisés (voir **Annexe 2 : Termes de recherche à la page 34**) nous ont permis de dégager des données probantes pertinentes pour des régions où l'utilisation de la télémédecine dans le TLUO ou le TAO est bien implantée (voir **Annexe 3 : Tableaux à la page 35**). Ces régions sont : l'Ontario, le Québec, l'Australie, le Royaume-Uni, la France de même que les services de télémédecine fournis sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les recommandations retenues se fondent sur les bonnes pratiques généralement admises d'après la revue de la littérature effectuée et les lignes directrices existantes (« Bonne pratique » au **Tableau 1**). Les principes énoncés sont tirés des principes couramment mis de l'avant par les experts et mis en évidence dans le guide pratique (« Consensus » au **Tableau 1**).

Un comité indépendant de rédaction et de réviseurs externes rassemblant à la fois des experts et des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation active dans chacun des différentes régions du Canada (n = 19) a été mis sur pied pour rédiger et réviser dans ce guide pratique. Après plusieurs communications téléphoniques, échanges de courriels et des révisions successives du document, les membres du comité sont arrivés à un consensus. Il y a eu deux cycles de révision (du 4 au 12 mai 2020) de ce guide pratique et des documents complémentaires ainsi qu'une téléconférence réunissant les réviseurs (8 mai 2020).

Les commentaires ont été colligés et intégrés dans la version 1 du guide pratique révisé.

---

## 2.3 DÉFINITION DE LA TÉLÉMÉDECINE

Il existe de nombreux termes utilisés pour désigner l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans la prestation des soins. Aux fins des recommandations qui suivent, nous avons choisi d'utiliser le terme « télémédecine » qui nous semble se prêter le mieux au contexte du présent rapport. Cette décision repose sur la définition de « télémédecine » qu'en donne la Fédération des ordres des médecins du Canada : un service médical offert à distance à l'aide des technologies de l'information et des communications<sup>2</sup>. Même si nous ne faisons pas de distinction ici entre les différentes formes de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance et téléassistance)<sup>3</sup>, les prestataires de soins se doivent de respecter la réglementation et les lignes directrices qui prévalent dans leur région respective.

# 3.0 Tableau 1 : Sommaire des recommandations pour la télémédecine

RECOMMANDATION	BONNE PRATIQUE / CONSENSUS	NOMBRE DE SOURCES
<b>Télémédecine en médecine générale</b>		
1. Si le ou la prestataire de soins juge que la téléconsultation est pertinente, s'il ou elle obtient le consentement éclairé du patient et si le ou la prestataire, comme le ou la patiente, dispose des outils technologiques appropriés, la télémédecine peut être exercée. On doit soupeser les risques et les bénéfices liés à la prestation de soins à distance comparativement à la prestation de soins en personne <sup>2-7, 10-14</sup> .	Bonne pratique	11
2. Les outils (téléphone et vidéoconférence), les plateformes et les données utilisés pendant l'exercice de la télémédecine doivent être sécurisés et doivent préserver la confidentialité de la consultation. On peut obtenir un consentement verbal du patient à moins qu'un consentement écrit soit exigé lors de l'utilisation initiale de l'outil ou de la plateforme <sup>3,4,6,7,11-13,15</sup> .	Bonne pratique	8
3. Le ou la patiente doit s'identifier à chaque consultation de télémédecine en mentionnant son nom et en fournissant au moins l'un des renseignements suivants : date de naissance, adresse, numéro d'assurance maladie ou encore une autre preuve valable d'identité (qui peut aussi être affichée à l'écran). Réciproquement, le ou la prestataire de soins doit s'identifier comme il ou elle le ferait normalement et doit indiquer la raison de la consultation en télémédecine et sa façon de procéder <sup>3,4,7,10,12</sup> .	Bonne pratique	5
<b>Utilisation de la télémédecine en temps de pandémie</b>		
4. Pendant une pandémie, il est recommandé que les prestataires de soins envisagent systématiquement la télémédecine, lorsque cela est possible évidemment. Une évaluation au cas par cas de la pertinence de recourir à la télémédecine est à faire <sup>4-7,9-13,16</sup> .  Les ordonnances seront transmises verbalement, par voie électronique, par télécopieur ou par le dossier médical électronique (DME) sécurisé du patient. On veut ainsi protéger les pharmaciens, les patients et les employés de la pharmacie contre le risque de transmission de la COVID-19 en espaçant les visites en pharmacie <sup>4-7,9-13,16</sup> .	Bonne pratique	10
<b>Utilisation de la télémédecine pour offrir le TAO pendant la COVID-19</b>		
5. La reprise ou la réinduction du TAO est autorisée en télémédecine conformément aux normes de soins. Le TAO peut être amorcé en télémédecine lorsque le professionnel de la santé estime qu'un retard de traitement pose un risque pour le patient et lorsque les conditions sont appropriées. Tous les patients devraient obtenir une trousse de naloxone à emporter. Des renseignements et une formation sur l'utilisation de la trousse et sur les stratégies de réduction des méfaits doivent être prodigués aux patients et à son réseau de soutien <sup>4-7,17,18</sup> .	Consensus	6

RECOMMANDATION	BONNE PRATIQUE / CONSENSUS	NOMBRE DE SOURCES
6. Les prestataires de soins doivent offrir un soutien accru aux patients à l'aide des nouvelles technologies et doivent communiquer avec eux ouvertement et régulièrement. On proposera des ressources en ligne aux patients et des services de consultation devraient être offerts par téléphone ou sur d'autres plateformes <sup>4,5,7,17,19</sup> .	Consensus	5
7. Le service de livraison de la pharmacie, si celui-ci est offert, est à utiliser; des personnes désignées/autorisées pourraient être chargées de la collecte ou de la réception des médicaments. Les patients doivent pouvoir les conserver en lieu sûr (une boîte fermée à clé) ou dans un logement sécuritaire. La communication virtuelle et d'autres méthodes d'observation sûres doivent être utilisées si possible pour superviser l'administration des doses <sup>5-8,17</sup> .	Consensus	5

# 4.0 Télémédecine

Grâce aux progrès récents des technologies de l'information et de la communication (TIC), les prestataires de soins peuvent aujourd'hui exercer la médecine à distance et fournir des services médicaux là où il était auparavant impossible de le faire. Cela dit, l'utilisation de la télémédecine augmente le risque pour le ou la professionnelle de la santé d'enfreindre ses obligations déontologiques, dont celle de préserver le secret professionnel. C'est pourquoi il est crucial d'exercer la télémédecine conformément aux lignes directrices en cours dans chaque province ou territoire afin de protéger les patients et les clients desservis.

---

## 4.1 PRESTATAIRES DE TÉLÉMÉDECINE

Le ou la prestataire de soins qui exerce la télémédecine doit observer les normes ou les politiques applicables dans sa région. Dans certaines provinces canadiennes, un permis est obligatoire pour exercer la télémédecine.

Les prestataires de soins qui effectuent des téléconsultations auprès de patients vivant à l'extérieur de leur région doivent respecter les lois et règlements du territoire où se trouve le ou la patiente en plus de suivre les directives et les politiques qui prévalent dans leur propre juridiction. On s'abstiendra d'exercer la télémédecine dans des circonstances ou dans un contexte où la qualité des services risque d'être compromise.

---

## 4.2 QUAND UTILISER LA TÉLÉMÉDECINE

Les prestataires de soins doivent faire preuve de discernement pour déterminer si un patient est apte à recevoir des soins à distance. Ils doivent soupeser les risques et les bénéfices associés aux soins donnés en télémédecine versus les soins donnés en personne. Le ou la prestataire de soins, tout comme le ou la patiente, doit disposer des moyens technologiques nécessaires à la télémédecine.

En situation de pandémie, le ou la prestataire de soins ne doit pas perdre de vue les mesures de prévention des infections et doit tenir compte du risque de contamination que pourrait poser une visite du patient à la clinique, à l'hôpital ou à la pharmacie. Après avoir mesuré les risques, le ou la prestataire de soins pourra, s'il le juge approprié, voir un nouveau patient en téléconsultation.

Il est, bien sûr, préférable qu'un ou une patiente soit vu par son médecin traitant, mais en temps de pandémie, rien ne s'oppose à ce que la téléconsultation soit menée par un autre médecin<sup>4</sup>.



---

## 4.3 OUTILS, PLATEFORMES, CONFIDENTIALITÉ ET SÉCURITÉ

Tous les outils (téléphone et vidéoconférence) et plateformes utilisés en télémédecine doivent être sécurisés; la confidentialité et le secret professionnel doivent être préservés lors des consultations médicales et des discussions avec le patient. Il revient au professionnel de la santé de soupeser les risques et les bénéfices liés à l'utilisation des technologies de l'information et des communications en télémédecine.

Exemples de plateformes qui peuvent être utilisées pour une téléconsultation :

- celles déjà intégrées dans les dossiers médicaux électroniques (DME) sécurisés;
- celles utilisées par les établissements du réseau qui offrent un programme de télémédecine; et
- les lignes téléphoniques sécurisées ou les numéros directs sans frais d'appel (numéros 1-800) et les messages texte sécurisés.

Pour protéger le secret professionnel et assurer la confidentialité de l'information, il faut tenir compte du lieu physique où se trouvent les ou les prestataires de soins et le ou la patiente pendant la téléconsultation. Le prestataire de soins doit exercer la télémédecine dans une pièce fermée et tranquille, soit dans un bureau à domicile ou dans un établissement de santé. De son côté, le patient doit pouvoir confirmer que son environnement est propice à l'échange d'informations confidentielles. Les prestataires de soins qui travaillent à partir de la maison doivent traiter adéquatement et conserver le dossier de leurs patients en lieu sûr.

---

## 4.4 IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE DE SOINS ET DU PATIENT

Toute consultation devrait débuter par l'identification du prestataire de soins (nom, titre, certification professionnelle, numéro de permis d'exercice, et s'il y a lieu les coordonnées pertinentes). Le ou la prestataire de soins demandera ensuite au patient de faire de même et de donner son nom, sa date de naissance, son adresse et sa province. Par précaution, le ou la clinicienne peut aussi demander au patient d'afficher sa carte d'assurance maladie à l'écran.

---

## 4.5 CONSENTEMENT DU PATIENT

Le ou la prestataire de soins doit obtenir le consentement du patient au début de la téléconsultation. Le patient doit comprendre les limites de la télémédecine et confirmer que le lieu de la téléconsultation se prête à l'échange d'informations confidentielles. Le ou la prestataire de soins doit l'informer de toutes les limites possibles de la technologie, comme les limites au niveau du son ou de l'image et les failles de sécurité ainsi que les limites de la consultation médicale (pas d'examen physique, par exemple)<sup>4</sup>. Le consentement verbal ou écrit doit être documenté dans le dossier médical du patient<sup>20</sup>.

---

## 4.6 TENUE DES DOSSIERS

Le ou la prestataire de soins doit ajouter ses notes au dossier médical du patient dès que possible et a l'obligation, comme lors d'une consultation ordinaire, de tenir et de conserver le dossier de son patient. Il devra préciser dans ses notes :

- les moyens technologiques utilisés;
- la façon dont l'identité a été établie; et
- le lieu où se trouve le patient lors de la téléconsultation (province et pays).

Le ou la prestataire de soins qui effectue de la télémédecine doit avoir accès au DME du patient et doit y ajouter ses notes à la fin de la rencontre.

En période de pandémie, si un prestataire de soins n'a pas accès au DME, ou s'il utilise des dossiers papier, il devra ajouter ses notes au dossier médical dès que possible en s'assurant de préserver la confidentialité des données. Le prestataire de soins a la responsabilité de conserver ses notes en lieu sûr et d'en assurer l'intégrité et la confidentialité. Une fois que les notes ont été ajoutées au dossier du patient, toutes les autres copies devront être détruites de manière sécuritaire.

## 5.0 Télémédecine et la COVID-19

Lorsque cela est possible, il est vivement conseillé de recourir à la télémédecine pendant la pandémie de la COVID-19 à moins, bien sûr, qu'un examen physique ou un test nécessitant la présence du patient soit requis.

Le ou la prestataire de soins déterminera si des services en téléconsultation sont indiqués en tenant compte des besoins de chaque patient et des risques de contamination que pose une visite à la clinique, à l'hôpital ou à la pharmacie.

Il faut garder à l'esprit que les patients n'ont plus accès aux réunions, aux groupes d'entraide ou aux consultations et que, dans ce contexte, les évaluations peuvent leur apporter beaucoup. Quant aux visites en clinique, le prestataire de soins exercera son jugement clinique pour en établir la fréquence<sup>5</sup>.

Même si nous ne faisons qu'effleurer ici la question des téléconsultations, mentionnons que l'évaluation et la prise en charge clinique de problèmes de santé physique ou mentale ou d'autres problèmes liés à l'usage de drogues devraient être prioritaires. La prévention, la réduction des méfaits et d'autres informations ou consultations médicales pertinentes devraient être offertes. On devrait aussi utiliser la télémédecine pour vérifier l'état de santé mentale du patient, souvent affecté par d'autres troubles concomitants, d'autant plus que la pandémie a pour conséquence d'exacerber les problèmes de santé mentale.

Les prochaines sections traitent de la télémédecine sous l'angle de la pharmacothérapie.

# 6.0 Assouplissement des règles de prescription durant la pandémie de la COVID-19

Les patients qui doivent être traités en médecine des toxicomanies ont souvent besoin de médicaments pour leur trouble de consommation et notamment de médicaments psychoactifs, qui peuvent être prescrits en téléconsultation.

---

## 6.1 BENZODIAZÉPINES ET PSYCHOSTIMULANTS

Si son ordre professionnel ne s’y oppose pas, le ou la prestataire de soins peut prescrire en télémédecine des benzodiazépines ou des psychostimulants à un patient qu’il a déjà traité auparavant à condition qu’il assure un suivi approprié et régulier soit en personne soit à distance (p. ex. prise du poids et mesure de la tension artérielle lors de la prescription d’un psychostimulant)<sup>4</sup>.

Pour un nouveau ou une nouvelle patiente, la prescription de benzodiazépines ou de psychostimulants est permise en télémédecine si le prestataire de soins juge que le traitement est indiqué médicalement et que retarder le traitement pose un risque pour le ou la patiente. Le tout doit être documenté dans le dossier du patient conformément aux directives et normes provinciales. On ne saurait trop insister sur l’importance pour le prestataire de soins d’assurer un suivi approprié et régulier, soit en personne, soit à distance.

Dans tous les cas, la quantité prescrite doit être sécuritaire et tenir compte de l’état du patient et des risques associés. Au moment de prescrire toute substance psychoactive, le professionnel de la santé doit documenter les problèmes de sécurité et les mesures prises.

Si le patient est habituellement pris en charge par un médecin traitant ou un médecin de famille, on doit communiquer adéquatement avec ce dernier pour l’informer de ce qui a été prescrit et pourquoi.

---

## 6.2 OPIOÏDES

Une ordonnance d’opioïdes peut être renouvelée à la suite d’une téléconsultation et selon le jugement professionnel du clinicien si celui-ci :

- est le médecin traitant du patient;
- n'est pas le médecin traitant, mais a accès au dossier médical du patient conservé par le médecin traitant; ou
- n'est pas le médecin traitant du patient, mais a accès à son dossier médical et peut retracer l'historique des ordonnances<sup>4</sup>.

La quantité prescrite d'opioïdes doit être sécuritaire (dans l'intérêt du patient et de la population) et être documentée; la prescription doit s'accompagner d'un suivi approprié et régulier, soit en personne soit à distance.

Pour le renouvellement d'une ordonnance d'opioïdes ou pour une nouvelle ordonnance d'opioïdes en l'absence du dossier médical du patient, le médecin peut prescrire uniquement si la situation clinique le justifie et conformément aux lignes directrices de son collègue provincial. La prescription d'opioïdes dans le contexte du TLUO est traitée en détail dans la prochaine section. Le cas échéant, on informera le médecin traitant habituel du patient ou son médecin de famille du renouvellement ou d'un changement de l'ordonnance.

# 7.0 Traitement par agoniste opioïde et télémédecine durant la pandémie de la COVID-19

Durant la pandémie de la COVID-19, il est essentiel que les patients continuent d'avoir un accès sécuritaire au traitement par agonistes opioïdes (TAO) pour leur trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO). Signalons que les directives qui suivent ne remplacent pas l'expérience clinique ni les compétences en prise de décision du prestataire de soins.

Les prestataires de soins devraient envisager la télémédecine pour la prise en charge des patients ayant un TLUO. Leur décision de recourir ou non à la télémédecine dépendra des besoins de chaque patient et est dictée par toutes sortes d'impératifs : stabilité, sécurité, conservation des doses, risques de surdose, de détournement, d'écarts ou de rechutes. Les nouveaux dangers associés à la COVID-19 et les recommandations de la Santé publique sur la distanciation physique sont également à considérer<sup>5</sup>. Les prestataires de soins doivent être prêts à communiquer ouvertement et régulièrement avec les patients. S'il n'est pas possible de fournir des soins à distance, peut-être serait-il plus approprié de poursuivre la prise en charge en personne. Si la consultation doit avoir lieu en clinique, les mesures de lutte contre la pandémie prescrites par l'ordre professionnel, par le Collège des médecins ou par le ministère de la Santé doivent être scrupuleusement suivies.

Tout le processus décisionnel y compris les écarts, s'il y a lieu, sera à consigner par rapport au présent guide pratique ou aux lignes directrices en vigueur et on ajoutera une note au dossier du patient pour justifier les décisions cliniques.

---

## 7.1 RENOUELEMENT DE L'ORDONNANCE ET RÉINDUCTION

Le renouvellement d'une ordonnance ou la réinduction du TAO est possible lors de la téléconsultation si le prestataire de soins peut vérifier l'histoire médicamenteuse du patient dans son dossier médical s'il juge que l'état de santé du patient le justifie et que le traitement antérieur a été bien toléré (après consultation avec le pharmacien ou la pharmacienne).

---

## 7.2 DÉBUT DU TAO

On peut amorcer le TAO en téléconsultation uniquement lorsque le prestataire de soins estime qu'un retard dans le début du traitement entraînerait un risque pour le patient.

Conditions nécessaires pour initier un TAO en télémédecine :

- Le ou la médecin détient les éléments nécessaires pour poser un diagnostic ou un diagnostic différentiel pertinent conformément aux directives et aux normes du Collège.
- Le médecin a obtenu toutes les informations pertinentes à l'anamnèse (histoire médicale), et une évaluation mentale adaptée à la situation a été réalisée.
- Le médecin juge qu'un examen physique n'est pas nécessaire ou qu'il pourrait être effectué ultérieurement, en temps opportun. Un examen réalisé par un ou une infirmière peut remplacer celui du médecin si ce dernier croit que l'ensemble des tests qu'elle a effectué est suffisant pour le moment. Toutefois, si un examen physique réalisé par un médecin est jugé nécessaire pour initier et prescrire le TAO, le médecin devra voir le patient en personne pour compléter son évaluation.
- Le médecin choisit le traitement le plus sécuritaire dans les circonstances et évalue les risques de toxicité, de surdose et de détournement d'opioïdes, en lien avec le traitement lui-même. Si le médecin n'a pas accès aux antécédents médicaux du patient ou s'il n'a reçu aucune information de la personne qui lui a envoyé le ou la patiente, il devra amorcer le TAO à une dose réduite, qui sera progressivement augmentée conformément à la démarche prudente préconisée par les lignes directrices sur le TAO.
- Le médecin s'assure d'offrir au patient le suivi nécessaire pour son état, soit par téléconsultation, soit en personne, tout en collaborant avec l'équipe multidisciplinaire en place. Il veille à ce que les examens de laboratoire requis, et le cas échéant un électrocardiogramme (ECG), soient réalisés en temps opportun et dans la mesure du possible.
- En cette période de pandémie, le médecin doit soupeser le risque de contamination à la COVID-19 (p. ex. d'autres patients dans un contexte clinique) et les risques potentiels de la télémédecine (p. ex. impossibilité d'effectuer un examen physique ou des tests)<sup>18</sup>.

---

## 7.3 ÉVALUATION CLINIQUE DE LA PERTINENCE DES PRIVILÈGES

Les privilèges pour un patient sous TAO (doses à emporter plutôt que l'ingestion quotidienne supervisée) permettent aux prestataires de soins d'assurer une prise en charge continue et de protéger le patient contre le risque de contamination par la COVID-19 en espaçant les visites en pharmacie et en clinique. Lorsque les conditions le permettent et après avoir pris en compte les mesures préventives de sécurité publique, on peut accroître les privilèges (nombre de jours permis).

L'évaluation des privilèges peut être effectuée en télémédecine. La présente section apporte un éclairage sur l'évaluation des privilèges en général pendant la pandémie de la COVID-19, mais donne aussi des indications précises sur les téléconsultations.

Le médecin doit utiliser son jugement clinique pour déterminer la pertinence des privilèges. Cela dit, le test de dépistage urinaire n'est pas une condition *sine qua non*. Le ou la professionnelle de la santé doit faire preuve de discernement pour déterminer le nombre maximum de doses à emporter suivant les lignes directrices provinciales.

Si, pour réduire le risque de contamination par la COVID-19, le médecin accorde un nombre de jours d'approvisionnement dépassant la limite permise dans les lignes directrices, il devra justifier et documenter sa décision.

Si les privilèges concernent la méthadone, il est important de savoir que celle-ci a un profil d'innocuité moins avantageux et est associée à un risque plus élevé de dépression respiratoire et de surdose que ne l'est la buprénorphine/naloxone. Le patient doit confirmer qu'il a la capacité de conserver de manière sécuritaire un plus grand nombre de doses et sa déclaration doit être documentée. Le médecin doit maintenir ses pratiques usuelles pour la conservation sécuritaire de la buprénorphine/naloxone.

Tous les médecins doivent demander à ce que les patients obtiennent des trousse de naloxone en cas de surdose et reçoivent une formation sur l'utilisation de la naloxone. En cas de perte ou de détournement des doses de méthadone à emporter, on suivra la MMTG (*Methadone Maintenance Treatment Guideline*). En cas de perte ou de détournement des doses de buprénorphine/naloxone, la norme des soins s'appliquera.

Les privilèges pourraient être envisagés chez les patients qui habitent un logement sécuritaire ou qui peuvent conserver leurs médicaments en lieu sûr (boîte fermée à clé).

Si la pharmacie offre un service de livraison, les doses devraient être livrées au patient. En l'absence d'un service de livraison, une personne fiable (un membre de la famille ou un ami) pourrait se charger de la collecte des doses ou de les recevoir.



---

## 7.4 DOSES SUPERVISÉES

Le médecin traitant autorisé peut recourir à différentes méthodes pour superviser l'ingestion des doses y compris les méthodes virtuelles de communication et d'observation. Par acquit de conscience, il peut s'assurer de l'ingestion de la dose en demandant au patient de lui parler après avoir pris son médicament<sup>5,6</sup>. Si le ou la patiente est confinée en raison de la COVID-19 et que la personne qui livre les doses n'a pas l'expertise nécessaire, il pourra être difficile de bien superviser l'administration de la dose. On tranchera alors au cas par cas en soupesant les risques et les bénéfices des privilèges et des visites en clinique ou en pharmacie.

Pour la supervision des doses en personne, des précautions supplémentaires doivent être prises, pandémie oblige : par exemple, les contenants utilisés pour la prise du médicament doivent être manipulés et éliminés avec soin; on réduira les contacts en n'exigeant pas la signature du patient pour la prise du médicament<sup>17</sup>. À moins que le professionnel de la santé ne le spécifie et ne l'exige, il n'est pas nécessaire de vérifier la dissolution complète du comprimé sublingual de buprénorphine/naloxone.

---

## 7.5 BUPRÉNORPHINE/NALOXONE

Le choix du TAO pour les patients nouvellement évalués est dicté par les bonnes pratiques et les recommandations fondées sur des données probantes. Le cas échéant, la buprénorphine/naloxone est l'option de choix<sup>7</sup>.

En règle générale, il n'est pas nécessaire de superviser les doses de buprénorphine/naloxone à moins d'être en présence d'un problème clinique particulier. Conformément aux lignes directrices provinciales, le professionnel de la santé peut prescrire jusqu'à quatre semaines d'approvisionnement de buprénorphine/naloxone. Il utilisera son jugement clinique pour déterminer si le privilège peut être étendu (passer de une à quatre semaines).

Les patients très stables peuvent être évalués moins souvent et recevoir un approvisionnement pour une période plus longue (toutes les 6 à 12 semaines)<sup>5</sup>.

Il est possible et peut-être même souhaitable de remplacer dans certains cas la buprénorphine sublinguale/supralinguale par une formule retard de buprénorphine<sup>7</sup>. Dans la mesure du possible, on optera pour un traitement mensuel par Buvidal® ou Sublocade® pour espacer les visites en pharmacie ou en clinique<sup>6</sup>.

---

## 7.6 MÉTHADONE

La méthadone a un profil d'innocuité moins avantageux et est associée à un risque plus élevé de dépression respiratoire et de surdose que ne l'est la buprénorphine/naloxone. Par conséquent, il est impératif de soupeser les risques de transmission communautaire de la COVID-19, le risque de surdose mortelle chez le patient et le risque pour la santé publique si la méthadone est utilisée par une autre personne que celle pour laquelle elle a été prescrite<sup>5</sup>.

Pour les patients sans privilège, le médecin peut introduire les doses à emporter à des jours non consécutifs afin d'espacer les visites en pharmacie et de réduire le risque de mauvais usage ou de détournement : un risque habituellement associé à des quantités importantes de méthadone. L'innocuité de la méthadone doit être évaluée et documentée conformément aux lignes directrices. La pertinence d'accorder des privilèges pour des jours consécutifs dépend des risques : en principe jusqu'à trois jours consécutifs d'approvisionnement pourraient être accordés et jusqu'à six jours consécutifs si le patient est stable.

La décision d'octroyer un nombre de jours d'approvisionnement dépassant la limite permise dans les lignes directrices dans le but de réduire le risque de contamination par la COVID-19 sera prise au cas par cas et devra être justifiée et documentée.

On informera le patient que ces privilèges exceptionnels sont accordés en raison de la crise sanitaire actuelle. Il sera important d'insister sur l'importance de conserver les doses en lieu sûr, de sensibiliser le patient aux risques que cela comporte, y compris le risque de surdose et de décès, et de documenter cette information conformément au guide de pratique.

Le ou la patiente et le médecin doivent s'entendre sur la conservation sécuritaire des doses lors de la téléconsultation et une note sera ajoutée au dossier.

Lors de la supervision des doses, le pharmacien rencontre le patient et détermine s'il est en état de sédation ou d'intoxication.

Le test de dépistage urinaire n'est pas nécessaire pour les patients à faible risque, mais est requis chez les patients à plus haut risque pour qui le résultat du test entraînerait un changement dans le programme de traitement.

Les patients ne devraient pas rapporter les flacons usagés. Il leur sera demandé de rincer les flacons avant de les jeter<sup>8</sup>.

## 7.6.1 Nouveaux traitements par la méthadone

Une évaluation complète (virtuelle ou en personne) est nécessaire avant d’amorcer la méthadone chez des patients naïfs à la méthadone. Un test de dépistage urinaire devra être réalisé dans la mesure du possible.

La décision de prescrire de la méthadone sans procéder à un test de dépistage urinaire est prise au cas par cas et seulement si : i) le médecin détient les éléments nécessaires pour poser un diagnostic ou un diagnostic différentiel pertinent; ii) le médecin évalue les dangers associés à l’initiation de la méthadone ainsi que les risques de toxicité, de surdose et de détournement d’opioïdes par rapport au traitement lui-même et communique ces risques au patient.

L’induction à la méthadone demande des évaluations cliniques plus fréquentes en personne ou à distance. En principe, le médecin devrait attendre un mois avant d’accorder des privilèges<sup>5</sup>. Si ce n’est pas possible, on devrait à tout le moins demander à ce que le patient récupère ou fasse livrer son médicament chaque jour par la pharmacie la première semaine, et permettre ensuite les privilèges en les documentant et en les justifiant<sup>6</sup>.

## 7.6.2 Reprise de la méthadone

Les patients qui recommencent le traitement doivent se soumettre à une évaluation virtuelle ou en personne.

---

## 7.7 MORPHINE ORALE À LIBÉRATION PROLONGÉE

La morphine orale à libération prolongée est un traitement agoniste approuvé pour le TLUO au Canada et comme les autres TAO, elle peut être prescrite en télémédecine.

La morphine orale à libération prolongée est une substance dite à haut risque de détournement. C’est pour cela que les prestataires de soins doivent observer les lignes directrices locales établies lorsqu’ils prescrivent la morphine orale à libération prolongée ou lorsqu’ils font le suivi d’un patient traité à la morphine orale à libération prolongée en télémédecine.

Ils adapteront leurs pratiques et utiliseront leur jugement clinique en soupesant les bénéfices (réduction des interactions dans les établissements de santé) et les risques potentiels (p. ex. détournement) dans chaque cas et avant d’accorder des privilèges additionnels pendant la pandémie de la COVID-19. Le suivi du patient est primordial et il va sans dire que les décisions doivent être réévaluées régulièrement en fonction des effets du traitement chez le patient.

---

## 7.8 OMISSION DES DOSES

Lorsque le nombre de doses omises est considéré comme une interruption de traitement (selon les lignes directrices provinciales), le patient recommencera le traitement après une évaluation virtuelle, sans test de dépistage urinaire, mais à une dose généralement plus faible<sup>5,9</sup>.

---

## 7.9 SÉCURITÉ ET CONSERVATION DES DOSES

Les enjeux liés à la conservation sécuritaire du médicament doivent être évalués, documentés et abordés avec le patient. Le médecin ne doit pas perdre de vue le risque possible de mauvais usage ou de détournement du médicament et doit discuter des stratégies de réduction des méfaits avec le patient. Tous les prestataires de soins doivent demander à ce que les patients obtiennent des trousseaux de naloxone en cas de surdose et reçoivent une formation sur l'utilisation de la naloxone.

---

## 7.10 COMMUNICATION

Le prestataire de soins utilisera les modes de télécommunication pour soutenir adéquatement le patient. Une communication constante et étroite avec le patient est essentielle. Dans un contexte où celui-ci n'a plus le loisir d'assister à des réunions, de joindre des groupes d'entraide ou de recevoir une aide psychologique en personne, les évaluations offrent un encadrement bienvenu. Si les privilèges sont accordés sans l'obligation d'un test de dépistage urinaire, on peut utiliser la technologie pour permettre au patient de communiquer à distance avec le prestataire de soins.

Celui-ci pourra en profiter pour sensibiliser le ou la patiente et lui expliquer que les visites en personne à la clinique ou à la pharmacie doivent être évitées sauf en cas de nécessité.

# 8.0 Rôle élargi des pharmaciens

La pandémie a entraîné un élargissement du rôle et du champ d'exercice des pharmaciens. En vertu du paragraphe 56(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Santé Canada a émis des exemptions temporaires sur la prescription de substances contrôlées. Ainsi, les pharmaciens sont autorisés à prolonger les prescriptions et à transférer les ordonnances à d'autres pharmaciens; les professionnels de la santé peuvent délivrer une ordonnance verbale, et des employés de pharmacie peuvent livrer des substances contrôlées. Professionnels de la santé, pharmaciens et autres prestataires de soins devraient travailler en étroite collaboration pour offrir la meilleure solution possible pour les patients.

---

## 8.1 PRESCRIPTIONS NON PHARMACOLOGIQUES/ DEMANDES DE CONSULTATION

Les prescriptions non pharmacologiques/demandes de consultation doivent être transmises en toute confidentialité aux patients, par exemple à l'aide d'une plateforme sécurisée de type Web, par télécopieur, ou directement par une ordonnance verbale aux professionnels désignés.

---

## 8.2 PRESCRIPTIONS PHARMACOLOGIQUES

Le médecin traitant doit respecter les normes relatives aux ordonnances individuelles. Lorsqu'il renouvelle une ordonnance, en particulier pour un patient qu'il ne connaît pas, le médecin doit s'assurer que le médicament est toujours nécessaire, qu'il est bien toléré et que la posologie est adaptée à la situation du patient.

Pendant une pandémie, il est recommandé d'envoyer les ordonnances par l'une des méthodes suivantes :

- Transmission verbale par le médecin ou le/la prestataire de soins autorisé au pharmacien;
- Transmission par télécopieur, ou directement par le dossier médical électronique;
- Transmission électronique (p. ex. à l'aide d'une plateforme sécurisée).

---

## 8.3 LIVRAISON PAR LA PHARMACIE

Dans le cas d'un patient infecté par la COVID-19 et en confinement, d'un patient à haut risque, symptomatique ou en quarantaine, ou d'un patient potentiellement ou formellement atteint de la COVID-19, les médicaments seront livrés au patient à condition, bien sûr, qu'un tel service soit offert par la pharmacie. Sinon, on prendra toutes les précautions appropriées pour conserver la distance physique et protéger le ou la pharmacienne, les employés et les clients de la pharmacie contre le risque de contamination par la COVID-19.

# 9.0 Ressources pour les prestataires de soins et les patients

Voir l'**Annexe 4 : Ressources en ligne sur le TLUO à la page 45** pour des ressources en ligne sur la consommation de substances.

- Utiliser les communiqués et le matériel provenant de sources fiables (p. ex. santé publique, CDC).
- Afficher les consignes sur le lavage de mains, la toux, l'utilisation de couvre-visage et la distanciation physique aux entrées et d'endroits stratégiques. Pour un complément d'information, consulter les autres documents de la série produits par l'ICRAS-CRISM, notamment : *Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques* et *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil*.
- Distribuer du matériel pédagogique sur la COVID-19 aux personnes allophones ou malentendantes.
  - Identifier les contraintes linguistiques, culturelles et physiques qui pourraient freiner la communication de l'information sur la COVID-19 auprès du personnel et des patients.
- Communiquer avec la clientèle et les partenaires clés pour les informer des changements dans les politiques des programmes ou des changements de localisation.
- Utiliser les différentes plateformes de communication (p. ex. assistance téléphonique, messages textes automatisés, sites Web) pour diffuser l'information à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation.

---

## 9.1 CONSULTATION POUR LES PATIENTS

Offrir des services d'aide par téléphone ou sur d'autres plateformes dans le but d'offrir de l'information clinique à jour et de rassurer le ou la patiente par une présence attentive (voir **Annexe 4 : Ressources en ligne sur le TLUO à la page 45** pour plus de ressources).

# Annexe 1 : Politique sur les conflits d'intérêts

Le document *Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts* du Guidelines international Network<sup>1</sup> a servi de cadre à l'élaboration de la directive sur les conflits d'intérêts. À cette fin, 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 les états professionnels ou publics, 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<sup>24</sup>, 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

Les divulgations des 19 membres du comité de rédaction et réviseurs externes n'ont révélé aucun conflit d'intérêts direct, actuel ou continu. Sur les 19 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, 3 sont des membres du personnel de l'ICRAS-CRISM.



Sur les 19 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, un seul a déclaré avoir reçu, avant sa participation au guide pratique national, une somme d'une entité commerciale (Indivior inc.) pouvant en principe bénéficier des recommandations du guide pratique. Six membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont reconnu qu'ils sont appelés à administrer un agoniste opioïde à des patients dans l'exercice de leurs fonctions. Huit membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont déclaré qu'ils étaient amenés à faciliter la prestation de programmes de traitement par un agoniste opioïde (TAO) dans le cadre de leur travail. Sept membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont déclaré qu'ils étaient appelés à élaborer des pratiques de TAO au sein de leur organisation respective dans le cadre de leur travail. Deux membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont déclaré qu'ils étaient appelés à élaborer des pratiques de télémédecine au sein de leur organisation respective dans le cadre de leur travail. Deux membres du comité de rédaction ou réviseurs externes ont confirmé avoir exprimé publiquement l'importance de prendre des mesures pour élargir la TAO ou favoriser un approvisionnement sécuritaire en général dans le contexte de la COVID-19. Le soutien financier ou l'aide à la recherche reçue d'organismes ou d'institutions sans but lucratif n'a pas été considéré comme un conflit d'intérêts direct. Lors de l'évaluation des conflits d'intérêts divulgués, aucun n'a été jugé comme suffisamment pertinent pour justifier l'exclusion de l'élaboration du guide pratique.

Quelque 60 % (n = 11) 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 télémédecine, programmes provinciaux de TAO, élaboration de lignes directrices antérieures, sujets de recherche).

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 membres du comité de rédaction et les réviseurs externes 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<sup>24</sup>.

# Annexe 2 : Termes de recherche

- « COVID-19 Telemedicine Drug Users »
- « Telemedicine for People Who Use Drugs »
- « Opioid agonist therapy/ OAT COVID-19 »
- « COVID-19 substance use »
- « COVID-19 Telemedicine OAT »
- « COVID-19 Telemedicine »
- « COVID-19 Telehealth »
- « COVID-19 Virtual Care »
- « COVID-19 Teleconsultation »
- « Virtual Care OAT »
- « Telemedicine OAT »

# Annexe 3 : Tableaux

*Voir les pages suivantes (pp. 36-44)*

## Télémédecine

	ONTARIO			QUÉBEC		OMS	AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	
<b>RÉFÉRENCE</b>	Ontario Pharmacists Association (2020). <a href="#">Guide to Providing Virtual Care to Patients</a> . Ontario Pharmacists Association.	Ontario MD (20 mars, 2020). <a href="#">Virtual Care and the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)</a> . OntarioMD.	Ontario MD (avril 2020). <a href="#">Virtual Care: COVID-19 Guide</a> . OntarioMD.	Collège des médecins du Québec (1 avril 2020). <a href="#">Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19. Guide à l'intention des médecins</a>	Collège des médecins du Québec (1 avril 2020). <a href="#">La télémédecine réalisée par les résidents et moniteurs durant la pandémie de COVID-19. Guide à l'intention des superviseurs, des résidents et des moniteurs</a>	<a href="#">Strengthening the Health Systems Response to COVID-19 Technical working guidance #1. Maintaining the delivery of essential health care services freeing up resources for the COVID-19 response while mobilizing the health workforce for the COVID-19 response</a>	The Royal Australasian College of Physicians (21 avril 2020) <a href="#">Interim guidance for the delivery of medication assisted treatment of opioid dependence in response to COVID-19: a national response</a>	NHS (27 mars 2020). <a href="#">Clinical guide for the management of remote consultations and remote working in secondary care during the coronavirus pandemic.</a>	Ministère des Solidarités et de la Santé (18 mars 2020). <a href="#">Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de coronavirus (COVID-19)</a>	Ministère des Solidarités et de la Santé (18 mars 2020). <a href="#">Prise en charge hors COVID-19.</a>
<b>DATE DE PUBLICATION</b>	2020	Mars 2020	Avril 2020	March 2020 (last update April 2020)	Mars 2020 (dernière mise à jour : avril 2020)	Avril 2020		Mars 2020	Mars 2020	Avril 2020
<b>SOINS VIRTUELS : QUAND ET POUR QUI?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients infectés par la COVID-19 ou en isolement volontaire; patients âgés ou vulnérables</li> <li>• Expliquer le traitement aux patients et régler les problèmes urgents de gestion des médicaments</li> <li>• Superviser l'ingestion du TAO</li> <li>• Faire la démonstration d'un dispositif médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garder contact avec les patients ayant des symptômes de la COVID-19</li> <li>• Réévaluer les patients à distance si leur état s'aggrave</li> <li>• Éviter les trajets inutiles au cabinet</li> <li>• Gérer les maladies chroniques</li> <li>• Traiter une affection aiguë ne nécessitant pas d'examen physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le risque de contamination associé à une visite en clinique ou aux urgences</li> <li>• Évaluer la faisabilité de la téléconsultation en fonction des besoins des patients et des risques et bénéfices</li> </ul>	Dans le contexte exceptionnel de la pandémie, les résidents et moniteurs (R/M) peuvent effectuer de la télémédecine avec l'autorisation de leur superviseur.	Le personnel en quarantaine pour des symptômes bénins peut accomplir des tâches à distance comme effectuer de la télémédecine, répondre aux appels de citoyens inquiets dans une ligne d'assistance, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients sous TAO pourraient avoir besoin d'un soutien additionnel pendant leur confinement</li> <li>• Assurer un suivi régulier et évaluer les patients malgré les contraintes (absence d'examen physique ou d'investigations comme les tests urinaires)</li> <li>• Communiquer avec les services locaux et sur le Web (p. ex. consultation, groupes d'entraide locaux/provinciaux) pour aider les patients pendant la crise sanitaire</li> <li>• Fournir aux cliniciens des liens vers les services de réduction des méfaits et de soutien en santé mentale pour les clients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les patients n'ayant pas besoin d'un examen physique ou d'un test et qui peuvent communiquer par téléphone ou vidéo</li> <li>• Une évaluation des risques doit être réalisée au préalable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recourir à la téléconsultation lorsque le médecin le juge approprié pour ses patients</li> <li>• Réaliser des premières-consultations auprès de patients ayant des symptômes de la COVID-19</li> <li>• Assurer le suivi des patients infectés par la COVID-19 et en quarantaine à la maison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins peuvent effectuer des téléconsultations lorsqu'ils le jugent approprié pour leurs patients</li> <li>• En situation de pandémie, les professionnels de la santé devraient privilégier la téléconsultation</li> </ul>	
<b>PLATEFORMES À UTILISER / CONFIDENTIALITÉ ET SÉCURITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateformes virtuelles conformes à la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i> qui demandent le consentement du patient pour l'inscription au service</li> <li>• Plateformes de vidéoconférence comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skype et Teams (Microsoft)</li> <li>- FaceTime (Apple)</li> <li>- Zoom Basic</li> <li>- Google Hangouts</li> <li>- WhatsApp (Facebook)</li> </ul> </li> <li>• Maintenir la confidentialité et la sécurité des données</li> <li>• Élaborer une politique sur les technologies et le matériel à utiliser, la confidentialité, l'obtention du consentement du patient, la tenue de dossiers, l'intervention en cas de violation de la confidentialité</li> <li>• Utiliser dans la mesure du possible la dernière version d'applications cryptées et une double authentification avec des mots de passe forts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute plateforme de communication directe avec le patient : téléphone, télémédecine et appel vidéo</li> <li>• Plateformes de soins médicaux virtuels comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- plateformes provinciales de soins virtuels</li> <li>- plateformes intégrées dans le DME</li> <li>- plateformes autonomes</li> </ul> </li> <li>• Appels téléphoniques et autres</li> <li>• Plateformes de vidéoconférence <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skype et Teams (Microsoft)</li> <li>- FaceTime (Apple)</li> <li>- Zoom.us</li> <li>- Google Hangouts, etc.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les outils et plateformes utilisés doivent être sécuritaires et doivent préserver en tout temps la confidentialité de la consultation</li> <li>• Pour les téléconsultations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- plateformes offertes par le MSSS : Zoom Enterprise, Réact</li> <li>- plateformes intégrées dans le DME</li> <li>- autres plateformes de téléconsultation déjà utilisées par les établissements du réseau</li> </ul> </li> <li>• Pour les ordonnances : transmission verbale au pharmacien, télécopie ou DME, par voie électronique en utilisant le Dossier Santé Québec (DSQ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les outils et plateformes utilisés doivent être sécuritaires et doivent préserver en tout temps la confidentialité de la consultation</li> <li>• Appels téléphoniques</li> <li>• Pour les téléconsultations : <ul style="list-style-type: none"> <li>- plateformes offertes par le MSSS : Zoom Enterprise (aussi appelé Zoom Télé Santé), Réact, Teams</li> <li>- plateformes intégrées dans le DME</li> <li>- autres plateformes de téléconsultation déjà utilisées par les établissements du réseau</li> </ul> </li> <li>• La plateforme ne peut être déterminée par le moniteur ou le patient</li> </ul>	Appel téléphonique standard et logiciel spécial de télésanté comprenant une protection adéquate de la confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone, vidéo</li> <li>• Plateformes comme Attend Anywhere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléconsultations qui n'impliquent pas d'échanges de documents médicaux et qui peuvent se faire à l'aide de n'importe quelle plateforme audiovisuelle (p. ex. WhatsApp, Skype, Facetime)</li> <li>• Chaque Agence régionale de santé peut choisir la plateforme privilégiée pour mener la téléconsultation</li> </ul>			

Suite à la page suivante...

	ONTARIO			QUÉBEC		OMS	AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	
<b>VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ</b>	Vérifier l'identité du patient ou de son représentant avant de fournir des soins virtuels			Identité du patient : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carte d'assurance maladie affichée à l'écran</li> <li>• Numéro de dossier du patient (s'il y a lieu)</li> <li>• Le médecin doit s'identifier auprès du patient, en précisant son nom, son titre, son statut de membre actif du Collège des médecins du Québec et ses coordonnées, au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient doit afficher sa carte d'assurance maladie OU donner le numéro de sa carte d'assurance maladie et sa date de naissance (téléphone)</li> <li>• Demandez le numéro de dossier du patient (s'il y a lieu)</li> </ul>			Vérifier l'identité du patient : date de naissance, adresse, etc.		
<b>CONSENTEMENT DU PATIENT</b>	Obtenir le consentement du patient à recevoir des soins virtuellement; si l'on utilise une plateforme non réglementée, le consentement sur la confidentialité des soins virtuels doit être obtenu et on ajoutera une note au dossier	Obtenir un consentement verbal et mettre une note au dossier lors de l'utilisation d'un produit qui ne présente pas de consentement explicite sur les soins de santé	Demander le consentement du patient sauf si l'on utilise une plateforme de soins virtuels qui nécessite le consentement du patient lors de son inscription	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir le consentement verbal du patient à recevoir des soins virtuels en début de consultation et ajouter une note au dossier</li> <li>• Le médecin doit mentionner les limites imposées par la technologie (qualité du son et des images, risques relatifs à la protection des renseignements personnels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir le consentement verbal du patient à recevoir des soins virtuels en début de consultation</li> <li>• Les (R/M) doivent mentionner les limites imposées par la technologie (qualité du son et des images, risques relatifs à la protection des renseignements personnels)</li> </ul>			Obtenir le consentement verbal et mettre une note au dossier		
<b>TENUE DES DOSSIERS</b>	Indiquer la raison pour laquelle les services de santé virtuels sont donnés (p. ex. « le patient est confiné à cause de la COVID-19 »), l'heure, la date et la technologie utilisée ainsi que les renseignements pertinents à la suite de l'échange	Notes cliniques sur les visites virtuelles		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technologie/système de télécommunication utilisé</li> <li>• Moyen employé pour vérifier l'identité du patient</li> <li>• Localisation du patient pendant la téléconsultation</li> <li>• Façon dont le consentement du patient a été obtenu (verbal ou écrit)</li> </ul>	Notes consignées par le R/M présent physiquement dans son lieu de formation (clinique/hôpital) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consigner les notes au dossier du patient comme d'habitude en mentionnant la technologie utilisée</li> </ul> En dehors du lieu de formation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le R/M doit discuter avec son superviseur de la méthode à utiliser pour consigner les notes au dossier du patient</li> <li>• Le R/M doit conserver une copie de ses notes de téléconsultation jusqu'à ce qu'elles soient déposées en bonne et due forme au dossier du patient. Le R/M doit détruire les copies une fois que les notes ont été ajoutées au dossier du patient</li> </ul>			Consigner les notes sur le rendez-vous ainsi que la résultante comme les rendez-vous en personnes		

## COVID-19 et TAO/PUD

	ONTARIO		CANADA	QUÉBEC		AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
<b>RÉFÉRENCE</b>	CAMH/ META:PHI/ OMA (22 mars 2020). <a href="#">COVID-19: Opioid Agonist Treatment Guidance. CAMH.</a>	Centre for Addiction and Mental Health (27 mars 2020). <a href="#">Early Guidance for Pharmacists in Managing Opioid Agonist Treatment during the COVID-19 Pandemic. CAMH.</a>	Karbi, J. and Brasch, J. (28 mars 2020). <a href="#">A Harm Reduction Approach to Managing Opioid Use Disorder During COVID-19: A Brief Summary for Clinicians. CSAM.</a>	Collège des médecins du QC, Ordre des infirmières du QC et l'Ordre des pharmaciens du QC. <a href="#">Lignes directrices TUO en lien avec la pandémie COVID-19 (temporaire).</a>	Ordre des pharmaciens du Québec (23 mars 2020). <a href="#">Substances désignées et activités professionnelles des pharmaciens - changements importants en contexte de pandémie.</a>	The Royal Australasian College of Physicians (21 avril 2020). <a href="#">Interim guidance for the delivery of medication assisted treatment of opioid dependence in response to COVID-19: a national response.</a>	Department of Health & Social Care (15 avril 2020). <a href="#">COVID-19: Guidance for commissioners and providers of services for people who use drugs or alcohol. Government of UK.</a>	Ministère des Solidarités et de la Santé (8 avril 2020). <a href="#">Prise en charge hors COVID-19.</a>	
<b>DATE DE PUBLICATION</b>	Mars 2020	Mars 2020	Mars 2020	Mars 2020	Mars 2020	Avril 2020	Avril 2020	Avril 2020	Avril 2020
<b>PATIENTS ASYMPTOMATIQUES EN CONFINEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser le service de livraison de la pharmacie si celui-ci est offert</li> <li>La communication virtuelle peut être utilisée pour une dose supervisée</li> <li>Si la pharmacie n'offre pas de service de livraison, le prescripteur doit coordonner avec le personnel de la pharmacie les visites du patient afin de prendre les précautions qui s'imposent</li> </ul>	Les doses de TAO peuvent être ramassées à la pharmacie par une personne autorisée ou être livrées par la pharmacie				<ul style="list-style-type: none"> <li>Les doses à emporter peuvent être confiées à un aidant responsable à la pharmacie ou en clinique</li> <li>Les doses à emporter peuvent être livrées à la résidence du patient confiné.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une personne est désignée pour ramasser le médicament avec des instructions écrites du patient, mais les pharmacies communautaires recevront des directives sur les solutions de rechange acceptables pendant la pandémie.</li> <li>Si le patient ne peut désigner personne, un membre du personnel peut, après entente, ramasser et livrer les médicaments.</li> </ul>		
<b>PATIENTS SYMPTOMATIQUES ET/OU EN QUARANTAINE OU CAS PRÉSUMÉ OU CONFIRMÉ DE COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le service de livraison de la pharmacie, s'il est offert, doit être utilisé</li> <li>La communication virtuelle peut être utilisée pour une dose supervisée</li> <li>Toutes les mesures raisonnables doivent être envisagées y compris la désignation d'une personne pour le ramassage ou la livraison des doses</li> <li>La marche à suivre peut être modifiée en fonction de chaque patient après évaluation des risques</li> </ul>	Les doses de TAO peuvent être ramassées à la pharmacie par une personne autorisée ou être livrées par la pharmacie				<ul style="list-style-type: none"> <li>Les doses à emporter peuvent être confiées à un aidant responsable à la pharmacie ou en clinique</li> <li>Les doses à emporter peuvent être livrées à la résidence du patient confiné.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une personne est désignée pour ramasser le médicament avec des instructions écrites du patient, mais les pharmacies communautaires recevront des directives sur les solutions de rechange acceptables pendant la pandémie.</li> <li>Si le patient ne peut désigner personne, un membre du personnel peut, après entente, ramasser et livrer les médicaments.</li> </ul>		

Suite à la page suivante...

	ONTARIO	CANADA	QUÉBEC	AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
<b>ÉVALUATION CLINIQUE DE LA PERTINENCE DES PRIVILÈGES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépend de la stabilité sociale et de la capacité du patient à gérer ses doses de façon sécuritaire</li> <li>Les patients doivent pouvoir conserver les doses en lieu sûr (une boîte fermée à clé) dans un logement sécuritaire</li> <li>Les patients ne peuvent recevoir de doses à emporter : <ul style="list-style-type: none"> <li>s'ils sont en état d'intoxication ou de sédation au moment de l'évaluation</li> <li>s'ils ont une comorbidité psychiatrique non stabilisée (comportement suicidaire ou psychotique aigu)</li> <li>s'ils ont récemment fait une surdose</li> <li>consommation active et à haut risque de substances illicites</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients qui se sont vu refuser des privilèges selon les critères des lignes directrices actuelles doivent être réévalués en fonction des lignes directrices provisoires sur le TAO pendant la pandémie de la COVID-19</li> <li>Les patients doivent pouvoir conserver les doses à emporter en lieu sûr</li> <li>Les pharmaciens ne doivent pas modifier la posologie du traitement actuel sans l'approbation du professionnel de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager d'initier les privilèges ou d'accroître le nombre de jours d'approvisionnement si le patient répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>Logement sécuritaire et conservation en lieu sûr (boîte fermée à clé)</li> <li>Pas de surdose récente</li> <li>Pas de consommation à haut risque de substances illicites (consommation concomitante d'alcool ou de benzodiazépines, usage intraveineux d'opioïdes à dose élevée)</li> <li>Comorbidité psychiatrique stabilisée (pas de comportement suicidaire ou psychotique)</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mener une évaluation des risques sur l'octroi de privilèges et explorer les stratégies de réduction des risques</li> <li>Suggérer l'utilisation de listes de vérification ou d'instruments structurés comme l'Australian Treatment Outcomes Profile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans la majorité des cas, voire dans tous les cas, les doses à emporter devraient être privilégiées par rapport à la consommation supervisée</li> <li>Dans la mesure du possible, on pourrait accorder aux patients jusqu'à deux semaines d'approvisionnement.</li> <li>Dans les cas où le risque de détournement ou de mauvais usage et de surdose est élevé, ou lorsque les patients vivent en colocation ou dans un centre d'accueil et qu'il est pratiquement impossible ou très risqué de conserver une grande quantité de doses de TAO, un ramassage quotidien ou moins fréquent pourrait être nécessaire. Il y a lieu d'explorer les stratégies de réduction des risques comme la conservation des médicaments par le personnel du centre d'accueil, la livraison des médicaments par la pharmacie si possible, l'utilisation d'une boîte fermée à clé.</li> </ul>	
<b>DOSES SUPERVISÉES</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Redoubler de précautions, par exemple dans la manipulation et l'élimination du contenant utilisé et réduire les contacts en n'exigeant pas de signature pour l'administration des doses</li> <li>Explorer différentes pistes pour confirmer les doses prises notamment les méthodes de communication et d'observation virtuelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livraison du médicament si ce service est disponible</li> <li>Communication virtuelle pour les doses supervisées si possible</li> <li>Pour les patients symptomatiques ou atteints de la COVID-19, désigner une personne fiable pour ramasser ou recevoir les doses à emporter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À moins que le prescripteur ne l'exige, il n'est pas nécessaire de s'assurer de la dissolution complète du comprimé sublingual ou de la prise de méthadone <ul style="list-style-type: none"> <li>Une vérification simple : on demande au patient de parler après la prise du médicament</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque élevé : Patients débutant la méthadone ou la buprénorphine sublinguale : Doses supervisées pendant au moins 14 jours pour la méthadone, 3 à 7 jours pour la BNX SL. Envisager une induction directe par la buprénorphine à libération prolongée sans administration sublinguale</li> <li>Risque élevé : présence d'au moins un des facteurs de risque suivants : utilisation à haut risque d'autres sédatifs</li> <li>Risque faible - recommandation : Méthadone : 1 dose supervisée et 6 doses à emporter par semaine</li> </ul>		

Suite à la page suivante...

	ONTARIO		CANADA	QUÉBEC		AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
<b>BUP./NAL.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer une évaluation clinique pour la pertinence des privilèges</li> <li>Un test urinaire n'est pas requis pour les doses à emporter</li> <li>Doses supervisées non nécessaires sauf en cas de problème clinique particulier</li> <li>Possibilité de prolonger l'ordonnance pour une période allant jusqu'à 4 semaines; le professionnel de la santé utilisera son jugement clinique pour déterminer si le privilège peut être étendu (p. ex. pour passer de 1 à 4 semaines)</li> <li>L'évaluation peut être moins fréquente pour les patients très stables (p. ex. toutes les 6 à 12 semaines)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Le test urinaire n'est pas requis</li> <li>Doses supervisées non requises</li> <li>Possibilité de prolonger l'ordonnance pour une période allant jusqu'à 4 semaines</li> <li>L'évaluation peut être moins fréquente pour les patients très stables (p. ex. toutes les 6 à 12 semaines)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients nouvellement évalués : la buprénorphine devrait être proposée d'emblée; ils pourront recevoir des doses adaptées non supervisées pendant une période allant jusqu'à 2 semaines. Les personnes optant pour la méthadone doivent aller chercher leur médicament tous les jours à la pharmacie pendant la première semaine, et recevoir ensuite des doses à emporter.</li> <li>Si les évaluations ne peuvent se faire qu'à distance et qu'un test urinaire n'est pas possible, on pourrait envisager d'entreprendre le titrage de la buprénorphine chez les patients ayant une dépendance connue aux opioïdes en fonction de leurs antécédents. Cette approche ne conviendra probablement pas dans le cas de la méthadone pour laquelle un test urinaire est habituellement nécessaire à moins qu'il y ait des antécédents évidents d'usage d'opioïdes et de tolérance aux opioïdes et que le patient a vraisemblablement consommé des opioïdes dans les dernières 24 heures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doses adaptées non supervisées pendant une période allant jusqu'à 2 semaines</li> <li>Il est possible et peut-être même souhaitable de remplacer dans certains cas les doses quotidiennes (ou moins fréquentes) de buprénorphine sublinguale/ supralinguale par une formule retard de buprénorphine.</li> </ul>		

*Suite à la page suivante...*



	ONTARIO	CANADA	QUÉBEC	AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
MÉTHADONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le risque de dépression respiratoire et de surdose est plus préoccupant qu'avec la bup./nal. Par conséquent, il faut sopeser les risques de transmission communautaire de la COVID-19 et les risques connus de surdose mortelle due au détournement dans la communauté ou de l'utilisation abusive des doses à emporter par le patient</li> <li>L'octroi de privilèges à des jours non consécutifs permet d'espacer les visites en pharmacie et de réduire le risque de mauvais usage ou de détournement qu'entraînent des quantités importantes de méthadone. Lors de la supervision des doses, le pharmacien rencontre le patient et détermine s'il est en état de sédation ou d'intoxication.</li> <li><b>Nouveaux traitements par la méthadone</b> : Amorcés chez des patients naïfs à la méthadone après une évaluation complète (virtuelle ou en personne) comprenant un test urinaire. Nécessitent des évaluations cliniques plus fréquentes en personne ou à distance. Envisager un délai d'un mois avant d'accorder des privilèges.</li> <li><b>Reprise de la méthadone</b>: Effectuer une évaluation virtuelle ou en personne et proposer la bup./nal. comme traitement de première ligne. Si un patient souhaite reprendre de la méthadone et qu'un test urinaire ne peut être réalisé, le professionnel de la santé doit envisager d'utiliser une dose initiale plus faible.</li> <li><b>Les patients qui ont omis des doses</b> (jusqu'à 7 doses omises de méthadone ou 14 doses omises de bup./nal.) peuvent recommencer le traitement après une évaluation (virtuelle) sans test urinaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager de donner moins de doses de méthadone à emporter à la fois pour plus de sécurité. Par exemple, si le patient est autorisé à recevoir 13 doses à emporter, on pourrait donner 6 ou 7 doses par semaine</li> <li>Aviser le patient qu'actuellement, il n'est pas recommandé de rapporter les flacons usagés et lui demander de rincer les flacons avant de les jeter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une plus grande vigilance est de mise, car le risque de surdose et de détournement est plus élevé qu'avec la buprénorphine-naloxone</li> <li>Le test urinaire n'est pas nécessaire pour les patients à bas risque, mais est requis chez les patients à plus haut risque si l'on sait qu'un résultat positif entraînera un changement dans la prise en charge</li> <li>Envisager la pertinence d'accorder des privilèges pour des jours consécutifs en fonction des risques, jusqu'à 3 jours consécutifs (voir META:PHI "Carry Ladder" during COVID-19)</li> </ul>			<p><b>Nouveaux traitements par la méthadone</b> : Les patients doivent généralement aller chercher leur médicament tous les jours à la pharmacie pendant la première semaine, et prendre ensuite des doses à emporter.</p> <p><b>Reprise de la méthadone</b> : Les personnes qui ont arrêté la méthadone pas plus de 7 jours auparavant pourraient être en mesure de reprendre le traitement après une évaluation prudente. Elles commenceront généralement par une dose réduite, qui sera augmentée progressivement, et recevront un approvisionnement initial pour 2 ou 3 jours seulement.</p>	

Suite à la page suivante...

	ONTARIO		CANADA	QUÉBEC	AUSTRALIE	ROYAUME-UNI	FRANCE	OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
<b>COMMUNICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier les coordonnées de tous les patients</li> <li>Fournir un soutien accru aux patients à l'aide des nouvelles technologies</li> <li>Fournir ses coordonnées à ses collègues pharmaciens pour les épauler au besoin</li> <li>Communiquer la décision clinique au patient. Expliquer pourquoi les visites en personne sont à éviter sauf en cas d'absolue nécessité</li> <li>Communication virtuelle : l'occasion d'informer, d'éduquer et d'appliquer la distanciation physique</li> <li>Offrir des ressources en ligne aux patients</li> <li>Offrir des services d'aide au moyen des télécommunications dans le but de fournir de l'information médicale à jour et de rassurer le patient par une présence attentive</li> <li>Il faut garder à l'esprit que les patients n'ont plus accès aux réunions, aux groupes d'entraide ou aux consultations et que, dans ce contexte, les évaluations peuvent leur apporter beaucoup. Lorsqu'un test urinaire n'est pas requis, envisager l'utilisation de la technologie pour permettre aux patients de communiquer à distance avec leur prestataire de soins</li> </ul>	<p>Une communication constante et étroite avec les professionnels de la santé est essentielle. L'évaluation du pharmacien est précieuse en particulier quand vient le temps de décider d'étendre les privilèges.</p>				<p>Informers les omnipraticiens de tout changement apporté dans la prescription et dans la quantité de doses de TAO conservées dans des logements où habitent des enfants; prévenir les services sociaux locaux si des enfants sont impliqués ou si l'on craint pour leur sécurité</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tenir à jour sur les taux de transmission locale de la COVID-19 communiqués par la santé publique à l'échelle locale et nationale.</li> <li>Utilisez les communiqués et le matériel provenant de sources fiables (p. ex. services de santé publique locaux, provinciaux et nationaux, CDC).</li> <li>Afficher les consignes sur le lavage de mains, la toux, l'utilisation de couvre-visage et la distanciation physique aux entrées et dans des endroits stratégiques.</li> <li>Fournir du matériel pédagogique sur la COVID-19 aux personnes allophones et malentendantes.</li> <li>Tenir le personnel et la clientèle informés des changements dans le protocole de l'établissement.</li> <li>Communiquer avec la clientèle et les partenaires clés pour les informer des changements dans les politiques des programmes ou des changements de localisation.</li> <li>Utiliser les différentes plateformes de communication (p. ex. assistance téléphonique, messages textes automatisés, sites Web) pour diffuser l'information à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation.</li> <li>Penser aux contraintes linguistiques, culturelles et physiques qui freinent le partage de l'information sur la COVID-19 aux travailleurs, aux bénévoles et à toutes les personnes desservies. Apprendre à rejoindre les diverses communautés linguistiques et culturelles.</li> </ul>

*Suite à la page suivante...*

	ONTARIO		CANADA	QUEBEC	AUSTRALIA	UK	FRANCE	EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION
<b>SÉCURITÉ ET CONSERVATION DES DOSES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer la sécurité des doses de méthadone à emporter et ajouter une note au dossier conformément à la MMTG</li> <li>Tenir compte du mauvais usage ou du détournement possible des doses ainsi que du risque de surdose</li> <li>Informar les patients que ces privilèges exceptionnels sont accordés en raison de la crise sanitaire actuelle et que les normes de la MMTG s'appliqueront à nouveau à la fin de la pandémie</li> <li>Expliquer et documenter l'importance de la conservation sécuritaire des doses à emporter et exposer les risques de surdose et de décès</li> <li>Noter au dossier que le patient déclare pouvoir conserver de manière sécuritaire un nombre croissant de doses</li> <li>Demander au patient d'obtenir des trousse de naloxone en cas de surdose et lui expliquer l'utilisation de la naloxone</li> <li>Une alliance thérapeutique doit être signée ou sinon conclue virtuellement et documentée dans le dossier du patient</li> <li>En cas de perte ou de détournement des doses de méthadone à emporter, on suivra la MMTG. En cas de perte ou de détournement des doses de buprénorphine/naloxone, la norme des soins s'appliquera</li> </ul>	<p>S'assurer que tous les patients sous TAO possèdent une trousse de naloxone à emporter et reçoivent une formation sur son utilisation et sur d'autres stratégies de réduction des méfaits</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Éducation du patient et du proche aidant</li> <li>Accès à une trousse de naloxone</li> <li>Amener si possible le proche aidant à superviser l'utilisation des médicaments</li> <li>Évaluer régulièrement l'état du patient et son utilisation des médicaments</li> <li>Documenter la prise de décisions sur les doses à emporter et les stratégies de réduction des risques. Communiquer avec le personnel à la pharmacie ou à la clinique.</li> <li>Consulter un collègue en cas de doute</li> <li>Informar par écrit les principaux prestataires de services de tout changement dans les modalités de traitement y compris le nombre de doses à emporter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fourniture de naloxone à emporter</li> <li>Boîtes fermées à clé, surtout s'il y a des enfants dans la maison</li> <li>Échange d'information avec les services d'aide à l'enfance et d'autres professionnels concernés</li> <li>Consignes verbales et écrites sur la réduction des méfaits</li> <li>Communication régulière entre le patient et le service via la fourniture d'un téléphone cellulaire ou d'un crédit au besoin</li> </ul>		

*Suite à la page suivante...*

	ONTARIO	CANADA	QUEBEC	AUSTRALIA	UK	FRANCE	EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION
<b>GUIDELINES FOR EXTENDED REMOTE CARE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager l'utilisation des technologies de télécommunication pour fournir des soins</li> <li>• Évaluer chaque patient au cas par cas en tenant compte de la stabilité, de la sécurité, de la conservation des doses, du risque de surdose, du risque de détournement, des écarts ou des rechutes, des dangers associés à la COVID-19 et des avis de santé publique actuels sur la distanciation physique</li> <li>• Consigner tout le processus décisionnel y compris tout écart par rapport aux lignes directrices standard ou aux présentes recommandations et noter la justification clinique dans le dossier du patient</li> <li>• Communiquer ouvertement et régulièrement avec le patient; s'il n'est pas possible de l'encadrer à distance, il pourrait être plus approprié de poursuivre la prise en charge en personne en utilisant les paramètres standard pour l'octroi de privilèges.</li> <li>• Ces mesures doivent être prises dans la mesure du possible pour favoriser la distanciation physique et réduire le risque global</li> </ul>						

# Annexe 4 : Ressources en ligne sur le TLUO

Ci-bas une listes de ressources sur la consommation de substances psychoactives, cette liste n'est pas exhaustive :

## Ressources de soutien clinique pour patients et prestataires

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

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

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

### [Canadian Addiction Counsellors Certification Federation](#)

Virtual addiction counselling

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

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

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

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

### [Draft Emergency Carry Agreement](#)

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

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

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

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

[SMART Recovery Program](#)

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

[Take Home Naloxone](#)

Formation gratuite en ligne

[Toward the Heart](#)

Formation gratuite en ligne

## Ressources de réduction des risques

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

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

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

## Ressources en santé mentale et troubles de consommation

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

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

[Narcotics Anonymous](#)

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

## Communautés autochtones

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

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

Mises à jour régulières sur la COVID-19

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

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

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

## Ressources de soutien pour les prestataires de soins de santé

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

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

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

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

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

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

# Annexe 5 : Trousse d'outils de Santé Canada

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

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

[Disponible ici.](#)



# Références

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;163:548-53.
2. Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada. FMRAC framework on telemedicine. Disponible : <http://fmrac.ca/fmrac-framework-on-telemedicine>. Consulté le 22 avril 2020.
3. Collège des médecins du Québec. Novembre 2015. The physician, telemedicine and information and communications technologies: Practice guidelines. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-en-medecin-telemedecine-et-tic.pdf>. Consulté le 22 avril 2020.
4. Collège des médecins du Québec. 1er avril 2020. Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19 : Guide à l'intention des médecins. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-COVID-19.pdf>. Consulté le 20 avril 2020.
5. CAMH/ META:PHI/ OMA. 22 mars 2020. COVID-19: Opioid Agonist Treatment Guidance. <https://www.camh.ca/-/media/files/COVID-19-modifications-to-opioid-agonist-treatment-delivery-pdf.pdf?la=en&hash=261C3637119447097629A014996C3C422AD5DB05>. Consulté le 21 avril 2020.
6. The Royal Australasian College of Physicians. 21 avril 2020. Interim guidance for the delivery of medication assisted treatment of opioid dependence in response to COVID-19: a national response. [https://www.racp.edu.au//docs/default-source/default-document-library/COVID-19/interim-guidance-delivery-of-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence-COVID-19.pdf?sfvrsn=e36eeb1a\\_4](https://www.racp.edu.au//docs/default-source/default-document-library/COVID-19/interim-guidance-delivery-of-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence-COVID-19.pdf?sfvrsn=e36eeb1a_4). Consulté le 22 avril 2020.
7. Department of Health & Social Care, Government of UK. 15 avril 2020. COVID-19: Guidance for commissioners and providers of services for people who use drugs or alcohol. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0044-Specialty-Guide-Virtual-Working-and-Coronavirus-27-March-20.pdf>. Consulté le 22 avril 2020.
8. Karbi, J. and Brasch, J. 28 mars 2020. A Harm Reduction Approach to Managing Opioid Use Disorder During COVID-19: A Brief Summary for Clinicians. CSAM. [https://csam-smca.org/wp-content/uploads/2020/03/SummaryofOUDCOVID19\\_2.pdf](https://csam-smca.org/wp-content/uploads/2020/03/SummaryofOUDCOVID19_2.pdf) Consulté le 21 avril 2020.

9. Ministère des Solidarités et de la Santé, Gouvernement de la République Française. 8 avril 2020. Prise en charge hors COVID-19. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/soins-hors-COVID-19.pdf>. Consulté le 24 avril 2020.
10. Ontario Pharmacists Association. 2020. Guide to Providing Virtual Care to Patients. <https://www.opatoday.com/Media/Default/Default/Virtual%20Care.pdf>. Consulté le April 20, 2020.
11. Ontario MD. 20 mars 2020. Virtual Care and the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). <https://ontariomd.news/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Bulletin-for-Physicians-Mar-20.pdf>. Consulté le 21 avril 2020.
12. Collège des médecins du Québec. 1er avril 2020. La télémédecine réalisée par les résidents et moniteurs durant la pandémie de COVID-19. Guide à l'intention des superviseurs, des résidents et des moniteurs. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-la-telemedecine-realisee-par-les-residents-et-moniteurs-durant-la-pandemie-de-COVID-19.pdf>. Consulté le 23 avril 2020.
13. Ministère des Solidarités et de la Santé, Gouvernement de la République Française. 18 mars 2020. Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de coronavirus (COVID-19). [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/COVID-19\\_teleconsultation-fiche-medecin.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/COVID-19_teleconsultation-fiche-medecin.pdf). Consulté le 24 avril 2020.
14. Canadian Partnership against Cancer. Juillet 2019. Virtual Care in Canada: Environmental Scan. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/09/Virtual-Care-Environmental-Scan-EN.pdf>. Consulté le 18 avril 2020.
15. Ontario MD. April 2020. Virtual Care: COVID-19 Guide. <https://ontariomd.news/wp-content/uploads/2020/04/VC-Covid19-visual-V10.pdf>. Consulté le 23 avril 2020.
16. World Health Organization. Strengthening the Health Systems Response to COVID-19: Technical Working Guidance #1: Maintaining the delivery of essential health care services freeing up resources for the COVID-19 response while mobilizing the health workforce for the COVID-19 response. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/436354/strengthening-health-systems-response-COVID-19-technical-guidance-1.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/436354/strengthening-health-systems-response-COVID-19-technical-guidance-1.pdf). Consulté le 25 avril 2020.
17. CAMH. 27 mars 2020. Early Guidance for Pharmacists in Managing Opioid Agonist Treatment during the COVID-19 Pandemic. <http://www.camh.ca/-/media/files/camh-COVID-19-oat-guidance-for-pharmacists-pdf.pdf?la=en&hash=ECEB406CEB7E973EE4A3B637520AAA974D642B7>. Consulté le 23 avril 2020.

18. Collège des médecins du Québec. 8 avril 2020. Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) : prescription d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) durant la pandémie. <http://www.cmq.org/page/fr/COVID-19-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo-prescription-d-un-traitement-par-agonistes-opioides-tao-durant-la-pandemie.aspx>. Consulté le 24 avril 2020.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 25 mars 2020. The implications of COVID-19 for people who use drugs (PWUD) and drug service providers <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/COVID-19-and-people-who-use-drugs>. Consulté le 28 avril 2020.
20. Chow, M., & Thomas-Peter, K. 2014. British Columbia Mental Health & Substance Use Services - Practice Guidelines for Video-based Telehealth Services.
21. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 30 avril 2020. Telemedicine and virtual care guidelines (and other clinical resources for COVID-19). <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/about/COVID-19-resources-telemedicine-virtual-care-e#nwt>. Consulté le 24 avril 2020.
22. Canadian Medical Association. Février 2020. Recommendations for Scaling Up Virtual Medical Services. <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/ReportoftheVirtualCareTaskForce.pdf>. Consulté le 24 avril 2020.
23. British Columbia Centre on Substance Use. Mars 2020. Risk mitigation in the context of dual public health emergencies. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/04/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.5.pdf>. Consulté le 26 avril 2020.
24. Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Board on Health Care Services, Institute of Medicine of the National Academies. Clinical practice guidelines we can trust. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, eds. Washington, DC: National Academies Press; 2011. At: <https://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>. Consulté le 21 juin 2017.

