



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

GUIDE PRATIQUE NATIONAL

VERSION 2 - GUIDE PRATIQUE



CRISM-ICRAS

Canadian Research Initiative
in Substance Misuse

Initiative Canadienne de
Recherche en Abus de Substance



CIHR IRSC

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

Citation

Pour citer ce document :

Hyshka, K., Dong, K., Meador, K., Speed, K., Collins, Z., Abele, B., LeBlanc, S., McFarlane, A., McNeil, R., Salokangas, E., Schoen, E., & Wild, T.C. *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19*. Edmonton, Alberta: Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances; 1er novembre 2022. 94 p. Version 2.

Version 2, 1er décembre 2022

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

Reconnaissance du territoire

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

Nous sommes conscients que la criminalisation et l'institutionnalisation des personnes utilisatrices de substances de même que la discrimination à leur endroit touchent de manière disproportionnée les peuples autochtones et que nous devons poursuivre nos efforts pour démanteler les systèmes coloniaux d'oppression. Nous nous engageons à favoriser le processus de réconciliation avec les peuples autochtones et reconnaissons que des changements significatifs devront être apportés régulièrement au système de soins de santé.

Nous espérons que le présent guide contribuera à lutter contre les préjudices subis par les personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de COVID-19.

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

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

À propos du présent document

Le présent document fait partie d'une série de guides pratiques développés par l'ICRAS-CRISM à la demande du Gouvernement du Canada. Six courts documents ont ainsi été produits pour répondre aux besoins urgents des personnes utilisatrices de drogues, des prestataires de soins et services et des décideurs dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. L'urgence de la situation commandait l'élaboration et la diffusion rapide de ces guides pratiques dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19. 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. Deux ans après la publication initiale, devant la nécessité de fournir des éléments d'orientation pour mieux aider les personnes utilisatrices de substances en centre d'accueil pendant la pandémie de COVID-19, les auteurs ont révisé le guide et intégré de nouvelles données.

Les recommandations énoncées dans le présent document sont susceptibles d'évoluer avec l'émergence de nouveaux éléments d'information. Il est important de savoir que notre intention est de fournir une orientation générale plutôt qu'une procédure et des conseils logistiques précis. Nous conseillons aux lecteurs de se tourner vers les autorités médicales et régionales de santé publique pour les éclairer, au besoin, sur leur environnement réglementaire et leur politique sanitaire particulière, et notamment sur les directives et recommandations provinciales et territoriales liées à la COVID-19. Les ressources suivantes renferment les données les plus récentes pour chaque province et territoire : [Alberta](#)¹; [Colombie-Britannique](#)²; [Manitoba](#)³; [Nouveau-Brunswick](#)⁴; [Terre-Neuve-et-Labrador](#)⁵; [Territoires du Nord-Ouest](#)⁶; [Nouvelle-Écosse](#)⁷; [Nunavut](#)⁸; [Ontario](#)⁹; [Île-du-Prince-Édouard](#)¹⁰; [Québec](#)¹¹; [Saskatchewan](#)¹²; [Yukon](#)¹³.

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

- Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 (le présent document)
- [Télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives](#)¹⁴
- [Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁵
- [Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances](#)¹⁶
- [Stratégies pour réduire la transmission du SARS-CoV-2 dans les centres de réadaptation en dépendance et d'hébergement](#)¹⁷
- [Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸

On peut accéder aux documents à l'adresse : <https://crism.ca/projects/covid/>. Chaque document a été réalisé par un comité de rédaction régional de l'ICRAS-CRISM à partir des connaissances d'experts, des données scientifiques disponibles et d'une étude de la documentation pertinente des autorités de santé publique. Les documents préliminaires produits par chaque comité de rédaction ont été révisés par des groupes de révision de contenu pancanadiens et par des experts cliniques. Des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances ont participé à la production

des guides pratiques de l'ICRAS-CRISM, soit comme membres du comité de rédaction ou comme membres du comité de révision. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont octroyé une subvention directe de fonctionnement à l'ICRAS-CRISM pour ces travaux.

Avertissement aux prestataires de soins de santé

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

Précisions légales et juridiques

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

Auteurs et autres participants

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

Elaine Hyshka, PhD; Professeure agrégée et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en innovation des systèmes de santé, École de Santé Publique, University of Alberta; Directrice Scientifique, Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

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

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

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

Zoe Collins, BSc; Assistante à la recherche, École de Santé publique, University of Alberta and Inner City Health and Wellness Program, Royal Alexandra Hospital

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

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

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

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

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

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

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

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

Réviseurs externes*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Thomas D. Brothers, MD, CISAM; Médecin Résident, Département de Médecine, Dalhousie University; Chercheur universitaire, UCL Collaborative Centre for Inclusion Health, University College London

* REMARQUE : 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 tient à souligner le travail de recherche, de rédaction et de révision des personnes suivantes : Hannah Brooks, Savannah Weber et Nicole Gehring et Lexis R. Galarneau. Le comité souhaite également souligner l'aide des chargées de projets et de recherche des pôles de l'ICRAS-CRISM : Denise Adams (Prairies), Fariyah Ali (Ontario), Nirupa Goel (Colombie-Britannique) et Aïssata Sako (Québec-Atlantique).

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

TABLE DE MATIÈRES

Abréviations.....	11
1.0 PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE NATIONAL	12
2.0 OBJECTIF ET PORTÉE	14
2.1 Élaboration	16
2.2 Public cible.....	17
2.3 Principes directeurs	17
2.4 Contexte	21
3.0 MISE EN PLACE DE SITES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE TEMPORAIRES EN RÉPONSE À LA COVID-19	27
3.1 Demande d'exemption pour un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique	27
3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19	31
3.2.1 Infrastructure physique	31
3.2.2 Dotation en personnel.....	34
3.2.3 COVID-19 – Mesures d'hygiène	36
3.2.4 Services orientés sur le participant.....	37
3.3 Supervision de la consommation en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19	40
3.3.1 Dépistage de la COVID-19 chez les employés des sites de consommation supervisée.....	40
3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée	41
3.3.3 EPI du personnel	42
3.3.4 Surveillance de la consommation et prestation des soins dans un site de consommation supervisée	43
3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée.....	48
3.3.6 Exposition du personnel à la COVID-19	51
3.4 Déclaration et évaluation	51
4.0 TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE ET PHARMACOTHÉRAPIE EN CENTRE D'ACCUEIL	53
4.1 Évaluation	55

4.2 Stratégies de traitement et de réduction des risques.....	56
4.3 Soutien psychosocial	62
4.4 Prescription des médicaments et accès aux substances contrôlées	63
4.5 Continuité des soins après une période de confinement et une fois tout danger écarté lié à la covid-19.....	64
4.6 Déclaration et évaluation	66
5.0 VACCINATION CONTRE LA COVID-19 CHEZ LES RÉSIDENTS DES CENTRES D'ACCUEIL	67
6.0 AUTRES RÉFÉRENCES ET RESSOURCES	69
ANNEXE 1 : POLITIQUE RELATIVE AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS	70
ANNEXE 2 : FORMULAIRE TYPE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES DU SITE DE CONSOMMATION SUPERVISÉE	72
ANNEXE 3 : LISTE DE RESSOURCES EN LIGNE SUR L'USAGE DE SUBSTANCES	75
ANNEXE 4 : TROUSSE D'OUTILS DE SANTÉ CANADA.....	78
RÉFÉRENCES.....	79

ABRÉVIATIONS

COVID-19 : maladie à coronavirus 2019

DEA : défibrillateur externe automatique

EPI : équipement de protection individuelle

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

IMGA : intervention médicale générant des aérosols

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

LLU : morphine orale à libération lente uniquequotidienne

PAWSS : Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool)

PGA : programme de gestion de l'alcool

RCR : réanimation cardiorespiratoire

RUSE : Réserve d'urgence pour les services essentiels

SCS : service de consommation supervisée

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

SPS : service de prévention des surdoses

TAO : traitement par agoniste opioïde

TAOi : Traitement par agoniste opioïde injectable

TLUS : trouble lié à l'usage de substances

TRN : thérapie de remplacement de la nicotine

USI : unité de soins intensifs

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1.0 Principes du guide pratique national

- La pandémie de la COVID-19 a accentué les risques déjà posés par l'épidémie de surdoses, mettant en péril la santé et la vie des personnes utilisatrices de substances qui vivent en situation de précarité de logement ou d'itinérance.
- Le présent guide pratique vise à soutenir les organisations qui exploitent des centres d'accueil nouvellement créés ou établis et qui doivent fournir des soins fondés sur des données probantes aux personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19 au Canada.
- L'approche pragmatique adoptée par ces centres d'accueil consiste à reconnaître qu'une certaine consommation de drogues et d'alcool se poursuivra en dépit des interdictions formelles ou informelles et des dispositions pénales.
- Dans l'approche de réduction des méfaits, on s'emploie à modifier les risques associés à des pratiques ou à des conditions non sécuritaires de consommation au lieu de prôner l'abstinence à tout prix. Les résidents reçoivent l'aide nécessaire pour accéder aux soins en fonction de leurs propres besoins et objectifs.
- Les services fournis par les centres d'accueil doivent tenir compte des perspectives des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation, en situation de précarité de logement ou d'itinérance.
- Le personnel des centres d'accueil peut prendre des précautions universelles contre les traumatismes pour s'assurer que les résidents reçoivent un soutien équitable dans un milieu protégé, à l'abri de la stigmatisation. Ils sont ainsi moins susceptibles de subir d'autres préjudices ou un nouveau traumatisme.
- Alors que les peuples autochtones continuent de souffrir de racisme, d'oppression et des conséquences de la colonisation, il est important que les centres d'accueil et leur personnel adoptent une démarche de sécurisation culturelle en usant de stratégies qui favorisent le rapprochement avec les participants et qui font obstacle à la stigmatisation et à la discrimination liées à la l'usage de drogues.
- Intégrer les services de consommation supervisée de drogues illicites dans les centres d'hébergement est faisable, et a le potentiel de réduire les surdoses mortelles et d'autres risques de santé.

- Différents modèles de services de consommation supervisée peuvent être mis en pratique durant la pandémie de la COVID-19 en appliquant les consignes de prévention et de contrôle des infections, et en utilisant l'équipement de protection individuel (EPI).
-
- Les services de consommation supervisée doivent vérifier régulièrement leurs procédures en matière de prévention et de contrôle des infections et du port de l'EPI afin d'être toujours conformes aux récentes normes et directives des autorités sanitaires.
-
- Les centres d'accueil doivent faciliter l'accès aux prestataires capables d'intervenir en traitement des troubles liés à l'usage de substances (TLUS), dans les programmes de désintoxication et de gestion du sevrage ainsi que dans la réduction des risques de consommation.
-
- Divers traitements de première et deuxième lignes pour les TLUS sont disponibles pour les résidents des centres d'accueil qui veulent cesser de consommer.
-
- Ce ne sont pas tous les résidents qui accepteront des traitements de TLUS fondés sur des données probantes ou qui seront stabilisés par ces traitements. Pour les cas réfractaires, les professionnels de la santé devraient envisager de proposer l'accès à des médicaments de remplacement pour la gestion du sevrage et de l'état de manque, et pour atténuer les conséquences néfastes liées à l'approvisionnement continu et à l'usage de substances provenant du marché noir.
-
- Les programmes de gestion de la consommation d'alcool pourraient aider les résidents des centres d'accueil fragilisés en temps de pandémie par leurs habitudes de consommation d'alcool et représentent une option prometteuse.
-
- Il y a plusieurs avenues possibles pour les résidents des centres d'accueil afin qu'ils puissent recevoir leurs médicaments prescrits : distribution pluri-journalière, livraison par la pharmacie, services en pharmacie, etc.
-
- Les interventions psychosociales et de soutien devraient être offertes seules ou être jumelées avec la pharmacothérapie ou la gestion de la consommation d'alcool, et ce, de manière systématique.
-
- Tout résident recevant un traitement pour un TLUS, une pharmacothérapie de remplacement, et/ou une intervention de gestion de la consommation d'alcool devrait recevoir du soutien après son départ du centre d'accueil.
-
- Les centres d'accueil ont l'occasion unique d'offrir à leurs résidents un accès à la vaccination contre la COVID-19 comportant le moins de barrières possible.

2.0 Objectif et portée

Le 11 mars 2020, devant la gravité et la propagation rapide à l'échelle mondiale de la COVID-19, une infection causée par un nouveau coronavirus, l'Organisation mondiale de la Santé déclarait l'état de pandémie. Les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement sont frappées de plein fouet par la COVID-19¹⁹. Au Canada, l'itinérance est définie dans les termes suivants : « conditions de vie d'une personne ou d'une famille n'ayant pas de logement stable, permanent, approprié, ni la possibilité, les moyens et la capacité d'en obtenir un »²⁰ et englobe les personnes qui sont sans abri et celles qui vivent dans des conditions inadéquates. Les personnes en situation d'itinérance vivent souvent dans la promiscuité et n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour se protéger du virus, comme l'espace suffisant pour maintenir une distanciation physique et l'accès à des dispositifs sanitaires, ce qui les rend plus vulnérables aux infections²¹. À défaut d'avoir un toit et de pouvoir suivre les recommandations sanitaires, les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement doivent souvent fréquenter des lieux publics pour avoir accès aux services essentiels (p. ex. services d'accueil, ressources gouvernementales, pharmacies), utilisent le transport collectif, parcourent de longues distances à pied, ont des démêlés avec la justice et sont incarcérés : autant de facteurs qui favorisent l'exposition à la COVID-19.

L'absence d'un logement stable et sécuritaire augmente le risque de développer une multitude de problèmes de santé, auxquels il faut maintenant ajouter la COVID-19. Comparativement à la population générale, les populations en situation d'itinérance ou de précarité de logement sont davantage sujettes aux maladies chroniques et autres comorbidités (p. ex. problèmes respiratoires et déficit immunitaire) et sont donc particulièrement exposées aux complications graves associées à la COVID-19^{22,23}. Dans bien des cas, le mot d'ordre dans les efforts de lutte contre la pandémie semble être d'héberger rapidement les personnes sans-abri soit en mettant sur pied de nouveaux centres d'accueil soit en réaménageant les centres d'accueil existants²⁴⁻²⁷. Or, avant toute chose, ne devrait-on pas être attentif à la santé, à la sécurité et aux droits de cette frange de la population et l'aider à prendre en charge ses problèmes de santé sous-jacents lorsque cela est possible ?

Les personnes utilisatrices de substances illégales en situation d'itinérance ou de précarité de logement représentent une sous-population à haut risque. Celles qui s'approvisionnent sur le marché noir, une source de substances hautement toxiques, sont particulièrement exposées au risque de morbidité et de mortalité associé à une surdose et à d'autres effets délétères sur la santé (cellulite, endocardite, infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] ou par le virus de l'hépatite C [VHC], etc.). Les restrictions de déplacements et la fermeture des frontières liées à la COVID-19 perturbent le trafic de drogues illégales²⁸⁻³⁰, ce qui peut amener un changement dans les habitudes de consommation^{28, 29} et accroître le risque de frelatage ou de contamination de la drogue^{28, 30}. Les personnes utilisatrices de substances se retrouvent plus exposées aux risques liés à la consommation.

Plusieurs provinces ou territoires rapportent une hausse sans précédent de décès par surdose depuis le début de la pandémie de COVID-19³¹. Conséquence des perturbations du marché de drogues illicites ? Effet collatéral de la distanciation physique et du confinement? Stress et anxiété, précarité socioéconomique ou autres facteurs sous-jacents? On cherche encore des explications³²⁻³⁵.

Le stress, l'ennui et l'isolement causés par la pandémie de COVID-19 (comme le resserrement des mesures sanitaires, les pertes d'emploi dues aux fermetures d'entreprises et l'instabilité financière qui en résulte) peuvent conduire à consommer davantage de substances légales comme l'alcool, le tabac et le cannabis, et accroître le risque de dépendance, de sevrage, de surdose et d'autres complications liées à la santé. L'accès plus limité à l'alcool peut aussi entraîner des complications médicales graves chez les personnes ayant une consommation d'alcool à haut risque et un trouble de l'usage de l'alcool à : syndrome de sevrage de l'alcool, crises convulsives et risque accru de conséquences graves ou de décès. Les personnes qui consomment fréquemment de l'alcool, du tabac et du cannabis risquent d'avoir un système immunitaire fragilisé et d'être plus vulnérables à l'infection par la COVID-19³⁶⁻³⁸.

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

Notre intention est de répondre aux besoins de deux sous-populations distinctes d'utilisateurs séjournant dans les centres d'accueil : [1] les personnes asymptomatiques qui ont accès aux services, ne sont pas visées par une directive ou une recommandation sanitaire de confinement, ni ne passent d'examen en lien avec la COVID-19; et [2] les personnes qui ont obtenu un résultat positif au dépistage de la COVID-19 ou qui éprouvent des symptômes. Voici en détail les thématiques abordées :

- Résumé de la situation critique vécue par les personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance ou de précarité de logement pendant la pandémie de la COVID-19.
- Recommandations pour obtenir une exemption légale afin de mettre en place et d'offrir un service temporaire de consommation supervisée (aussi appelé « site pour les besoins urgents en matière de santé publique »).

- Recommandations sur l'offre de traitements standard des troubles liés à l'usage de substances (TLUS) et sur leur accessibilité, sur les options de réadaptation et les stratégies de réduction des risques (p. ex. pharmacothérapie de remplacement ou programmes de gestion de la consommation d'alcool) afin de soutenir les personnes ayant des TLUS dans les hébergements d'urgence.
- Conseils pratiques pour surveiller et évaluer la prestation de ces services.
- Suggestions pour offrir un accès moins restrictif à la vaccination contre la COVID-19.

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

- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 1](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada³⁹.
- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 2](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada⁴⁰.

2.1 ÉLABORATION

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

L'urgence de la situation commandait l'élaboration et la diffusion rapide de ce guide pratique dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19. Vu les contraintes de temps et l'évolution constante des connaissances sur la COVID-19, nous n'avons pu mener une recension exhaustive des écrits pertinents. Lorsqu'elles étaient disponibles, nous avons toutefois cité les recherches scientifiques pour appuyer les avis d'experts. Deux ans après la publication initiale, devant la nécessité de fournir des éléments d'orientation pour mieux aider les personnes utilisatrices de substances en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19, les auteurs ont révisé le guide et intégré de nouvelles

données. Les recommandations énoncées dans le présent document sont susceptibles d'évoluer avec l'émergence de nouveaux éléments d'information.

Il est important de savoir que notre intention est de fournir une orientation *générale* pour soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil au Canada et non pas de donner des instructions détaillées sur la mise en œuvre de services de consommation supervisée ou la prescription d'une pharmacothérapie. Les processus et les règlements sur la mise en œuvre de tels services peuvent varier selon les localités, les régions, les provinces ou territoires. Nous conseillons aux lecteurs de se tourner vers les autorités médicales régionales de santé publique pour les éclairer, au besoin, sur leur environnement réglementaire et leur politique sanitaire particulière, et notamment sur les directives et recommandations provinciales et territoriales liées à la COVID-19. Les ressources suivantes renferment les données les plus récentes pour chaque province et territoire : [Alberta](#)¹; [Colombie-Britannique](#)²; [Manitoba](#)³; [Nouveau-Brunswick](#)⁴; [Terre-Neuve-et-Labrador](#)⁵; [Territoires du Nord-Ouest](#)⁶; [Nouvelle-Écosse](#)⁷; [Nunavut](#)⁸; [Ontario](#)⁹; [Île-du-Prince-Édouard](#)¹⁰; [Québec](#)¹¹; [Saskatchewan](#)¹²; [Yukon](#)¹³.

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

2.2 PUBLIC CIBLE

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

2.3 PRINCIPES DIRECTEURS

Le présent document repose sur les quatre principes suivants : 1) la réduction des méfaits; 2) la participation de personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances, en situation d'itinérance ou de précarité de logement, à l'élaboration et à la mise en œuvre des services; 3)

des services sensibles au traumatisme et à la violence; 4) la sécurisation et l'humilité culturelles à l'endroit des peuples autochtones.

La **réduction des méfaits** est un terme général qui désigne l'ensemble des politiques et pratiques visant à réduire les risques associés à la consommation de substances sans imposer l'abstinence ni même une réduction de la consommation. La trajectoire de consommation peut suivre une pente ascendante ou descendante et les utilisateurs devraient recevoir des soins respectueux qui favorisent leur autonomie et leur dignité, quelle que soit la trajectoire empruntée. Dans l'approche de réduction des méfaits, on choisit d'agir sur les risques associés à des pratiques ou à des contextes de consommation non sécuritaires plutôt que de miser sur l'abstinence^{41,42}; avec un accompagnement, les utilisateurs ont accès à des services sanitaires et sociaux (p. ex. soins médicaux, traitement des TLUS, consultation, logement, aide financière) selon les besoins et les objectifs qu'ils ont eux-mêmes déterminés. Les centres d'accueil ou toute organisation adoptant les interventions décrites dans le présent document devraient soutenir et communiquer efficacement les politiques claires de réduction des méfaits qui intègrent les principes fondamentaux reconnus à l'échelle internationale^{43,44}. Tout le personnel devrait recevoir une formation et un enseignement sur la réduction des méfaits comprenant un tour d'horizon des principes et des valeurs à la base de cette approche et avoir la possibilité de se pencher sur le contexte social, légal et politique de la toxicomanie. Au moment de l'embauche, on devrait rechercher des candidats dont les valeurs concordent avec la philosophie de réduction des méfaits. Ces conditions sont essentielles pour créer une culture de réduction des méfaits^{45,46}.

La **participation des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation de substances** et en situation d'itinérance ou de précarité de logement est essentielle pour concevoir et fournir des services qui donnent les résultats escomptés et qui répondent aux besoins de la population cible. Même si, dans le contexte de la pandémie, il peut être difficile de mobiliser ces personnes, la direction du centre doit dans la mesure du possible appliquer le principe « Rien à notre sujet sans nous ». Les groupes régionaux ou nationaux qui défendent les intérêts des utilisateurs peuvent souvent faciliter le contact avec les personnes de leur communauté qui consomment des substances. Lorsqu'on consulte ou qu'on embauche des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique, il est important de les rémunérer de façon équitable pour leur expertise et leur travail^{47,48}. Les ressources suivantes apportent un complément d'information sur la mobilisation des personnes ayant un savoir expérientiel de la consommation :

- [Having a Voice and Saving Lives](#); CRISM People with Lived Expertise of Drug Use (PWLE) National Working Group⁴⁹;
- [Engaging People who use Drugs in Policy and Program Development: A Review of the Literature](#); Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy⁵⁰;

- [« Rien à notre sujet sans nous » - L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains](#); Réseau juridique canadien VIH/sida⁵¹;
- [Peer Worker Involvement in Low-Threshold Supervised Consumption Facilities in the Context of an Overdose Epidemic in Vancouver](#), Canada; Social Science & Medicine⁵²;
- [Pairologie : Un guide d'implication par et pour les personnes utilisatrices de drogues](#); Société canadienne du sida⁴⁸.

Des services sensibles au traumatisme et à la violence assurent la sécurité et le respect des bénéficiaires en tenant compte du lien entre le traumatisme et la violence d'une part et le comportement et la santé, d'autre part⁵³. L'objectif n'est pas de traiter le traumatisme, mais bien de réduire le risque de préjudices ou la répétition du traumatisme. Les centres d'accueil et leur personnel peuvent apporter un soutien sûr et équitable en adoptant des mesures universelles contre les traumatismes. Ces mesures reposent sur les principes de la connaissance, de la sécurité, de la triade collaboration/choix/autonomie, ainsi que sur la capacité de résilience^{53, 54}. Démontrons par des exemples comment les centres d'accueil peuvent appliquer ces quatre principes pour fournir des services sensibles au traumatisme et à la violence :

- Faire comprendre dans quelle mesure le traumatisme et la violence contribuent à la toxicomanie et à la précarité des conditions de logement, et vice versa;
- Créer un milieu où la personne se sent physiquement et mentalement en sécurité en offrant des soins respectueux et dénués de tout jugement, et en s'assurant que l'infrastructure physique est accueillante, réconfortante et permet une intimité lorsque cela est nécessaire;
- Collaborer avec les résidents afin de leur proposer des options valables en fonction de leurs préférences (p. ex., traitement du TLUS, gestion du sevrage, stabilisation/réduction des risques de consommation). L'éducation sur une consommation plus prudente et sur les mesures de prévention de l'infection par la COVID-19 peut favoriser le libre choix, la collaboration et le rapprochement;
- Reconnaître la situation personnelle des résidents, notamment leur passé et le contexte structurel qui les ont amenés à la consommation de substances, à l'itinérance ou à la précarité du logement. Promouvoir la résilience et donner confiance en recherchant et en validant leurs forces individuelles.

On trouvera dans les ressources suivantes d'autres recommandations sur les services sensibles au traumatisme et à la violence :

- [Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques](#); Agence de la santé publique du Canada⁵³;
- [Trauma-informed Approaches to Substance Use Interventions with Indigenous Peoples: A Scoping Review](#); Pride et al.⁵⁵;
- [Trauma- and Violence-Informed Care; A Tool for Health and Social Service Organizations and Providers](#); Gender, Trauma & Violence: Knowledge Incubator @ Western and EQUIP Health Care: Equipping Health Care for Equity⁵⁴.

La sécurisation et l'humilité culturelles à l'endroit des peuples autochtones créent un environnement où les peuples autochtones se sentent à l'aise d'accéder aux services de santé et aux services sociaux. On reconnaît par le fait même que les peuples autochtones continuent de souffrir de racisme, d'oppression et des conséquences de la colonisation et que de nombreux prestataires de services ne saisissent pas pleinement les expériences de vie, les pratiques culturelles, l'histoire et les perspectives des Premières Nations et des Inuits ⁵⁶. Les soins culturellement sécurisants privilégient des stratégies qui aident à tisser des liens avec les participants et réduisent les préjudices causés par la stigmatisation et la discrimination liées à la consommation de drogues ⁵⁷. Le personnel des centres d'accueil peut démontrer une humilité culturelle en suivant «un processus de réflexion personnelle pour comprendre les biais systémiques et personnels ainsi que pour développer et maintenir des processus et des relations respectueuses basés sur la confiance mutuelle » (p. 11)⁵⁶. On trouvera d'autres recommandations sur la sécurisation et l'humilité culturelles à l'endroit des peuples autochtones dans les ressources suivantes :

- [Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques](#); Agence de la santé publique du Canada⁵³;
- [Trauma-informed Approaches to Substance Use Interventions with Indigenous Peoples: A Scoping Review](#); Pride et al.⁵⁵;
- [National Indigenous Cultural Safety Learning Series](#); Provincial Health Services Authority Indigenous Health⁵⁹;
- [Cultural Safety Collection](#); National Collaborating Centre for Indigenous Health⁶⁰;
- [Document de politiques; La réduction autochtone des méfaits = Réduire les méfaits du colonialisme](#); Réseau canadien autochtone du sida et Coalition interagence sida et développement⁶¹;

- [Trauma-Informed Interventions through an Indigenous Worldview Presentation](#); Olson through the Western Centre for Research & Education on Violence Against Women and Children Learning Network⁶²;
- [Blending Aboriginal and Western Healing Methods to Treat Intergenerational Trauma with Substance Use Disorder in Aboriginal Peoples](#); Marsh, et al.⁶³.

2.4 CONTEXTE

Le problème de l'itinérance au Canada prend des proportions alarmantes. Quelque 35 000 personnes se sont retrouvées sans abri chaque nuit en 2016⁶⁴ et ce nombre a probablement augmenté depuis. Les personnes en situation d'itinérance sont nombreuses à présenter un trouble lié à l'usage de substances (TLUS). Les études canadiennes sur le sujet ont jusqu'ici été menées à une échelle relativement petite. D'après ces données fragmentaires, jusqu'à 82 % des personnes en situation d'itinérance répondent aux critères diagnostiques de TLUS⁶⁵, défini comme un trouble lié à l'usage de drogues ou de l'alcool. D'autres études révèlent une prévalence plus faible, mais dans toutes les études, la prévalence dépasse de loin celle observée dans la population générale^{66,67}. Avec l'itinérance croissante en toile de fond, le Canada connaît aussi une crise des surdoses.

Les décès par surdose sont en progression au Canada depuis les années 1990⁶⁸, et la contamination répandue des drogues obtenues illégalement contribue à intensifier la crise⁶⁹. Le taux de mortalité par surdose liée aux opioïdes par 100 000 habitants était de 11,9 en 2018, de 9,8 en 2019, de 17,1 en 2020 et de 20,5 en 2021⁷⁰. Cela représente une hausse spectaculaire de 96 % des décès liés aux opioïdes dans la première année de la pandémie de la COVID-19 et le taux de mortalité continue de progresser avec la pandémie⁷⁰. Devant les effets dévastateurs de l'épidémie actuelle de surdoses sur la collectivité, des interventions costaudes en santé publique et en traitement de la dépendance s'imposent.

L'éclosion de la COVID-19 a été qualifiée de pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la Santé le 11 mars 2020⁷¹. Cette infection virale se manifeste le plus souvent par de la fièvre, de la toux, des difficultés respiratoires ou un essoufflement, un mal de gorge, un écoulement nasal ou une congestion nasale^{72,73}. Dans les cas plus graves, une sepsie, une insuffisance respiratoire et une insuffisance cardiaque peuvent survenir⁷³. La COVID-19 se propage par les gouttelettes et les aérosols créés lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue, à la suite d'un contact personnel étroit ou après un contact avec une surface contaminée⁷⁴⁻⁷⁶. Des données probantes indiquent que la COVID-19 se transmettrait aussi par voie aérienne d'où les recommandations sur l'amélioration de la qualité de l'air intérieur pour réduire le risque de transmission (amélioration des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation)⁷⁷. Si de nouveaux variants de la COVID-19 peuvent accroître la

transmissibilité, les modes de transmission sont identiques⁷⁸. À l'échelle mondiale, on recense plus de 609 millions de cas confirmés et plus de 6,5 millions de décès⁷⁹, et ces chiffres sont probablement en deçà de la réalité. Au Canada, en date du 10 septembre 2022, le bilan s'établissait à plus de 4,2 millions de cas confirmés et 44 740 décès⁸⁰.

La pandémie de la COVID-19 amplifie les risques déjà posés par l'épidémie de surdose : une coïncidence malheureuse qui met en danger les personnes utilisatrices de substances qui vivent en situation d'itinérance ou de précarité de logement. Selon des études récentes, avoir un diagnostic de TLUS augmente de 8 fois le risque de contracter la COVID-19⁸¹ et lorsqu'une personne est infectée, elle court un risque nettement plus élevé d'être hospitalisée, de se retrouver à l'unité des soins intensifs, d'être placée sous ventilation artificielle et de décéder⁸¹⁻⁸³. Les problèmes médicaux sous-jacents souvent présents chez les personnes ayant un TLUS⁸⁴⁻⁸⁶ peuvent les rendre plus vulnérables à des complications graves voire mortelles, de la COVID-19^{81,83,87}. Par ailleurs, les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement pourraient ne pas avoir les ressources de base pour se protéger contre la COVID-19 et poser les gestes barrières appropriés (distanciation physique, confinement et hygiène [75]), ce qui augmente le risque d'infection. Des études récentes révèlent que les personnes en situation d'itinérance sont plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, d'être hospitalisées en raison d'une infection par la COVID-19 et de décéder des complications de l'infection^{88,89}.

Les directives et les recommandations sanitaires liées à la COVID-19 pourraient avoir eu un effet pervers en minant les progrès réalisés dans la lutte contre l'épidémie de surdoses²⁹. Les règles de distanciation physique ont pu rendre plus difficile l'approvisionnement, et l'achat en personne a favorisé la transmission directe du virus. Les ordonnances de santé publique interdisant les rassemblements publics ont perturbé les marchés de drogue « en plein air ». En conséquence, les utilisateurs qui fréquentent ces marchés ont dû s'approvisionner auprès de vendeurs inconnus⁹⁰, parcourir de plus longues distances pour obtenir des substances et consommer la drogue dans un nouvel environnement²⁸ : autant de facteurs qui augmentent le risque d'infection ou de transmission de la COVID-19, de surdose, d'arrestation et d'incarcération, sans parler du risque d'être victimes d'un acte criminel violent. À cela il faut ajouter l'instabilité financière causée par les pertes d'emploi à la suite des fermetures d'entreprises, la baisse des dons publics et la difficulté de vendre des articles pour subvenir à ses besoins^{29,91}. Les personnes utilisatrices de substances aux prises avec une instabilité financière ont pu se mettre à vendre des services sexuels, à mendier ou se sont adonné à d'autres activités qui augmentent le risque de transmission pour eux-mêmes et pour les autres (voir « [COVID-19 Guidelines for Sex Workers, Clients, 3rd Parties](#) » par la Coalition canadienne des politiques sur les drogues⁹² pour un complément d'information sur les travailleurs du sexe et la COVID-19).

La fermeture des frontières et les restrictions de voyage liées à la COVID-19 ont perturbé l'approvisionnement en drogues illicites^{28-30, 91, 93, 94}, augmentant le risque de surdose. Dans les

premiers mois de la pandémie, les personnes utilisatrices de substances au Canada ont fréquemment signalé une baisse de puissance de la drogue. On a ainsi observé davantage de symptômes de sevrage, une baisse de la tolérance aux drogues et une hausse du risque de surdose²⁸. Les interruptions de l'approvisionnement ont exacerbé le risque de complications médicales en incitant les personnes utilisatrices à se constituer des réserves pour maintenir un accès continu aux substances. Cette pratique a pu entraîner une augmentation de la consommation^{28, 29, 91}. L'accès irrégulier aux substances a fait grimper leur coût et amener la personne utilisatrice à opter pour des options plus abordables²⁹, par exemple le mélange de différentes substances⁹¹ ou une autre voie d'administration plus risquée³⁰. Les perturbations de l'approvisionnement et les pénuries, le frelatage ou la contamination de la drogue sont devenus plus répandus, rendant hautement imprévisibles la puissance et la toxicité des drogues vendues sur le marché noir^{29, 30, 94}.

Les recommandations sur la distanciation physique et le confinement aggravent le risque de décès par surdose, car ces mesures de santé publique amènent plus de personnes à consommer seules^{28, 90, 95, 96}, limitant la présence de témoins pouvant intervenir en cas de surdose ou les dissuadant d'intervenir^{29, 97, 98}. Et même si une surdose se produit dans un lieu public, les manœuvres de RCR ou toute autre intervention pourraient provoquer la transmission de la COVID-19 si l'équipement de protection individuel (EPI) approprié est absent. Par ailleurs, dans les centres d'accueil où on pourrait être à court d'EPI, le personnel est moins en mesure d'intervenir efficacement sans risquer d'être exposé à la COVID-19 ou de la transmettre s'il est déjà infecté. Si l'on attend l'arrivée des secours au lieu de poser les gestes qui pourraient sauver une vie, comme la respiration artificielle ou les manœuvres de RCR, on expose la personne victime d'une surdose à un risque d'anoxie et de lésion cérébrale. Ces situations peuvent être lourdes de conséquences et pourraient même entraîner le décès de la personne et une détresse morale pour le personnel.

La pandémie de COVID-19 a dressé davantage de barrières devant les personnes utilisatrices de substances souhaitant recourir aux services de réduction des méfaits^{28, 29, 91, 93, 95, 98, 99}. Les consignes sanitaires comme la distanciation physique et l'isolement peuvent restreindre l'accès au traitement par agoniste opioïde, aux services de consommation supervisée, au traitement de la dépendance, aux programmes d'entraide et aux services de proximité²⁹. La baisse ou la relocalisation des effectifs et des ressources ont également nui à l'accessibilité aux services²⁹. Résultat : devant la capacité d'accueil limitée de ces services, les participants se sont éloignés des services de réduction des méfaits pendant la pandémie de la COVID-19⁹¹.

Pour compliquer davantage la situation, certains syndromes de sevrage ressemblent aux symptômes de la COVID-19. Ainsi, le sevrage d'opioïdes se manifeste souvent par des symptômes pseudogrippaux (p. ex. écoulement nasal, frissons, pâleur, gêne gastro-intestinale, fatigue). Pas facile dans ces circonstances d'appliquer adéquatement les protocoles de dépistage et de confinement. Le risque de transmission de la COVID-19 peut augmenter si les symptômes de sevrage d'opioïdes sont interprétés à tort comme des symptômes grippaux. Le participant pourrait se voir écarter des services du centre

d'accueil ou se retrouver parmi les cas soupçonnés ou confirmés d'infection par la COVID-19. Une mauvaise lecture des symptômes de sevrage des opioïdes, des centres d'accueil qui, pour se plier aux exigences de la santé publique, ne sont pas pleinement opérationnels : ce sont là d'autres obstacles qui limitent l'accessibilité à des services comme les programmes de traitement de la dépendance et de réduction des méfaits, l'aide au logement, les services sociaux... La nature syndémique de ces urgences de santé publique est évidente²⁹. Comme nous l'avons déjà mentionné, les personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle sont plus exposées aux dangers et au risque de mortalité liés à la consommation et à la COVID-19. Lorsque, de surcroît, elles se voient refuser l'accès aux services en raison de leurs symptômes de sevrage, elles deviennent encore plus vulnérables et leurs risques augmentent. Par ailleurs, le risque de surdose d'opioïdes s'accroît également lorsque des personnes utilisatrices d'opioïdes s'automédamentent pour traiter ce qu'elles croient être des symptômes de la COVID-19¹⁰⁰.

Des centres d'accueil au Canada ont adapté leur modèle de services en réponse à la pandémie. Bon nombre d'hébergements d'urgence qui accueillent la population itinérante pour la nuit ou qui leur offrent des aires de repos le jour réduisent le nombre de personnes admises à la fois et/ou réaménagent leurs locaux pour respecter les recommandations de distanciation physique. Certains modifient leurs heures d'ouverture ou déménagent temporairement leurs locaux dans des installations plus grandes afin de réduire le risque de transmission et d'éclosion de la COVID-19²⁴. Bien des municipalités créent également des unités d'isolement dans des installations existantes ou dans de nouvelles installations (p. ex., centres de loisirs²⁴ ou autre grand établissement) pour permettre aux personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement de s'isoler si elles sont soupçonnées d'avoir été exposées au virus, si elles doivent passer des tests de dépistage ou si elles ont reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19. D'autres encore utilisent des hôtels ou d'autres lieux d'hébergement temporaires pour aider les personnes à respecter les directives de distanciation physique ou de confinement et leur offrent des services de soutien intégrés²⁴⁻²⁷. Par exemple, à Halifax, en Nouvelle-Écosse, des hôtels réquisitionnés comme ressources d'urgence ont mis en place des programmes d'approvisionnement sécuritaire en drogues et de gestion de la consommation d'alcool afin de favoriser le confinement²⁵. À Hamilton, en Ontario, on a observé une diminution de la consommation de substances illicites dans les hôtels offrant en même temps qu'un hébergement temporaire des programmes de TAO²⁷.

Malgré toutes ces mesures pour réduire le risque de transmission de la COVID-19, nombreux sont les centres d'accueil à avoir de la difficulté à endiguer l'infection^{101,102}. Du mois de mars à la mi-juin 2020, on a compté 601 éclosions de COVID-19 dans les centres d'accueil de Toronto (Ontario)¹⁰³ : c'est au moins 35 fois plus que les éclosions signalées dans tout le secteur des centres de la petite enfance de l'Ontario et 7 fois plus que les éclosions signalées dans le secteur des services correctionnels de l'Ontario¹⁰³. Aux États-Unis, des études préliminaires avançaient des taux d'infection de 15 à 66 % dans certains centres d'accueil¹⁰⁴⁻¹⁰⁷. Une revue et méta-analyse systématique plus récente sur la COVID-19 dans les centres pour sans-abri rapporte plutôt un taux de prévalence de 32 % de l'infection

à la COVID-19 chez les résidents des centres d'accueil et de 15 % chez les employés de ces mêmes centres lors d'éclosions¹⁰⁸. La pandémie de la COVID-19 nous rappelle avec force qu'un logement pour tous est un enjeu de santé publique et de droits de la personne. Un logement sécuritaire et stable est la première ligne de défense contre la COVID-19^{109,110}. Certes, les centres d'accueil aident à répondre au besoin immédiat de la santé publique de réduire les risques associés à la COVID-19, mais ils ne représentent qu'une solution temporaire et inadéquate au processus établi de marginalisation et d'exclusion¹¹¹, et au final contribuent peu à l'avancement du droit humain au logement^{110,112}. Les centres d'accueil sont peut-être des mesures provisoires acceptables, mais ils ne sauraient remplacer les efforts pour garantir à tous un logement sûr et adéquat.

Pour les centres d'accueil qui fournissent des soins aux personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de COVID-19, une approche pragmatique consiste à reconnaître qu'une certaine consommation de drogues et d'alcool se poursuivra en dépit des interdictions formelles ou informelles et des dispositions pénales et que les approches fondées sur l'abstinence pourraient être vouées à l'échec^{113,114}. Cela revient à dire que les centres d'accueil ne devraient pas exclure les personnes utilisatrices de substances même si la consommation ou la possession d'alcool ou de drogues sont interdites sur place. Outre le problème de dépendance, les personnes qui consomment des drogues le font pour toutes sortes de raisons : pour se stimuler, pour réduire le stress et l'anxiété, pour soulager la douleur et gérer des problèmes de santé mentale ou par plaisir. Pour réduire le risque d'effets indésirables liés aux substances et promouvoir la sécurité des résidents et du personnel, les centres d'accueil devraient intégrer les stratégies et les interventions de réduction des méfaits dans leurs modèles de services.

Les organismes qui offrent un hébergement temporaire ou un refuge pendant la pandémie de la COVID-19 devraient envisager d'intégrer ou de soutenir les stratégies visant à permettre la consommation active de drogues ou d'alcool et travailler ensemble pour aider les personnes utilisatrices de substances à prendre toutes les précautions possibles pour se protéger. Voici quelques pistes prometteuses : [1] intégration de services de consommation supervisée de drogues illégales dans les centres d'accueil; [2] traitement des troubles liés à l'usage de substances et mesures de soutien pertinentes; [3] programme de gestion de la consommation de l'alcool; [4] pharmacothérapie de remplacement pour aider les personnes utilisatrices de substances à réduire le risque de transmission de la COVID-19, de surdose et de sevrage^{25-27, 115, 116}. Dans le contexte de la COVID-19, les centres d'accueil et les services d'hébergement temporaire qui ont adopté ces stratégies signalent une réduction de la mortalité par surdose¹¹⁶, une diminution de la consommation de substances illicites²⁷ et une amélioration de l'adhésion aux recommandations sanitaires²⁵. Une revue systématique de recensions d'écrits illustre d'ailleurs le bien-fondé de ces approches¹¹⁷. On a constaté que les services de consommation supervisée et les interventions pharmaceutiques (p. ex. buprénorphine, méthadone et injectable diacétylmorphine ou hydromorphone) ont permis de réduire la mortalité et la morbidité et d'améliorer les autres déterminants chez les personnes en situation d'itinérance; par ailleurs, les programmes de gestion de l'alcool ont contribué à réduire ou

à stabiliser la consommation d'alcool¹¹⁷. Dans certains établissements, l'intégration de ces stratégies s'ajoutait à une culture et à un ensemble de politiques établis liés à la réduction des méfaits. Dans d'autres, il est nécessaire d'élaborer des politiques organisationnelles de réduction des méfaits et de prévoir une formation pour le personnel (pour des informations sur la mise en place de programmes de réduction des méfaits dans les centres d'accueil et ressources d'hébergement, voir les documents [Harm Reduction Implementation Framework](#)¹¹⁸ et [Infrastructure for Harm Reduction in Residential and Hotel Settings](#)¹¹⁹).

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

Les sites de consommation supervisée offrent un espace surveillé où les utilisateurs peuvent consommer des drogues illégales sans craindre une intervention policière et sans s'exposer à des sanctions pénales. Un personnel qualifié peut intervenir en cas de surdose ou d'un événement indésirable. Les utilisateurs reçoivent également du matériel de consommation stérile et peuvent généralement recevoir un soutien social et des services de santé. Les sites de consommation supervisée sont associés à des réductions de la mortalité par surdose et à une réduction des risques liés à la consommation de drogues (partage de seringues). De plus, les usagers ont davantage accès aux programmes sociaux et sanitaires ainsi qu'aux services de traitement des dépendances. Rien n'indique que la présence des sites de consommation supervisée contribue à troubler l'ordre public ou à augmenter la criminalité liée aux drogues dans le voisinage^{120,121}.

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

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

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

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

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

Dans la première option, Santé Canada a accordé, en raison de la crise sanitaire, des exemptions temporaires de catégories de personnes dans toutes les provinces et les territoires canadiens pour la période s'étendant d'avril 2020 à septembre 2022. Le ministre de la Santé d'une province ou d'un territoire a ainsi toute latitude pour approuver les demandes de SPS ou déléguer le pouvoir d'approbation à d'autres entités relevant de son administration (p. ex. les municipalités). Toute entité autorisée peut mettre sur pied et administrer un SPS, mais c'est le gouvernement de la province ou du territoire qui, au final, a la responsabilité de veiller à l'application des modalités de l'exemption de catégorie. Des provinces ou territoires peuvent décider de ne pas se prévaloir de l'exemption de catégorie; d'autres peuvent ou non confier à des entités comme des municipalités la responsabilité d'approuver les demandes de SPS. Le gouvernement provincial/territorial peut déterminer le processus de demande et les critères d'admissibilité pour les futurs exploitants de SPS. Pour obtenir un complément d'information ou pour demander l'ouverture d'un SPS en vertu d'une exemption de catégorie, communiquez avec le ministère de la Santé de votre province ou territoire.

Dans la seconde option, les demandeurs d'un SPS peuvent soumettre leur demande directement à Santé Canada. Ils devront d'abord obtenir un formulaire de demande auprès du Bureau des substances contrôlées en écrivant à l'adresse courriel suivante : hc.exemption.sc@canada.ca. Les demandeurs recevront des instructions sur la façon de remplir le formulaire et le retourneront dûment rempli à la même adresse courriel. Santé Canada traite ces demandes en priorité et, en travaillant étroitement

avec le demandeur, et espère fournir une autorisation/réponse dans les 5 jours ouvrables.

Les demandes de SPS soumises au gouvernement fédéral comprennent généralement les renseignements suivants¹²² :

- Coordonnées du demandeur et déclaration signée de chaque demandeur;
- Nom de la personne responsable désignée;
- Emplacement du site proposé;
- Description des services fournis (p. ex. les voies d'administration qui seront autorisées, les heures d'ouverture, etc.); et
- Explications sur la nécessité d'ouvrir un site (décrire le besoin urgent en matière de santé publique que l'on veut combler).
- Confirmation selon laquelle des politiques et procédures pertinentes sont en place (p. ex. procédures relatives à l'élimination appropriée de matériel utilisé pour la consommation de substances qui aurait été jeté à proximité du site); et
- Source de financement ou liste des sources de financement ainsi que la durée du financement.

Santé Canada pourrait demander d'autres renseignements pour évaluer les demandes d'exemption temporaire. En ce qui concerne le financement, Santé Canada a annoncé qu'elle ne financerait pas pour le moment les sites de consommation supervisée ni les SPS. « Toutefois, en raison des répercussions de la COVID-19 sur les collectivités et les populations vulnérables, il est possible que d'autres sources de financement soient accessibles auprès de partenaires communautaires qui s'occupent de réduction des méfaits, d'itinérance ou de services communautaires et auprès d'autres donateurs. Par exemple, de nombreuses villes et organisations ont reçu des fonds fédéraux de lutte contre l'itinérance qui pourraient potentiellement servir à l'allègement des contraintes financières des SPS ou des sites de consommation supervisée¹²³ ».

Remarque : dans le présent document, toute directive et recommandation faisant référence aux « services de consommation supervisée » s'applique à la fois aux sites de consommation supervisée et aux SPS.

En plus de demander une exemption légale fédérale, la direction du centre d'accueil doit savoir que d'autres dispositions administratives (mises à jour de la police d'assurance ou autre, etc.) pourraient être nécessaires pour se protéger contre d'éventuelles poursuites en cas d'événement indésirable mettant en cause un participant ou un membre du personnel du site de consommation

supervisée. Signalons enfin que les employés qui sont membres d'un ordre professionnel pourraient avoir certaines obligations à respecter lorsqu'ils fournissent des soins à des participants d'un site de consommation supervisée. Ils doivent communiquer, s'il y a lieu, avec leur ordre professionnel pour obtenir plus d'information sur leur rôle et leurs responsabilités.

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

- [Questions et réponses — Exemption de catégorie aux provinces et territoires : Pour les opérateurs des sites de consommation supervisée](#)¹²³

L'accès aux services de consommation supervisée dépend de la mobilité et de l'emplacement géographique des participants et de leur capacité à surmonter leurs craintes à l'égard de la criminalisation et de la stigmatisation¹²⁴⁻¹²⁶. La pandémie de la COVID-19, les mesures de santé publique et la peur de l'infection font également barrage aux ressources disponibles. Or, la technologie pourrait faire contrepoids à ces obstacles et faciliter l'accès à une assistance en cas de surdose. L'observation à distance par téléphone ou à l'aide d'une application permet à un tiers de communiquer avec les services d'urgence en cas de surdose. Cette méthode de prévention ne fait pas partie du processus d'exemption de Santé Canada et dépasse donc le cadre du présent document. Les ressources suivantes sur les services virtuels de consommation supervisée pourraient toutefois être utiles :

- [Lifeguard App](#); BC Provincial Health Services Authority, Regional Health Authorities et Lifeguard Digital Health¹²⁷;
- [Service national d'intervention en cas de surdose \(NORS\)](#); (1-888-688-NORS) – Ministères Grenfell, Brave Technology Coop et Dr Monty Ghosh¹²⁸;
- [Brave App](#); Brave Technology Coop¹²⁹;
- [Be Safe](#); mindyourmind¹³⁰;
- [Digital Overdose Response System \(DORS\) pour l'Alberta](#) (see FAQ | DORS App pour la liste des régions desservies par DORS); Gouvernement de l'Alberta, Aware 360 et STARS Vigilant Services¹³¹; et
- [Repérage virtuel par les pairs](#), bande dessinée ([anglais](#), [français](#)) et animation ([anglais](#), [français](#)); Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues¹³².

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

Il existe de nombreux modèles de services de consommation supervisée au Canada. Les sites de consommation supervisée peuvent être adaptés à différents contextes : ces services ont déjà été intégrés dans des hôpitaux¹³³, des hôtels hébergeant temporairement des personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement²⁴⁻²⁷, des centres d'accueil^{116, 134}, des unités mobiles¹³⁵ et des lieux d'hébergement^{52, 136}. Les exemples ne manquent pas sur les services de consommation supervisée qui occupent des espaces reconvertis (p. ex. une ancienne infirmerie ou des locaux réaménagés dans des centres d'accueil existants ou encore un conteneur situé à l'extérieur d'un centre d'accueil¹³⁷). Ces modèles peuvent être une source d'inspiration pour les centres d'accueil qui souhaiteraient ouvrir un service de consommation supervisée en pleine pandémie. La décision d'implanter des services de consommation supervisée en centre d'accueil ne doit toutefois pas être prise à la légère. Bien des facteurs doivent être pris en compte, comme l'infrastructure physique des services de consommation supervisée, le ratio intervenant/participants, les caractéristiques et l'immunisation du personnel; les protocoles d'hygiène pour prévenir les infections à la COVID-19 et la façon dont on souhaite maintenir une orientation participant. Nous décrivons plus en détail ici chacun de ces critères.

3.2.1 Infrastructure physique

Modèles centralisés. Pour les exploitants de centres d'accueil qui voudraient aménager au moins un espace centralisé pour la consommation supervisée (tous les résidents se rendent dans un secteur désigné réservé à la consommation supervisée), il est recommandé de prévoir un espace fermé assez vaste pour pouvoir contrôler les allées et venues des participants et respecter les consignes de distanciation physique (les participants et les membres du personnel sont invités à garder entre eux une distance de 2 m où qu'ils se trouvent dans le service). Il est conseillé de placer des repères au sol ou d'espacer les chaises de deux mètres pour faciliter l'application des consignes. Par contre, si les participants se contentent d'utiliser le service (sous la supervision du personnel cantonné derrière une fenêtre ou une porte), l'espace pour la distanciation physique n'est pas nécessaire. Tout site de consommation supervisée doit pouvoir être facilement surveillé par le personnel et doit être assez grand pour répondre aux exigences d'accessibilité et aux codes de sécurité. Par ailleurs, en cas d'urgence médicale, les services médicaux d'urgence doivent pouvoir y accéder. On pourrait ajouter, s'il y a lieu, une aire désignée distincte destinée à l'évaluation du risque d'infection par la COVID-19 que les participants pourraient franchir avant d'entrer dans le site de consommation supervisée. Le personnel doit informer les participants qu'en cas de surdose ou d'une autre urgence médicale, toutes les personnes présentes à l'exception des premiers répondants doivent évacuer rapidement le site par mesure de sécurité et pour réduire le risque de transmission de la COVID-19.

L'espace doit être suffisamment isolé (de préférence un espace fermé) des autres secteurs du centre d'accueil pour empêcher la propagation des gouttelettes et aérosols si jamais un participant du site de consommation supervisée était infecté par la COVID-19 et avait besoin de soins médicaux et notamment d'une assistance respiratoire (intervention médicale générant des aérosols [IMGA; voir la section **3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée** à la page **48** pour un complément d'information sur les IMGA dans les sites de consommation supervisée]). Il est recommandé que toutes les surfaces, y compris les barrières qui séparent l'espace patient et le mobilier, soient faites de matières non poreuses pouvant être nettoyées facilement¹³⁸.

Répartition des participants selon leur statut COVID-19. Avec le modèle de site de consommation supervisée centralisé, on devrait en principe, et si cela est possible, fournir les services séparément (avec des zones d'attente, de consommation et de surveillance) à chacune des trois populations stratifiées en fonction de leur niveau de risque de contamination à la COVID-19 : [1] celles qui sont asymptomatiques, n'ont pas reçu de directive de la santé publique de s'isoler et ne sont pas soumises à des tests liés à la COVID-19; [2] celles chez qui l'on soupçonne une infection à la COVID-19 (présence de symptômes); et [3] celles qui ont une infection confirmée à la COVID-19. On déterminera les cohortes ou groupes de participants d'un milieu donné en consultation avec le service local de santé publique et les experts en prévention et contrôle des infections; ces cohortes seront répertoriées dans les données épidémiologiques locales sur la COVID-19. En regroupant les participants en fonction de leur statut COVID-19, on vise à réduire les risques pour les autres participants et membres du personnel du centre d'accueil et à préserver l'équipement de protection individuelle (EPI)¹³⁹. Pour plus d'information sur le dépistage de la COVID-19, voir la section 3.2 Dépistage des symptômes du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸.

Confidentialité. Dans la mesure du possible, les sites de consommation supervisée doivent être situés dans un endroit qui permet aux usagers d'entrer ou de sortir sans être vus par les autres usagers du centre d'accueil¹⁴⁰.

Conception universelle. L'environnement bâti des sites de consommation supervisée doit être aussi inclusif et accessible que possible (espaces accessibles en fauteuil roulant). Pour un complément d'information sur un aménagement libre d'obstacles, consulter les Lignes directrices des Normes d'accessibilité Canada, [Prestation de services accessibles pendant les situations d'urgence, y compris la COVID-19](#)¹⁴¹.

Rangement des effets personnels. En principe, les participants ne devraient pas apporter beaucoup d'effets personnels avec eux dans le site de consommation supervisée. On pourrait remettre aux participants un sac de plastique à usage unique et leur désigner un endroit où ils peuvent ranger leurs effets personnels pendant leur visite. Il revient à chaque centre d'accueil de déterminer les articles autorisés sur le site. Par exemple, les objets du quotidien qui peuvent causer des blessures

corporelles (outils, articles de sport, etc.) peuvent être rangés pendant que le participant utilise les services du centre. Les armes (fusils) sont généralement interdites. Les centres d'accueil devraient établir des politiques et procédures exhaustives précisant les articles interdits ou à ranger. On trouvera un modèle de procédures sur le rangement des effets personnels à la section « Weapons Policy and Procedure » du document de la Régie du logement de la Colombie-Britannique, [Emergency Shelter Program – Sample Policies and Procedures](#)¹⁴².

Cubicules destinés à la consommation. Les cubicules/tables et chaises doivent être solides et se prêter aux exigences des protocoles de prévention et de contrôle des infections (p. ex. ils doivent pouvoir être nettoyés et désinfectés facilement¹³⁸). Les chaises doivent être légères et maniables pour pouvoir être déplacées rapidement en cas d'urgence médicale ou pour permettre le passage d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur, par exemple. Idéalement, tous les espaces de consommation doivent être espacés de deux mètres. Si l'infrastructure existante le permet, on peut laisser un cubicule ou une table libre entre chaque participant pour respecter la distanciation physique. Si possible et s'il y a suffisamment de surveillance de la part du personnel, on pourrait répartir les tables/cubicules de consommation dans plusieurs pièces indépendantes afin que les participants disposent d'une certaine intimité au besoin ou continuent d'accéder au service même si une intervention d'urgence a lieu dans une autre pièce. Si tous les cubicules/tables de consommation se trouvent dans la même pièce, on devra envisager la fermeture de la salle entière de consommation jusqu'à ce que l'intervention d'urgence et le processus de désinfection soient terminés (voir la section **3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée** à la page 48 pour de plus amples renseignements sur l'intervention en cas de surdose et les pratiques de désinfection).

Modèle décentralisé ou éclaté. Au lieu d'effectuer en un seul endroit la supervision des épisodes de consommation de drogues, la direction du centre d'accueil et les équipes médicales pourraient envisager un site de consommation supervisée épisodique décentralisé : le participant consomme des drogues à l'endroit ou dans une pièce de son choix et est supervisé par un membre du personnel qui respecte la distanciation physique et porte l'EPI approprié (pour de l'information sur l'EPI du personnel, consultez la section **3.3.3 EPI du personnel** à la page 42 et la section 3.3 EPI du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸). Si plusieurs personnes vivent sous le même toit (couples, membres de la famille), des pairs pourraient superviser l'utilisateur et surveiller les signes de surdose. Du matériel stérile et des contenants pour l'élimination des objets pointus et tranchants sont distribués aux participants qui les conservent avec leurs effets personnels. Cette option pourrait être particulièrement indiquée dans les unités d'isolement médical comportant plusieurs aires séparées pour les cohortes de participants réparties en fonction de leur statut COVID-19. Pour un complément d'information sur ce type de modèle, voir COVID-19 Provincial Episodic Overdose Prevention Service (e-OPS) Protocol¹⁴³ du Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique.

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

Mode d'administration. En principe, on devrait pouvoir accepter tous les modes d'administration courants (oral, intranasal, injection et inhalation). La majorité des sites de consommation supervisée au Canada autorisent l'administration orale, intranasale et par injection. Or, ces services excluent généralement les personnes qui consomment par inhalation et ce, malgré les risques grandissants et les taux de mortalité associés à l'inhalation de ces substances depuis l'émergence de la COVID-19^{144, 145}. On compte actuellement un site de consommation supervisée en activité, à Saskatoon en Saskatchewan, qui bénéficie d'une exemption fédérale pour la consommation supervisée de drogues par inhalation/fumées¹⁴⁶. Cette installation est dotée d'une salle spécialement ventilée conforme à la réglementation sur la santé et la sécurité au travail pour protéger le personnel et les autres participants de l'exposition à la fumée secondaire. Même si cette formule est difficilement transposable pour les SPS, l'expérience de services d'inhalation supervisée dans une aire extérieure désignée a déjà été tentée¹⁴⁷. Le centre avait monté des tentes en dôme dans des cours arrière ou dans des aires adjacentes extérieures à portée de vue du personnel. Signalons toutefois que les emplacements extérieurs ne sont pas idéaux, un sol en béton ou en asphalte ne pouvant être nettoyé et désinfecté adéquatement. Un autre facteur important à prendre en considération lorsqu'une aire d'inhalation extérieure est envisagée est l'emplacement géographique du centre et les températures saisonnières. Le temps froid et sec entraîne une baisse des défenses immunitaires et favorise la transmission de la COVID-19¹⁴⁸. Compte tenu des températures extrêmes observées dans de nombreuses régions du Canada, un espace de consommation extérieur ne pourrait être utilisé que quelques mois par année.

3.2.2 Dotation en personnel

Ratio intervenant/participants. Le ratio intervenant/participants recommandé dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment de l'aménagement du site de consommation supervisée (superficie et nombre de salles), de la capacité du site de consommation supervisée (nombre de participants qui peuvent être accueillis à la fois) et des dimensions du site. La direction du centre doit aussi prévoir les périodes de pointe, par exemple la semaine suivant le versement des chèques d'aide sociale¹⁴⁹ ou l'annonce d'une hausse soudaine de la toxicité d'une drogue de rue. À tout le moins, un membre du personnel devrait être présent pour surveiller chaque aire séparée et intervenir si un participant présente une surdose ou un autre événement indésirable. Les participants doivent être visibles par le personnel, quel que soit leur emplacement sur le site.

Caractéristiques et formation du personnel. Au Canada, les sites de consommation supervisée comptent parmi leurs effectifs des personnes de différents horizons et, dans la majorité des cas, des équipes interdisciplinaires. Ils emploient des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique, des personnes formées en soins infirmiers, en travail social, en consultation de toxicomanie, ainsi que des paramédicaux. L'embauche de personnes ayant un savoir expérientiel de la consommation est essentielle pour favoriser l'adhésion et la participation au service⁵². Il existe des lignes directrices à l'intention des employeurs sur l'embauche, la rémunération équitable et le

soutien du personnel ayant eu ou ayant encore une consommation problématique. Il est fortement recommandé d'embaucher des personnes qui consomment ou qui ont déjà consommé dans la mesure du possible ^{150, 151}. Tous les membres du personnel de tous les horizons devraient recevoir une formation sur la réduction des méfaits, la sécurisation culturelle, les soins/pratiques qui tiennent compte des traumatismes, les premiers soins de base, l'intervention en cas de surdose (p. ex. administration de naloxone, RCR) et les procédures de prévention et de contrôle des infections. La formation du personnel et l'encadrement continu sont essentiels pour instaurer un milieu de travail sécuritaire et fournir des soins durables. On pourrait, par exemple, profiter du début ou de la fin d'un quart de travail ou du changement d'équipe pour faire le bilan et partager les renseignements pertinents.

Immunisation du personnel contre la COVID-19. Les centres d'accueil doivent prendre toutes les mesures de précaution raisonnables pour préserver la santé et la sécurité de leur personnel et des résidents en élaborant, par exemple, une stratégie ou une politique de vaccination contre la COVID-19 à l'intention du personnel. L'immunisation du personnel permet de prévenir les infections et les éclosions de COVID-19, réduit le risque de complications graves en cas d'infection et protège la santé du personnel et des résidents du centre d'accueil ¹⁵². Dans le cadre d'une stratégie d'immunisation à la COVID-19, on pourrait notamment réserver une plage horaire (p. ex. ajouter un point à l'ordre du jour de la réunion d'équipe) pour encourager régulièrement la vaccination du personnel ou concevoir une plateforme pour l'éducation à la vaccination ou encore favoriser les discussions d'équipe (et répondre aux questions sur la sécurité et l'efficacité¹⁵³). Les messages qui mettent l'accent sur les bienfaits de la vaccination pour la santé personnelle sont ceux qui influencent le plus les intentions de vaccination¹⁵⁴.

Si les politiques locales, les contrats d'embauche, les conventions collectives et les conditions le permettent, une politique interne qui accorderait du temps aux employés sans perte de rémunération pour la vaccination (p. ex. une demi-journée de congé rémunéré¹⁵⁵) serait une bonne mesure incitative. Au final, il est essentiel de prêcher par l'exemple et de défendre avec conviction l'immunisation contre la COVID-19 pour créer un environnement sûr et sain pour les résidents et le personnel (pour un complément d'information sur la promotion de l'immunisation auprès des résidents du centre d'accueil, consultez la section **5.0 Vaccination contre la COVID-19 chez les résidents des centres d'accueil à la page 67**).

Signalons qu'à l'heure actuelle, chaque centre d'accueil est libre d'imposer ou non la vaccination obligatoire de son personnel. Compte tenu toutefois de l'évolution rapide de la jurisprudence canadienne à ce sujet, les centres d'accueil qui seraient tentés d'instaurer une telle politique seraient bien avisés de consulter leur représentant juridique au préalable ¹⁵⁶.

3.2.3 COVID-19 – Mesures d'hygiène

Hygiène des mains. Le personnel et les participants des sites de consommation supervisée doivent avoir accès à un lavabo pour le lavage des mains ou à un désinfectant pour les mains approuvé par Santé Canada (voir [Désinfectants pour surfaces dures et désinfectants pour les mains \(COVID-19\) : Liste de désinfectants pour les mains autorisés par Santé Canada](#)¹⁵⁷). Les participants doivent se désinfecter les mains en les lavant à l'eau tiède et avec un savon doux pendant 20 secondes ou en utilisant un désinfectant pour les mains avant d'accéder au site de consommation supervisée, avant de consommer et après avoir consommé, et au moment de quitter le site de consommation supervisée. Les membres du personnel doivent se laver les mains régulièrement et notamment avant et après tout contact physique avec un participant ou les effets personnels de celui-ci (consultez la section 3.5 Hygiène des mains du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸). Des affiches sur le lavage des mains et sur l'utilisation d'un produit antiseptique^{158, 159} doivent être apposées dans toutes les stations de lavage des mains du site de consommation supervisée.

Nettoyage des surfaces et de l'environnement. Le site de consommation supervisée doit se trouver dans un secteur du centre d'accueil qui se prête à un nettoyage régulier. Les centres d'accueil devraient consulter le bureau de santé publique et les autorités médicales de leur région pour connaître les directives et les recommandations sur le nettoyage dans le contexte de la COVID-19. Idéalement, on mettra en place un processus de nettoyage en délimitant les rôles et responsabilités de chacun, en indiquant la fréquence et en assurant le suivi des tâches. Après la visite de chaque participant, on procédera au nettoyage et à la désinfection (processus en deux étapes) de toutes les surfaces et du matériel réutilisable touchés par le participant sans égard à son statut COVID-19. De plus, les surfaces fréquemment touchées et les espaces partagés doivent être nettoyés et désinfectés au moins deux fois par jour et le nettoyage doit être documenté. On utilisera un désinfectant efficace contre la COVID-19 et approuvé par Santé Canada^{157, 160}. On trouvera d'autres recommandations à la section 3.8 Nettoyage et désinfection des installations du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸.

Sources d'approvisionnement en EPI. La pandémie mondiale de COVID-19 a généré une demande sans précédent en EPI. Des pénuries de masques, de gants, de produits désinfectants et d'autres fournitures essentielles ont même été observées. Pour faciliter l'approvisionnement en EPI, le gouvernement du Canada a créé un [portail](#)¹⁶¹ qui regroupe les fournisseurs par province ou territoire. Les centres d'accueil, à titre d'organisations du secteur des services sociaux ou d'organisations au service des communautés autochtones, pourraient avoir accès gratuitement à de l'EPI et à des fournitures par la Réserve d'urgence pour les services essentiels (RUSE). Pour connaître les critères d'admissibilité et le processus de demande, veuillez cliquer sur les liens suivants : [Volet 2 : Organisations au service des communautés autochtones](#)¹⁶² et [Volet 3 : Secteurs des services sociaux – Réserve d'urgence pour les services essentiels](#)¹⁶³. Consultez les sections **3.3.3 EPI du personnel à**

la page 42 et 3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée à la page 48 pour connaître l'EPI requis et les directives sur le port de l'EPI en cas de surdose, respectivement.

3.2.4 Services orientés sur le participant

Accès peu restrictif. Les services de consommation supervisée doivent être facilement accessibles à toute personne en quête de services et comporter le moins d'entraves possible (p. ex. paperasserie inutile, critères d'admissibilité trop stricts). Les organismes de financement et de réglementation exigent souvent des rapports de résultats et d'activités et doivent compiler les données démographiques des participants. Il est important de répondre aux impératifs de collecte des données sans jamais compromettre l'accessibilité des services (consultez la section 3.4 Déclaration et évaluation à la page 51).

Comment gagner la confiance des personnes utilisatrices de drogues. La création d'un nouveau site de consommation supervisée pourrait, dans certains cas, entraîner des modifications de la politique organisationnelle si on choisit de délaisser la politique d'abstinence au profit de diverses stratégies de réduction des méfaits. Gagner la confiance des personnes utilisatrices de substances demande du temps. Celles-ci pourraient d'instinct se méfier du site de consommation supervisée et cette réaction est tout à fait légitime. Pour mieux comprendre les besoins des personnes qui utilisent le service, on pourrait mettre sur pied un comité consultatif communautaire composé des personnes qui ont accès au service. Embaucher des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique est un autre moyen de gagner la confiance des usagers. Pour plus d'information sur l'embauche de personnes utilisatrices de substances, voir la section 2.3 Principes directeurs à la page 17.

Matériel stérile pour la consommation de drogues. La direction du centre doit prévoir le matériel stérile nécessaire de réduction des méfaits (en le commandant auprès de distributeurs spécialisés) et les services d'élimination des déchets médicaux. Les membres du personnel peuvent soit constituer des trousses à l'avance qu'ils remettront à chaque participant soit remettre les articles à l'unité en fonction des besoins de chaque participant. Matériel à prévoir :

- aiguilles et seringues de divers calibres et longueurs;
- bougies de type « chauffe-plat » et briquets (si l'on utilise des allumettes, celles-ci ne doivent pas présenter un risque d'incendie);
- réchauds jetables;
- filtres (s'ils n'étaient pas compris avec les réchauds, utilisez des pinces à épiler pour retirer les filtres du sac et les placer dans des contenants jetables pour le participant);

- eau stérile et jetable;
- acidifiant (p. ex. acide ascorbique);
- tampons imbibés d'alcool;
- garrots jetables ou garrots du participant;
- plateau jetable (pour la distribution du matériel);
- pailles (pour la consommation intranasale);
- feuille d'aluminium ou autre contenant jetable pour contenir les drogues (pour consommation intranasale);
- pipes en verre borosilicaté (p. ex. Pyrex^c), bongs ou tiges (pour l'inhalation);
- embout (pour l'inhalation);
- grilles de métal pour pipe (pour l'inhalation);
- verres jetables (pour l'alcool, l'eau);
- miroirs (de poche);
- condoms et lubrifiant personnel;
- contenants jetables.

On peut consulter les recommandations détaillées sur la distribution de matériel de réduction des méfaits dans les documents suivants :

- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 1](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada³⁹.
- [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 2](#); Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada⁴⁰.

Mesures complémentaires. En fonction des effectifs, de la capacité du site de consommation supervisée et de la disponibilité de l'EPI, la direction du centre devrait envisager d'intégrer l'une ou l'autre des mesures complémentaires suivantes :

- services médicaux de base (p. ex. premiers soins, formation sur la naloxone, soins des plaies);
- démonstration des techniques de consommation et d'injection à moindre risque et enseignement;
- pair aidant ou accompagnement par des personnes ayant eu ou ayant encore une consommation problématique;
- orientation vers un programme de TLUS (p. ex. traitement par agoniste opioïde, programmes spécialisés de désintoxication);
- orientation vers d'autres services sociaux et sanitaires (p. ex. soutien du revenu, logement, plan de traitement, gestion de cas ou counseling, planification familiale, services de soutien aux victimes, soutien culturel [p. ex. Centres d'amitié autochtones¹⁶⁴]);
- vérification de drogue (p. ex. bandelettes de détection du fentanyl ou spectromètre);
- formation sur la naloxone et distribution (vérifiez si les formateurs de votre programme communautaire de naloxone disposent des renseignements les plus récents sur les manœuvres de RCR et l'administration de naloxone dans le contexte de la COVID-19. On trouve un exemple de recommandations pour les participants à un programme de naloxone en Alberta à la fin du document cité en référence¹⁶⁵; et
- ouverture aux pratiques de guérison, à la médecine et à d'autres références culturelles autochtones. Pour un complément d'information sur la vision et les pratiques traditionnelles de guérison chez les Premières Nations, consultez « Aboriginal Medicine and Healing Practices » ¹⁶⁶.

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

Prévention des surdoses aux abords des centres d'accueil. Même avec l'implantation d'un site de consommation supervisée en centre d'accueil, des utilisateurs pourraient être tentés de consommer

dans les salles de bain ou dans n'importe quel espace privé ou semi-privé. Ils veulent soit s'éviter des mesures punitives (p. ex. l'expulsion) de la part du personnel, soit consommer alors que le site de consommation supervisée est fermé ou est au maximum de sa capacité ou encore cacher à leurs pairs qu'ils possèdent ou consomment des drogues^{46, 167, 168}. Consommer des drogues dans une salle de bain ou ailleurs est incompatible avec les bonnes pratiques d'hygiène et augmente le risque de surdose sans témoin¹⁶⁹. Par conséquent, qu'un site de consommation supervisée soit opérationnel ou non, il est recommandé d'inclure une surveillance et des rondes régulières des salles de bain et d'autres secteurs à haut risque. Idéalement, les salles de bain devraient être dotées d'un verrou qui peut être ouvert de l'extérieur ou d'une porte qui se déverrouille après un certain temps afin que le personnel puisse s'assurer que tout va bien sans enfreindre l'intimité et la dignité de la personne¹⁷⁰. Des contenants verrouillables et inviolables pour l'élimination des objets pointus et tranchants devraient être installés dans les salles de bain et partout où il y a un risque de consommation avec des affiches sur la prévention des surdoses¹⁷¹⁻¹⁷³.

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

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

Tous les membres du personnel d'un site de consommation supervisée doivent effectuer un auto-test de dépistage de la COVID-19 avant leur arrivée au travail ([COVID-19 : Ressources par province et territoire](#)¹⁷⁴). Les employés qui éprouvent des symptômes ou qui répondent à d'autres critères de haut risque doivent prévenir la direction, rentrer à la maison et suivre les directives du bureau local de santé publique sur l'isolement volontaire en fonction de leur statut vaccinal¹⁵⁵. Des politiques favorables sur les congés de maladie prévoyant une indemnité pour la perte de revenu due à l'isolement pourraient être envisagées. La direction du centre devrait affecter la même cohorte d'employés au même quart de travail pour éviter si possible une pénurie de personnel advenant une éclosion en limitant le nombre d'employés exposés. Pour un complément d'information sur le dépistage chez les employés, consultez la section 3.2.4 Dépistage actif des symptômes : Personnel du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸.

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

Les membres du personnel doivent accueillir chaleureusement tous les participants du site de consommation supervisée dans l'aire d'admission. Il est recommandé d'utiliser une barrière physique (p. ex. un panneau de « plexiglass » ou un appel de l'extérieur) en respectant la distanciation physique ou de porter l'EPI approprié pour évaluer le participant à son arrivée (pour obtenir de l'information sur l'EPI, voir la section **3.3.3 EPI du personnel à la page 42**). On évaluera la présence de symptômes de la COVID-19 et on cherchera à savoir s'il a pu être exposé au virus en utilisant les questionnaires et les procédures d'évaluation standard recommandés par les autorités locales de santé publique ([outils de dépistage par province et territoire](#)¹⁷⁴). Les recommandations locales peuvent changer régulièrement en fonction des données épidémiologiques sur la COVID-19 et par ricochet, les politiques des sites de consommation supervisée devront aussi être mises à jour régulièrement au besoin. Les membres du personnel doivent avoir une connaissance fine de l'approche de réduction des méfaits et être en mesure de sensibiliser tous les participants aux pratiques de consommation à moindre risque et à la prévention des infections dans le contexte de la COVID-19.

Si un participant obtient un résultat positif au dépistage de la COVID-19 (présence de symptômes ou infection confirmée à la COVID-19) et a néanmoins besoin des services du centre, le personnel doit lui demander de se laver les mains et de porter un masque médical pendant sa visite au service de consommation supervisée. Pour connaître toutes les procédures d'évaluation des participants du service de consommation supervisée, y compris les directives sur un dépistage positif à la COVID-19, voir les sections 3.2.2 « Dépistage actif des symptômes : Usagers » et 3.2.3 « Si un usager obtient un résultat positif » du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸. On trouvera d'autres exemples de procédures d'évaluation mises en place en Ontario à la section **6.0 Autres références et ressources** à la fin du présent document^{175, 176}.

On encourage le personnel à fournir un masque médical à tous les participants, sans égard au statut COVID-19, aux facteurs de risque ou aux règlements de la santé publique sur le port du masque dans les lieux publics. Tous les membres du personnel et les participants doivent être informés des autres précautions à prendre pour prévenir l'infection ainsi que des mesures barrières prescrites par les autorités locales de santé publique (p. ex. tousser et éternuer dans un mouchoir ou dans le coude, lavage des mains, distanciation physique⁷⁵) pour réduire la transmission de la COVID-19. Les sites pourraient aussi proposer des pièces privées ou une salle cloisonnée dotée de fenêtres ou observable à distance, si possible. Le recours à une même cohorte d'employés pour les participants à haut risque ou qui présentent des symptômes est vivement recommandé. Les membres du personnel doivent travailler en étroite collaboration avec les autorités de santé publique pour faciliter l'évaluation et le dépistage de la COVID-19 et l'orientation du participant vers les ressources appropriées pour le confinement.

Il est important de signaler que même une personne ne manifestant aucun symptôme peut être infectée par la COVID-19 et transmettre le virus^{177, 178}. Par conséquent, que le statut COVID-19 soit connu ou non, il est impératif d'essayer de maintenir une distance physique entre chaque participant du site de consommation supervisée, de se laver les mains régulièrement et de nettoyer minutieusement chaque espace de consommation (et toute autre surface que le participant a touchée) après chaque utilisation afin de prévenir la transmission du virus (pour plus d'information sur l'hygiène des mains et le nettoyage des surfaces et de l'environnement, voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19** à la page 31 et les sections 3.5 « Hygiène des mains » et 3.8 « Nettoyage et désinfection des installations » du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸.

3.3.3 EPI du personnel

Des directives détaillées sur l'EPI du personnel travaillant dans un environnement de réduction des risques sont énoncées à la section 3.3 Équipement de protection individuelle (EPI) du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸. Nous donnons un aperçu des recommandations et des critères importants à prendre en compte. Voir les sections **3.2.3 COVID-19 – Mesures d'hygiène** à la page 36 et **3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée** à la page 48 pour des informations sur les sources d'approvisionnement en EPI et sur l'EPI recommandé lors d'une intervention en cas de surdose, respectivement.

L'EPI requis dans chaque centre d'accueil doit être déterminé en consultation avec les autorités locales de santé publique et en tenant compte des données épidémiologiques locales sur la COVID-19, des données démographiques sur les participants, de l'infrastructure du site de consommation supervisée, des connaissances et de la formation du personnel, de l'EPI disponible et des politiques de l'employeur. La direction du centre doit constamment revoir et mettre à jour les exigences relatives à l'EPI pour qu'elles concordent en tout temps avec les meilleures données scientifiques disponibles et les directives de santé publique. Il est fortement conseillé de consulter un spécialiste de la prévention et du contrôle des infections. Les employés qui pourraient être amenés à fournir des soins aux participants à moins de deux mètres de distance doivent recevoir une formation sur l'utilisation de l'EPI, notamment sur la technique appropriée pour mettre et retirer les EPI et sur l'hygiène des mains (voir les sections 3.5 « Hygiène des mains » et 3.6 « Mise en place et retrait de l'EPI » du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸. Ces précautions concernent évidemment toute personne qui pourrait intervenir en cas de surdose ou d'urgence médicale.

Compte tenu du risque de transmission asymptomatique de la COVID-19 et d'autres maladies transmissibles^{177, 178}, le personnel doit toujours appliquer les « pratiques de base » (ou les

« précautions standard » selon le terme utilisé par l'Organisation mondiale de la Santé¹⁷⁹), à savoir l'évaluation du risque au point de service (y compris le choix de l'EPI pour l'interaction prévue), le lavage fréquent des mains et le nettoyage de l'environnement¹⁸⁰. L'utilisation subséquente de l'EPI dépendra de la tâche à exécuter :

- Dépistage de la COVID-19 : les membres du personnel qui doivent évaluer les facteurs de risque d'infection à la COVID-19 et qui ne peuvent le faire derrière un écran ou en maintenant une distance physique doivent porter un masque médical et une protection oculaire (lunettes de sécurité ou visière de protection);
- Aire administrative sans contact direct avec les participants : les membres du personnel doivent porter un masque médical si les règles de distanciation physique ne peuvent être respectées. Une protection oculaire peut être envisagée selon les données épidémiologiques locales et le niveau de risque individuel de contracter la COVID-19;
- Soins directs sans IMGA : les membres du personnel doivent porter une protection oculaire, des gants sans latex et un masque médical ainsi qu'une blouse si un contact avec du sang ou des liquides corporels est possible; et
- Soins directs avec IMGA : les membres du personnel doivent porter une protection oculaire, des gants sans latex, une blouse et un masque N-95 correctement ajusté.

Cette méthode de sélection de l'EPI peut différer de celle utilisée dans les unités d'isolement médical où des patients ayant obtenu un résultat positif à la COVID-19 sont pris en charge par du personnel soignant. Remettez-vous-en toujours aux autorités locales de santé publique pour connaître l'EPI approprié pour votre personnel en fonction de votre situation.

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

Les sites de consommation supervisée doivent toujours respecter les valeurs culturelles et être compatibles avec une approche de réduction des méfaits qui tient compte des traumatismes¹⁸¹ (voir la section **2.3 Principes directeurs à la page 17**). Tous les membres du personnel, quel que soit leur domaine d'expertise ou leur poste, doivent avoir reçu une formation sur les meilleurs soins et le meilleur soutien à apporter aux participants (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31** pour un complément d'information sur les caractéristiques et la formation du personnel). En même temps, à chaque visite, le personnel et les participants doivent se laver rigoureusement les mains et appliquer les autres règles d'hygiène pour réduire le risque de transmission de la COVID-19. Pour un complément d'information, voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée**

en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31. En tout temps, les membres du personnel qui ont reçu une formation adéquate et qui ont l'expérience de l'EPI (mettre et retirer les EPI) doivent pouvoir intervenir en cas de surdose sur le site. Ces personnes doivent avoir accès à un masque N-95 correctement ajusté pour être bien protégées si une IMGA est nécessaire (voir la section **3.3.5 Intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée à la page 48** pour toutes les directives sur l'EPI requis lors d'une intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée).

Préconsommation

Les participants devraient attendre dans une aire désignée jusqu'à ce qu'un espace de consommation se libère. Un membre du personnel doit expliquer aux participants que le temps d'attente pourrait être plus long, car pour respecter les recommandations de distanciation physique, on a dû réduire le nombre d'espaces de consommation. Les participants pourraient en profiter pour ranger leurs effets personnels dans des sacs de plastique à usage unique ou dans un espace de rangement désigné. Lorsqu'un espace de consommation se libère, un membre du personnel peut évaluer le prochain participant (voir la section **3.3.2 Dépistage de la COVID-19 chez les participants des sites de consommation supervisée à la page 41**) et recueillir toute l'information nécessaire pour son admission. Les procédures d'admission et l'information recueillie varient d'un site à l'autre en fonction des besoins locaux, de la capacité du personnel et de la réglementation locale (voir la section **3.4 Déclaration et évaluation à la page 51**). pour un complément d'information). Le personnel doit noter ou connaître les drogues que le participant a l'intention de consommer, ainsi que la date de la dernière consommation et les dernières drogues prises pour évaluer le risque relatif de surdose et déterminer s'il y a consommation de plusieurs drogues. Si un service de vérification de drogue est disponible, les participants peuvent faire analyser leurs drogues avant d'entrer dans l'aire de consommation et de préparer leurs drogues ou encore après, selon le protocole de vérification. À leur première visite au site de consommation supervisée, les participants pourraient devoir signer une entente qui explique les procédures du site et les droits du participant et du personnel; ils peuvent aussi donner leur consentement verbalement.

Selon les voies d'administration qui bénéficient d'une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, les participants pourront consommer leurs drogues par injection, par voie intranasale ou par voie orale dans le cubicule ou à la table destinée à cet usage, ou par inhalation dans une salle spécialement ventilée ou encore à l'extérieur (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31**) pour un complément d'information sur les modes d'administration et l'aménagement de cubicules de consommation.

Consommation

Pour limiter la propagation potentielle de la COVID-19 entre les participants, les membres du personnel doivent d'abord se laver les mains, puis prendre et distribuer aux participants le matériel de consommation stérile tout en respectant les règles de distanciation physique. Les fournitures sont destinées à être utilisées sur le site de consommation supervisée, mais peuvent également être remises sur demande aux participants pour utilisation à domicile. Le participant doit se laver minutieusement les mains avant d'accepter le matériel (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31** pour un complément d'information sur le protocole d'hygiène des mains et le matériel stérile de consommation de drogues).

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

Bien des sites de consommation supervisée imposent une limite de temps dans l'aire de consommation afin de réduire le temps d'attente des autres participants. Un membre du personnel doit rappeler sans brusquer au participant que son temps est écoulé et lui laisser, si possible, quelques minutes de plus. Le travail de l'employé dans l'aire de consommation consiste également à éduquer les participants sur les pratiques de consommation à moindre risque, s'il y a lieu.

La direction du centre devra déterminer le type d'aide à l'injection qu'elle peut offrir aux participants et en informer son personnel et les participants. Il pourrait s'agir, par exemple, d'aider un participant à localiser ses veines pour l'injection (avec ses doigts ou à l'aide d'une application en ligne); d'aider dans la préparation des drogues et de proposer une injection assistée par les pairs. Dans l'injection assistée par les pairs (pair-aidant), un ami ou un conjoint (injecteur), qui ne fait pas partie du personnel du site de consommation supervisée, aide le participant (injecté) en administrant directement la drogue par injection. Une autre pratique qui mérite une attention particulière est la répartition et le partage de substances achetées au préalable entre deux participants ou plus. La répartition et le partage des substances font partie de la culture de la consommation de drogues. En donnant aux personnes utilisatrices de substances la possibilité de se partager les substances au sein même des services de consommation supervisée, on leur évite d'avoir à le faire à l'extérieur du site et on réduit le risque de criminalisation et de stigmatisation¹⁸². Santé Canada impose des exigences précises pour les injections assistées par des pairs comme pour la répartition ou le partage des drogues lorsque ces activités ont lieu dans des services de consommation supervisée bénéficiant d'une exemption fédérale. Il va

de soi que dans ce contexte, une distance de deux mètres ne peut pas être maintenue entre les participants. S'ils vivent sous le même toit, un EPI ne sera vraisemblablement pas recommandé (p. ex. partenaires intimes, membres de la famille, colocataires ou personnes qui ont eu récemment un contact personnel étroit à moins de deux mètres sans EPI). Par contre, si les participants n'ont pas ce genre de relation et qu'ils ne se sont pas tenus à proximité l'un de l'autre, on devrait leur fournir l'EPI approprié selon les directives des autorités sanitaires locales. Il pourrait s'agir d'une blouse, de gants, d'un masque médical et d'une protection oculaire. Les participants doivent se laver les mains dès leur entrée dans l'espace de consommation ainsi qu'avant la consommation (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19** à la page 31 pour un complément d'information sur l'hygiène des mains). Lorsque cela est possible, il y a lieu de réserver un espace assez grand avec une table et une chaise pour la répartition et le partage des drogues ou pour l'injection assistée par un pair suffisamment à l'écart des autres cubicules. Pour l'injection assistée par un pair, si l'injecteur a l'intention de s'injecter de la drogue par la même occasion, l'injecteur pourrait injecter la drogue à l'injecté, laisser celui-ci quitter l'espace de consommation, puis s'injecter la drogue à la même table ou à une autre table selon son choix. L'injecteur doit suivre les directives et les indications de l'injecté. Dans un service bénéficiant d'une exemption fédérale, l'injecté signe une entente reconnaissant sa responsabilité en cas de conséquence négative. Certains centres exigent que l'injecteur signe également une renonciation. Au moins un membre du personnel doit observer tout le processus d'injection assistée par un pair ou le processus de répartition et de partage des substances.

Post-consommation

Lorsque les participants ont terminé, on devrait en principe les garder en observation pendant au moins 15 minutes pour s'assurer qu'ils ne sont pas en surdose. La distanciation physique et le port de l'EPI recommandé doivent être maintenus dans l'aire de repos. Une chaise doit être placée à tous les deux mètres et le personnel doit veiller à la circulation des participants dans cette zone. Une collation (café, barres tendres) est habituellement servie dans l'aire de repos. Il est préférable d'éviter les collations en libre-service et si possible de les offrir en portions individuelles et préemballées pour prévenir la contamination et la transmission de la COVID-19.

La période de surveillance après la consommation est l'occasion de distribuer du matériel de consommation stérile que les participants peuvent rapporter. On le placera dans un sac pour le mettre à l'abri des regards avec des contenants pour l'élimination des objets pointus et tranchants. C'est aussi un bon moment pour sensibiliser les participants à la réduction des méfaits et les diriger vers des programmes de traitement, des soins de santé et des programmes de soutien social et culturel. Il est fortement recommandé que tous les participants reçoivent une formation sur l'administration de naloxone et qu'une trousse de naloxone soit remise à chaque participant (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la**

COVID-19 à la page 31 pour un complément d'information sur les mesures complémentaires et notamment la formation sur la naloxone). Le personnel devrait d'ailleurs profiter de chaque occasion pour parler des pratiques de réduction des méfaits avec les participants et leur donner des conseils pour prévenir la transmission de la COVID-19. En voici quelques-uns :

- Maintenez une bonne hygiène des mains en vous lavant les mains souvent à l'eau et au savon; en l'absence d'installations sanitaires, utiliser un désinfectant pour les mains approuvé par Santé Canada (voir [Désinfectants pour surfaces dures et désinfectants pour les mains \(COVID-19\) : Liste de désinfectants pour les mains autorisés par Santé Canada](#)¹⁵⁷) (les intervenants doivent être vigilants, certains utilisateurs pouvant être tentés de boire le désinfectant comme source d'alcool; s'il y a lieu, alerter les participants sur les risques de cette pratique¹⁸³).
- Ne partagez pas le matériel de consommation (p. ex. pipes) ni les cigarettes.
- Désinfectez les emballages des drogues et du matériel manipulés par d'autres.
- Préparez vos propres drogues.
- Préparez et consommez les drogues sur une surface désinfectée.
- Ne consommez pas seul et respectez les consignes de distanciation physique dans la mesure du possible.
- Utilisez les services virtuels de consommation supervisée (voir **3.1 Demande d'exemption pour un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique à la page 27** pour une liste des services virtuels).
- Ayez suffisamment de matériel de réduction des méfaits (p. ex. matériel de consommation de drogues, ordonnances, naloxone) pour répondre aux besoins d'une personne et à ceux d'autres utilisateurs éventuels pendant deux semaines, si possible.
- Réduisez l'inhalation de drogues si possible ou consommez les drogues par une autre voie moins risquée (p. ex. consommation orale ou intranasale), car la COVID-19 atteint l'appareil respiratoire.
- En présence de nouveaux symptômes associés à la COVID-19, essayez d'éviter absolument la compagnie d'autres personnes pour réduire le risque de transmission.
- Avant de pratiquer la respiration artificielle, utilisez le masque fourni dans la trousse de naloxone, mais sachez qu'il pourrait ne pas vous protéger contre la COVID-19.

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

- [COVID-19 & Drug Use: Tips & Tricks](#); Harm Reduction Victoria (Australie)¹⁸⁴
- [COVID-19: Harm Reduction and Overdose Response](#); BC Centre for Disease Control¹⁸⁵
- [COVID-19 Planning for the Substance Dependent](#); Harm Reduction Victoria (Australie)¹⁸⁶
- [COVID-19 Stimulant Use, and Harm Reduction](#); Resolve to Save Lives - Vital Strategies, Harm Reduction Coalition, Higher Ground Harm Reduction, Reynolds Health Strategies¹⁸⁷
- [Guidance for People who use Substances on COVID-19 \(Novel Coronavirus\)](#); Yale Program in Addiction Medicine, Global Health Justice Partnership & Crackdown¹⁸⁸
- [Harm Reduction Tips during Corona Virus](#); Somerset West Community Health Centre¹⁸⁹
- [Safer Drug Use During the COVID-19 Outbreak](#); Harm Reduction Coalition & Vital Strategies (États-Unis)¹⁹⁰

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

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

Après avoir supervisé la consommation, le personnel doit surveiller les participants en tout temps pour détecter les signes courants de surdose d'opioïdes : contraction des pupilles, dépression respiratoire et inconscience¹⁹¹. Notons toutefois que ces symptômes ne se manifestent pas dans tous les cas. Des symptômes atypiques comme une rigidité musculaire ou des mouvements involontaires sont rapportés de plus en plus souvent dans la littérature et peuvent complexifier les interventions^{192,193}. Il faut être doublement vigilant lorsqu'on surveille les participants, car avec la distanciation physique et l'EPI, les signes de surdose ne sautent pas aux yeux. Comment savoir si le participant a les lèvres bleues s'il porte un masque? Comment savoir si les pupilles sont contractées en se tenant à deux mètres du participant? Lorsqu'une surdose d'opioïdes survient sur le site, tous les participants et les membres du personnel qui ne font pas partie de l'équipe d'intervention doivent sortir. Si tous les cubicules/

tables de consommation se trouvent dans la même pièce, on devra envisager la fermeture de la salle entière de consommation jusqu'à ce que l'intervention d'urgence et le processus de désinfection soient terminés (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31** pour un complément d'information.)

Parmi les interventions possibles, dont certaines sont des IMGA soupçonnées ou confirmées, mentionnons :

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

Les exigences relatives à l'EPI lors d'une IMGA sont plus élevées que lors d'une intervention médicale ne générant pas d'aérosols, ce qui peut retarder l'administration de soins d'urgence en cas de surdose. L'EPI approprié doit être facilement accessible partout sur le site. En l'absence d'EPI adéquat, il revient à chaque membre du personnel de déterminer le type d'intervention qu'il se sent à l'aise d'effectuer en mettant dans la balance ses obligations professionnelles et éthiques (s'il y a lieu) et le risque auquel il s'expose. Les politiques de l'organisation pourraient apporter un éclairage sur ce genre de situation. L'EPI recommandé pour les interventions médicales ne générant pas d'aérosols (p. ex. administration de naloxone par voie nasale ou par injection, utilisation d'un DEA, RCR sans respiration de sauvetage¹⁹⁴⁻¹⁹⁹) se limite à une protection oculaire, aux gants sans latex et au masque médical^{18, 78, 194, 200}. En revanche, les premiers répondants qui décident de pratiquer la RCR avec des compressions thoraciques uniquement devraient mettre un masque médical sur la personne ou lui couvrir la bouche et le nez avec un chiffon ou un drap avant de commencer^{197, 198, 201}. L'EPI pour les IMGA (p. ex. RCR avec respiration de sauvetage, ventilation manuelle, intubation, oxygénothérapie par voie nasale à haut débit) doit comprendre une protection oculaire, des gants sans latex, une blouse et un masque N-95 correctement ajusté^{18, 78, 194-196, 200, 202}. Voir la section **3.2.3 COVID-19 – Mesures d'hygiène à la page 36** pour des conseils sur les sources d'approvisionnement en EPI et la section **3.3.3 EPI du personnel à la page 42** pour les règlements sur l'EPI du personnel pendant les heures d'ouverture. La direction du centre doit avoir un protocole d'intervention en cas de surdose qui décrit la marche à suivre en fonction des ressources disponibles sur le site et les recommandations courantes locales pour la prévention et le contrôle des infections. Le protocole doit tenir compte des meilleures données probantes disponibles sur la COVID-19, être mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles données probantes sont divulguées et décrire les interventions que les membres du

personnel peuvent réaliser, l'équipement (y compris l'EPI) nécessaire, les rôles et responsabilités de chacun (en fonction de la formation et de l'expérience) ainsi que les seuils d'intervention.

Après une intervention d'urgence comprenant une IMGA, le personnel doit désinfecter le secteur au moyen d'un désinfectant approuvé par Santé Canada ainsi que la zone se trouvant dans un rayon de 2 m autour du site d'intervention²⁰⁵. Dans certaines lignes directrices, on recommande d'attendre une heure, le temps que les gouttelettes aérosolisées se déposent²⁰³, quoique le risque posé par l'aérosolisation dépend du système de ventilation et de filtration du bâtiment²⁰⁴. Tout ce qui ne peut être désinfecté adéquatement (y compris l'EPI) doit être éliminé dans les règles de l'art. La direction du centre devrait envisager d'éliminer l'EPI contaminé dans un sac à déchets biologiques dangereux hermétiquement fermé et placé à l'intérieur d'un autre sac. Consultez la politique d'élimination des déchets biologiques dangereux du centre d'accueil ou communiquez avec les autorités locales de santé publique ou le ministère de la Santé pour les directives à suivre dans votre région. En principe, aucun autre participant ne doit accéder au secteur avant que la désinfection soit terminée²⁰⁵.

Pour d'autres éléments d'orientation sur l'intervention en cas de surdose ainsi que sur les méthodes de nettoyage et de désinfection pendant la pandémie de COVID-19, voir la section 3.9 « Réagir à une surdose » et la section 3.8 « Nettoyage et désinfection des installations » du [Guide pratique national, ICRAS-CRISM, Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19](#)¹⁸). Les autorités de la santé et les ressources provinciales suivantes ont émis des lignes directrices sur l'intervention en cas de surdose dans un site de consommation supervisée. Au risque de nous répéter, comme les connaissances scientifiques et les pratiques exemplaires dans ce domaine évoluent sans cesse, la direction du centre devrait consulter les autorités locales de santé publique pour avoir l'information la plus à jour.

- [COVID-19 Guidance: Consumption and Treatment Services \(CTS\) Sites](#); Ontario Ministry of Health¹⁷⁶
- [COVID-19: Responding to Opioid Overdoses in Overdose Prevention Services \(OPS\) and Supervised Consumption Sites \(SCS\)](#); BC Centre for Disease Control, BC Ministry of Health²⁰¹
- [FAQ: Overdose Response in Overdose Prevention Sites & Supervised Consumption Sites During COVID-19](#); Vancouver Coastal Health²⁰⁰;
- [COVID-19 : Community Members Responding to Overdose](#); Vancouver Coastal Health²⁰⁶
- [Opioid Poisoning Response and COVID-19](#); Alberta Health Services¹⁶⁵
- [VCH Overdose Response in Overdose Prevention Sites and Supervised Consumption Sites for COVID-19](#); Vancouver Coastal Health²⁰³

3.3.6 Exposition du personnel à la COVID-19

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

La direction locale de santé publique pourrait encourager le personnel n'ayant pas de symptômes, mais ayant été exposé à des cas connus ou soupçonnés de COVID-19 (participants ou collègues de travail) sans avoir utilisé l'EPI approprié ou sans avoir respecté la distanciation physique (p. ex. apporter des soins à un participant ayant une infection confirmée à la COVID-19 sans porter de masque médical ou intervenir en cas de surdose en pratiquant une IMGA chez un participant porteur de la COVID-19 sans porter un masque N-95 préalablement ajusté) de prendre certaines précautions après l'exposition, par exemple : porter un masque médical; maintenir une distanciation physique et se laver les mains; éviter les lieux à haut risque ainsi que les personnes vulnérables pendant au moins sept jours²⁰⁷. On demandera aux employés qui ont été exposés de surveiller l'émergence de nouveaux symptômes. Si des symptômes se manifestent, les employés doivent rester à la maison pendant la période d'isolement recommandée¹⁵⁵. La direction du centre doit se tenir au fait des recommandations de la santé publique locale relatives aux contacts étroits ayant une infection confirmée par la COVID-19 ainsi que des différentes consignes d'isolement pour le personnel symptomatique ou non en fonction de leur statut vaccinal.

3.4 DÉCLARATION ET ÉVALUATION

Le gouvernement ou l'entité (voir la section **3.1 Demande d'exemption pour un site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique à la page 27**) qui a autorisé l'exemption, les bailleurs de fonds ou d'autres autorités pourraient exiger un rapport sur les résultats et les activités du site de consommation supervisée ainsi que les données démographiques globales des participants. La collecte des données ne doit pas nuire à la prestation des services particulièrement dans le contexte d'une crise sanitaire. On devrait pouvoir recueillir et fournir à tout le moins les éléments d'information suivants :

- le nombre moyen de visites par jour;
- le nombre de surdoses/d'urgences médicales; et

- les données démographiques globales des participants y compris leur âge et leur genre.

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

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

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

Il existe différents moyens de recueillir cette information selon les ressources disponibles dans chaque site. L'employé peut recueillir les données par écrit et les compiler plus tard dans une base de données sécurisée ou dans un programme comme Microsoft Excel ou Access (voir **Annexe 2 : Formulaire type pour la collecte de données du site de consommation supervisée à la page 72**).

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

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

Tous les résidents des centres d'accueil devraient avoir accès à un traitement fondé sur des données probantes pour leur TLUS, un soutien pour stabiliser leur consommation ainsi que des services pour réduire leur dépendance à l'égard de leurs fournisseurs de drogues illicites. Il est crucial de prévenir le sevrage et les surdoses pour préserver leur santé et leur bien-être et réduire la pression sur le personnel des centres d'accueil et le système de santé. Pour y parvenir, on peut compter sur plusieurs mesures de soutien offertes en centre d'accueil et à l'extérieur.

Pour offrir un traitement aux résidents du centre d'accueil, la direction devra créer des partenariats avec des professionnels de la santé (médecins ou infirmières praticiennes^{208, 209} qui peuvent prescrire des médicaments lorsque cela est indiqué), des pharmaciens, des psychologues, des travailleurs sociaux, des pairs-aidants et autres professionnels de soins de santé paramédicaux. La forme que ces partenariats peuvent prendre dépend de nombreux facteurs comme la capacité du centre d'accueil et les ressources communautaires disponibles. Quelques pistes : intégration de professionnels de la santé dans le centre d'accueil; utilisation de la télésanté ou d'un autre modèle de soins virtuels; partenariat avec des médecins de soins primaires du voisinage, avec des cliniques de traitement par agoniste opioïde ou avec des cliniques de médecine des toxicomanies. Le modèle de partenariat retenu aura une incidence sur le type de traitement pouvant être amorcé et maintenu sur le site. L'accessibilité à une pharmacie est également un facteur dans la détermination des traitements pouvant être offerts. Quel que soit le modèle de partenariat choisi, l'objectif devrait être de favoriser l'accès aux soins aussi bien pendant la pandémie de la COVID-19 qu'après (avec le même professionnel de la santé ou avec un autre pourvu que le dossier soit transféré avec fluidité; pour un complément d'information, voir la section **4.5 Continuité des soins après une période de confinement et une fois tout danger écarté lié à la covid-19 à la page 64**).

Ce ne sont pas tous les patients qui accepteront des traitements de TLUS fondés sur des données probantes ou qui seront stabilisés par ces traitements. Pour les cas réfractaires, on doit tout mettre en œuvre pour réduire les méfaits associés à l'achat et à l'utilisation de substances sur le marché noir. Comme nous l'avons déjà mentionné, lorsque des résidents ayant une infection confirmée par la COVID-19 quittent le centre d'accueil ou sortent de leur confinement pour se procurer et consommer des substances, ils mettent leur santé et celle des autres en danger. Si les traitements fondés sur des données probantes ne sont pas efficaces ou perdent leur efficacité, les professionnels de la santé doivent envisager des médicaments de substitution pour la prise en charge du sevrage et de l'état de manque. Des interventions et un soutien psychosocial doivent être systématiquement proposés,

seuls ou en conjonction avec un traitement pharmacologique, mais ne doivent pas être une condition pour avoir accès à la médication (pour un complément d'information, voir la section **4.3 Soutien psychosocial à la page 62**). Au moment de prescrire des médicaments pour la prévention du sevrage, les professionnels de la santé doivent ajouter une note au dossier pour rendre compte de leur évaluation et justifier le choix du médicament en expliquant, par exemple, que les options de traitement approuvées et fondées sur des données probantes sont inefficaces ou ont perdu leur efficacité chez le patient.

On encouragera les patients à prendre de préférence leurs médicaments par voie orale, car l'ingestion orale est généralement la voie la moins nocive. Si ce n'est pas possible, on aidera le patient à prendre les substances prescrites par la voie d'administration de son choix (intranasale, injection, inhalation). Dans certaines juridictions, on exige que l'administration des substances prescrites soit supervisée quoique dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, les règlements ont été assouplis (p. ex. en Colombie-Britannique). La direction du centre d'accueil pourrait créer une zone désignée comprenant des espaces de consommation où sont maintenus les consignes de distanciation physique et le protocole de prévention et de contrôle des infections; cette zone serait surveillée par des intervenants ayant reçu une formation sur l'intervention en cas de surdose et sur les principes de réduction des méfaits; chaque patient y recevrait du matériel stérile pour la consommation de drogues. Précisons que si les patients consomment uniquement les substances qui leur ont été prescrites, il n'est pas nécessaire de demander une exemption en vertu de l'article 56.1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La direction pourrait aussi opter pour une autre voie, celle par exemple de choisir d'intégrer la distribution des médicaments dans un site de consommation supervisée interne ou externe, mais à proximité du centre, respectant les critères de consommation à moindre risque. Selon le médicament, sa présentation et les provinces/territoires, la distribution quotidienne de doses non supervisées aux résidents du centre d'accueil peut aussi être envisageable. Le guide pratique du *British Columbia Centre for Substance Use* intitulé [Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies](#) apporte un éclairage sur les pratiques de prescription recommandées²¹⁰.

Dans les sections qui suivent, nous présentons un tour d'horizon de l'évaluation, des traitements et des stratégies de réduction des risques et attirons l'attention des professionnels de la santé sur d'autres facteurs à prendre en compte pour mieux soutenir les personnes utilisatrices de substances qui résident en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19. Soulignons en passant que Santé Canada a récemment mis en place de nouvelles mesures pour réduire les obstacles à la prescription et à la distribution de médicaments contrôlés pendant la crise sanitaire. Pour un complément d'information, voir le document [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](#)²¹¹. On peut aussi consulter le Guide pratique national de l'ICRAS-CRISM, [Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances](#)¹⁶.

4.1 ÉVALUATION

En tout temps pendant son séjour au centre d'accueil, le participant pourrait manifester le besoin de recevoir du soutien pour gérer son problème de consommation. Si le résident le souhaite, le personnel du centre d'accueil doit l'aider à avoir accès aux prestataires capables d'intervenir en traitement des TLUS, dans les programmes de désintoxication ou de gestion du sevrage ainsi que dans la réduction des risques ou la stabilisation de la consommation. Le prestataire de soins doit évaluer les antécédents de consommation et les besoins médicaux du patient et travailler avec lui pour déterminer ses objectifs et élaborer un plan de traitement approprié. Si une pharmacothérapie de substitution est envisagée, le prestataire de soins doit soupeser les bienfaits associés à cette stratégie et les risques de détournement du produit²¹². Les ressources suivantes pourraient être utiles pour les professionnels de la santé qui cherchent des textes de référence sur l'évaluation de la consommation du patient, le diagnostic du TLUS et la pertinence des divers traitements des TLUS ou des stratégies de gestion des risques :

- [Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances](#); ICRAS-CRISM¹⁶
- [Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#); ICRAS-CRISM²¹³
- [Le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes — Lignes directrices cliniques nationales](#); ICRAS-CRISM²¹⁴
- [A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder](#); British Columbia Centre on Substance Use and British Columbia Ministry of Health²¹⁵
- [Guidance Document on the Management of Substance Use in Acute Care](#); ICRAS-CRISM²¹⁶
- [Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder](#); British Columbia Centre on Substance Use, British Columbia Ministry of Health, and British Columbia Ministry of Mental Health and Addiction²¹⁷
- [Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies](#); British Columbia Centre on Substance Use²¹⁰
- [Screening & Assessment Tools](#); American Society of Addiction Medicine²¹⁸
- [Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale \(PAWSS\) Tool](#); Maldonoda et al.^{219,220}

Au moment de déterminer l'option la plus appropriée pour un patient, le professionnel de la santé doit tenir compte des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments (voir la

référence 221 pour de plus amples renseignements sur le remboursement des médicaments courants par les régimes provinciaux/territoriaux). Les personnes non couvertes par un régime d'assurance médicaments ont besoin d'un encadrement pour obtenir un remboursement; un partenariat avec les travailleurs sociaux locaux ou les agences gouvernementales pourrait faciliter le processus. Les besoins particuliers d'entreposage doivent également être considérés.

4.2 STRATÉGIES DE TRAITEMENT ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

Dans les sections qui suivent, nous décrivons les stratégies de traitement et de réduction des risques utilisées dans les centres d'accueil pour soutenir les personnes utilisatrices de substances pendant la pandémie de la COVID-19. Lorsqu'un résident demande de l'aide pour réduire ou cesser sa consommation, le centre d'accueil doit être en mesure de lui donner accès ou de favoriser l'accès aux options thérapeutiques fondées sur des données probantes. Dans le cas des résidents qui refusent le traitement ou qui ne répondent pas aux traitements classiques, on recherchera des stratégies de réduction des risques faisant appel à une pharmacothérapie de substitution ou à la gestion de la consommation d'alcool. Ces stratégies de gestion des risques ont été élaborées en raison des risques cumulatifs pour la santé de l'épidémie de surdoses et de la COVID-19. Elles ne constituent pas un traitement des TLUS, mais elles visent à aider les personnes atteintes d'un TLUS à s'isoler ou à respecter la distanciation physique et à éviter les risques pour la santé liés au sevrage, aux surdoses ou aux autres méfaits de la consommation de drogues. Au risque de nous répéter, des interventions et un soutien psychosociaux doivent être systématiquement proposés, mais ne doivent pas être une condition pour avoir accès à un traitement ou à la médication (pour un complément d'information, voir la section **4.3 Soutien psychosocial à la page 62**).

On trouvera des renseignements détaillés sur les traitements des TLUS fondés sur des données probantes et autres options pharmaceutiques courantes au Canada dans le Guide pratique national de l'ICRAS-CRISM : [Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances](#)¹⁶. Voici un aperçu des recommandations formulées dans cette publication ainsi que d'autres recommandations s'adressant plus particulièrement aux centres d'accueil.

Opioides

Le trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO) est généralement traité par agoniste opioïde (TAO), soit avec la buprénorphine/naloxone, la méthadone, la morphine orale à libération lente univoque (LLU) ou un traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi) avec l'hydromorphone ou la diacéylmorphine (lorsqu'elle est disponible). Un soutien et des traitements psychosociaux complètent souvent le

traitement pharmacologique. Si un patient utilise des opioïdes illicites en plus de son TAO, il y a peut-être lieu d'optimiser son TAO en augmentant la dose, par exemple, en optant pour un autre médicament de TAO ou en prescrivant des opioïdes additionnels.

Stimulants

Il n'existe actuellement aucune option de pharmacothérapie approuvée pour le traitement du trouble lié à l'usage de stimulants. Un traitement symptomatique est administré lors d'une intoxication par des stimulants ou d'un sevrage de stimulants (prescription de médicaments pour maîtriser des symptômes particuliers comme l'agitation). Si possible, on proposera des traitements psychosociaux efficaces pour un trouble lié à l'usage de stimulants et notamment, des programmes de gestion des contingences²²²⁻²²⁴. La prescription de psychostimulants pourrait être justifiée dans ces circonstances exceptionnelles lorsque les bienfaits potentiels l'emportent sur les risques possibles de contre-indications, comme une cardiopathie ischémique et une exacerbation des troubles de santé mentale (agitation, psychose, etc.)^{225,226}.

Benzodiazépines

L'arrêt brutal des benzodiazépines légales ou illégales pourrait provoquer un sevrage et constituer une urgence médicale. Un traitement immédiat par l'administration de benzodiazépines est nécessaire en réponse aux symptômes. Le trouble lié à l'usage de benzodiazépines peut être traité par une diminution progressive des doses ou par une période de traitement d'entretien par des benzodiazépines²²⁷. Compte tenu des risques généralement associés au traitement d'entretien (p. ex. risque de surdose mortelle, chutes, aggravation des troubles de santé mentale), on peut l'aborder en instaurant une période de soutien et de stabilisation avec une benzodiazépine à action prolongée et à début d'action lent pour mieux évaluer les risques et les bénéfices²²⁷⁻²²⁹.

Alcool

Pour les résidents en centre d'accueil qui souhaitent réduire ou cesser la consommation d'alcool, une échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage (p. ex. PAWSS^{219, 220}) pourrait être utile pour cibler les participants les plus exposés à des symptômes sévères de sevrage. Pour prévenir le syndrome sévère de sevrage, il est impératif d'évaluer régulièrement (p. ex. toutes les heures au début) les symptômes. Si cela ne peut être fait au centre d'accueil, le patient doit être transféré dans un établissement de soins aigus. On a constaté que des médicaments comme la naltrexone et l'acamprosate aident les personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool à réduire leur consommation, soutiennent l'abstinence et prolongent le délai avant la première rechute.

Les programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGA) pourraient aider les résidents des centres d'accueil fragilisés en temps de pandémie par leurs habitudes de consommation d'alcool

et représentent une option prometteuse. Dans le cadre de ces programmes, offerts dans différents milieux au Canada, on fournit aux personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool des doses calculées d'une boisson alcoolisée²³⁰. Pour chaque participant admissible, on évalue la quantité et la fréquence des consommations requises en fonction des besoins de chacun et des habitudes de consommation; l'objectif est de réduire les risques et d'atténuer ou de prévenir les symptômes de sevrage. Le Canadian Institute for Substance Use Research propose un outil de conversion pour déterminer le nombre de consommations standard ou la quantité d'alcool nécessaire selon les habitudes de consommation d'alcool du participant ²³¹. L'heure de l'administration varie d'un centre d'accueil à l'autre, mais à tout le moins, les participants devraient avoir une consommation au réveil et une avant d'aller au lit. En règle générale, le patient signe une entente de participation, qui expose clairement les attentes du patient à l'égard du PGA (p. ex. celui-ci informera le personnel si la dose ou la fréquence est inadéquate au lieu de rechercher d'autres sources d'alcool; celui-ci ne fera preuve d'aucune violence ni agressivité envers les autres résidents du centre, etc.) et qui décrit également son plan de traitement personnalisé. L'entente peut être modifiée et une nouvelle signature sera alors nécessaire.

Selon le type d'aménagement du centre d'accueil, le personnel peut créer une aire centralisée de consommation d'alcool uniquement pour les participants du PGA ou encore apporter la consommation à la chambre du résident. Dans le cas de l'aire centralisée, idéalement, il doit y avoir suffisamment d'espace pour permettre la distanciation physique, une condition que l'on peut plus facilement remplir en échelonnant les heures d'administration. Beaucoup des critères décrits à la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31** s'appliquent également aux PGA. Par exemple, pour offrir un soutien optimal aux participants, un PGA devrait se tenir dans un lieu permettant une certaine intimité, doté d'un éclairage adéquat et pouvant être nettoyé/désinfecté convenablement; il devra aussi s'accompagner de mesures de soutien complémentaires pour les participants. D'autres PGA ont adopté une formule de distribution c'est-à-dire que les participants peuvent consommer de l'alcool dans leur chambre. On apporte, par exemple, une quantité prédéterminée d'alcool au participant qui le boira à l'heure qui lui conviendra. Cette formule est possible uniquement dans les centres où les participants ont leur propre chambre ou un espace physique bien à eux. Quel que soit le modèle utilisé, l'hygiène des mains et l'utilisation de l'EPI approprié chez les participants comme chez les membres du personnel sont recommandées (voir la section **3.2 Mise en place de sites de consommation supervisée en centre d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 à la page 31**). Avant l'administration de la dose, le personnel doit évaluer le niveau d'intoxication du participant. Si celui-ci marche et se tient debout sans aide, mais que son élocution et ses facultés sont légèrement ralenties, la dose pourrait être administrée. Par contre, si la motricité globale est sérieusement altérée et que le participant a du mal à se mouvoir et à communiquer, il convient de reporter la dose jusqu'à la prochaine administration prévue. L'alcool doit être administré dans des verres jetables pour éliminer le risque de transmission de la COVID-19. Chaque épisode d'administration doit être noté au

dossier. Un enseignement des stratégies de consommation à moindre risque et de l'autogestion de la consommation d'alcool doit être prodigué.

On trouvera dans les ressources suivantes de plus amples renseignements sur les PGA :

- [Operational Guidance for Implementation of Managed Alcohol for Vulnerable Populations](#); University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research; British Columbia Centre on Substance Use²³²
- [Scale up of Managed Alcohol Programs](#); Pauly et al.²³³
- [The Canadian Managed Alcohol Program Study](#); University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research²³⁴
- [Managed Alcohol Program: Evaluating Effectiveness of Alcohol Harm Reduction and Housing Instability](#); University of Victoria, Centre for Addictions Research of British Columbia ²³⁵
- [Finding safety: A pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life](#); *Harm Reduction Journal*²³⁶
- [“There is a Place”: Impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness](#); *Harm Reduction Journal*²³⁷

Un PGA structuré est certes la formule idéale pour aider les personnes ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool ou ayant des habitudes de consommation d'alcool à haut risque, mais tous les centres d'accueil ne peuvent l'offrir. Dans les centres où il n'est pas possible d'administrer un programme de gestion de l'alcool, on peut tout de même dresser, à leur intention, une liste des ressources offrant un PGA dans la région ou fournir des conseils sur la réduction des méfaits aux résidents. D'autres mesures d'appui existent : superviser la consommation d'alcool du résident; conserver l'alcool personnel du résident en lieu sûr; l'encourager à espacer ses consommations; lui conseiller de manger avant de boire de l'alcool et de remplacer ses consommations habituelles par des produits à plus faible teneur en alcool; faciliter l'achat de boissons alcoolisées pour éviter que le résident boive des produits impropres à la consommation (p. ex. désinfectant pour les mains, rince-bouche, alcool à friction). Prévoir des verres jetables pour éviter que les résidents boivent directement au goulot ou partagent leurs bouteilles. De la même façon, les résidents s'abstiendront de partager leurs verres, et des dispositifs doivent être en place pour l'élimination immédiate des verres après l'emploi. Pour réduire le risque de transmission de la COVID-19, on a distribué, dans le cadre d'un projet pilote albertain (Cups for COVID), des verres jetables aux personnes en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle qui consommaient de l'alcool²³⁸. Selon les auteurs de l'étude, l'intervention a eu pour effet de dissuader les participants de partager leurs verres et a donné aux prestataires de services l'occasion de sensibiliser les participants à la COVID-19 et à la réduction des risques²³⁸. Il est

donc permis de croire que la distribution de verres jetables aux résidents des centres d'accueil pour utilisation à l'intérieur comme à l'extérieur du centre serait une intervention efficace et peu coûteuse pour réduire les risques chez les personnes qui consomment de l'alcool.

Le personnel doit être particulièrement vigilant face au risque associé à la consommation de produits alcoolisés non destinés à être bus, comme le désinfectant pour les mains (ingrédients toxiques et forte concentration d'éthanol^{183, 239}; il prendra des mesures pour éviter le détournement de ces produits, qui sont beaucoup plus faciles à obtenir dans les centres d'accueil depuis l'éclosion de la COVID-19.

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

- [Alcohol Use & COVID-19](#); Coalition canadienne des politiques sur les drogues²⁴⁰
- [Alcohol and COVID-19: What you Need to Know](#); Organisation mondiale de la Santé²⁴¹
- [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#); Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances²⁴²
- [Safer Drinking Tips](#); Canadian Institute for Substance Use Research & Eastside Illicit Drinkers Group for Education²⁴³
- [Safer Drinking Tips During COVID-19](#); Canadian Institute for Substance Use Research & Eastside Illicit Drinkers Group for Education²⁴⁴

Tabac

De nombreux résidents en centre d'accueil fument du tabac sur une base quotidienne et auront besoin d'une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pour éviter les symptômes de sevrage s'ils souhaitent arrêter de fumer. La TRN peut être obtenue sans ordonnance dans certaines provinces, et le centre d'accueil peut stocker sur place une variété de produits. Il est possible de faire appel à des sources de financement externe pour couvrir le coût de la TRN²⁴⁵. On peut collaborer avec le pharmacien du patient pour mieux déterminer les produits qui seront couverts. Le type de TRN délivrée dépend de la disponibilité, du financement et des préférences du patient.

Pour les personnes qui continuent de fumer du tabac, la direction du centre d'accueil devrait désigner un emplacement à l'extérieur assez grand pour maintenir une distance physique appropriée entre les fumeurs (dans la mesure du possible, cet emplacement doit être indépendant de la zone d'inhalation du service de consommation supervisée). Même si la consommation du tabac est légale et que les produits sont relativement faciles à obtenir au Canada, les résidents du centre d'accueil auront un

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

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

Cannabis

La consommation du cannabis étant maintenant légale au Canada, les résidents qui souhaitent fumer du cannabis devraient avoir accès à un emplacement extérieur (qui peut être au même endroit que la zone fumeurs) et ceux qui consomment le cannabis par d'autres voies (p. ex. alimentaire) devraient pouvoir le faire à l'intérieur du centre. Pour les personnes qui veulent continuer de fumer le cannabis, le personnel du centre pourrait envisager un partenariat avec des organismes locaux qui distribuent le cannabis à moindre coût²⁴⁶ et conseiller les résidents sur les façons de réduire les risques liés à la consommation du cannabis (voir les *Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque*), par exemple : ne pas fumer le cannabis et préférer d'autres voies de consommation; éviter les cannabinoïdes synthétiques et ne pas prendre de grandes bouffées ou de retenir sa respiration³⁸. La consommation du cannabis comporte généralement moins de risques d'effets délétères que la consommation du tabac, de l'alcool et d'autres substances psychoactives²⁴⁷. Le partage de joints ou du matériel de consommation (bongs, dispositifs de vapotage, etc.) ou la récupération des mégots de joints à est proscrire. Des cendriers à l'épreuve du vandalisme seront nécessaires pour l'élimination des joints et doivent être vidés régulièrement. Il y a lieu de nettoyer fréquemment la zone fumeurs et d'éliminer les déchets laissés par les fumeurs.

4.3 SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Les interventions de traitement psychosocial et les groupes d'entraide devraient être systématiquement offerts seuls ou conjointement à un traitement pharmacologique, mais ils ne doivent pas être perçus comme une condition sine qua non pour accéder aux médicaments. Les résultats de recherche suggèrent qu'au sein des populations de patients sans complications, l'ajout d'interventions psychosociales structurées au TAO n'améliore pas les résultats de traitement lorsque comparé à la prise en charge standard (p. ex. soutien général et consultations non structurées auprès d'un clinicien). C'est habituellement ce qui est offert dans le cadre des soins de base liés au traitement des TLUS. Cependant, il faut éviter d'en déduire que la pharmacothérapie devrait être offerte seule. Il faut plutôt comprendre que la prise en charge clinique, agrémentée d'une évaluation, d'un suivi et d'un soutien continu pour tous les aspects de la santé, qu'ils soient physiques, émotionnels, mentaux et spirituels, demeure aussi importante dans le traitement des TLUS et que la prise en compte de ces besoins devrait faire partie de la norme des soins. Un soutien psychosocial fondé sur les données probantes et axé sur la situation du patient (p. ex. emploi, consultation en toxicomanie) et sur d'autres besoins de survie (p. ex. aide sociale, aide au logement, mesures de soutien pour les personnes handicapées) peut aussi être utile lorsque le patient récupère d'un TLUS. (*tiré des Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage des opioïdes*²¹³; voir la référence 248 pour un complément d'information sur les mesures de soutien psychosocial dans le trouble lié à l'usage de l'alcool)

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

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

4.4 PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS ET ACCÈS AUX SUBSTANCES CONTRÔLÉES

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

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

- La pharmacie locale peut livrer la veille ou le jour même les doses quotidiennes au centre d'accueil. Le prestataire de soins doit indiquer sur l'ordonnance que le médicament peut être livré au patient, au centre d'accueil. Ou encore, pour les patients en confinement, le médicament peut être remis à une personne autorisée qui accepte de le remettre au patient²⁴⁹.
- Le centre pourrait aménager un espace spécialement réservé à la pharmacie. Le personnel de la pharmacie pourrait délivrer les médicaments, superviser l'ingestion des doses requises, et prescrire et administrer le traitement d'entretien (p. ex. antipsychotiques à longue durée d'action, contraception). La pharmacie pourrait même conserver des médicaments essentiels (p. ex. antibiotiques). Il faudrait prévoir le personnel approprié, l'EPI et un endroit sécurisé adéquat pour conserver les médicaments à l'intérieur du centre.
- Les patients qui ont accès à un espace d'entreposage sécurisé pourraient recevoir une réserve de plusieurs jours à la fois. Pour certains patients, par contre, il est préférable de livrer les doses un jour à la fois.

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

- [Foire aux questions : Accès aux substances contrôlées](#); Santé Canada²⁰⁹
- [Processus d'établissement d'un programme d'approvisionnement plus sécuritaire au Canada](#); Santé Canada²⁰⁸
- [Exemptions pertinentes à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#); Santé Canada²⁵⁰

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

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

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

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

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

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

(D'après le guide pratique *Guidance Document on the Management of Substance Use in Acute Care* ²¹⁶).

4.6 DÉCLARATION ET ÉVALUATION

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

5.0 Vaccination contre la COVID-19 chez les résidents des centres d'accueil

En date du 11 septembre 2022, on comptait six vaccins contre la COVID-19 approuvés par Santé Canada : Comirnaty de Pfizer-BioNTech; Spikevax de Moderna; Vaxzevria d'Astra Zeneca; Jcovden de Janssen (Johnson & Johnson); Nuvaxovid de Novavax et Covifenz de Medicargo²⁵¹. Depuis leur homologation, 86,30 % des Canadiens de 5 ans et plus ont été entièrement vaccinés (ont reçu les deux doses de vaccin contre la COVID-19 en primovaccination) et 56,77 % des Canadiens de 12 ans et plus ont également reçu au moins une dose de rappel²⁵². Visitez le site Web sur les vaccins contre la COVID-19 de Santé Canada pour obtenir les données les plus à jour sur les réservations, l'innocuité et les effets secondaires des vaccins contre la COVID-19, le processus d'autorisation, les données, les ressources partageables et les taux de vaccination²⁵¹.

Une étude rétrospective de cohorte en population réalisée en Ontario révèle qu'au 30 septembre 2021, le taux de vaccination complète chez les personnes ayant connu un épisode récent d'itinérance était inférieur de 34 % à celui de la population adulte générale de l'Ontario²⁵³. De même, dans une étude prospective de cohorte menée auprès de 275 personnes utilisatrices de drogues au centre-ville de Vancouver, le taux de vaccination complète dans cet échantillon en janvier 2022 était inférieur de 17 % à celui de la population générale de la Colombie-Britannique²⁵⁴. Si nous ne connaissons pas les taux de vaccination exacts des Canadiens qui utilisent des substances ou qui sont en situation d'itinérance ou de précarité de logement, il est clair que les affections concomitantes et l'instabilité économique qui les touchent plus particulièrement les rendent vulnérables à l'infection par la COVID-19 et à ses complications graves^{22, 75, 81-83, 87, 89}. Qui plus est, ces mêmes facteurs de risque compliquent l'accès et l'adhésion à la prophylaxie²⁵⁵. Par le passé, on avait déjà observé que le taux de maladies évitables par la vaccination était plus élevé dans ces populations^{256, 257}. Aujourd'hui, avec les taux d'infection par la COVID-19, ce constat est implacable^{81, 89}. Dans ce contexte, les personnes utilisatrices de substances en situation d'itinérance ou de précarité de logement représentent une population particulièrement vulnérable qui demande une stratégie adaptée d'immunisation contre la COVID-19. Les centres d'accueil, en raison de leur lien exclusif avec les personnes utilisatrices de substances et en situation d'itinérance ou de précarité de logement, sont bien placés pour accroître le taux de vaccination dans ce groupe vulnérable. Les stratégies qui suivent pourraient faciliter la vaccination contre la COVID-19 dans le contexte des centres d'accueil.

L'accès aux vaccins contre la COVID-19 devrait comporter le moins de barrières possible. Pour rejoindre les résidents, il est impératif de tenir compte de leur mobilité, de leur degré de confiance

ainsi que des ressources cliniques disponibles²⁶⁵. Toute stratégie efficace de vaccination chez les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement implique généralement de faire preuve de souplesse lors de la prise des rendez-vous ou encore de permettre le sans-rendez-vous. Le centre de vaccination doit se trouver dans un lieu accessible et très fréquenté²⁵⁸, comme un centre d'accueil, un lieu de restauration, un campement ou un centre de jour²⁵⁹. Idéalement, on pourrait, dans le cadre d'un partenariat avec un centre de services communautaires, administrer le vaccin sur place à l'intérieur même du centre d'accueil. Un bon exemple est celui de Toronto où quatre centres d'accueil ont aménagé et mis en place des centres de vaccination et des équipes mobiles de vaccination (voir COVID-19 Vaccine Playbook for Shelters²⁶⁰). Une autre option serait d'offrir un service de navette vers des centres de vaccination contre la COVID-19, si possible.

À tout le moins, une éducation sur le vaccin contre la COVID-19 devrait être intégrée à la prestation habituelle des services²⁵⁸. Les personnes en situation d'itinérance ou de précarité de logement avancent toutes sortes d'arguments pour ne pas se faire vacciner : elles veulent voir des données sur l'innocuité et l'efficacité du vaccin; elles préféreraient que d'autres se fassent vacciner avant elles; elles ont déjà eu des expériences négatives avec les vaccins ou encore elles ne font pas confiance au gouvernement²⁶¹. Le personnel du centre d'accueil peut venir à bout de ces résistances en profitant de son lien privilégié avec la personne pour faire son éducation en santé et cerner de manière informelle les obstacles à la vaccination (p. ex. plateformes de réservation virtuelle; renseignements personnels manquants; mobilité réduite; crainte des effets secondaires; expérience personnelle avec le vaccin contre la COVID-19). L'idéal serait de réaliser un document infographique contenant des informations et des ressources locales que l'on distribuerait à tous les résidents dès leur arrivée au centre. Voici quelques exemples de documents infographiques et de feuilles d'information qui pourraient être affichés aux murs du centre d'accueil ou distribués aux résidents :

- [Les faits sur les vaccins contre la COVID-19](#); Gouvernement du Canada²⁶²
- [La vaccination contre la COVID-19 et ce qu'elle signifie pour moi](#); Agence de la santé publique du Canada²⁶³
- [Aperçu du processus de développement et d'approbation de vaccins au Canada](#); Santé Canada²⁶⁴
- [Vaccins contre la COVID-19 : Dissiper les mythes](#); Service correctionnel Canada²⁶⁵

6.0 Autres références et ressources

- [A Treatment Improvement Protocol: Trauma-Informed Care In Behavioral Health Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration](#)²⁶⁶
- [Challenges in Maintaining Treatment Services for People who use Drugs during the COVID-19 Pandemic](#); Harm Reduction Journal¹⁰⁰
- [COVID-19 Guidance: Consumption and Treatment Services \(CTS\) Sites](#); Ontario Ministry of Health¹⁷⁶
- [COVID-19: How to Include Marginalized and Vulnerable People in Risk Communication and Community Engagement](#); The Regional Risk Communication and Community Engagement Working Group²⁶⁷
- [COVID-19: Information for Opioid Agonist Treatment Prescribers and Pharmacists](#); British Columbia Centre on Substance Use²⁶⁸
- [EMCDDA Update on the Implications of COVID-19 for People who use Drugs \(PWUD\) and Drug Service Providers](#); European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction²⁶⁹
- [Housing Services: COVID-19 Guidance for Homelessness Service Providers](#); Region of Peel¹⁷⁵
- [Interim Guidance: Scaling-Up COVID-19 Outbreak Readiness and Response Operations in Humanitarian Situations Including Camps and Camp-Like Settings](#); Inter-Agency Standing Committee Secretariat²⁷⁰
- [Safe Supply and Harm Reduction During COVID-19](#); Homeless Hub²⁷¹
- [Suggestions about Treatment, Care and Rehabilitation of People with Drug Use Disorder in the Context of the COVID-19 Pandemic](#); United Nations Office on Drugs and Crime²⁷²
- Toolkit for Substance Use and Addictions Program Applicants: Stream 2 - Increasing Access to Pharmaceutical-Grade Medications; Health Canada²⁷³
- [Trauma Informed Practice Guide](#); BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council²⁷⁴
- [Vancouver Coastal Health Overdose Response in Overdose Prevention Sites and Supervised Consumption Sites for COVID-19](#); Vancouver Coastal Health²⁰³

Annexe 1 : Politique relative aux conflits d'intérêts

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

Avant que l'ébauche du guide soit transmise pour examen, deux membres de l'équipe de l'ICRAS-CRISM ont révisé de façon indépendante les formulaires de divulgation pour déterminer si des membres du comité de rédaction et des réviseurs externes devaient être écartés en raison d'un lien financier existant ou actuel (p. ex. emploi, consultation rémunérée ou participation à un comité consultatif, détention d'actions, propriété intellectuelle) avec l'industrie ou avec des entités commerciales qui pourraient théoriquement tirer profit des recommandations du guide pratique. Conformément aux lignes directrices de l'Institute of Medicine (*Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines*), toute personne ayant une relation continue et actuelle avec l'industrie, qui a reçu une rémunération ou un soutien non financier de l'industrie au cours des 12 derniers mois, ou qui, par le passé, a reçu une rémunération ou un soutien non monétaire d'importance de l'industrie (définis aux fins de la présente comme un montant cumulatif de plus de 10 000 \$ ou une valeur équivalente au cours des cinq dernières années) a été exclue de la participation au guide pratique avant le processus de révision. Aucun auteur ni collaborateur n'a été exclu lors de cette évaluation initiale, car personne ne répondait aux critères d'exclusion.

Résumé des liens divulgués

Sur les 27 membres du comité de rédaction et réviseurs externes, 14 ont déclaré des conflits d'intérêts directs potentiels. Sur les 14, un seul (un réviseur externe) a fourni des services de consultation rémunérés à des entreprises privées dont Merck, Abbott, ViiV, Rickett-Benkiser, Gilead, BMS et Indivior. Aucun membre du comité de rédaction ni réviseur externe n'avait d'intérêts commerciaux.

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

Lors de l'évaluation des conflits d'intérêts divulgués, aucun n'a été jugé comme suffisamment pertinent pour justifier l'exclusion du comité de rédaction du guide pratique.

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

Annexe 2 : Formulaire type pour la collecte de données du site de consommation supervisée

Formulaire 1 — Visite initiale uniquement

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

À quel genre le participant s'identifie-t-il?	☐ Masculin	☐ Féminin	☐ Autre :
Quel âge a le participant?			
Notes :			

Formulaire 2 — Consommation et approvisionnement

Détails de la visite

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

Détails sur la consommation

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

Formulaire 3 — Information sur l'urgence médicale

Information sur l'urgence médicale

S'il y a eu surdose :

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

S'il y a eu urgence médicale sans surdose :

Description de l'urgence médicale :		
Quelle intervention a été réalisée?		
A-t-on appelé le 911?	☐ Oui	☐ Non
Résultat de l'appel au 911?		
Notes :		

Annexe 3 : Liste de ressources en ligne sur l'usage de substances

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

Ressources de soutien clinique pour patients et prestataires

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

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

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

[Canadian Addiction Counsellors Certification Federation](#)

Virtual addiction counselling

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

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

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

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

[Draft Emergency Carry Agreement](#)

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

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

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

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

[SMART Recovery Program](#)

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

[Take Home Naloxone](#)

Formation gratuite en ligne

[Toward the Heart](#)

Formation gratuite en ligne

Ressources de réduction des méfaits

[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](#)

[CATIE : Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services](#)

[First Nations Health Authority: Indigenous Harm Reduction Principles and Practices](#)

[An Evidence Brief: Harm Reduction Implementation Framework](#)

[A Practice Brief: Infrastructure for Harm Reduction in Residential and Hotel Settings](#)

[Operational Guidance for Implementation of Managed Alcohol for Vulnerable Populations](#)

Ressources en santé mentale et troubles de consommation

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

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

[Narcotics Anonymous](#)

[Prendre soin de sa santé mentale et physique durant la pandémie de la 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

[First Nations Health Authority: Staying Connected during the Pandemic](#)

[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 \(FCASS\)](#)

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

Annexe 4 : Trousse d'outils de Santé Canada

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

- Un diagramme des voies 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 de la COVID-19.

[Disponible ici.](#)

Note : Les ressources de cette trousse d'outils ne sont présentement disponibles qu'en anglais.

Références

1. Government of Alberta. COVID-19 info for Albertans [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.alberta.ca/coronavirus-info-for-albertans.aspx>
2. Government of British Columbia. Province-wide restrictions [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/covid-19/info/restrictions>
3. Manitoba Government. COVID-19 [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.gov.mb.ca/covid19/index.html>
4. Government of New Brunswick. Living with COVID-19 [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/corporate/promo/covid-19.html>
5. Government of Newfoundland and Labrador. N life with COVID-19 [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.gov.nl.ca/covid-19/>
6. Government of Northwest Territories. COVID-19: Current recommendations [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/covid-19/current-recommendations>
7. Government of Nova Scotia. Coronavirus (COVID-19): Restrictions and guidance [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://novascotia.ca/coronavirus/restrictions-and-guidance/>
8. Government of Nunavut. Nunavut's path [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.gov.nu.ca/health/information/nunavuts-path>
9. Government of Ontario. COVID-19 public health measures and advice [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://covid-19.ontario.ca/public-health-measures>
10. Government of Prince Edward Island. PEI's response to COVID-19: Restriction and guidance [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.princeedwardisland.ca/en/topic/restrictions-and-guidance>
11. Gouvernement du Québec. Coronavirus disease (COVID-19) in Québec [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.quebec.ca/en/health/health-issues/a-z/2019-coronavirus>
12. Government of Saskatchewan. COVID-19 [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://www.saskatchewan.ca/government/health-care-administration-and-provider-resources/treatment-procedures-and-guidelines/emerging-public-health-issues/2019-novel-coronavirus>

13. Government of Yukon. Restrictions: COVID-19 [Internet]. n.d. [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://yukon.ca/en/restrictions-covid-19>
14. Bruneau J, Rehm J, Wild T, Wood E, Sako A, Swansburg J, et al. Telemedicine support for addiction services: National Rapid Guidance Version 1 Guidance Document [Internet]. 2020 May p. 47. Available from: <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/05/CRISM-National-Rapid-Guidance-Telemedicine-V1.pdf>
15. Dong K, Meador K, Hyshka E, Salokangas E, Burton-MacLeod S, Bablitz C, et al. Supporting people who use substances in acute care settings during the COVID-19 pandemic: National Rapid Guidance Version 2 - CRISM Interm Guidance Document [Internet]. 2020 Oct p. 62. Available from: <https://crism.ca/wp-content/uploads/2021/02/Supporting-people-who-use-substances-in-acute-care-settings-during-the-COVID-19-pandemic-V2-18-Feb-2021.pdf>
16. Brar R, Bruneau J, Butt P, Goyer M, Lim R, Poulin G, et al. Medications and other clinical approaches to support physical distancing for people who use substances during the COVID-19 pandemic: National Rapid Guidance Version 1 Guidance Document [Internet]. 2020 Jun p. 53. Available from: <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/06/CRISM-Guidance-Medications-and-other-clinical-approaches-22062020-final.pdf>
17. Cooksey J, Ganci G, McPherson C, Plant B, Resch K, Robinson S, et al. Strategies to reduce SARSCoV-2 transmission in supportive recovery programs and bed-based addiction treatment services: National Rapid Guidance Version 2 Guidance Document [Internet]. 2021 Apr p. 41. Available from: <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Strategies-to-Reduce-SARS-CoV-2-Transmission-in-Supportive-Recovery-Programs-and-Residential-Addiction-Treatment-Services-03082020-1.pdf>
18. Elton-Marshall T, Ali F, Narkar R, Hyshka E, Shahin R, Hopkins S, et al. Harm reduction worker safety during the COVID-19 global pandemic: National Rapid Guidance Version 2 - Guidance Document [Internet]. 2021 Mar p. 65. Available from: <https://crism.ca/wp-content/uploads/2021/04/CRISM-Guidance-Worker-Safety-FINALVersion-2.pdf>
19. Tsai J, Wilson M. COVID-19: A potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020 Apr;5(4):e186–7.
20. Government of Canada. Reaching home: Canada’s homelessness strategy directives [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/homelessness/directives.html>
21. Lima NNR, de Souza RI, Feitosa PWG, Moreira JL de S, da Silva CGL, Neto MLR. People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112945.

22. Wood LJ, Davies AP, Khan Z. COVID-19 precautions: Easier said than done when patients are homeless. *Med J Aust*. 2020 May;212(8):384.
23. Alistair S. Slopes and cliffs in health inequalities: comparative morbidity of housed and homeless people. *The Lancet*. 2013 Nov 29;382(S93).
24. O'Shea T, Bodkin C, Mokashi V, Beal K, Wiwcharuk J, Lennox R, et al. Pandemic Planning in Homeless Shelters: A Pilot Study of a Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Testing and Support Program to Mitigate the Risk of COVID-19 Outbreaks in Congregate Settings. *Clin Infect Dis*. 2021 May 1;72(9):1639–41.
25. Brothers TD, Leaman M, Bonn M, Lewer D, Atkinson J, Fraser J, et al. Evaluation of an emergency safe supply drugs and managed alcohol program in COVID-19 isolation hotel shelters for people experiencing homelessness. *Drug Alcohol Depend*. 2022 Jun 1;235:109440.
26. Harris MTH, Young S, Barocas J, Bayoumi AM, Caudarella A, Laurence G, et al. A descriptive comparison of substance use services in recovery and isolation sites for people experiencing homelessness during the COVID-19 Pandemic, Boston and Toronto. *Public Health Rep*. 2021 Sep 1;136(5):532–7.
27. Scallan E, Bodkin C, Wiwcharuk J, O'Shea T, Lennox R. Finding stability amidst the COVID-19 pandemic: The impact of emergency temporary housing for people who use drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2022 Jan 1;41(1):7–8.
28. Ali F, Russell C, Nafeh F, Rehm J, LeBlanc S, Elton-Marshall T. Changes in substance supply and use characteristics among people who use drugs (PWUD) during the COVID-19 global pandemic: A national qualitative assessment in Canada. *Int J Drug Policy*. 2021 Jul;93(103237):1–8.
29. Nguyen T, Buxton JA. Pathways between COVID-19 public health responses and increasing overdose risks: A rapid review and conceptual framework. *Int J Drug Policy*. 2021 Jul;93:103236.
30. United Nations Office on Drugs and Crime. Research brief: COVID-19 and the drug supply chain: From production and trafficking to use [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>
31. Public Health Agency of Canada. Apparent Opioid and Stimulant Toxicity Deaths: Surveillance of Opioid- and Stimulant-Related Harms in Canada. January 2016 - December 2020. [Internet]. Ottawa; 2021 Jun [cited 2021 Aug 22]. Available from: https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/aspc-phac/HP33-3-2020-eng-3.pdf

32. Sciarpetletti L. Climbing overdose numbers in Sask. compounded by COVID-19: Experts [Internet]. CBC News. 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/regina-police-drug-overdoses-11-deaths-1.5555601>
33. Jeffords S. “Two crises”: Ontario’s opioid problem worsens during COVID-19 as services for drug users scale back [Internet]. CBC News. 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-opioid-covid19-1.5551368>
34. Winter J. Deadly overdoses are rocking Canada’s poorest neighbourhood under lockdown [Internet]. Vice. 2020 [cited 2020 May 8]. Available from: https://www.vice.com/en_ca/article/akw5aa/deadly-overdoses-are-rocking-canadas-poorest-neighbourhood-under-coronavirus-lockdown
35. Djuric M, Piller T. Reported overdoses climb to 233 in 2020: Regina police [Internet]. Global News. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://globalnews.ca/news/6894157/regina-overdoses-death/>
36. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. COVID-19, alcohol and cannabis use [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 30]. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-COVID-19-Alcohol-Cannabis-Use-Report-2020-en.pdf>
37. Zyl-Smit RN van, Richards G, Leone FT. Tobacco smoking and COVID-19 infection. *Lancet Respir Med*. 2020 Jul;8(7):664–5.
38. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. COVID-19 and cannabis smoking and vaping: Four things you should know [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-COVID-19-Cannabis-Smoking-and-Vaping-Report-2020-en_1.pdf
39. Strike C, Hopkins S, Watson T, Gohil H, Leece P, Young S, et al. Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People Who Use Drugs and are at Risk for HIV, HCV, and Other Harms: Part 1 [Internet]. Toronto, ON: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada; 2013. Available from: <https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction.pdf>
40. Strike C, Watson T, Gohil H, Miskovic M, Robinson S, Arkell C, et al. Best practice recommendations 2 for Canadian harm reduction programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms [Internet]. Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada; Available from: <https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-part2.pdf>
41. Csiernik, Rick, Rowe, William, Watkin, Jim. Prevention as controversy: Harm reduction. In: *Responding to the oppression of addiction: Canadian social work perspectives*. 2017. p. 28–47.

42. Lenton S, Single E. The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Rev.* 1998 Jun 1;17(2):213–20.
43. Harm Reduction International. What is harm reduction? [Internet]. 2020. Available from: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
44. Hyshka E, Anderson-Baron J, Karekezi K, Belle-Isle L, Elliott R, Pauly B, et al. Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. *Harm Reduct J.* 2017 Jul 26;14(1):50.
45. Pauly B, Wallace B, Barber K. Turning a blind eye: Implementation of harm reduction in a transitional programme setting. *Drugs Educ Prev Policy.* 2018 Jan 2;25(1):21–30.
46. Wallace B, Barber K, Pauly BB. Sheltering risks: Implementation of harm reduction in homeless shelters during an overdose emergency. *Int J Drug Policy.* 2018 Mar;53:83–9.
47. Olding M, Barker A, McNeil R, Boyd J. Essential work, precarious labour: The need for safer and equitable harm reduction work in the era of COVID-19. *Int J Drug Policy.* 2021 Apr;90:103076.
48. Canadian AIDS Society. Peerology: A guide by and for people who use drugs on how to get involved [Internet]. 2015. Available from: <https://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Peerology-Final-PDF-with-Image.pdf>
49. CRISM PWLE National Working Group, Working Group. “Having a voice and saving lives:” A survey by and for people who use drugs and work in harm reduction [Internet]. 2019. Available from: <https://crismprairies.ca/wp-content/uploads/2019/10/Report-CRISM-Peer-Study-Finalupdate.pdf>
50. Ti L, Tzemis D, Buxton JA. Engaging people who use drugs in policy and program development: A review of the literature. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2012 Nov 24;7(1):47.
51. Canadian HIV/AIDS Legal Network. “Nothing about us without us” - Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative [Internet]. 2005 [cited 2020 May 12]. Available from: <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+ENG.pdf>
52. Kennedy MC, Boyd J, Mayer S, Collins A, Kerr T, McNeil R. Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Soc Sci Med.* 2019;225:60–8.
53. Public Health Agency of Canada. Trauma and violence-informed approaches to policy and practice [Internet]. Trauma and violence-informed approaches to policy and practice. 2018 [cited 2021 Jul 21]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html>

54. Wathen CN, Varcoe C. Trauma- & Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations & Providers [Internet]. [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://equiphealthcare.ca/files/2021/05/GTV-EQUIP-Tool-TVIC-Spring2021.pdf>
55. Pride T, Lam A, Swansburg J, Seno M, Lowe MB, Bomfim E, et al. Trauma-informed Approaches to Substance Use Interventions with Indigenous Peoples: A Scoping Review. *J Psychoactive Drugs*. 2021 Oct 20;53(5):460–73.
56. First Nations Health Authority. FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Humility [Internet]. [cited 2021 Jul 24]. Available from: <https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>
57. Pauly B (Bernie), McCall J, Browne AJ, Parker J, Mollison A. Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Adv Nurs Sci*. 2015 Jun;38(2):121–35.
58. First Nations Health Authority. Cultural Safety and Humility: Key Drivers and Ideas for Change [Internet]. [cited 2021 Jul 24]. Available from: <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Cultural-Safety-and-Humility-Key-Drivers-and-Ideas-for-Change.pdf>
59. Provincial Health Services Authority (PHSA) Indigenous Health. National Indigenous Cultural Safety Learning Series [Internet]. National Indigenous Cultural Safety Webinars Videos. 2021. Available from: <https://www.icscollaborative.com/webinars>
60. National Collaborating Centre for Indigenous Health. Cultural Safety Collection [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 24]. Available from: https://www.nccih.ca/1673/Cultural_Safety_Collection.nccih?Collectionid=3
61. Canadian Aboriginal AIDS Network, Interagency Coalition on AIDS and Development. Indigenous Harm Reduction = Reducing the Harms of Colonialism [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <http://www.icad-cisd.com/pdf/Publications/Indigenous-Harm-Reduction-Policy-Brief.pdf>
62. Olson B. Trauma-Informed Interventions through an Indigenous Worldview [Internet]. 2018 Jun 26 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.vawlearningnetwork.ca/webinars/recorded-webinars/2018/webinar_2018_5.html#:~:text=An%20Indigenous%20Trauma%20Informed%20Approach,interference%20and%20client%20self%2Ddetermination
63. Marsh TN, Coholic D, Cote-Meek S, Najavits LM. Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in Northeastern Ontario, Canada. *Harm Reduct J* [Internet]. 2015 20 [cited 2022 Jun 29];12(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12954-015-0046-1>

64. Gaetz S, DeJ E, Richter T. The state of homelessness in Canada 2016 [Internet]. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness; 2016 [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.deslibris.ca/ID/10065873>
65. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Aube Linden I, Noel F, Krausz M. Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity in homeless adults: Prevalence, correlates, and sex differences. *Psychol Addict Behav*. 2014 Jun;28(2):443–52.
66. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2001 Jan 23;164(2):229–33.
67. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T, et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PloS One*. 2013;8(10):e75133.
68. Fischer B, Pang M, Tyndall M. The opioid death crisis in Canada: Crucial lessons for public health. *Lancet Public Health*. 2019;4(2):e81–2.
69. Tyndall M. An emergency response to the opioid overdose crisis in Canada: A regulated opioid distribution program. *Can Med Assoc J*. 2018 Jan 15;190(2):E35–6.
70. Public Health Agency of Canada; Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. Apparent Opioid and Stimulant Toxicity Deaths: Surveillance of Opioid- and Stimulant-Related Harms in Canada: January 2016 to December 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://health-infobase.canada.ca/src/doc/SRHD/Update_Deaths_2022-06.pdf
71. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report - 51 [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
72. Alberta Health Services. Symptoms, About, Spread, Risks: COVID-19 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/topics/Page17260.aspx>
73. Tu H, Tu S, Gao S, Shao A, Sheng J. The epidemiological and clinical features of COVID-19 and lessons from this global infectious public health event. *J Infect* [Internet]. 2020 Apr 4 [cited 2020 Apr 26]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016344532030222X>
74. Government of Canada. COVID-19: Main modes of transmission [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/main-modes-transmission.html>

75. Government of Canada. Coronavirus disease (COVID-19): Prevention and risks [Internet]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/prevention-risks.html?topic=ex-col-faq#h>
76. World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: Implications for IPC precaution recommendations [Internet]. [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
77. Amy Katz, Amy Tianyuan Li, Llana James, Patricia O'Campo, Jeff Siegel. Rapid review: Does Toronto Public Health emphasize indoor air quality in its public COVID-19 advice to congregate settings? [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://maphealth.ca/wp-content/uploads/rapidreviewTPH.pdf>
78. Public Health Ontario. IPAC recommendation for use of personal protective equipment for care of individuals with suspect or confirmed COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 8]. Available from: https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?sc_lang=en
79. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://covid19.who.int/>
80. Government of Canada. Coronavirus disease (COVID-19): Outbreak update [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection.html?utm_campaign=hc-sc-phm-21-22&utm_medium=sem&utm_source=ggl&utm_content=ad-text-en&utm_term=covid%2019%20in%20canada&adv=2122-0008&id_campaign=396443591&id_source=1251244778444200&id_content=&gclid=fa5835da0c94196f6e3e55250592f0b5&gclsrc=3p.ds
81. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry*. 2021 Jan;26(1):30–9.
82. Allen B, El Shahawy O, Rogers ES, Hochman S, Khan MR, Krawczyk N. Association of substance use disorders and drug overdose with adverse COVID-19 outcomes in New York City: January–October 2020. *J Public Health* [Internet]. 2020 Dec 26 [cited 2021 Jul 26];(fdaa241). Available from: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa241>
83. Baillargeon J, Polychronopoulou E, Kuo YF, Raji MA. The impact of substance use disorder on COVID-19 outcomes. *Psychiatr Serv*. 2021 May;72(5):578–81.

84. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*. 2019 Oct 26;394(10208):1560–79.
85. Palmer F, Jaffray M, Moffat MA, Matheson C, McLernon DJ, Coutts A, et al. Prevalence of common chronic respiratory diseases in drug misusers: A cohort study. *Prim Care Respir J*. 2012 Aug 8;21(4):377–83.
86. Thylstrup B, Clausen T, Hesse M. Cardiovascular disease among people with drug use disorders. *Int J Public Health*. 2015 Jun 24;60(6):659–68.
87. Public Health Agency of Canada. Coronavirus disease (COVID-19) Vulnerable populations and COVID-19.
88. Song J, Moreno-Stokoe C, Grey C, Davies PAR. Individuals with lived experience of homelessness and their COVID-19 outcomes in Wales: a data linkage study. *The Lancet*. 2021 Nov;398(2):S81.
89. Richard L, Booth R, Rayner J, Clemens KK, Forchuk C, Shariff SZ. Testing, infection and complication rates of COVID-19 among people with a recent history of homelessness in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2021 Jan 1;9(1):E1–9.
90. Rodda LN, West KL, LeSaint KT. Opioid overdose-related emergency department visits and accidental deaths during the COVID-19 pandemic. *J Urban Health*. 2020 Dec 1;97(6):808–13.
91. Galarneau LR, Hilburt J, O'Neill ZR, Buxton JA, Scheuermeyer FX, Dong K, et al. Experiences of people with opioid use disorder during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *PLOS ONE*. 2021 Jul 29;16(7):e0255396.
92. Butterfly Asian and Migrant Sex Workers Support Network, Maggie's Toronto Sex Workers Action Project. Sex work COVID-19: Guidelines for sex workers, clients, third parties, and allies [Internet]. 2020. Available from: <https://drugpolicy.ca/sex-work-covid-19-guidelines-for-sex-workers-clients-third-parties-and-allies/>
93. Russell C, Ali F, Nafeh F, Rehm J, LeBlanc S, Elton-Marshall T. Identifying the impacts of the COVID-19 pandemic on service access for people who use drugs (PWUD): A national qualitative study. *J Subst Abuse Treat*. 2021;129((Russell, Ali, Nafeh, Rehm, Elton-Marshall) Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada):108374.
94. Singh VM, Browne T, Montgomery J. The emerging role of toxic adulterants in street drugs in the US illicit opioid crisis. *Public Health Rep*. 2020 Jan;135(1):6–10.

95. Bao Y, Williams AR, Schackman BR. COVID-19 could change the way we respond to the opioid crisis - for the better. *Psychiatr Serv*. 2020 Dec;71(12):1214–5.
96. Slavova S, Rock P, Bush HM, Quesinberry D, Walsh SL. Signal of increased opioid overdose during COVID-19 from emergency medical services data. *Drug Alcohol Depend*. 2020 Sep 1;214:108176.
97. Khatri UG, Perrone J. Opioid use disorder and COVID-19: Crashing of the crises. *J Addict Med*. 2020;14(4):e6–7.
98. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann Intern Med*. 2020 Apr 2;173(1):61–2.
99. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 11]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13073/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19_Wave-1-2.pdf
100. Dunlop A, Lokuge B, Masters D, Sequeira M, Saul P, Dunlop G, et al. Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020 Dec [cited 2020 May 8];17(1). Available from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00370-7>
101. Casey L. Coronavirus outbreak surges among homeless in Toronto with 135 cases [Internet]. *Global News*. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://globalnews.ca/news/6867885/coronavirus-outbreak-toronto-homeless/>
102. Kury de Castillo C. More people at Calgary homeless shelters test positive for COVID-19 [Internet]. *Global News*. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://globalnews.ca/news/6873088/calgary-homeless-shelters-positive-for-covid-19/>
103. Ontario Health Coalition. Report: COVID-19 outbreaks spreading outside of the health care industry [Internet]. 2020 Jun [cited 2022 Aug 2] p. 12. Available from: <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/COVID-19-Outbreaks-in-Other-Industries-June-29-cor.pdf>
104. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Residents of a Large Homeless Shelter in Boston. *JAMA* [Internet]. 2020 Apr 27 [cited 2020 Apr 30]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765378>
105. Mosites E, Parker EM, Clarke KEN, Gaeta JM, Baggett TP, Imbert E, et al. Assessment of SARS-CoV-2 infection prevalence in homeless shelters — Four U.S. cities, March 27–April 15, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 May 1;69(17):521–2.

106. Tobolowsky FA, Gonzales E, Self JL, Rao CY, Keating R, Marx GE, et al. COVID-19 outbreak among three affiliated homeless service sites — King County, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 May 1;69(17):523–6.
107. Stephenson J. CDC urges COVID-19 testing at homeless shelters after finding swift spread of infection. *JAMA Health Forum*. 2020 May 1;1(5):e200580–e200580.
108. Mohsenpour A, Bozorgmehr K, Rohleder S, Stratil J, Costa D. SARS-Cov-2 prevalence, transmission, health-related outcomes and control strategies in homeless shelters: systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 2021 Jan 1;1–33.
109. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. “Housing, the front line defence against the COVID-19 outbreak”, says UN expert [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25727&LangID=E>
110. Farha L. COVID-19 guidance note: Protecting those living in homelessness [Internet]. United Nations Human Rights Special Procedures; 2020. Available from: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless.pdf
111. San Juan DM. Responding to COVID-19 through socialist(ic) measures: A preliminary review. *SSRN Electron J* [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2020 May 6]; Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=3559398>
112. UN General Assembly Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context [Internet]. 2015 Dec. Report No.: A/HRC/31/54. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/294/52/PDF/G1529452.pdf?OpenElement>
113. Grewal HK, Ti L, Hayashi K, Dobrer S, Wood E, Kerr T. Illicit drug use in acute care settings: Illicit drug use in hospital. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(5):499–502.
114. van der Meulen E. “It goes on everywhere”: Injection drug use in Canadian federal prisons. *Subst Use Misuse*. 2017 Jun 7;52(7):884–91.
115. Ristau J, Mehtani N, Gomez S, Nance M, Keller D, Surlyn C, et al. Successful implementation of managed alcohol programs in the San Francisco Bay Area during the COVID-19 crisis. *Subst Abuse*. 2021 Apr 3;42(2):140–7.
116. Lew B, Bodkin C, Lennox R, O’Shea T, Wiwcharuk G, Turner S. The impact of an integrated safer use space and safer supply program on non-fatal overdose among emergency shelter residents during a COVID-19 outbreak: a case study. *Harm Reduct J*. 2022 Mar 21;19(1):29.

117. Magwood O, Salvalaggio G, Beder M, Kendall C, Kpade V, Daghmach W, et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. Le Foll B, editor. PLOS ONE. 2020 Jan 16;15(1):e0227298.
118. Barber K, Pauly B, Hobbs H, Lynn D, Strosher H, Thompson T, et al. An Evidence Brief: Harm Reduction Implementation Framework (HRIF) [Internet]. Canadian Institute for Substance Use Research; 2020 Jul [cited 2022 Jun 30] p. 8. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/colab/harm+reduction+implementation+framework.pdf>
119. Willson M, Phillips R, Jensen K, Pauly B, Ranger C, Teal T, et al. A practice brief: Infrastructure for harm reduction in residential and hotel settings. Canadian Institute for Substance Use Research; n.d.
120. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: A systematic review. Curr HIV/AIDS Rep. 2017;(14):161–83.
121. Potier C, Lapr v te V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. Drug Alcohol Depend. 2014;145:48–68.
122. Health Canada. Health Canada Office of Controlled Substances Presentation [Internet]. 2020 Nov 24. Available from: <https://drive.google.com/file/d/15WWnJlhRiaND8NYiZuTpTghb7WwX1U/view>
123. Health Canada. Questions and answers - Provincial/Territorial class exemptions: For supervised consumption site operators [Internet]. 2020. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/04/Qs-and-As-Class-Exemption-April-20-2020-SCS-FINAL.pdf>
124. Urbanik MM, Greene C. Operational and contextual barriers to accessing supervised consumption services in two Canadian cities. Int J Drug Policy. 2021 Feb 1;88:102991.
125. Bardwell G, Strike C, Altenberg J, Barnaby L, Kerr T. Implementation contexts and the impact of policing on access to supervised consumption services in Toronto, Canada: A qualitative comparative analysis. Harm Reduct J. 2019;16(1):30.
126. Kerman N, Manoni-Millar S, Cormier L, Cahill T, Sylvestre J. “It’s not just injecting drugs”: Supervised consumption sites and the social determinants of health. Drug Alcohol Depend. 2020 Aug 1;213:108078.
127. Lifeguard Digital Health. Lifeguard App [Internet]. lifeguarddh.com. 2022 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://lifeguarddh.com/products/lifeguard-app/>

128. Grenfell Ministries, Brave Technology Coop, Ghosh M. National Overdose Response Service [Internet]. nors.ca. n.d. [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.nors.ca/>
129. Brave Technology Coop. The Brave App [Internet]. thebraveapp.com. n.d. [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.thebraveapp.com/>
130. Mindyourmind. Be Safe [Internet]. besafeapp.ca. 2022 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://besafeapp.ca/>
131. Alberta Government, Aware 360, Stars Vigilant Services. Digital Overdose Response System (DORS) [Internet]. dorsapp.cs. 2022 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.dorsapp.ca/>
132. Canadian Association of People who Use Drugs. How to spot someone so they never have to use alone [Internet]. CAPUD - Canadian Association of People who Use Drugs. 2021 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.capud.ca/>
133. Dong KA, Brouwer J, Johnston C, Hyshka E. Supervised consumption services for acute care hospital patients. *Can Med Assoc J*. 2020 May 4;192(18):E476–9.
134. Shepherds of Good Hope. Supervised consumption and treatment service: The trailer [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.sghottawa.com/the-trailer/>
135. Mema SC, Frosst G, Bridgeman J, Drake H, Dolman C, Lappalainen L, et al. Mobile supervised consumption services in rural British Columbia: Lessons learned. *Harm Reduct J*. 2019;16(1):4.
136. Krüsi A, Small W, Wood E, Kerr T. An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: A qualitative evaluation. *AIDS Care*. 2009;21(5):638–44.
137. Wallace B, Pagan F, Pauly B (Bernie). The implementation of overdose prevention sites as a novel and nimble response during an illegal drug overdose public health emergency. *International Journal of Drug Policy*. 219AD Apr;66:64–72.
138. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee on Infection Prevention and Control. Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all health care settings, 3rd Edition [Internet]. 2018. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2018/bp-environmental-cleaning.pdf?la=en>
139. Ontario Health. Personal protective equipment (PPE) use during the COVID-19 pandemic: Recommendations on the use and conservation of PPE from Ontario Health [Internet]. 2020. Available from: https://www.oha.com/Bulletins/Personal%20Protective%20Equipment%20use-COVID-19_Released_March_30_2020.pdf

140. Bardwell G, Strike C, Mitra S, Scheim A, Barnaby L, Altenberg J, et al. “That’s a double-edged sword”: Exploring the integration of supervised consumption services within community health centres in Toronto, Canada. *Health Place*. 2019 Nov 8;102245.
141. Accessibility Standards Canada. Guidelines: Accessible service delivery during emergencies including COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 28]. Available from: https://accessible.canada.ca/sites/default/files/2021-07/5807_ASC_Guidelines_Service-Delivery_Eng_Final-Accessible.pdf
142. BC Housing. Emergency Shelter Program: Sample Policies and Procedures for Emergency Shelters [Internet]. 2009 [cited 2022 Jul 25]. Available from: https://endvaw.ca/wp-content/uploads/2016/05/BC-Housing-Sample_Policies_Procedures-for-Emergency-Shelters.pdf
143. BC Centre for Disease Control. COVID-19: Provincial episodic overdose prevention service (e-OPS) protocol [Internet]. 2020. Available from: http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_EpisodicOPSPProtocolGuidelines.pdf
144. British Columbia Coroners Service. Illicit Drug Toxicity Death in BC: Knowledge Update: Mode of Consumption [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 11]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/mode-of-consumption.pdf>
145. Gomes T, Murray R, Kolla G, Leece P, Bansal S, Besharah J, et al. Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic [Internet]. Toronto, ON: Ontario Drug Policy Research Network; 2021 May [cited 2022 Aug 11] p. 1–32. Available from: <https://odprn.ca/wp-content/uploads/2021/05/Changing-Circumstances-Surrounding-Opioid-Related-Deaths.pdf>
146. Prairie Harm Reduction. Harm Reduction on the Prairies [Internet]. [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://prairiehr.ca/>
147. Foreman-Mackey A, Bayoumi AM, Miskovic M, Kolla G, Strike C. ‘It’s our safe sanctuary’: Experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario. *Int J Drug Policy*. 2019;73:135–40.
148. Cunningham L, Nicholson PJ, O’Connor J, McFadden JP. Cold working environments as an occupational risk factor for COVID-19. *Occup Med*. 2021 Aug 1;71(6–7):245–7.
149. Richardson L, Laing A, Milloy MJ, Maynard R, Nosyk B, Marshall B, et al. Protocol of the impact of alternative social assistance disbursement on drug-related harm (TASA) study: a randomized controlled trial to evaluate changes to payment timing and frequency among people who use illicit drugs. *BMC Public Health*. 2016 Jul 29;16(1):668.

150. Open Society Foundations. Harm reduction at work: A guide for organizations employing people who use drugs [Internet]. New York, NY: Open Society Foundations; 2010. Available from: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/170e646d-bcc0-4370-96d7-7cf2822a1869/work-harmreduction-20110314.pdf>
151. BC Centre for Disease Control. Peer payment standards for short-term engagements [Internet]. 2018 Feb. Report No.: V1. Available from: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/peer_payment-guide_2018.pdf
152. Government of Canada. COVID-19: Effectiveness and benefits of vaccination [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 13]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19/vaccines/effectiveness-benefits-vaccination.html>
153. Al-Amer R, Maneze D, Everett B, Montayre J, Villarosa AR, Dwekat E, et al. COVID-19 vaccination intention in the first year of the pandemic: A systematic review. J Clin Nurs. 2022 Jan;31(1/2):62–86.
154. Ashworth M, Thunstrom L, Cherry TL, Newbold SC, Finnoff DC. Emphasize personal health benefits to boost COVID-19 vaccination rates. Proc Natl Acad Sci U S A. 2021 Aug 10;118(32):e2108225118.
155. Government of Canada. Coronavirus disease (COVID-19): Employee illness and leave requests [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 2]. Available from: <https://www.canada.ca/en/government/publicservice/covid-19/employee-illness-leave.html>
156. Bronsch A, Toffoli S. Canada: COVID Continues: Uncertainty For Employers With Mandatory Vaccine Policies [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 25]. Available from: <https://www.mondaq.com/canada/health-safety/1208358/covid-continues-uncertainty-for-employers-with-mandatory-vaccine-policies>
157. Gouvernement du Canada. Désinfectants pour surfaces dures et désinfectants pour les mains (COVID-19) : Liste de désinfectants pour les mains autorisés par Santé Canada [Internet]. 2021 [cité le 29 juillet 2021]. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/desinfectants-mains.html>
158. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: A summary [Internet]. 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=49BFD8E20958489A7DD48CEE6E2FA9B1?sequence=1
159. World Health Organization. WHO save lives: Clean your hands in the context of COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.ircwash.org/sites/default/files/who_hand_hygiene_community_campaign.pdf

160. Public Health Agency of Canada. Infection prevention and control for COVID-19: Second interim guidance for acute healthcare settings [Internet]. aem. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/infection-prevention-control-covid-19-second-interim-guidance.html#a12>
161. Government of Canada. Organizations buying and selling personal protective equipment during COVID-19: Buyers [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 17]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-services-procurement/services/buying-selling-personal-protective-equipment-covid-19-overview/buying-selling-personal-protective-equipment-covid-19-buyers.html>
162. Gouvernement du Canada. Volet 2 : Organisations au service des communautés autochtones — Réserve d'urgence pour les services essentiels [Internet]. 2021 [cité le 17 décembre 2021]. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/services-publics-appvisionnement/services/ruse-volet2.html>
163. Gouvernement du Canada. Volet 3 : Secteurs des services sociaux — Réserve d'urgence pour les services essentiels [Internet]. 2021 [cité le 17 décembre 2021]. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/services-publics-appvisionnement/services/ruse-3.html>
164. National Association of Friendship Centres. Find a Friendship Centre [Internet]. National Association of Friendship Centres. 2022 [cited 2022 Jun 30]. Available from: <https://nafc.ca/friendship-centres/find-a-friendship-centre?lang=en>
165. Alberta Health Services. Opioid poisoning response and COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-opioid-poisoning-response.pdf>
166. University of British Columbia. Aboriginal Medicine and Healing Practices [Internet]. Indigenous Research Partnerships. [cited 2022 Jun 30]. Available from: <https://aboriginal.landfood.ubc.ca/resources/aboriginal-medicine-and-healing-practices/>
167. Bardwell G, Boyd J, Kerr T, McNeil R. Negotiating space & drug use in emergency shelters with peer witness injection programs within the context of an overdose crisis: A qualitative study. *Health Place*. 2018 Sep;53:86–93.
168. Vallejo M. Safer bathrooms in syringe exchange programs: Injecting progress into the harm reduction movement. *Columbia Law Rev*. 2018 May;118:41.
169. University of Victoria Centre for Addictions Research of BC. Every washroom: De facto consumption sites in the epicenter of an overdose public health emergency [Internet]. 2016. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/bulletin-15-every-washroom-overdose-emergency.pdf>

170. Vancouver Coastal Health. Overdose Prevention & Response in Washrooms: Recommendations for Service Providers [Internet]. 2019 [cited 2020 May 15]. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/Washroom-Checklist-Service-Settings.pdf>
171. Vancouver Coastal Health. Overdose prevention site manual [Internet]. 2017. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/Overdose-Prevention-Site-OPS-Manual.pdf>
172. Vancouver Coastal Health. Washroom design and monitoring [Internet]. 2016. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/DTES-Washroom-Design-and-Use-Recommendations.pdf>
173. Vancouver Coastal Health, Fraser Health. Overdose prevention & response: Policy and protocol recommendations for service providers [Internet]. 2019. Available from: <http://www.vch.ca/Documents/Overdose-Prevention-Checklist.pdf>
174. Government of Canada. COVID-19: Provincial and territorial resources [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms/provincial-territorial-resources-covid-19.html>
175. Region of Peel. Housing services: COVID-19 guidance for homelessness service providers [Internet]. 2020. Available from: <https://www.peelregion.ca/coronavirus/housing/COVID-19-guidance-for-homelessness-svc-providers.pdf>
176. Ontario Ministry of Health. COVID-19 guidance: Consumption and Treatment Services (CTS) sites [Internet]. 2020. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_consumption_treatment_services_guidance.pdf
177. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report - 73 [Internet]. 2020 Apr. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200402-sitrep-73-covid-19.pdf?sfvrsn=5ae25bc7_6
178. Alberta Health Services - COVID-19 Scientific Advisory Group. COVID-19 scientific advisory group rapid response report: Key research question: What is the evidence supporting the possibility of asymptomatic transmission of SARS-CoV-2? [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-rapid-response-asymptomatic-transmission.pdf>
179. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages - Interim guidance [Internet]. 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve>

180. Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control. Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in healthcare settings [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada.; 2013 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.deslibris.ca/ID/239568>
181. Gagnon M, Gauthier T, Adán E, Bänninger A, Cormier L, Gregg JK, et al. International consensus statement on the role of nurses in supervised consumption sites. *J Ment Health Addict Nurs*. 2019;3(1):e22–31.
182. Corey Ranger; Westside Harm Reduction. Splitting & sharing in overdose prevention and supervised consumption sites: Survey results (Version 2) [Internet]. 2021. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5ef3cdaf47af2060a1cc594e/t/609da162138f5016e52ea899/1620943205717/Splitting+%26+Sharing+Final+Report+V4.0.pdf>
183. Crabtree A, Latham N, Morgan R, Pauly B, Bungay V, Buxton JA. Perceived harms and harm reduction strategies among people who drink non-beverage alcohol: Community-based qualitative research in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*. 2018 Sep;59:85–93.
184. Harm Reduction Victoria. COVID-19 & drug use tips and tricks [Internet]. n.d. Available from: <https://www.hrvic.org.au/resources>
185. BC Centre for Disease Control. COVID-19: Harm reduction and overdose response [Internet]. 2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19-harm-reduction.pdf>
186. Harm Reduction Victoria. COVID-19 planning for the substance dependent [Internet]. n.d. Available from: <https://www.hrvic.org.au/resources>
187. Resolve to Save Lives - Vital Strategies, Harm Reduction Coalition, Higher Ground Harm Reduction, Reynolds Health Strategies. COVID-19 stimulant use, and harm reduction [Internet]. n.d. [cited 2020 May 13]. Available from: https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/04/COV052_StimulantUseHarmReduction-v01-3.pdf
188. Yale Program in Addiction Medicine. Guidance for people who use substances on COVID-19 (novel coronavirus) [Internet]. 2020. Available from: https://law.yale.edu/sites/default/files/area/center/ghjp/documents/covid-19_guidance_harmreduction_317203.pdf
189. Somerset West Community Health Centre. Harm reduction tips during corona virus [Internet]. n.d. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Harm-Reduction-Tips-One-Pager1.pdf>

190. Harm Reduction Coalition, Vital Strategies. Safer drug use during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020. Available from: https://www.michigan.gov/documents/mdhhs/COVID19_safer_drug_use_002_684573_7.pdf
191. World Health Organization. Information sheet on opioid overdose [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 25]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/en/
192. Buxton JA, Gauthier T, Kinshella MLW, Godwin J. A 52-year-old man with fentanyl-induced muscle rigidity. *Can Med Assoc J*. 2018 Apr 30;190(17):E539–41.
193. Kinshella MLW, Gauthier T, Lysyshyn M. Rigidity, dyskinesia and other atypical overdose presentations observed at a supervised injection site, Vancouver, Canada. *Harm Reduct J* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 May 11];15(1). Available from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0271-5>
194. Public Health Ontario. COVID-19: Aerosol generation from coughs and sneezes [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/report-covid-19-aerosol-generation-coughs-sneezes.pdf?la=en>
195. Province of Manitoba, Shared Health Manitoba. COVID-19 provincial guidance for aerosol generating medical procedures (AGMPs) [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://www.sharedhealthmb.ca/files/aerosol-generating-medical-procedures-AGMPs.pdf>
196. Saskatchewan Health Authority. Aerosol generating medical procedures (AGMP) list [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://www.saskhealthauthority.ca/system/files/2021-06/CV-19-G0071-CV19-AGMP-List-Risk-Stratification-Algorithm.pdf>
197. Alberta Health Services. Harm reduction and COVID-19: Guidance document for community service providers [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-harm-reduction-community-service-providers.pdf>
198. Alberta Health Services. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) for Continuing Care clients with suspected or confirmed novel Coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2021. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-cc-cpr.pdf#:~:text=CPR%20is%20an%20aerosol%20generating%20medical%20procedure%20%28AGMP%29%2C,and%20nose%20with%20procedure%20mask%29%20are%20considered%20AGMP%E2%80%99s>.
199. Nova Scotia Health, IWK Health Centre. COVID-19: Aerosol generating medical procedures (AGMP) in healthcare settings [Internet]. 2021. Available from: http://policy.nshealth.ca/Site_Published/covid19/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=78461

200. Vancouver Coastal Health. FAQ: Overdose response in overdose prevention sites & supervised consumption sites during COVID-19 [Internet]. 2021. Available from: <https://sneezesdiseases.com/assets/uploads/1612558170PQybVbWEt4g4lF4f9xzlgl1UMZ1ph.pdf>
201. BC Centre for Disease Control, British Columbia Ministry of Health. COVID-19: Responding to opioid overdoses in overdose prevention services (OPS) and supervised consumption sites (SCS) [Internet]. 2020. Available from: http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_RespondingToOpioidODsInOPS_SCS.pdf
202. Shelter, Support and Housing Administration, City of Toronto. COVID-19 Information Sheet for Staff: Use of N95 Respirators in Homelessness Services Settings [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 2]. Available from: <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2022/01/9652-COVID-19-PPE-Information-Sheet-for-StaffN95-RespiratorsFINALJanuary-1....pdf>
203. Vancouver Coastal Health. VCH overdose response in overdose prevention sites and supervised consumption sites for COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://sneezesdiseases.com/assets/wysiwyg/COVID%2019%20community%20resources/Overdose%20Response%20in%20OPS%20and%20SCS%20and%20COVID%20V4%20%28April%203%202020%29.pdf>
204. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers. ASHRAE epidemic task force: Filtration & disinfection [Internet]. 2020 Apr 9. Available from: https://www.ashrae.org/file%20library/technical%20resources/covid-19/ashrae-filtration_disinfection-c19-guidance.pdf
205. The Works. COVID-19 protocol for Aerosol-Generating Medical Procedures (AGMP) in The Works Supervised Injection Site (SIS) environment [Internet]. 2020. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/Precautions-for-Aerosol-in-the-SCS-environment-march-23-version-for-sharing.pdf>
206. Vancouver Coastal Health. COVID-19: Community members responding to overdose [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14]. Available from: https://sneezesdiseases.com/assets/wysiwyg/Community%20OD_V2_May%206.pdf
207. Alberta Health Services. Information for Close Contacts of a COVID-19 Case [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/topics/page17221.aspx>
208. Health Canada. Process for establishing a safer supply program in Canada [Internet]. n.d. [cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://sharedhealthmb.ca/files/roadmap-establishing-a-safer-supply-program.pdf>
209. Health Canada. Access to controlled substances: Frequently asked questions [Internet]. n.d. [cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/>

toolkit-substance-use-covid-19/frequently-asked-questions.html

210. British Columbia Centre on Substance Use. Risk mitigation in the context of dual public health emergencies: Interim clinical guidance [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 May 7]. Report No.: 1.5. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/04/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.5.pdf>
211. Health Canada. Subsection 56(1) class exemption for patients, practitioners and pharmacists prescribing and providing controlled substances in Canada during the coronavirus pandemic [Internet]. Government of Canada. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/controlled-substances-precursor-chemicals/policy-regulations/policy-documents/section-56-1-class-exemption-patients-pharmacists-practitioners-controlled-substances-covid-19-pandemic.html>
212. National Institute on Drug Abuse. What is the treatment need versus the diversion risk for opioid use disorder treatment? [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/medications-to-treat-opioid-addiction/what-treatment-need-versus-diversion-risk-opioid-use-disorder-treatment>
213. Canadian Research Initiative in Substance Misuse (CRISM). National guideline for the clinical management of opioid use disorder [Internet]. 2018. Available from: https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-ENG.pdf
214. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. National injectable opioid agonist treatment for opioid use disorder clinical guideline [Internet]. 2019. Available from: https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Clinical_Guideline-10Sep2019-English-FINAL.pdf
215. British Columbia Centre on Substance Use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 May 7]. Available from: https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf
216. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Guidance document on the management of substance use in acute care [Internet]. Alberta; 2020. Available from: <https://crismprairies.ca/management-of-substance-use-in-acute-care-settings-in-alberta-guidance-document/>.
217. British Columbia Centre on Substance Use. Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 May 7]. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/01/AUD-Guideline.pdf>
218. American Society of Addiction Medicine. Screening & assessment tools [Internet]. [cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://elearning.asam.org/screening-assessment>

219. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. The “Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*. 2014 Jun 1;48(4):375–90.
220. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) Tool [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 31]. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Prediction-of-Alcohol-Withdrawal-Severity-Scale-PAWSS-tool_fig1_277080645
221. Health Canada. Public drug plan coverage for medications for substance use disorder and to provide pharmaceutical alternatives to the contaminated illegal drug supply [Internet]. 2020. Available from: Email hc.cdss-scdas.sc@canada.ca to request access.
222. Bach P, Garrod E, Robinson K, Fairbairn N. An acute care contingency management program for the treatment of stimulant use disorder: A case report. *J Addict Med*. 2020 Mar;1.
223. Tracy K, Babuscio T, Nich C, Kiluk B, Carroll KM, Petry NM, et al. Contingency management to reduce substance use in individuals who are homeless with co-occurring psychiatric disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33(2):253–8.
224. Reback CJ, Peck JA, Dierst-Davies R, Nuno M, Kamien JB, Amass L. Contingency management among homeless, out-of-treatment men who have sex with men. *J Subst Abuse Treat*. 2010 Oct;39(3):255–63.
225. Fleming T, Barker A, Ivsins A, Vakharia S, McNeil R. Stimulant safe supply: a potential opportunity to respond to the overdose epidemic. *Harm Reduct J*. 2020 Dec;17(1):6.
226. Sukhpreet K, Sutherland C, Kerr T, Kennedy MC. A low-barrier, flexible safe supply program to prevent deaths from overdose. *Can Med Assoc J*. 2022 May 16;194(19):E674.
227. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*. 2015 Oct 1;38(5):152–5.
228. Liebreinz M, Boesch L, Stohler R, Caflisch C. Agonist substitution—A treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction*. 2010;105(11):1870–4.
229. O’Brien CP. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 2:28–33.
230. Pauly B (Bernie), Vallance K, Wettlaufer A, Chow C, Brown R, Evans J, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(S1):S132–9.

231. University of Victoria Canadian Institute. Standard drink calculator [Internet]. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <http://aodtool.cfar.uvic.ca/index-stddt.html>
232. University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research, British Columbia Centre on Substance Use. Operational Guidance for Implementation of Managed Alcohol for Vulnerable Populations [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 30]. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/10/Operational-Guidance-Managed-Alcohol.pdf>
233. Pauly B, Graham B, Vallance K, Brown M, Stockwell T. Scale up of Managed Alcohol Programs [Internet]. Victoria, BC: University of Victoria; 2020 [cited 2020 Jun 30] p. 4. (CISUR Bullentin #20). Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/bulletin-20-scale-up-of-maps.pdf>
234. University of Victoria. The Canadian Managed Alcohol Program Study (CMAPS) - University of Victoria [Internet]. UVic.ca. [cited 2020 Oct 9]. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/map/index.php>
235. Stockwell T, Pauly B, Vallance K, Chow C, Perkin K. Managed Alcohol Program: Evaluating Effectiveness of Alcohol Harm Reduction and Housing Instability: Results of Station Street, Vancouver MAP Evaluation [Internet]. n.d.; University of Victoria. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/ppt-evaluating-effectiveness.pdf>
236. Pauly B (Bernie), Gray E, Perkin K, Chow C, Vallance K, Krysovaty B, et al. Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*. 2016;13(15):1–11.
237. Pauly B, Brown M, Evans J, Gray E, Schiff R, Ivsins A, et al. “There is a Place”: impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduction Journal*. 2019;17(70):1–14.
238. Steer KJD, Klassen DC, O’Gorman CM, Webster M, Mitchell M, Krichevsky L, et al. Cups for COVID: Rapid implementation of a harm reduction initiative to support populations experiencing homelessness during the COVID-19 pandemic. *Can J Public Health*. 2021 Feb 1;112(1):29–35.
239. Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E. Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S145–55.
240. Canadian Drug Policy Coalition. Alcohol use & COVID-19 [Internet]. n.d. Available from: <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/Alcohol-Use-and-COVID-19.jpg>

241. World Health Organization. Alcohol and COVID-19: what you need to know [Internet]. 2020 [cited 2020 May 16]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf
242. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Canada's low-risk alcohol drinking guidelines [Internet]. 2012. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-en.pdf>
243. University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research. Safer drinking tips [Internet]. n.d. Available from: https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/poster-cmaps_eidge-safer-drinking-tips.pdf
244. University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research. Safer drinking tips during COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/safer-drinking-covid-march-30.pdf>
245. McNeil Consumer Healthcare. Cost of nicotine replacement therapy [Internet]. Help Them Quit. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.helpthemquit.ca/treatment/costs-coverage>
246. Valleriani J, Haines-Saah R, Capler R, Bluthenthal R, Socias ME, Milloy M, et al. The emergence of innovative cannabis distribution projects in the downtown eastside of Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*. 2020 May;79:102737.
247. Health Canada. Addiction to cannabis [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/addiction.html>
248. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *The Lancet*. 2019 Aug;394(10200):781–92.
249. Alberta College of Pharmacy. COVID-19 guidance for pharmacists and pharmacy technicians [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://abpharmacy.ca/covid-19-guidance-pharmacists-and-pharmacy-technicians#collapseInner-2>
250. Health Canada. Relevant exemptions to the Controlled Drugs and Substances Act [Internet]. n.d. [cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/toolkit-substance-use-covid-19/exemptions-controlled-drugs-substances-act.html>

251. Government of Canada. Vaccines for COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 24]. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19/vaccines.html?utm_campaign=hc-sc-covidvaccine-21-22&utm_medium=sem&utm_source=bing&utm_content=ad-text-en&utm_term=canada%20approved%20covid%20vaccine&adv=2122-89750&id_campaign=396459392&id_source=1252344292751481&id_content=78271643577387&gclid=ece330f2d8641bd3572d51c1a1c41887&gclidsrc=3p.ds
252. Government of Canada. COVID-19 vaccination in Canada [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/>
253. Shariff SZ, Richard L, Hwang SW, Kwong JC, Forchuk C, Dosani N, et al. COVID-19 vaccine coverage and factors associated with vaccine uptake among 23 247 adults with a recent history of homelessness in Ontario, Canada: A population-based cohort study. *Lancet Public Health*. 2022;7(4):e366–77.
254. UBC Faculty of Medicine, BC Centre on Substance Use. Lower vaccination rates among people who use drugs could lead to serious outcomes from COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.med.ubc.ca/news/lower-vaccination-rates-among-people-who-use-drugs-could-lead-to-serious-outcomes-from-covid-19/#:~:text=Researchers%20recruited%20275%20people%20who,16%20per%20cent%20were%20unvaccinated.>
255. Higgins ST, Klemperer EM, Coleman SRM. Looking to the empirical literature on the potential for financial incentives to enhance adherence with COVID-19 vaccination. *Prev Med*. 2021/01/08 ed. 2021 Apr;145:106421–106421.
256. Baral S, Bond A, Boozary A, Bruketa E, Elmi N, Freiheit D, et al. Seeking shelter: Homelessness and COVID-19. *FACETS*. 2021 Jun 10;6:925–58.
257. James TL, Aschkenasy M, Eliseo LJ, Olshaker J, Mehta SD. Response to Hepatitis A Epidemic: Emergency Department Collaboration with Public Health Commission. *J Emerg Med*. 2009;36(4):412–6.
258. McCosker LK, El-Heneidy A, Seale H, Ware RS, Downes MJ. Strategies to improve vaccination rates in people who are homeless: A systematic review. *Vaccine*. 2022;40(23):3109–26.
259. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). COVID-19 vaccination for people experiencing homelessness: Frequently asked questions [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/vaccine-faqs.html>
260. Ontario Health, Toronto Public Health. COVID-19 Vaccine Playbook for Shelters [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2021/03/87ed-Vaccination-in-Shelters-PlaybookV2.0Mar-2.pdf>

261. Knight KR, Duke MR, Carey CA, Pruss G, Garcia CM, Lightfoot M, et al. "This is about the coolest thing I've ever seen is that you just showed right up." COVID-19 testing and vaccine acceptability among homeless-experienced adults: Qualitative data from two samples. medRxiv. 2021 Jan 1;1–21.
262. Government of Canada. The facts about COVID-19 Vaccines [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 7]. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/what-you-need-to-know-covid-19-vaccine/facts-covid-19-vaccines-eng.pdf>
263. Public Health Agency of Canada. Vaccinated against COVID-19? What does it mean to me? [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 7]. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/awareness-resources/vaccinated-against-covid-19-public-health-measures/vaccinated-against-covid-19-public-health-measures.pdf>
264. Health Canada. Vaccine development and approval in Canada [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 7]. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/vaccines/development-approval-infographic/vaccine-overview-infographic-eng.pdf>
265. Correctional Service of Canada Government of Canada. COVID-19 vaccines: Debunking the myths [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 7]. Available from: <https://www.canada.ca/en/correctional-service/campaigns/covid-19/vaccine-csc/debunking-myths-poster.html>
266. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. A treatment improvement protocol: Trauma-informed care in behavioral health services: Tip 57 [Internet]. 2014 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>
267. Risk Communication and Community Engagement Working Group on COVID-19 Preparedness and Response in Asia and the Pacific, UN Women, Translators without Borders. COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement [Internet]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/COVID-19%20-%20How%20to%20include%20marginalized%20and%20vulnerable%20people%20in%20risk%20communication%20and%20community%20engagement.pdf>
268. British Columbia Centre on Substance Use. COVID-19: Information for opioid agonist treatment prescribers and pharmacists [Internet]. 2020. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Bulletin-March-17-2020.pdf>

269. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA update on the implications of COVID-19 for people who use drugs (PWUD) and drug service providers [Internet]. 2020. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12879/emcdda-covid-update-1-25.03.2020v2.pdf>
270. Inter-Agency Standing Committee. Interim guidance: Scaling-up COVID-19 outbreak readiness and response operations in humanitarian situations - Including camps and camp-like settings [Internet]. 2020 Mar. Report No.: 1.1. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-05/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20Scaling-up%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20in%20Camps%20and%20Camp-like%20Settings.pdf>
271. Oudshoorn A. Safe supply and harm reduction during COVID-19 [Internet]. Homeless Hub. 2020. Available from: <https://www.homelesshub.ca/blog/safe-supply-and-harm-reduction-during-covid-19>
272. United Nations Office on Drugs and Crime. Suggestions about treatment, care and rehabilitation of people with drug use disorder in the context of the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Available from: https://www.unodc.org/documents/ropan/2020/UN_COVD_19_INFOGRAFIA.pdf
273. Penn R, Bareham J, Barnes M, Emerson B, Hackel C, Hopkins C, et al. Toolkit for substance use and addictions program applicants. Stream 2 - Increasing access to pharmaceutical-grade medications [Internet]. Report prepared for Health Canada; n.d. Available from: https://stimulusconference.ca/wp-content/uploads/2020/09/Safe-Supply-Tool-Kit-2019_EN.pdf
274. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. Trauma Informed Practice Guide [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

