

EXAMEN RAPIDE

Stratégies d'atténuation des risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie en période de perturbations

Principales constatations

- Les périodes de perturbations mettent en péril la continuité des démarches essentielles de réduction des méfaits, des traitements des problèmes de consommation et d'autres services destinés aux personnes qui consomment de la drogue. Les services devraient, en amont, préparer des plans d'urgence ou mettre à jour ceux existants, et bénéficier d'aide pendant les périodes de perturbations pour veiller au maintien des services.
- La distanciation physique et la prévention des infections sont des mesures souvent proposées pour favoriser la continuité des services dans le contexte de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). On remarque toutefois que les mesures de santé publique liées à la COVID-19 peuvent limiter les services offerts à la population, qu'il y a peu d'orientation quant à l'atténuation des conséquences sur les personnes qui consomment, et que les interventions en cas de surdose étaient rares.
- Il faudrait envisager la coordination et l'intégration des services ainsi que la modification des programmes pour que soit maintenu l'accès aux différents services et à des approches de réduction des méfaits qui répondent aux besoins précis et changeants des personnes qui consomment pendant la pandémie de COVID-19.
- Une bonne stratégie pour assurer la continuité des soins pendant les périodes de perturbations serait de penser à des systèmes de communication des plans de soins pour les services de traitement, ainsi qu'à des processus propres à la prescription de traitement par agonistes opioïdes, aux visites pour recevoir ces traitements et à l'accès aux médicaments.
- Il y a peu de données évaluatives sur l'efficacité et la mise en œuvre des stratégies ou sur l'orientation en cas de perturbations, et de l'appui est nécessaire pour faire des évaluations rapides. Il faudrait en priorité tenir compte de l'équité et des déterminants sociaux de la santé interreliés à l'origine des méfaits liés à la toxicomanie, et inclure les personnes qui consomment dans la planification, la préparation et l'application des mesures d'urgence et des stratégies d'atténuation.

Portée

- Le présent examen répond à la question suivante : quelles stratégies potentielles permettraient aux organismes locaux et provinciaux d'atténuer les risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie dans le contexte de la COVID-19?

- Il porte sur les stratégies (soit les plans, démarches et approches) visant à atténuer les méfaits associés à la consommation de drogue (fentanyl, cocaïne, etc.) et qui touchent les personnes qui en consomment, comme les stratégies de réduction des méfaits ou de traitement des problèmes de consommation pendant la pandémie de COVID-19 ou les périodes de perturbations antérieures, et celles visant le maintien des services établis pour réduire les risques en cas d'interruption complète.
- Les méfaits liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis sont exclus du présent examen.
- Nous entendons par « période de perturbations » tout bouleversement causé par une maladie infectieuse, une catastrophe naturelle, une catastrophe d'origine humaine (terrorisme, guerre), la fermeture des services ou toute autre situation d'urgence ayant des répercussions sur la santé, sur l'infrastructure sociale et sur l'aide offerte aux personnes qui consomment. Il faut garder en tête que les effets potentiels et l'applicabilité à d'autres contextes peuvent varier selon divers facteurs, comme la durée du bouleversement, et la survenue ou non d'exodes de masse.
- Au nombre des stratégies employées, on recense les services de réduction des méfaits, comme les services de vérification des drogues, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, les services de consommation supervisée, les services de prévention des surdoses, la prévention des surdoses d'opioïdes et la distribution de naloxone, ainsi que les activités de sensibilisation. Tous les modèles de prestation ont été pris en compte (services fixes, mobiles, etc.).
- Il est aussi question des stratégies entourant les services de traitement de la consommation, comme le traitement par agonistes opioïdes, les services en établissement, la gestion du sevrage et les traitements psychologiques offerts aux patients externes ou hospitalisés.
- Ont aussi été recensées les stratégies qui traitent, de manière générale, de la planification des mesures d'urgence et de l'intervention dans les services pour les personnes qui consomment des drogues.
- L'interprétation et l'étude des résultats à la lumière des programmes provinciaux de réduction des méfaits et des stratégies locales en matière de drogue, et de l'apport des médecins, des chercheurs en milieu communautaire et des personnes qui consomment ou qui consommaient de la drogue; cela dit, en raison des contraintes de temps et de faisabilité, le présent examen n'a pas bénéficié de vastes processus de participation communautaire.
- Les connaissances sur la COVID-19 continuent de s'élargir et d'être actualisées. L'information résumée dans le présent examen pourrait changer à mesure que les lignes directrices sont mises à jour en fonction des nouvelles données.

Contexte

La pandémie de COVID-19 demeure une situation sans précédent à l'échelle planétaire. En Ontario comme ailleurs, d'importantes mesures de santé publique ont été mises en place pour freiner la propagation de la maladie, notamment la distanciation physique, l'auto-isolément et l'interruption de nombreux services¹. Ces mesures ont confronté la population à des changements dans leurs interactions sociales et l'accès aux services sociaux et de santé (p. ex., capacité limitée de certains services pour respecter les directives de distanciation physique, réduction des heures d'ouverture entraînée par la modification des procédures du personnel)². Les personnes qui consomment sont l'un des groupes touchés par ces changements.

Stratégies d'atténuation des risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie en période de perturbations

Les personnes qui consomment sont exposées à la fois aux risques entraînés par la COVID-19 et à ceux liés à la crise actuelle de surdoses et d'intoxication à la drogue. La présence du risque pour les toxicomanes de développer de graves complications en contractant la COVID-19 pourrait se rapporter aux problèmes de santé chronique sous-jacents (diabète, coronaropathie, etc.) et aux facteurs structurels qui limitent leur capacité à observer la distanciation physique ou à s'isoler (pauvreté, itinérance)³. Combinés à l'accès limité aux services sociaux et de santé, aux changements dans l'approvisionnement en drogues^{4,5}, au contexte changeant et aux nouveaux comportements liés à l'usage de substances, ces facteurs pourraient augmenter la probabilité d'intoxication à la drogue (mortelle ou non), de sevrage et d'autres effets négatifs sur la santé et la société.

Récemment, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a signalé une augmentation de 25 % des décès par surdose pendant les mois de lutte contre la pandémie (mars à mai 2020) par rapport à la même période en 2019⁶, la contamination des drogues et les perturbations dans leur approvisionnement constituant des facteurs contributifs⁷. Pendant la pandémie, on remarque une augmentation similaire des intoxications – mortelles ou non – par opioïdes en Colombie-Britannique (C.-B.) et en Alberta^{8,9}. Selon le B.C. Coroners Service, il y a eu plus de 170 surdoses par drogues illicites dans les trois derniers mois⁹, juin étant le mois avec le plus grand nombre de décès de ce type jamais recensé dans la province¹⁰.

On a vu une orientation autour des stratégies de réduction des risques liés à la COVID-19 et des méfaits liés à la consommation de drogues chez les personnes qui en consomment^{11,12}. L'une de ces stratégies consiste à veiller à ce que les services de réduction des méfaits et de traitement de la consommation de drogues déjà en place avant la pandémie le soient toujours, et à ce qu'ils soient adaptés de sorte à pouvoir être offerts tout en limitant les risques de propagation de la COVID-19. Il est nécessaire de recenser et de synthétiser l'orientation qui est donnée concernant ces stratégies et les autres stratégies d'urgence; cette information peut aider les responsables de la santé publique, les fournisseurs de soins de santé et les autres fournisseurs de soins communautaires à collaborer à la planification d'interventions en matière de consommation de drogue pour réduire au minimum les conséquences sur la santé frappant les personnes qui consomment pendant la pandémie de COVID-19. Notre objectif était de réaliser un examen rapide pour résumer la littérature évaluée par les pairs et la littérature grise traitant d'orientation et de stratégies d'atténuation des méfaits liés à la consommation de drogues en période de perturbations.

Méthodologie

- Nous avons choisi l'examen rapide parce que cette méthode favorise l'adaptabilité, la faisabilité et le respect de la portée. Il s'agit d'un type de synthèse des connaissances qui sacrifie certaines étapes du processus de la revue systématique¹³ pour gagner du temps.
- Les documents en anglais pouvaient être répertoriés sous ces conditions : 1) ils exploraient les barrières ou les facilitateurs à la continuité des services en période de perturbations; 2) ils présentaient les leçons tirées, les points à prendre en considération ou des conseils pour la prestation des services; 3) ils portaient sur les services offerts aux personnes de 25 ans et plus qui consomment de la drogue en période de perturbations (donc sur la population adulte, et non sur les enfants et les jeunes). Tous les modèles d'études et toutes les années de publication étaient acceptés. Ont été pris en considération les travaux des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques et des pays ayant un nombre élevé de cas de COVID-19 (comme la Chine), question de se concentrer sur des contextes pertinents pour la

conjoncture canadienne actuelle. Les documents portant sur la réduction des méfaits dans une optique individuelle n'ont pas été analysés, puisque notre examen porte sur la prestation des services.

- Le 27 mai 2020, Santé publique Ontario (SPO) a mené une recherche pointue sur la consommation de drogues et la COVID-19 dans MEDLINE, Embase et PsycINFO. La stratégie de recherche dans MEDLINE est expliquée à l'annexe A.
- Nous avons épluché une bibliographie préparée par la Society for the Study of Addiction qui comprenait des articles portant sur la consommation de drogues et la COVID-19. Ces articles se trouvent dans PubMed et ont été publiés entre janvier 2020 et le 1^{er} juin 2020. Nous avons effectué des recherches supplémentaires dans PubMed en utilisant un vocabulaire pertinent pour trouver de la littérature évaluée par les pairs traitant d'autres périodes de perturbations.
- Nous avons aussi examiné des articles évalués par les pairs qui parlaient des périodes de perturbations et que nous avons déjà trouvés lors d'une autre recherche sur un sujet connexe [mai 2019].
- Nous avons enrichi notre étude en fouillant sur Google au moyen de cinq chaînes de recherche et en effectuant des recherches ciblées sur les pages Web d'organismes pertinents (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Coalition canadienne des politiques sur les drogues, BC Centre on Substance Use, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] des États-Unis). Les 100 premiers résultats ont été consultés, de même que des documents recommandés par des experts et de l'information et des ressources sur les opioïdes signalées dans des avis par courriel.
- Après notre première recherche, une synthèse préliminaire a été publiée par un groupe d'études pertinent financé par les [Instituts de recherche en santé du Canada](#)¹⁴. Nous avons évalué le recoupement des études retenues qui étaient le plus pertinentes pour notre recherche et avons ajouté les articles que nous n'avons pas déjà recensés, mais qui répondaient à nos critères. Après notre première recherche, nous avons aussi inclus des lignes directrices publiées par l'[Initiative canadienne de recherche en abus de substances](#)¹¹ et le Bureau de santé publique de Toronto qui nous ont été recommandées par des experts externes.
- Le choix des documents a été fait par trois évaluateurs, L'un d'entre eux a parcouru les titres et les résumés; deux évaluateurs ont ensuite lu séparément les textes complets, qui avaient été divisés en deux listes. La liste complète des documents pertinents a ensuite été examinée par un troisième évaluateur, qui a tranché pour déterminer quels documents allaient être inclus.
- On a ensuite étudié les données présentes dans les documents retenus, notamment les caractéristiques du document (année de publication, modèle d'étude, contexte, etc.), son objectif, la population en cause, les considérations à l'égard de l'atténuation et les limites mentionnées par les auteurs. L'extraction d'information détaillée sur les aspects cliniques comme le choix de la médication et la posologie étaient hors de la portée de notre examen.
- En raison des contraintes temporelles, nous n'avons pas effectué d'évaluation critique de la qualité de la méthodologie pour les documents retenus.
- Pour synthétiser les résultats, nous avons consigné la fréquence dans les caractéristiques des documents (année de publication, lieu de publication, période de perturbations) et effectué une

analyse thématique de l'orientation en matière de stratégies d'atténuation¹⁵. Pour ce faire, deux évaluateurs ont décrit les thèmes descriptifs globaux des stratégies d'atténuation, qui ont été vérifiés de façon subséquente par un évaluateur puis par l'autre.

Résultats

- Au total, 51 documents ont été retenus, dont 31 émanaient de la littérature grise. La plupart des documents rejetés étaient des textes d'opinion ou des documents complémentaires faisant référence à un document de lignes directrices déjà inclus.
- Les documents ont été publiés entre 2005 et 2020, et la plupart parlaient des États-Unis (n=23) et du Canada (n=18).
- La majorité des documents traitent de la pandémie de COVID-19 (n = 37), et le reste, de périodes de perturbations antérieures (n = 14). La plupart présentent des stratégies liées aux services de traitement des problèmes de consommation (n = 40), aux services de planification des mesures d'urgence et d'intervention pour les personnes qui consomment (n = 24), et aux services de réduction des méfaits (n = 18). Un résumé des caractéristiques des documents est présenté à l'annexe B.
- Les résultats ci-dessous sont classés selon les stratégies générales qui pourraient être appliquées à n'importe quel service (protocoles de planification des mesures d'urgence et d'intervention, mesures générales et information liées à la COVID-19), puis selon les stratégies propres à un service (réduction des méfaits, traitement des problèmes de consommation). Quand des stratégies générales étaient mentionnées dans des documents portant spécialement sur la réduction des méfaits ou sur les services de traitement de la consommation de substances, nous n'avons pas répété l'information dans les deux sections. La plupart des documents présentaient de l'information sur plus d'un secteur, et les stratégies les plus récurrentes sont décrites dans le présent document. Une liste des considérations pour chaque secteur est présentée dans l'annexe C.

Stratégies générales

PLANIFICATION DES MESURES D'URGENCE ET INTERVENTION

Au total, 24 documents traitaient de planification des mesures d'urgence visant le maintien des services pendant les périodes de perturbations pour les personnes qui consomment de la drogue. Les périodes de perturbations qui y sont traitées concernaient le tremblement de terre en Nouvelle-Zélande (2011), les cyclones en Australie (2015 et 2017), l'ouragan Sandy à New York et au New Jersey (2012), les attentats terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis, et la pandémie de COVID-19^{4, 16 à 38}. Dans ces documents, les recommandations portaient le plus souvent sur l'élaboration de plans d'urgence pour assurer l'accessibilité et la disponibilité des prescriptions ou des fournitures de réduction des méfaits lors des prochaines périodes de perturbations^{16, 17, 19 à 24, 26 à 28, 30, 39} et sur la nécessité d'une collaboration multidisciplinaire et de la coordination de la planification des interventions en cas d'urgence^{16, 17, 19, 23, 24, 26 à 28, 30 à 32, 35, 38}. On y souligne aussi le besoin de mettre en place des mécanismes de communication entre le personnel, les clients et les partenaires communautaires en cas d'urgence (p. ex., protocoles de communication)^{16, 17, 19, 23, 24, 27, 30 à 33, 35}, de prévoir des ententes temporaires pour des scénarios potentiels et actuels^{16, 17, 19 à 23, 30 à 32, 35} et d'élaborer des politiques internes ou d'évaluer celles qu'on pourrait devoir modifier en période de perturbations (changements pour le personnel, lutte anti-infectieuse accrue, mesures de contrôle)^{16, 18 à 21, 27, 30, 33, 35}.

MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE ET INFORMATION DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

Des documents portant sur la pandémie de COVID-19, la plupart traitaient de la façon d'intégrer les mesures de santé publique visant à réduire la propagation de la maladie dans les services de réduction ou de traitement de la consommation de substances pendant la pandémie. Certaines recommandations variaient en fonction de l'autorité responsable (p. ex., les orientations concernant le port d'équipement de protection individuelle [EPI] pour le personnel et les clients variaient selon la province ou le pays). Voici certaines recommandations :

- Les mesures de prévention et de contrôle des infections (hygiène des mains, nettoyage de l'environnement)^{4, 18 à 21, 26 à 28, 33 à 35, 38, 40 à 46, 52, 53} et la distanciation physique (limite du nombre de clients, barrières physiques, repères visuels)^{12, 18 à 21, 26, 28, 29, 33 à 35, 38 à 41, 45, 47, 48} sont les recommandations qui reviennent le plus souvent.
- Il faudrait élaborer des procédures pour les cas présumés ou confirmés de COVID-19 ou les personnes à risque chez les consommateurs de drogue et qui reçoivent des services de réduction des méfaits et de traitement de la consommation de substances dans des établissements de soins actifs et des refuges (transfert des procédures de soins dans les milieux de soins actifs, prise en compte des exigences d'isolement)^{18 à 21, 26 à 29, 33, 38 à 40, 46}.
- Il faudrait élaborer des politiques liées au personnel et aux interactions avec les clients des services de réduction des méfaits et de traitement des problèmes de consommation (former le personnel qui intervient en cas de surdose pour qu'il utilise l'EPI de manière appropriée, coordination des activités de soins dans le but de limiter les interactions avec les cas confirmés ou suspectés de COVID-19 dans les hôpitaux)^{18 à 21, 26, 28, 33 à 35, 38, 40, 46}.
- Il faudrait communiquer clairement les précautions et les politiques liées à la COVID-19 aux clients, au personnel et aux familles (affiches sur la prévention de la propagation de la COVID-19, distribution de documents informatifs sur les protocoles)^{18 à 21, 26, 33 à 35, 40, 42, 46}.
- Il faudrait évaluer les risques au point de service et effectuer le dépistage de la COVID-19^{18 à 20, 26, 33, 34, 38, 40}.
- Il faudrait fournir aux personnes qui consomment de la drogue de l'information cohérente, simple et accessible au sujet de la COVID-19, à propos notamment :
 - des symptômes, des facteurs de risque et des mesures de santé publique en place pour prévenir sa transmission^{12, 18 à 20, 26, 27, 33, 35, 40, 42 à 44, 48, 49};
 - des stratégies de consommation à moindre risque (présentation de l'aide disponible lors de la consommation ou du transport de naloxone, utilisation d'une dose test, préparation de réserves de matériel)^{20, 26, 27, 40, 43, 44, 46, 49, 50};
 - des mesures d'hygiène empêchant la transmission de la COVID-19 directement liées à la consommation de drogues (p. ex., désinfection des surfaces pouvant être touchées lors de la prise de drogues)^{20, 26 à 28, 40, 42, 46, 49};

- des services, ressources ou politiques nouvellement en place pendant la pandémie (options de collecte sans contact de matériel de réduction des méfaits, refuges temporaires)^{12, 19, 20, 26, 34, 40, 41, 43, 46}.

Services de réduction des méfaits

Dix-huit documents présentent des recommandations sur les services de réduction des méfaits pendant la pandémie de COVID-19^{4, 18, 20, 26 à 28, 34, 35, 38, 40 à 42, 46, 50 à 54}. Quatorze expliquant des approches de réduction des méfaits liées aux services de traitement des problèmes de consommation ont aussi été inclus à cette section de l'examen^{12, 19, 26 à 30, 43 à 45, 47 à 49, 63}. En matière de services de réduction des méfaits, les recommandations générales ont mis en exergue le besoin de faciliter et favoriser l'accès des clients à une gamme de services et de soutien qui pourraient être nécessaires aux personnes qui consomment (satisfaction des besoins de base, traitement de la consommation de substances, accès à du matériel de réduction des méfaits), ainsi que les facteurs à prendre en considération quant aux options de diversification des modes de prestation des services qui pourraient réduire le risque de transmission de la COVID-19 pendant la pandémie (applications mobiles, lignes d'assistance, forums). Voir le tableau 1 pour un résumé des stratégies proposées pour maintenir sans risque les services de réduction des méfaits pendant la pandémie de COVID-19 et pour atténuer les risques pour les personnes qui consomment des substances.

Tableau 1. Considérations stratégiques récurrentes en matière de services de réduction des méfaits

Secteur de services	Documents	Période de perturbations	Considérations stratégiques
Services de vérification de drogues	38	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la présence en ligne pour les personnes qui consomment des drogues chez elles de manière récréative.
Réduction des méfaits intégrée à d'autres services et contextes	4, 12, 19, 26 à 30, 38, 40, 41, 43 à 50, 63	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une approche de réduction des méfaits et assurer l'accès aux services de réduction des méfaits dans les refuges, les logements communautaires et autres logements temporaires^{4, 38, 40, 41}. • Assurer l'accès à la naloxone et offrir de la sensibilisation aux clients recevant un traitement par agonistes opioïdes ou d'autres médicaments de relais (en travaillant de près avec les pharmacies et les programmes communautaires de distribution de naloxone, par exemple)^{12, 19, 26 à 29, 43 à 50, 63}. • Développer une approche de réduction des méfaits tenant compte des traumatismes pour la prestation des services en contexte hospitalier, notamment par rapport à l'accès aux sites de consommation supervisés dans les hôpitaux, à la naloxone, à l'équipement sécuritaire et aux contenants pour objets pointus et tranchants⁴⁶. • Envisager de fournir des opioïdes prescrits pour l'autoadministration pendant l'hospitalisation⁴⁶. • Faire participer les personnes qui consomment à la conception et à la prestation des services sur place dans les refuges⁴⁰.
PAENA	20, 26 à 28, 38	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une plus grande quantité de matériel aux clients, ou ne pas imposer de limite. • Prévoir d'autres lieux ou modèles pour la prestation des services afin d'assurer l'accès au matériel (libre-service, travail de proximité à pied, publipostage, service mobile de livraison sans contact, machines distributrices). • Communiquer les changements à l'offre de programmes (p. ex., heures d'ouverture)^{20, 26, 28}.

Secteur de services	Documents	Période de perturbations	Considérations stratégiques
Services de sensibilisation	26, 35, 38	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les services de proximité dans le respect des mesures de distanciation physique et assurer l'accès à l'aide et aux services essentiels pour les personnes les plus marginalisées. Fournir de plus grandes quantités de matériel préemballé, ainsi que de l'aide et de l'aiguillage³⁵. Penser à des changements qui réduiraient le risque de transmission de la COVID-19, comme offrir de l'aide virtuelle et des services de dépôt pour les clients présentant des symptômes, et éviter les activités à l'intérieur³⁵.
Prévention des surdoses par opioïdes et sensibilisation sur la distribution de naloxone	4, 18, 20, 26 à 28, 30, 34, 35, 38, 41, 42, 52, 53	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès à la distribution de naloxone et sa continuité (utilisation et administration sur place). Offrir de l'orientation sur l'utilisation d'EPI lors des interventions en cas de surdose afin de prévenir la transmission de COVID-19 (utilisation d'écrans faciaux et de gants faits d'un matériau autre que le latex), sur les types de naloxone (p. ex., intranasale, intramusculaire)⁵² et sur le recours au bouche-à-bouche ou aux compressions thoraciques, selon les différents pays et provinces, et à l'intention de différentes clientèles^{18, 20, 34, 35, 41, 42, 50, 52, 53}. Certains documents liés aux services de consommation supervisée ou de prévention des surdoses présentaient de l'information sur l'intervention en cas de surdose, mais nous n'avons pas répété le contenu dans la section associée de notre examen. Offrir de la formation sur la naloxone (prestation virtuelle, ressources en ligne)^{20, 34, 53}.
Approvisionnement en substances plus sûr	4, 50, 51, 54	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Offrir l'accès à des substances de qualité pharmaceutique (p. ex., opioïdes prescrits, benzodiazépine, stimulants) pour aider les personnes qui consomment de la drogue et qui courent un risque accru de contracter la COVID-19 ou de vivre des méfaits liés à la consommation. Cette approche vise à réduire les risques associés à la toxicité accrue des drogues obtenues illégalement ces dernières années (vu la présence de fentanyl)⁵⁵ et non à traiter la consommation de substances. Dans les lignes directrices pour l'approvisionnement sûr, on traitait de différents médicaments (stimulants, opioïdes), de l'accès aux médicaments et la livraison, des suivis réguliers, des

Secteur de services	Documents	Période de perturbations	Considérations stratégiques
			<p>mesures de conservation sécuritaire des ordonnances, de la télémédecine dans les milieux ruraux et éloignés, et des stratégies de réduction des méfaits^{50, 51}.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré le manque de littérature évaluée par les pairs au sujet des bienfaits ou des méfaits des programmes d’approvisionnement sûr, nous avons extrait des données sur les traitements de rechange qui illustrent des bienfaits⁵⁴.
Services de consommation supervisée et services de prévention des surdoses	18, 38, 41, 42	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l’accès aux services de consommation supervisée et de prévention des surdoses existants et le maintien de ces services, notamment par l’établissement d’autres services de consommation supervisée (p. ex., en version mobile, ou modifiée par la fermeture des zones pour fumer)³⁸. • Mettre en place des processus pour les services « épisodiques » ou de proximité pour la prévention des surdoses (p. ex., personnel qui observe des consommateurs de drogue dans des milieux où il n’y a pas de services de consommation supervisée ou de prévention établis). Les personnes qui donnent de l’aide suivent un protocole détaillé (p. ex., formation du personnel en sécurisation culturelle et en humilité, et sur les processus avant, pendant et après la consommation de drogue)⁴¹.

Services de traitement de la consommation de substances

Quarante documents présentent une orientation sur la prestation de services de traitement de la consommation de substances en période de perturbations. Ils énoncent de façon globale la nécessité de prendre en compte les besoins multiples et divers des différents groupes dans l'adaptation des services offerts. Certains font état des difficultés rencontrées lors de la prestation des services, difficultés qui mettent en évidence le besoin de résoudre les problèmes systémiques actuels^{17, 22, 24, 25, 30 à 32, 36 à 38, 56 à 59} : communication entre différents groupes (hôpitaux, programmes, organismes communautaires, organismes de réglementation, personnel, patients)^{17, 22 à 24, 31, 36, 37, 56, 57}, capacité à vérifier la dose de traitement par agonistes opioïdes d'un patient (p. ex, au moyen d'un dossier de santé électronique centralisé)^{17, 22 à 24, 31, 32, 36, 37, 56}, disponibilité et accessibilité des médicaments pour de tels traitements (p. ex, livraison des médicaments)^{17, 23, 24, 31, 37, 38, 56, 57}, réglementation, contenu des nouvelles lignes directrices sur le traitement de la consommation de substances dans l'éventualité d'une catastrophe naturelle^{17, 22, 24, 30, 36, 37, 56}, ressources (financement, personnel, infrastructure)^{22, 24, 30, 31, 37, 38, 56}. Après le passage des ouragans Sandy (New York, 2012), Katrina et Rita (La Nouvelle-Orléans, 2005), on a remarqué qu'il y avait plus de barrières pour les traitements de la consommation de substances par méthadone que pour les autres traitements (p. ex, buprénorphine)^{23, 36, 37, 56}.

TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES

Les recommandations récurrentes portant sur les services de traitement de la consommation de substances portaient principalement sur la poursuite du traitement par agonistes opioïdes et l'accès à celui-ci en période de perturbations. Quelques-unes insistaient sur l'importance d'appliquer une approche de réduction des méfaits à la continuité du traitement par agonistes opioïdes (p. ex, ne pas interdire la consommation d'autres substances)^{17, 28, 44 à 47, 50}.

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES

Vingt-cinq documents traitent de processus facilitant l'accès aux médicaments sur ordonnance pendant le tremblement de terre en Nouvelle-Zélande, l'ouragan Sandy, les attentats du 11 septembre et la pandémie de COVID-19^{12, 17, 20, 22 à 24, 26 à 29, 36, 38, 40, 43 à 50, 57, 59 à 61}. Souvent, ces processus impliquent la livraison des médicaments par différentes personnes (pharmaciens, personnel de programme ou personne désignée)^{12, 20, 27, 29, 38, 43 à 45, 48, 50, 60, 61} ou dans un autre lieu p. ex., une autre clinique)^{17, 22 à 24, 26 à 29, 36, 38, 57}.

PRATIQUES DE PRESCRIPTION DE TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES

Dans 22 documents, on signale une augmentation des doses à prendre à la maison, soit par renouvellement des ordonnances ou par des doses supplémentaires (c'est-à-dire une distribution moins fréquente) dans le but d'augmenter l'accès et d'éviter les foules dans les services de traitement par agonistes opioïdes^{12, 17, 21 à 24, 26 à 29, 31, 32, 38, 43 à 45, 48, 50, 56, 57, 59, 62}. Bien qu'il y ait consensus autour de la recommandation de ces approches pendant différentes périodes de perturbations (soit la pandémie de COVID-19, les attentats terroristes du 11 septembre, l'ouragan Sandy et les cyclones en Australie), on remarque que les pratiques en tant que telles diffèrent, notamment en ce qui concerne les recommandations sur la prescription des doses à prendre à la maison et la durée de l'ordonnance, allant de générales (tous les patients) à limitées^{22, 24}(p. ex, examen au cas par cas des facteurs de risque pour les patients)⁵⁹. Parmi les facteurs pris en compte lors de ces examens au cas par cas, on note : la stabilité clinique, la sécurité du patient, la sécurité de la collectivité (p. ex., prévenir la déjudiciarisation) et la situation du patient (p. ex., capacité à entreposer ses médicaments de façon sécuritaire, handicap)^{12, 21 à}

23, 26, 28, 31, 32, 40, 43, 44, 48 à 50, 59. Les approches favorisant la sécurité des patients et de la collectivité sont elles aussi variées, allant du choix du médicament ayant le meilleur profil d'innocuité (p. ex., choix de la buprénorphine au lieu de la méthadone)^{12, 26, 28, 43, 44, 48} aux différentes formulations de médicaments (p. ex, injection de buprénorphine à libération prolongée)^{24, 26, 28, 38, 45, 48} et à l'entreposage sécuritaire des médicaments (p. ex., boîte postale scellée)^{12, 26, 28, 48}.

Parmi les autres changements aux pratiques de prescription en période de perturbations souvent recommandés, on trouve la réduction ou l'interruption des tests d'urine réguliers^{12, 21, 23, 28, 29, 31, 38, 44, 45, 47, 48, 50, 56}, la modification des modalités des ordonnances (p. ex., électronique ou par téléphone, pour accélérer le processus)^{31, 38, 44, 47 à 49, 57, 60} et le recours à d'autres méthodes que la prise de médicament supervisée pour le traitement par agoniste opioïde (p. ex., autoadministration)^{12, 26, 27, 48, 63}.

PRESTATION DES PROGRAMMES

Seize documents recommandent la télémédecine comme stratégie pour permettre le maintien des programmes de traitement par agonistes opioïdes (si possible, et s'il y a lieu) pendant la pandémie de COVID-19^{12, 20, 21, 26, 28, 29, 38, 43, 44, 47 à 49, 58, 59, 63, 64}. Peu de documents décrivent la nécessité de tenir compte des questions d'accessibilité et d'équité dans la prestation de ces traitements à différents groupes (p. ex, personnes sans abri ou sans accès à la technologie)^{23, 28, 38, 49, 50, 63}. On suggère aussi les modifications suivantes à la prestation de ces traitements pour assurer leur continuité en période de perturbations : travail de proximité (p. ex, le personnel va chercher des patients dans les refuges)^{23, 38, 40, 49}, réduction des barrières et diminution des seuils de participation aux programmes (p. ex., recours à la télémédecine pour le démarrage de la buprénorphine)^{38, 45, 49, 63}, offre de services en personne sur rendez-vous seulement⁴⁵ ou pour certains groupes^{44, 47}, répartition différée des rendez-vous des clients^{21, 56}, et offre de services dans d'autres emplacements (p. ex., trouver un endroit sûr – bâtiment ou autre lieu – où les services peuvent se poursuivre)^{23, 26, 31, 36}.

ÉCHANGE DE L'INFORMATION

Onze documents proposent des stratégies pour améliorer et renforcer la communication entre les cliniques, les patients et les prescripteurs pendant la pandémie de COVID-19, l'ouragan Sandy et les attentats terroristes du 11 septembre^{12, 22, 23, 26, 28, 46, 48, 50, 56, 57, 59}. En général, on mentionne le recours à plusieurs plateformes de communication (p. ex., messages téléphoniques, site Web, médias sociaux, radio)^{22, 23, 48, 56, 57, 59}, la création d'une ligne d'assistance^{22, 56, 57} et la transmission des coordonnées des prescripteurs ou des autres cliniques aux clients^{56, 57}. À la lumière d'expériences où l'on a offert des services de traitement de la consommation de substances pendant et après les tremblements de terre en Nouvelle-Zélande, les ouragans Sandy, Katrina et Rita, et les cyclones australiens, il a été recommandé de centraliser les dossiers sur le traitement par agonistes opioïdes issus de plusieurs endroits pour faciliter la vérification du dosage et des plans de traitement partout où le patient se présente pour recevoir des soins (p. ex., dans le cadre d'une initiative gouvernementale)^{17, 22, 24, 30 à 32, 36, 37, 56}.

AUTRES SERVICES ET CONTEXTES

Les stratégies de traitement de la consommation de substances varient selon le contexte. Le tableau 2 résume les stratégies proposées pendant la pandémie de COVID-19 dans différents contextes.

Tableau 2. Considérations stratégiques récurrentes pour d'autres services de traitement de la consommation de substances et d'autres contextes

Contexte	Docu ment	Période de perturbations	Considérations stratégiques
Établissements de soins actifs	46	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les patients pour déterminer leurs multiples besoins sociaux et de santé (p. ex., consommation de substances, santé mentale, déterminants sociaux de la santé). • Demander l'aide d'une équipe de traitement de la dépendance et mettre au point une approche de démarrage du traitement, de titrage, de prise en charge du sevrage et d'autres options axées sur le patient. • Réduire la stigmatisation et appliquer, pendant l'hospitalisation, une approche de soins qui tient compte des traumatismes (p. ex., demander aux patients quelles sont leurs priorités). • Coordonner un plan d'intervention après que le patient obtient son congé, et inclure de l'aiguillage au sujet des prescripteurs, des services psychosociaux et des déterminants sociaux de la santé. • Embaucher un intervenant en services de soutien aux pairs en milieu hospitalier. • Mettre au point des approches axées sur le patient pour la planification des soins palliatifs (p. ex., conversations, disponibilité dans d'autres milieux).
Organismes communautaires	58	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Penser à modifier les programmes de traitement de la consommation de substances pour rejoindre les gens et assurer une méthode flexible de communication pour répondre aux besoins de base et recevoir de l'aide (p. ex., message texte, visite sur le lieu de résidence du patient, offre d'aide en soirée et les fins de semaine).
Services de traitement des patients externes	28, 39	COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque possible, fournir l'accès à des programmes de traitement à l'externe.
Services offerts aux patients hospitalisés ou en résidence	28, 33, 38, 39, 45, 65	COVID-19, ouragan Katrina	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager de mettre sur pied une communauté thérapeutique pour faciliter la transition vers les soins après une catastrophe⁶⁵. • Penser aux modifications à apporter aux services pour prévenir la transmission de COVID-19 : retarder la prestation des services ou l'admission des nouveaux patients^{28, 38}, élaborer une stratégie de « quarantaine planifiée » à l'admission⁴⁵, utilisation de

Contexte	Docu ment	Période de perturbations	Considérations stratégiques
			<p>plateformes de communication personnelles pour donner des séances de groupe virtuelles³³.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir ou assurer l'accès aux pratiques et ressources culturelles (p. ex., participation virtuelle de collectivités)³³. • Offrir de l'aide au personnel (garde d'enfants)³³.
Refuges	36, 38, 40	COVID-19, ouragans Katrina et Rita	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'accès à l'aide pour les traitements de la consommation de substances dans les refuges, à l'extérieur des établissements et après qu'un patient eut reçu son congé (p. ex., par l'entremise de partenariats et de modèles intégrés). • Conclure une entente spéciale avec les refuges pour les personnes qui décident de continuer de consommer activement de la drogue⁴⁰.

AIDE PSYCHOSOCIALE

Dans les documents, on recommande généralement d'offrir davantage d'options d'aide psychosociale, si c'est pertinent, et de faire en sorte que la santé mentale des personnes qui consomment de la drogue ne se détériore pas pendant les périodes de perturbations^{12, 22, 36, 48, 58}. D'autres documents suggèrent aussi d'offrir de l'aide psychosociale, sans en faire une exigence obligatoire pour le traitement par agonistes opioïdes^{29, 40, 44, 47, 50}. La transition vers la télémédecine pour les séances d'aide psychosociale individuelles ou de groupe a été répandue pendant la pandémie de COVID-19^{12, 29, 39, 44, 45, 47, 48, 58}. Cinq documents recommandent d'offrir de l'aide et des ressources en santé mentale au personnel (p. ex., Programme d'aide aux employés)^{19, 22, 33, 36, 56}.

On trouvera des exemples plus détaillés de pratiques de traitement des problèmes de consommation pour assurer le maintien des services et atténuer les méfaits liés à la consommation de substances en période de perturbations dans l'annexe D.

Analyse

L'examen rapide a permis le recensement de 51 documents qui présentent de l'information sur les stratégies d'atténuation des méfaits liés à la consommation de substances en période de perturbations. Ces périodes sont une menace importante pour le maintien des soins offerts aux personnes qui consomment des substances. Déjà limités (stigmatisation, manque de soutien, etc.), les services et les soins appropriés qui répondent aux besoins de ces personnes deviennent encore plus difficiles d'accès en période de perturbations⁶⁶. Pour que ces services soient maintenus, on souligne, dans les documents retenus, l'importance de la planification et de la préparation des mesures d'urgence. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la distanciation physique et la prévention des infections étaient souvent recommandées à cet effet. L'information sur les services de réduction des méfaits dans les documents répertoriés est récente mais limitée, et les suggestions se rapportent la plupart du temps à l'accès à la naloxone. Quant aux services de traitement de la consommation de substances, on propose souvent comme stratégie d'appui à l'accès au traitement par agonistes opioïdes de faciliter l'émission d'ordonnances, d'offrir des doses supplémentaires à prendre à la maison et de recourir davantage à la télémédecine. Pour ce qui est du traitement par agonistes opioïdes, le principal défi en période de

Stratégies d'atténuation des risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie en période de perturbations

perturbation concerne la communication au sujet des médicaments et des plans de traitement entre les prescripteurs, les services et les patients.

En contexte de COVID-19, la description des nouvelles mesures d'adaptation aux services de réduction des méfaits (p. ex., nombre réduit de clients ayant accès aux services de consommation supervisée en même temps) et les données à cet effet sont encore nouvelles, mais certaines précautions liées à la COVID-19 pourraient involontairement réduire l'accessibilité aux services de réduction des méfaits et entrer en conflit avec les activités de sensibilisation à la prévention des surdoses, augmentant ainsi le risque de méfaits. Dans les documents répertoriés, on insiste largement sur l'administration et la distribution de naloxone dans différents contextes. On pourrait en conclure qu'avant la pandémie, cette stratégie de prévention des surdoses était largement appliquée dans plusieurs provinces et pays. De plus, il est possible que les recommandations sur l'administration et la distribution de naloxone soient plus claires et mieux ancrées par rapport aux autres mesures récentes d'adaptation des services de réduction des méfaits (p. ex., supervision virtuelle). On suggère de plus en plus d'améliorer les autres stratégies qui ne sont pas aussi appuyées ou moins appliquées^{67, 68}, comme l'accès aux substances de qualité pharmaceutique dans certaines provinces et certains territoires du Canada (mais pas tous)⁶⁹, et ces programmes d'approvisionnement sont en cours d'évaluation afin d'alimenter la base de données actuelle. Il faudrait étudier davantage l'accès à ces programmes, leur disponibilité et l'aide les concernant pour réduire les méfaits liés à la toxicité accrue des drogues obtenues illégalement pendant la pandémie^{66, 70}.

Même si les périodes de perturbations diffèrent les unes des autres, plusieurs des problèmes systémiques recensés s'appliquent à la pandémie de COVID-19 (p. ex., partage de l'information, ressources). Toutefois, on insiste davantage sur l'importance d'un partenariat avec les pharmaciens pour régler les problèmes (p. ex., facilitation de l'accès aux médicaments pour le traitement par agonistes opioïdes) dans les documents portant sur la COVID-19 que pour les autres périodes de perturbations. Bon nombre des stratégies proposées en appui aux services de traitement par agonistes opioïdes sont nouvelles, alors que d'autres étaient appliquées auparavant et ont été bonifiées pendant la pandémie. Les études précédentes suggèrent que dans les situations non urgentes, les politiques concernant les doses à prendre à la maison^{71 à 74}, les visites à la pharmacie⁷⁵ et la situation géographique^{76 à 78} sont des facteurs déterminants dans la perception de l'accès au traitement par agonistes opioïdes pour les personnes qui consomment des opioïdes et qui suivent ce type de traitement. Cela dit, l'efficacité des doses à emporter et de la livraison par la pharmacie comme stratégies d'amélioration de l'accès à ce type de traitement reste à démontrer. Certains travaux prometteurs permettent de penser que la télémédecine pourrait servir de bonne méthode de rechange pour donner un traitement par agonistes opioïdes^{79, 80}, mais cela doit être fait de façon réfléchie et surveillée, et un processus d'assurance de la qualité est nécessaire pour bien comprendre et éradiquer les iniquités dans l'accès au traitement.

Il ne faut surtout pas oublier que les documents répertoriés dans cet examen sont mis à jour et qu'on en publie encore de nouveaux. Certains examens et certaines lignes directrices sur les stratégies de réduction des méfaits liées à la consommation de substance pendant la pandémie de COVID-19 ont d'ailleurs été publiés après notre première recherche. Nous remarquons que ces documents s'accordent aussi sur l'importance du maintien des services pendant la pandémie pour les personnes qui consomment des substances^{81 à 84} et font aussi état de préoccupations liées à la communication, à l'importance de la planification et de la préparation de mesures d'urgence et aux ressources pour la réduction des méfaits et la prestation du traitement par agonistes opioïdes^{82, 84}. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'amélioration des activités qui favorisent les liens sociaux⁸¹. Il n'y a pas de stratégies décrites explicitement dans les documents retenus, mais on y aborde le rôle de la santé mentale, des traumatismes et de la perte des liens sociaux pendant les périodes de perturbation,

Stratégies d'atténuation des risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie en période de perturbations

esquissant également des stratégies pour l'augmentation des consultations et de la formation individuelles et en groupe^{22, 36, 56}. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, on constate une hausse de l'anxiété, de la peur et de la perte de soutien social (officiel ou non) chez les personnes qui consomment des substances⁶⁶; les services devraient faciliter l'accès à une aide complète favorisant le bien-être mental, physique et social.

Nous remarquons certaines lacunes dans les documents consultés qu'il convient de souligner. Tout d'abord, l'expérience et les priorités des personnes qui consomment de la drogue et de leur famille y sont peu abordés^{23, 25, 31, 57}, ce qui limite notre compréhension des besoins changeants de ces personnes et notre capacité à y répondre en période de perturbations. Seuls quelques documents faisaient état de la nécessité d'inclure ces personnes dans la planification, la conception et l'application des plans et stratégies d'urgence^{34, 35, 40}, et encore, on n'y présente pas suffisamment de moyens d'y parvenir pendant la pandémie de COVID-19 ou d'autres périodes de perturbations. Mentionnons le principe fondamental de « rien pour nous sans nous », qui devrait être appliqué à toutes les démarches pour la santé et le bien-être des personnes qui consomment de la drogue; des études antérieures ont d'ailleurs bien illustré l'importance et les avantages potentiels de la participation de ces personnes dans la planification, l'élaboration et la prestation des services qui leur sont destinés (p. ex., pertinence de la recherche)^{85 à 87} et le fait que leurs priorités ne sont pas toujours reflétées dans les données existantes (p. ex., effet des identités multiples, de la stigmatisation et de la discrimination)⁷⁰. Il sera essentiel pour les prochaines études et la planification et la prestation des services de rendre accessible la participation au processus, d'assurer une inclusion juste (p. ex., emploi rémunéré) et de porter une attention particulière explicite à l'expérience des personnes qui consomment et de leur famille^{66, 70, 82, 88, 89}. Il faudrait aussi penser à offrir de l'orientation sur les postes rémunérés, les canaux de rétroaction réguliers et les moyens de lutter contre la stigmatisation en temps de COVID-19^{88, 90}.

En outre, dans certains documents, on met en évidence le besoin d'une coordination multidisciplinaire et d'une collaboration dans la planification des mesures d'urgence; en revanche, seule une poignée de documents d'orientation ont été préparés en collaboration avec des partenaires clés comme la santé publique, les services de réduction des méfaits et les prescripteurs. Lors de l'élaboration de plans et de stratégies d'urgence, il faudrait assurer la coordination, la collaboration et la communication avec les principaux partenaires communautaires pour mieux servir les clients⁶⁶, faciliter le maintien des soins et résoudre les problèmes. Une autre lacune : le manque d'information sur les stratégies et les ressources adéquates pour appuyer la mise en œuvre des nouvelles consignes et mesures d'adaptation des services décrites dans les documents ayant trait à la COVID-19 (p. ex., lignes directrices sur la prescription du traitement par agonistes opioïdes pendant la pandémie de COVID-19, accès à l'EPI et à des consultations avec des experts, emplacement et capacité des lieux d'isolement), ou sur les divergences selon le contexte. Les documents retenus traitant des autres périodes de perturbations mettent en lumière les problèmes et les exigences liés aux ressources requises pour combler les besoins des personnes qui consomment. Selon des études subséquentes, il existe certains obstacles à l'application de lignes directrices⁷⁰ et de l'orientation, notamment le manque de ressources (p. ex., financement, personnel)⁸². Des évaluations de la mise en œuvre, le recensement des obstacles et des moyens de les surmonter, et la mise en place de structures de responsabilisation appuyant l'adaptation aux besoins changeants des personnes qui consomment pourraient appuyer la mise en œuvre rapide et sur mesure des stratégies d'atténuation.

Les documents retenus pour cet examen manquent d'information sur le dialogue florissant et l'appui grandissant par rapport à la décriminalisation de la possession de drogue pour consommation personnelle dans le contexte de la crise des opioïdes et de l'iniquité⁹¹. La décriminalisation vise à contrer les méfaits associés aux politiques ancrées dans la justice pénale, notamment la stigmatisation et la

discrimination, les effets sur la santé, et d'autres méfaits⁹¹. Pendant la pandémie de COVID-19, le besoin urgent d'adopter un modèle de décriminalisation de la possession simple a de l'ampleur tant mondialement⁹² qu'à l'échelle du pays : l'Association canadienne des chefs de police^{93, 94}, des municipalités, des gouvernements provinciaux^{67, 95, 96} et d'autres organismes^{97, 98} ont enjoint le gouvernement fédéral à décriminaliser cette infraction. Les modèles de décriminalisation diffèrent les uns des autres, mais les 25 pays ayant de telles politiques en place ont obtenu des résultats positifs à l'échelle de l'individu et de la population en matière de santé, de société et d'économie⁹⁹.

Globalement, il y a peu de données sur l'efficacité des stratégies d'atténuation des méfaits liés à la consommation de substances pendant la pandémie de COVID-19¹⁰⁰. Les documents retenus ayant trait aux périodes de perturbations antérieures portent surtout sur les défis, les leçons tirées et les solutions potentielles plutôt que sur l'efficacité de telles stratégies. Des mécanismes officiels et officieux de consignation et de partage des apprentissages plus généraux, notamment les études évaluatives, sont nécessaires pour comprendre l'incidence des stratégies d'atténuation sur les méfaits liés à la consommation de substances, sur l'accès et le maintien des soins, et sur les conséquences involontaires.

Considérations en matière d'équité

Nous savons que pris séparément, les résultats sur la santé en période de perturbations pour les personnes qui consomment des substances sont très inégaux. Par exemple, pendant la pandémie de COVID-19, on remarque beaucoup d'iniquités évidentes en fonction de la diversité raciale et ethnique dans les quartiers de Toronto¹⁰¹. Chez les personnes qui consomment de la drogue, les données confirment que l'ascendance autochtone¹⁰², l'origine raciale¹⁰³, la situation de logement¹⁰⁴ et d'autres facteurs de marginalisation exacerbent la stigmatisation, la discrimination et les méfaits envers les personnes qui consomment⁷⁰. Considérant le sujet central du présent examen, les iniquités devraient être intégrées à l'optique guidant l'évaluation des stratégies d'atténuation, particulièrement pour rejoindre les personnes qui ont les besoins les plus criants. Toutefois, seuls quelques rapports tenaient compte des iniquités ou d'un des grands facteurs d'iniquité : la race et l'ascendance autochtone.

Dans les documents où l'on tient compte de l'équité comme facteur, on mentionne souvent que la télémédecine risque fortement d'empirer les barrières à l'accès et d'exacerber l'iniquité^{38, 49, 58}. L'un des documents indique que les personnes aux prises avec des iniquités sociales sont beaucoup plus susceptibles d'arrêter de suivre leur traitement et de participer aux consultations après avoir passé des services de soins en personne à des services virtuels⁵⁸. Dans un document connexe, on mentionne que les soins virtuels sont parfois le seul moyen de garder des liens avec les personnes qui vivent dans des milieux ruraux ou éloignés, mais ils posent un problème d'accessibilité inhérent⁵¹. Peu d'articles font mention de l'accès aux services culturellement adaptés pour les personnes noires³⁶ et autochtones qui consomment de la drogue^{33, 42} et de leur disponibilité; certains font remarquer le rôle de la stigmatisation lors des interventions en cas d'urgence et des répercussions sur les personnes qui consomment²⁵.

Les examens récents mettent en relief ce manque important d'attention accordée à l'éthique, l'équité et l'intersectionnalité (p. ex., race, ascendance autochtone, genre, sexe) et les répercussions sur l'accès aux services pendant la pandémie de COVID-19^{70, 82, 89, 105}. D'ici à ce que la documentation soit rédigée selon une optique d'équité et d'intersectionnalité, notamment en tenant compte des personnes qui consomment ou qui consommaient de la drogue, il sera difficile de développer une compréhension holistique de l'expérience des personnes qui consomment en période de perturbations et des résultats qu'elles obtiennent.

Limites et points forts

Cet examen rapide a ses points forts, mais aussi ses limites. L'une de ses forces réside dans le fait qu'il a dégagé un éventail de stratégies d'atténuation potentielles pour différents services de réduction des méfaits et de traitement des problèmes de consommation. En effectuant nos recherches tant dans la littérature publiée que la littérature grise, nous avons pu recenser plusieurs documents qui nous ont permis d'acquérir une compréhension globale. Les tableaux de résumé et les exemples concrets tirés de la pratique viennent préciser les documents retenus au bénéfice de la planification des services.

L'une des limites de l'examen concerne l'inclusion de documents émanant de divers pays ou provinces et de différentes périodes de perturbations, ce qui complique l'application et l'interprétation des résultats. Ainsi, par nos résultats, nous avons plutôt fait état de la manière dont l'orientation commune était présentée et mis en évidence les différences, plutôt que de comparer directement le contenu ou d'en faire une analyse critique pour trouver les points qui suscitent des désaccords ou de l'incertitude. Il est possible qu'en essayant de synthétiser l'information de plusieurs documents, nous ayons échappé

certaines composantes pratiques des lignes directrices. Aussi avons-nous présenté des exemples de cas en faveur d'une meilleure compréhension.

Pour assurer une certaine rapidité, et compte tenu de la nature de la littérature émergente sur les répercussions de la COVID-19, nous avons décidé de ne pas effectuer de recherche exhaustive. Nous avons donc peut-être passé à côté d'articles pertinents, puisque nous avons utilisé PubMed pour trouver la littérature évaluée par les pairs au sujet des périodes de perturbation antérieures et que nous n'avons pas fait de recherche dans les listes de référence des documents retenus. Ainsi, il est à prévoir que le présent examen ne dresse pas un portrait tout à fait exact de la réalité pour certains services (soit les services de vérification de drogue), programmes et stratégies communautaires; l'information à ce sujet pourrait ne pas avoir été consignée officiellement et ne pas faire partie du domaine public. Nous sommes aussi conscients que les priorités des personnes qui consomment de la drogue ne sont peut-être pas les mêmes que celles exposées dans la documentation existante et qu'elles ne sont donc pas présentées adéquatement, puisqu'il était impossible d'avoir recours à une vaste consultation, dans un contexte où l'on cherchait à préparer rapidement le présent document.

La portée de notre examen ne prévoyait pas de résumer les recommandations propres aux risques et aux moyens de réduire les méfaits liés à la consommation de substances en période de perturbations, un point qui pourrait être important pour les personnes qui consomment. Enfin, en raison des contraintes de temps, la qualité des documents retenus n'a pas été évaluée, et les évaluateurs ont procédé individuellement au choix des études et à l'extraction des données. Cela dit, les cas incertains et la liste des documents (textes complets) ont fait l'objet d'un examen par l'auteur principal, qui a donné son avis sur leur inclusion.

Conclusion

Les documents retenus pour cet examen rapide présentent des exemples de stratégies potentielles de réduction des risques se rapportant aux méfaits pour les personnes qui consomment de la drogue en période de perturbations, ainsi que de l'information à ce sujet. On insiste sur la continuité des services de réduction des méfaits et sur la prestation de traitement aux personnes qui consomment, et l'on suggère des modifications liées au contexte de la COVID-19 et des stratégies pour assurer l'accès au traitement par agonistes opioïdes. Les données issues de la recherche sur les approches d'atténuation décrites dans les documents sont limitées (évaluation des programmes), et certains facteurs contextuels propres aux provinces et aux pays peuvent jouer sur l'applicabilité des résultats à l'Ontario. Il faut travailler en partenariat avec les personnes qui consomment et leur famille pour que les services répondent à leurs besoins lors des périodes de perturbations et pour évaluer et améliorer de façon continue les stratégies actuelles et comprendre les conséquences involontaires, le tout en adoptant une optique d'équité et d'intersectionnalité. L'information contenue dans le présent examen peut servir de point de départ pour alimenter le dialogue avec les instances de santé publique provinciales et locales, les personnes qui consomment et leur famille, les organismes communautaires et les autres fournisseurs de services. Ces partenariats sont cruciaux pour planifier, appliquer et évaluer les approches de réduction des risques se rapportant aux méfaits liés à la consommation de substances dans les contextes concomitants de la pandémie de COVID-19 et de la crise des opioïdes.

Références

1. Nielsen, K. « A timeline of the novel coronavirus in Ontario », *Global News* [sur Internet], 8 juin 2020 [cité le 9 juin 2020]. Disponible à : globalnews.ca/news/6859636/ontario-coronavirus-timeline/.
2. Gouvernement de l'Ontario. *Un cadre visant le déconfinement de la province : Étape 2* [sur Internet], Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 9 juin 2020]. Disponible à : <https://files.ontario.ca/mof-framework-reopening-province-stage-2-fr-2020-06-09.pdf>.
3. Slaunwhite, A., W. Gan, R. Desai, B. Zhao, C. Xavier, J. Buxton. « Prevalence of risk factors for developing severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (COVID-19) in the Provincial Overdose Cohort » [sur Internet], Vancouver, BC, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2020 [cité le 27 août 2020]. Disponible à : bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/2020.04.23_KnowledgeUpdate_COVIDrelatedriskfactors.pdf.
4. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET). *Alerte du RCCET : Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*, Ottawa, ON, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. Disponible à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf>.
5. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *Research and Trend Analysis Branch. Research brief: COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use* [sur Internet], Vienne, ONUDC, 2020 [cité le 9 juin 2020]. Disponible à : unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf.
6. CBC News. « Pandemic worsens Canada's deadly opioid overdose epidemic », *CBC News* [sur Internet], 10 juin 2020 [cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : cbc.ca/news/health/drug-overdoses-covid19-1.5605563.
7. Duhatschek, P. « Overdose deaths rise in Guelph amid COVID-19 pandemic », *CBC News* [sur Internet], 4 juin 2020 [cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : cbc.ca/news/canada/kitchener-waterloo/guelph-overdose-deaths-covid-19-1.5598309.
8. Services de santé de l'Alberta. *Spike in opioid-related emergencies prompts warnings* [sur Internet], Edmonton, AB, Services de santé de l'Alberta, 2020 [cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : albertahealthservices.ca/news/Page15514.aspx.
9. Coroners Service de la Colombie-Britannique. « Illicit drug toxicity deaths in BC: January 1, 2010 - July 31, 2020 » [sur Internet], Vancouver, BC, Ministry of Public Safety & Solicitor General, 2020 [cité le 27 août 2020]. Disponible à : gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf.
10. Johnston, J. « June was the worst month for overdose deaths in B.C. history », *CBC News* [sur Internet], 16 juillet 2020 [cité le 20 juillet 2020]. Disponible à : cbc.ca/news/canada/british-columbia/overdose-deaths-b-c-june-2020-1.5652311.

11. Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS). *La pandémie de la COVID-19. Guide pratique nationale* [sur Internet], Vancouver, BC, Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS), 2020 [cité le 4 août 2020]. Disponible à : <https://crism.ca/projects/covidfrench/>.
12. Lam, V., C. Sankey, J. Wyman, M. Zhang; Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH); META:PHI; Ontario Medical Association. *COVID-19 opioid agonist treatment guidance* [sur Internet], Toronto, ON, CAMH, 2020 [modifié le 22 mars 2020; cité le 9 juin 2020]. Disponible à : camh.ca/-/media/files/covid-19-modifications-to-opioid-agonist-treatment-delivery-pdf.pdf.
13. Khangura, S., K. Konnyu, R. Cushman, J. Grimshaw, D. Moher. « Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach », *Systematic Reviews*, 2012, vol. 1, n° 1, p. 10. Disponible à : doi.org/10.1186/2046-4053-1-10.
14. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). *Rapport sommaire profane : synthèse des connaissances du CSM* [sur Internet], Ottawa, CA, Instituts de recherche en santé du Canada, 2020 [cité le 20 juillet 2020]. Disponible à : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52079.html>.
15. Thomas, J., A. Harden. « Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews », *BMC Medical Research Methodology*, 2008, vol. 8, article n° 45. Disponible à : doi.org/10.1186/1471-2288-8-45.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Disaster planning handbook for behavioural health treatment programs* [sur Internet], Rockville, MD, SAMHSA, 2013 [cité le 27 août 2020]. Disponible à : store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4779.pdf.
17. Blake, D., A. Lyons. « Opioid substitution treatment planning in a disaster context: perspectives from emergency management and health professionals in Aotearoa/New Zealand », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2016, vol. 13, n° 11, p. 1122. Disponible à : doi.org/10.3390/ijerph13111122.
18. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Guide d'orientation sur la COVID-19 : Sites de services de consommation et de traitement (SCT)* [sur Internet], version 2, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié le 16 avril 2020; cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_consumption_treatment_services_guidance_fr.pdf.
19. Ministère de la Santé de l'Ontario. *Document d'orientation sur la COVID-19 : Fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances en établissement* [sur Internet], version 1, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [modifié le 9 mai 2020; cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_MHAS_Community_guidance.pdf.
20. Services de santé de l'Alberta. *Harm reduction and COVID-19: guidance document for community service providers* [sur Internet], Edmonton, AB, Services de santé de l'Alberta, 2020 [modifié le 28 avril 2020; cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-harm-reduction-community-service-providers.pdf.
21. Peavy, K.M., J. Darnton, P. Grekin, M. Russo, C.J.B. Green, J.O. Merrill, et coll. « Rapid implementation of service delivery changes to mitigate COVID-19 and maintain access to methadone

among persons with and at high-risk for HIV in an opioid treatment program », *AIDS and Behaviour*, 2020, vol. 24, n° 9, p. 2469-2472. Disponible à : doi.org/10.1007/s10461-020-02887-1.

22. Frank, B., T. Dewart, J. Schmeidler, A. Demirjian. « The impact of 9/11 on New York City's substance abuse treatment programs: a study of program administrators », *Journal of Addictive Diseases*, 2006, vol. 25, n° 1, p. 5-14. Disponible à : doi.org/10.1300/j069v25n01_03.

23. Matusow, H., E. Benoit, L. Elliott, E. Dunlap, A. Rosenblum. « Challenges to opioid treatment programs after Hurricane Sandy: patient and provider perspectives on preparation, impact, and recovery », *Substance Use & Misuse*, 2018, vol. 53, n° 2, p. 206-219. Disponible à : doi.org/10.1080/10826084.2016.1267225.

24. O'Dwyer, N., H. Cliffe, K.E. Watson, E. McCourt, J.A. Singleton. « Continuation of opioid replacement program delivery in the aftermath of cyclones in Queensland, Australia: a qualitative exploration of the perspectives of pharmacists and opioid replacement therapy staff », *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2020, vol. 16, n° 8, p. 1081-1086. Disponible à : doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.11.007.

25. Blake, D., S. Pooley, A. Lyons. « Stigma and disaster risk reduction among vulnerable groups: considering people receiving opioid substitution treatment », *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 2020, vol. 48, n° 101588. Disponible à : doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101588.

26. Gouvernement du pays de Galles. *Coronavirus (COVID-19) : guidance for substance misuse and homelessness services* [sur Internet], Cardiff, Gouvernement du pays de Galles, 2020 [modifié le 19 mai 2020; cité le 26 juin 2020]. Disponible à : gov.wales/coronavirus-covid-19-guidance-for-substance-misuse-and-homelessness-services-html.

27. Scottish Drugs Forum. *Guidance on contingency planning for people who use drugs and COVID-19* [sur Internet], version 1, Glasgow, SCT, Scottish Drugs Forum, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : drugpolicy.ca/guidance-on-contingency-planning-for-people-who-use-drugs-and-covid-19/.

28. Public Health England, Département de la Santé et des Services sociaux. *COVID-19: guidance for commissioners and providers of services for people who use drugs or alcohol* [sur Internet], Londres, Crown Copyright, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-for-commissioners-and-providers-of-services-for-people-who-use-drugs-or-alcohol/covid-19-guidance-for-commissioners-and-providers-of-services-for-people-who-use-drugs-or-alcohol.

29. Yale Program in Addiction Medicine. *Coronavirus (COVID-19) guidance: clinicians & opioid treatment programs* [sur Internet], New Haven, CT, Université Yale, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/03/YaleADM_CoronavirusGuidance_Clinicians-and-OTPs_031620.pdf.

30. Elliott, L., E. Benoit, H. Matusow, A. Rosenblum. « Disaster preparedness among opioid treatment programs: policy recommendations from state opioid treatment authorities », *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 2017, vol. 23, p. 152-159. Disponible à : doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.05.001.

31. McArthur, L., A. Demirjian, F. Harmon, S. Hayashi, M. Fogash. « Methadone clinics' response to 9/11: a case study », *Journal of Maintenance in the Addictions*, 2005, vol. 2, n° 4, p. 13-27. Disponible à : doi.org/10.1300/J126v02n04_03.

32. Griffin, A.R., C. Der-Martirosian, A. Gable, T. Wyte-Lake, A. Dobalian. « A crisis within a crisis: the extended closure of an opioid treatment program after Hurricane Sandy », *Journal of Drug Issues*, 2018, vol. 48, n° 4, p. 536-545. Disponible à : doi.org/10.1177%2F0022042618779541.
33. Cooksey, J., G. Ganci, C. McPherson, B. Plant, K. Resch, S. Robinson, et coll. *Stratégies pour réduire la transmission du SRASCoV-2 dans les centres de réadaptation en dépendance et d'hébergement. Guide pratique national* [sur Internet], version 1, Vancouver, BC, Initiative canadienne de recherche en abus de substances, 2020 [cité le 4 août 2020]. Disponible à : <https://www.crismquebecatlantic.ca/wp-content/uploads/2020/07/stratgies-pour-rduire-la-transmission-du-sars-cov-2-dans-les-centres-de-radaptation-en-dpendance-et-dhbergement-20072020.pdf>.
34. Elton-Marshall, T., F. Ali, E. Hyshka, R. Shahin, S. Hopkins, S. Imtiaz, et coll. *Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19. Guide pratique national* [sur Internet], version 1, Toronto, ON, Initiative canadienne de recherche en abus de substances, 2020 [cité le 4 août 2020]. Disponible à : crismquebecatlantic.ca/wp-content/uploads/2020/08/scurit-des-travailleurs-en-prvention-et-rduction-des-risques-durant-la-pandmie-de-la-covid-19-31072020.pdf.
35. Bureau de santé publique de Toronto. *COVID-19 guidelines for harm reduction outreach & community overdose response* [sur Internet], Toronto, ON, Bureau de santé publique de Toronto, 2020 [cité le 4 août 2020]. Disponible à : toronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/9056-Guidelines-for-HR-outreach-and-OD-response-April-28-2020.pdf.
36. Maxwell, J.C., D. Podus, D. Walsh. « Lessons learned from the deadly sisters: drug and alcohol treatment disruption, and consequences from Hurricanes Katrina and Rita », *Substance Use & Misuse*, 2009, vol. 44, n° 12, p. 1681-1694. Disponible à : doi.org/10.3109/10826080902962011.
37. McClure, B., S. Mendoza, L. Duncan, J. Rotrosen, H. Hansen. « Effects of regulation on methadone and buprenorphine provision in the wake of Hurricane Sandy », *Journal of Urban Health*, 2014, vol. 81, n° 5, p. 999-1008. Disponible à : doi.org/10.1007/s11524-014-9904-5.
38. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). *Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe* [sur Internet], Lisbonne, OEDT, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : emcdda.europa.eu/system/files/publications/13073/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-1-2.pdf.
39. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Considerations for the care and treatment of mental and substance use disorders in the COVID-19 epidemic: March 20, 2020* [sur Internet], Rockville, MD, SAMHSA, 2020 [modifié le 7 mai 2020; cité le 26 juin 2020]. Disponible à : samhsa.gov/sites/default/files/considerations-care-treatment-mental-substance-use-disorders-covid19.pdf.
40. Hyshka, K., K. Dong, K. Meador, K. Speed, B. Abele, S. LeBlanc, et coll. *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19. Guide pratique national* [sur Internet], version 1, Edmonton, AB, ICRAS, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Soutenir-les-personnes-utilisatrices-de-substances-dans-les-centres-d%E2%80%99accueil-pendant-la-pand%C3%A9mie-de-la-COVID-19-14072020.pdf>.
41. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. *COVID-19 : provincial episodic overdose prevention service (e-OPS) protocol* [sur Internet], Vancouver, BC, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2020 [cité le

7 juillet 2020]. Disponible à : bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_EpisodicOPSProtocolGuidelines.pdf.

42. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. *COVID-19 : responding to opioid overdose in overdose prevention services (OPS) and supervised consumption sites (SCS)* [sur Internet], Vancouver, BC, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2020 [cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_RespondingToOpioidODsInOPS_SCS.pdf.

43. British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). *COVID-19: information for opioid agonist treatment prescribers and pharmacists* [sur Internet], Vancouver, BC, British Columbia Centre on Substance Use, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Bulletin-March-17-2020.pdf.

44. American Society of Addiction Medicine (ASAM). *Caring for patients during the COVID-19 pandemic: ASAM COVID-19 task for recommendations* [sur Internet], Rockville, MD, American Society of Addiction Medicine, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : www.asam.org/docs/default-source/covid-19/obot-guidance.pdf?sfvrsn=8c6e53c2_2.

45. Vecchio, S., R. Ramella, A. Drago, D. Carraro, R. Littlewood, L. Somaini. « COVID19 pandemic and people with opioid use disorder: innovation to reduce risk », *Psychiatry Research*, 2020, vol. 289, article n° 113047. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113047>.

46. Dong, K., K. Meador, E. Hyshka, E. Salokangas, S. Burton-MacLeod, C. Bablitz, et coll. *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19. Guide pratique nationale* [sur Internet], version 1, Edmonton, AB, Initiative canadienne de recherche en abus de substances, 2020 [cité le 4 août 2020]. Disponible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Soutenir-les-PUS-dans-un-milieu-de-soins-de-courte-dur%C3%A9e-31072020.pdf>.

47. Wilson, C.G., M. Ramage, E.B. Fagan. « A primary care response to COVID-19 for patients with an opioid use disorder », *Journal of Rural Health*, 11 avril 2020 [cyberpublication avant impression]. Disponible à : doi.org/10.1111/jrh.12438.

48. Bruneau, J., J. Rehm, T.C. Wild, E. Wood, A. Sako, J. Swansburg, et coll. *Télémedecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Guide pratique nationale* [sur Internet], version 1, Montréal, QC, Initiative canadienne de recherche en abus de substances, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/COVID19-LDPN-Telemedecine-01072020.pdf>.

49. Harris, M., S. Johnson, S. Mackin, R. Saitz, A.Y. Walley, J.L. Taylor. « Low barrier tele-buprenorphine in the time of COVID-19: a case report », *Journal of Addiction Medicine*, 2020, vol. 14, n° 4, p. e136-e138. Disponible à : [dx.doi.org/10.1097%2FADM.0000000000000682](https://doi.org/10.1097%2FADM.0000000000000682).

50. Brar R., J. Bruneau, P. Butt, M. Goyer, R. Lim, G. Poulin, et coll. *Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances. Guide pratique nationale* [sur Internet], version 1, Vancouver, BC, Initiative canadienne de recherche en abus de substances, 2020 [cité le 4 août 2020]. Disponible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Me%CC%81dication-et-autres-approches-pour-soutenir-la-distanciation-physique-des-personnes-utilisatrices-de-substances-31072020.pdf>.

Stratégies d'atténuation des risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie en période de perturbations

51. British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). *Risk mitigation in the context of dual public health emergencies* [sur Internet], version 1.5, Vancouver, BC, British Columbia Centre on Substance Use, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/05/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.6.pdf.
52. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Guidance for law enforcement and first responders administering naloxone* [sur Internet], Rockville, MD, SAMHSA, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : samhsa.gov/sites/default/files/guidance-law-enforcement-first-responders-administering-naloxone.pdf.
53. Bureau de santé publique de Toronto. *COVID-19 guidance for naloxone kit distribution* [sur Internet], Toronto, ON, Bureau de santé publique de Toronto, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : toronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/9797-COVID-19-Guidance-on-Naloxone-Kit-Distribution.pdf.
54. Rapid Response Service. *Possible benefits of providing safe supply of substances to people who use drugs during public health emergencies such as the COVID-19 pandemic* [sur Internet], Toronto, ON, Réseau ontarien de traitement du VIH, 2020 [cité le 7 juillet 2020]. Disponible à : ohrn.on.ca/wp-content/uploads/2020/04/RR_safe-supply.pdf.
55. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *L'outil interactif sur les opioïdes* [sur Internet], Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 9 juin 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/substance-use/interactive-opioid-tool>.
56. Gupta, V.K., H. Hansen, S. Mendoza, X.L. Chen, R.G. Swift. « Merging outpatient addiction and opioid-maintenance programs during a disaster: lessons from Hurricane Sandy », *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2017, vol. 11, n° 5, p. 531-537. Disponible à : doi.org/10.1017/dmp.2016.190.
57. Tofighi, B., E. Grossman, A. Williams, R. Biary, J. Rotrosen, J. Lee. « Outcomes among buprenorphine-naloxone primary care patients after Hurricane Sandy », *Addiction Science & Clinical Practice*, 2014, vol. 9, n° 1, p. 3. Disponible à : doi.org/10.1186/1940-0640-9-3.
58. Rogers, B. G., T. Arnold, A.S. Scherr, S.H. Strong, R. Holcomb, C.D. Ndoye, et coll. « Adapting substance use treatment for HIV affected communities during COVID-19: comparisons between a sexually transmitted infections (STI) clinic and a local community based organization », *AIDS and Behaviour*, 27 mai 2020 [cyberpublication avant impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02933-y>.
59. Jiang, H., H. Su, C. Zhang, X. Lie, R. Li, N. Zhong, et coll. « Challenges of methadone maintenance treatment during the COVID-19 epidemic in China: policy and service recommendations », *European Neuropsychopharmacology*, 2020, vol. 35, p. 136-137. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.03.018>.
60. Santé Canada. *Exemption de catégorie de personnes en vertu du paragraphe 56(1) visant les patients, les pharmaciens et les praticiens pour la prescription et la fourniture de substances désignées au Canada pendant la pandémie de coronavirus* [sur Internet], version 1, Ottawa, ON, Santé Canada, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/04/CDSA_exemption.pdf.

61. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Division of Pharmacologic Therapies (DPT), Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *OTP guidance for patients quarantined at home with the coronavirus* [sur Internet], Rockville, MD, SAMHSA, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : [samhsa.gov/sites/default/files/otp-covid-implementation-guidance.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/otp-covid-implementation-guidance.pdf).
62. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Opioid treatment program (OTP) guidance* [sur Internet], Rockville, MD, SAMHSA, 2020 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : [samhsa.gov/sites/default/files/otp-guidance-20200316.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/otp-guidance-20200316.pdf).
63. Samuels, E. A., S.A. Clark, C. Wunsch, L.A.J. Keeler, N. Reddy, R. Vanjani, et coll. « Innovation during COVID-19: improving addiction treatment access », *Journal of Addiction Medicine*, 2020, vol. 14, n° 4, p. e8-e9. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000685>.
64. Département de la Justice des États-Unis, Drug Enforcement Administration. *DEA qualifying practitioners: DEA qualifying other practitioners* [sur Internet], Springfield, VA, Drug Enforcement Administration, 2020 [cité le 28 mai 2020]. Disponible à : [deadiversion.usdoj.gov/GDP/\(DEA-DC-022\)\(DEA068\)%20DEA%20SAMHSA%20buprenorphine%20telemedicine%20\(Final\)%20+Esign.pdf?m_c_cid=8dffbc637&mc_eid=d4494a732e](https://deadiversion.usdoj.gov/GDP/(DEA-DC-022)(DEA068)%20DEA%20SAMHSA%20buprenorphine%20telemedicine%20(Final)%20+Esign.pdf?m_c_cid=8dffbc637&mc_eid=d4494a732e).
65. Toriello, P.J., P.A. Morse, E.V. Morse, P. Kissinger, E. Pedersen-Wasson. « The resuscitation of a New Orleans substance abuse treatment agency after Hurricane Katrina », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2007, vol. 18, n° 2, p. 482-486. Disponible à : doi.org/10.1353/hpu.2007.0050.
66. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). *Effets de la pandémie de COVID-19 sur les personnes qui consomment des substances : ce que nous avons entendu*, Ottawa, ON, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. Disponible à : <https://ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-COVID-19-Impacts-on-People-Who-Use-Substances-Report-2020-fr.pdf>.
67. Ville de Toronto. *Toronto overdose action plan: status report 2020* [sur Internet], Toronto, ON, Ville de Toronto, 2020 [cité le 25 août 2020]. Disponible à : app.toronto.ca/tmmis/viewAgendaItemHistory.do?item=2020.HL17.2.
68. Alliance for Healthier Communities. *Over 100 organizations endorse call for access to Emergency Safe Supply* [sur Internet], Toronto, ON, Alliance for Healthier Communities, 2020 [cité le 25 août 2020]. Disponible à : allianceon.org/news/Over-100-organizations-endorse-call-access-Emergency-Safe-Supply.
69. Omstead, J. « Alberta government to end funding for intensive opioid therapy program », *CBC News* [sur Internet], 9 mars 2020 [cité le 25 août 2020]. Disponible à : [cbc.ca/news/canada/edmonton/injectable-opioid-treatment-alberta-1.5490566](https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/injectable-opioid-treatment-alberta-1.5490566).
70. Bonn, M., N. Touesnard, M. Pugliese, B. Cheng, E. Comeau, C. Bodkin, et coll. *Pour un approvisionnement sûr durant la pandémie de COVID-19 et au-delà : examen de la portée et mobilisation des connaissances* [sur Internet], Ottawa, ON, Instituts de recherche en santé du Canada, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/HERDER_Initial-Knowledge-Synthesis_Draft-2020-06-22.pdf.
71. Stöver, H. « Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: a survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians », *European Addiction Research*, 2011, vol. 17, n° 1, p. 44-54. Disponible à : doi.org/10.1159/000320576.

72. Golovanevskaya, M., L. Vlasenko, R. Saucier. « In control?: Ukrainian opiate substitution treatment patients strive for a voice in their treatment », *Substance Use & Misuse*, 2012, vol. 47, n° 5, p. 511-521. Disponible à : doi.org/10.3109/10826084.2012.644117.
73. Amass, L., W.K. Bickel, J.P. Crean, S.T. Higgins, G.J. Badger. « Preferences for clinic privileges, retail items and social activities in an outpatient buprenorphine treatment program », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1996, vol. 13, n° 1, p. 43-49. Disponible à : [doi.org/10.1016/0740-5472\(95\)02060-8](https://doi.org/10.1016/0740-5472(95)02060-8).
74. Magrath, S.M. *Medication assisted treatment and the three legged stool: medical providers, chemical dependency professionals, and clients* [thèse doctorale], Seattle, WA, Antioch University, 2016. Disponible à : aura.antioch.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1308&context=etds.
75. Drainoni, M., C. Farrell, A. Sorensen-Alawad, J.N. Palmisano, C. Chaisson, A.Y. Walley. « Patient perspectives of an integrated program of medical care and substance use treatment », *AIDS Patient Care and STDs*, 2014, vol. 28, n° 2, p. 71-81. Disponible à : <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0179>.
76. Teruya, C., R.P. Schwartz, S.G. Mitchell, A.L. Hasson, C. Thomas, S.H. Buoncristiani, et coll. « Patient perspectives on buprenorphine/naloxone : a qualitative study of retention during the starting treatment with agonist replacement therapies (START) study », *Journal of Psychoactive Drugs*, 2014, vol. 46, n° 5, p. 412-426. Disponible à : doi.org/10.1080/02791072.2014.921743.
77. Carrera, I., L. Sánchez, E. Sabater, C. Pereiro, G. Flórez, M. Conde, et coll. « Study on users' perception of agonist opioid treatment in the Galician network of drug addiction », *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 2016, vol. 18, n° 3, p. 29-42.
78. Fox, A.D., A. Chamberlain, N.L. Sohler, T. Frost, C.O. Cunningham. « Illicit buprenorphine use, interest in and access to buprenorphine treatment among syringe exchange participants », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2015, vol. 48, n° 1, p. 112-116. Disponible à : doi.org/10.1016/j.jsat.2014.07.015.
79. Eibl, J. K., G. Gauthier, D. Pellegrini, J. Daiter, M. Varenbut, J.C. Hogenbirk, et coll. « The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting », *Drug and Alcohol Dependence*, 2017, vol. 176, p. 133-138. Disponible à : doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.048.
80. Lin, L.A., D. Casteel, E. Shigekawa, M.S. Weyrich, D.H. Roby, S.B. McMenamin. « Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: a systematic review », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2019, vol. 101, p. 38-49. Disponible à : doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007.
81. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance* [sur Internet], Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : who.int/publications/i/item/community-based-health-care-including-outreach-and-campaigns-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic.
82. Larney, S., J. Bruneau, M. Raynault, J. Meeson, S. Hoj, N. Minoyan, et coll. *Revue rapide des effets des « grandes crises » sur les personnes qui consomment des drogues et sur la prestation des services de réduction des méfaits ou de traitement de la toxicomanie : nécessité de renforcement des systèmes due à la pandémie de COVID-19* [sur Internet], Ottawa, ON, Instituts de recherche en santé du Canada, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/LARNEY_CMH-Initial-Knowledge-Synthesis-2020-06-22.pdf.

83. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-fre.pdf.
84. Salamanca-Buentello, F., D. Cheng, R. Upshur, A. Sud. *Revue rapide du traitement de substitution aux opioïdes en cas de grandes perturbations des soins médicaux* [sur Internet], Ottawa, ON, Instituts de recherche en santé du Canada, 2020 [cité le 12 août 2020]. Disponible à : https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/UPSHUR-Initial-KnowledgeSynthesis_Draft_2020-06-22.pdf.
85. Réseau juridique canadien VIH/sida. « 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* [sur Internet], 2^e éd., Toronto, ON, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : <https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/08/manifestoUDI.pdf>.
86. Salmon, A., A.J. Browne, A. Pederson. « 'Now we call it research' : participatory health research involving marginalized women who use drugs », *Nursing Inquiry*, 2010, vol. 17, n° 4, p. 336-345. Disponible à : doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00507.x.
87. Ti, L., D. Tzemis, J.A. Buxton. « Engaging people who use drugs in policy and program development: a review of the literature », *Substance Abuse Treatment Prevention, and Policy*, 2012, vol. 7, n° 1, p. 47. Disponible à : doi.org/10.1186/1747-597X-7-47.
88. Vancouver Coastal Health. *Overdose prevention & response in the context of the COVID-19 pandemic: recommendations for social service settings* [sur Internet], Vancouver, BC, Vancouver Coastal Health, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : sneezediseases.com/assets/wysiwyg/OD%20response%20in%20social%20service%20settings%20%2B%20COVID%20checklist_V7.pdf.
89. Guta, A., C. Strike, M. Gagnon, K. Rudzinski, M. Perri. *Examen de la portée des considérations éthiques lors de la réponse aux besoins des personnes qui consomment des drogues durant les urgences de santé publique* (recherches au 19 juin 2020) [sur Internet], Ottawa, ON, Instituts de recherche en santé du Canada, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : covid19mentalhealthresearch.ca/wp-content/uploads/2020/06/GUTA-CIHR-CMH-Initial-Knowledge-Synthesis-2020-06-22.pdf.
90. Regional Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Working Group. *COVID-19 : comment inclure les personnes marginalisées et vulnérables à travers la communication des risques et l'engagement communautaire* [sur Internet], Genève, Organisation mondiale de la Santé, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2020 [modifié le 24 avril 2020; cité le 14 août 2020]. Disponible à : reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COVID-19-RCCE-Guidance-Update-200422.pdf.
91. Bureau de l'agent de santé publique provincial de la Colombie-Britannique, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. *Stopping the harm: decriminalization of people who use drugs in BC* [sur Internet], Victoria, BC, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 2019 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/stopping-the-harm-report.pdf.
92. Haut-Commissariat aux droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies. *Statement by the UN expert on the right to health* on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic*

[sur Internet], Genève, Haut-Commissariat aux droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies, 2020 [cité le 12 août 2020]. Disponible à :

[ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E](https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E).

93. Comité spécial sur la décriminalisation des drogues illicites, Association canadienne des chefs de police. *Rapport sur les conclusions et recommandations. Décriminalisation pour la simple possession de drogues illicites : Exploration des répercussions sur la sécurité publique et la police* [sur Internet], Kanata, ON, Association canadienne des chefs de police, 2020 [cité le 12 août 2020]. Disponible à :

https://www.cacp.ca/index.html?asst_id=2190.

94. Azpiri, J. « Canadian police chiefs call for decriminalization of simple illicit drug possession », *Global News* [sur Internet], 9 juillet 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à :

globalnews.ca/news/7158404/drug-decriminalization-canada-police-chiefs/#:~:text=The%20head%20of%20the%20Canadian,heads%20the%20CACP%2C%20said%20Thursday.

95. Zussman, R. « B.C. premier formally asks federal government to decriminalize illegal drugs », *Global News* [sur Internet], 20 juillet 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à :

globalnews.ca/news/7199147/horgan-decriminalize-illegal-drugs/.

96. Vallier, K. « St. Catherine's council endorses decriminalization of illicit drugs », *Niagara Independent* [sur Internet], 4 août 2020 [cité le 25 août 2020]. Disponible à :

niagaraindependent.ca/st-catharines-council-endorses-decriminalization-of-illicit-drugs/.

97. Comité de rédaction du Toronto Star. « Canada should listen to the experts and decriminalize drug possession », *Toronto Star* [sur Internet], 14 juillet 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à :

thestar.com/opinion/editorials/2020/07/14/canada-should-listen-to-the-experts-and-decriminalize-drug-possession.html.

98. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Lettre au gouvernement canadien : Décriminalisons immédiatement la possession de drogues pour un usage personnel* [sur Internet], Toronto, ON, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2020 [modifié le 14 mai 2020; cité le 25 août 2020]. Disponible à :

<http://www.aidslaw.ca/site/letter-to-canadian-government-decriminalize-simple-drug-possession-immediately/?lang=fr>.

99. Eastwood, N., E. Fox, A. Rosmarin. *A quiet revolution: drug decriminalisation across the globe*, Londres, Release, 2016. Disponible à :

release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/A%20Quiet%20Revolution%20-%20Decriminalisation%20Across%20the%20Globe.pdf.

100. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. *Revue rapide : Quel est l'effet de la pandémie de COVID-19 sur la consommation d'opioïdes et de substances illicites et sur les méfaits associés?* [sur Internet], Hamilton, ON, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2020 [cité le 7 juillet 2020]. Disponible à :

<https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/bd4e5d36a423e6fd1f0b1f25248a83933f4c97b3.pdf>.

101. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Résumé épidémiologique amélioré : La COVID-19 en Ontario – un regard sur la diversité, du 15 janvier 2020 au 14 mai 2020* [sur Internet], Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le

7 juillet 2020]. Disponible à : publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?la=fr.

102. Urbanoski, K.A. « Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada », *CMAJ*, 2017, vol. 189, n° 44, p. E1350-1. Disponible à : doi.org/10.1503/cmaj.171002.

103. Kulesza, M., M. Matsuda, J.J. Ramirez, A.J. Werntz, B.A. Teachman, K.P. Lindgren. « Towards greater understanding of addiction stigma: intersectionality with race/ethnicity and gender », *Drug and Alcohol Dependence*, 2016, vol. 169, p. 85-91. Disponible à : doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020.

104. Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique, Université de Victoria. *Housing and harm reduction: a policy framework for greater Victoria*, Victoria, BC, Université de Victoria, 2011 [cité le 26 juin 2020]. Disponible à : uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-housing-and-harm-reduction.pdf.

105. Quilty, L., B. Agic, L. Buckley, M. Coombs, B. Kristy. *Knowledge synthesis: COVID-19 mental health and substance use *DRAFT*. Digital health solutions to support women with addiction during COVID-19: applying a gender- and trauma-informed lens* [sur Internet], Ottawa, ON, Instituts de recherche en santé du Canada, 2020 [cité le 14 août 2020]. Disponible à : covid19mentalhealthresearch.ca/wp-content/uploads/2020/06/QUILTY_CMH-KS-Initial-Knowledge-Synthesis-Draft-2020-06-22.pdf.

Annexe A

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche qui suit a été élaborée par les services de bibliothèque de SPO dans Ovid MEDLINE et adaptée aux bases de données de la plateforme Ovid, soit Embase et PsycINFO.

Annexe A – Tableau 1. Stratégie de recherche dans Ovid MEDLINE (de 1946 au 26 mai 2020)

#	Recherches
1	("2019 corona virus" or "2019 coronavirus" or "2019 ncov" or "corona virus 19" or "corona virus 2019" or "corona virus 2019" or "corona virus disease 19" or "corona virus disease 2019" or "corona virus epidemic*" or "corona virus outbreak*" or "corona virus pandemic*" or "coronavirus 19" or "coronavirus 2019" or "coronavirus 2019" or "coronavirus disease 19" or "coronavirus disease 2019" or "coronavirus epidemic*" or "coronavirus outbreak*" or "coronavirus pandemic*" or "covid 19" or "covid 2019" or "new corona virus" or "new coronavirus" or "novel corona virus" or "novel coronavirus" or "novel human coronavirus" or "sars coronavirus 2" or "sars cov 2" or "sars cov2" or "sars like coronavirus" or "severe acute respiratory syndrome corona virus 2" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "severe specific contagious pneumonia" or "wuhan corona virus" or "wuhan coronavirus" or 2019ncov or covid19 or covid2019 or ncov or sarscov2 or "coronavirus response" or "corona virus response").af.
2	((novel or Wuhan or China or Chinese or "seafood market" or "2019" or outbreak* or epidemic* or pandemic*) adj5 (coronavirus* or "corona virus*" or betacoronavirus* or "beta coronavirus*" or "beta corona virus*" or pneumonia* or SARS or "severe acute respiratory syndrome")).af.
3	((coronavirus* or "corona virus*" or betacoronavirus* or "beta coronavirus*" or "beta corona virus*" or SARS or "severe acute respiratory syndrome") adj5 pneumonia*).af.
4	1 or 2 or 3
5	exp Analgesics, Opioid/ or Fentanyl/ or Heroin/ or Heroin Dependence/ or Hydrocodone/ or Hydromorphone/ or Illicit Drugs/ or Narcotics/ or Oxycodone/ or Oxymorphone/ or Opioid

Recherches

Epidemic/ or Opioid-Related Disorders/ or Street Drugs/ or Substance Abuse, Intravenous/ or Substance-Related Disorders/

6 (acetylfentan#l or carfentan#l or diacetylmorph#ne or fentan#l* or heroin or hydrocodone or hydromorph#ne or morphine or oxycodone or phentan#l or tramadol or ((injection or intravenous) adj2 "drug use*") or ((drug or substance*) adj2 (abuse or addict* or dependence or misuse))).ab,ti,kw,kf.

7 (opiod* or opiate*).ti,ab,kw,kf,hw.

8 5 or 6 or 7

9 4 and 8

Annexe B

Annexe B – Tableau 1. Caractéristiques des documents

Note : 1) Planification des mesures d'urgence et de l'intervention; 2) Mesures de santé publique et information en lien avec la COVID-19; 3) Services de réduction des méfaits; 4) Services de traitement des problèmes de consommation.

Document	Modèle d'étude	Territoire	Période de perturbations	Programme ou secteur de services			
				1	2	3	4
Blake et coll., 2016 ¹⁷	Qualitatif	Nouvelle-Zélande	Tremblements de terre	X			X
Blake et coll., 2020 ²⁵	Qualitatif	Nouvelle-Zélande	S. O.	X			X
Brar et coll., 2020 ⁵⁰	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	X
Bruneau et coll., 2020 ⁴⁸	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	X
Alberta Health Services, 2020 ²⁰	Document d'orientation	Canada	COVID-19	X	X	X	X
American Society of Addiction Medicine, 2020 ⁴⁴	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19		X	X	X
Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2020a ⁴¹	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	

Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, 2020b ⁴²	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	
BCCSU, 2020a ⁴³	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	X
BCCSU, 2020b ⁵¹	Document d'orientation	Canada	COVID-19			X	
CCDUS, 2020 ⁴	Rapport sur la littérature grise	Canada	COVID-19	X	X	X	X
Cooksey et coll., 2020 ³³	Document d'orientation	Canada	COVID-19	X	X		X
Drug Enforcement Administration, 2020 ⁶⁴	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19				X
Dong et coll., 2020 ⁴⁶	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	X
Elliot et coll., 2017 ³⁰	Qualitatif	États-Unis	Ouragan Sandy	X		X	X
Elton-Marshall et coll., 2020 ³⁴	Document d'orientation	Canada	COVID-19	X	X	X	
Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020 ³⁸	Rapport sur la littérature grise	Europe	COVID-19	X	X	X	X
Frank et coll., 2006 ²²	Qualitatif	États-Unis	Attaques terroristes du 11 septembre	X			X

Griffin et coll., 2018 ³²	Qualitatif	États-Unis	Ouragan Sandy	X			X
Gupta et coll., 2017 ⁵⁶	Qualitatif	États-Unis	Ouragan Sandy				X
Harris et coll., 2020 ⁴⁹	Éditorial, commentaire, correspondance	États-Unis	COVID-19		X	X	X
Santé Canada, 2020 ⁶⁰	Document d'orientation	Canada	COVID-19				X
Hyshka et coll., 2020 ⁴⁰	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	X
Jiang et coll., 2020 ⁵⁹	Éditorial, commentaire, correspondance	Chine	COVID-19				X
Lam et coll., 2020 ¹²	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X	X
Matusow et coll., 2018 ²³	Qualitatif	États-Unis	Ouragan Sandy	X			X
Maxwell et coll., 2009 ³⁶	Méthodes mixtes	États-Unis	Ouragans Katrina/Rita	X			X
McArthur et coll., 2005 ³¹	Étude de cas	États-Unis	Attaques terroristes du 11 septembre	X			X
McClure et coll., 2014 ³⁷	Qualitatif	États-Unis	Ouragan Sandy	X			X
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2020a ¹⁸	Document d'orientation	Canada	COVID-19	X	X	X	

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2020b ¹⁹	Document d'orientation	Canada	COVID-19	X	X	X	X
O'dwyer et coll., 2020 ²⁴	Qualitatif	Australie	Cyclones	X			X
Peavy et coll., 2020 ²¹	Éditorial, commentaire, correspondance	États-Unis	COVID-19	X	X		X
Public Health England, Département de la Santé et des Services sociaux, 2020 ²⁸	Éditorial, commentaire, correspondance	Royaume-Uni	COVID-19	X	X	X	X
Rapid Response Service, 2020 ⁵⁴	Revue de la littérature grise	S. O.	COVID-19			X	
Rogers et coll., 2020 ⁵⁸	Éditorial, commentaire, correspondance	États-Unis	COVID-19				X
SAMHSA, 2020a ¹⁶	Document d'orientation	États-Unis	S. O.	X			
SAMHSA, 2020b ³⁹	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19		X		X
SAMHSA, 2020c ⁵²	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19		X	X	
SAMHSA, 2020d ⁶¹	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19				X

SAMHSA, 2020e ⁶²	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19					X
Samuels et coll., 2020 ⁶³	Éditorial, commentaire, correspondance	États-Unis	COVID-19				X	X
Scottish Drugs Forum, 2020 ²⁷	Document d'orientation	Écosse	COVID-19	X	X	X		X
Tofighi et coll., 2014 ⁵⁷	Sondage	États-Unis	Ouragan Sandy					X
Toriello et coll., 2007 ⁶⁵	Rapport local	États-Unis	Ouragan Katrina					X
Bureau de santé publique de Toronto, 2020a ³⁵	Document d'orientation	Canada	COVID-19	X	X	X		
Bureau de santé publique de Toronto, 2020b ⁵³	Document d'orientation	Canada	COVID-19		X	X		
Vecchio et coll., 2020 ⁴⁵	Éditorial, commentaire, correspondance	Italie	COVID-19		X	X		X
Gouvernement gallois, 2020 ²⁶	Document d'orientation	Pays de Galle	COVID-19	X	X	X		X
Wilson et coll., 2020 ⁴⁷	Éditorial, commentaire, correspondance	États-Unis	COVID-19		X	X		X

Yale Program in Addiction Medicine, 2020 ²⁹	Document d'orientation	États-Unis	COVID-19	X	X	X	X
--	---------------------------	------------	----------	---	---	---	---

Annexe C

Annexe C – Tableau 1. Exemples de considérations stratégiques entourant la planification des mesures d’urgence et de l’intervention

Considérations stratégiques	Documents
Établir des plans d’urgence relatifs entre autres aux stocks, à l’approvisionnement et aux coordonnées afin de maintenir les services offerts aux personnes qui consomment des substances (p. ex., unités mobiles, générateurs d’électricité, accumulation de stocks).	16, 17, 19-24, 26-28, 30, 39
Collaborer et assurer une coordination avec les intervenants pour la planification des mesures d’urgence et de l’intervention (p. ex., pharmaciens, autres programmes de traitement par agonistes opioïdes, élaboration de plans interagences, participation des personnes qui consomment des drogues).	16, 17, 19, 23, 24, 26-28, 30-32, 35, 38
Développer des mécanismes de communication pour la planification des urgences (p. ex., collaboration avec le personnel, partenaires chargés de communiquer les changements à la prestation de services en situation d’urgence, modification des moyens de communication).	16, 17, 19, 23, 24, 27, 30-33, 35
Planifier des ententes de services temporaires pour les périodes de perturbations (p. ex., prestation virtuelle, transfert des clients à d’autres services, administration d’une dose à un patient d’un autre programme, arrivée de nouveaux patients).	16, 17, 19-23, 30-32, 35
Revoir les politiques internes dans le but de mettre à jour ou d’élaborer des plans d’urgence (p. ex., politiques relatives au personnel, notamment en ce qui concerne la disponibilité, les remplacements et les postes essentiels; politiques de prévention et de contrôle des infections; politiques et procédures relatives aux doses à prendre à la maison, à la confidentialité et au paiement).	16, 18-21, 27, 30, 33, 35
Préparer le personnel et les clients aux plans d’urgence (p. ex., distribuer des trousse d’urgence, procéder à des exercices d’urgence, remettre des copies des plans d’urgence aux clients pris en charge).	16, 19, 23, 30-33, 35
Améliorer les compétences d’intervention en cas d’urgence du personnel et des intervenants par de la formation (p. ex., santé mentale, humilité culturelle, lutte contre la stigmatisation, gestion des situations d’urgence, application de la loi et méthadone).	16, 22, 25, 30, 31, 36, 41
Veiller à ce que les programmes s’appuient sur l’information locale et soient à jour.	16, 18, 20, 26, 28, 29

Considérations stratégiques	Documents
Tenir compte des besoins de différentes clientèles (p. ex., accessibilité, considérations géographiques) et adapter les plans au contexte local.	16, 17, 19, 23, 31
Désigner des responsables de la planification de l'intervention au sein de l'organisation.	16, 21, 31, 33
Élaborer un système national de collecte de données sur les méfaits associés à la consommation de substances.	4

Annexe C – Tableau 2. Exemples de considérations stratégiques entourant les mesures de santé publique et l'information en lien avec la COVID-19

Considérations stratégiques	Documents
Mettre en place des mesures de lutte anti-infectieuse afin de maintenir l'offre de services (p. ex., nettoyage de l'environnement, hygiène des mains, hygiène respiratoire, utilisation d'EPI).	4, 18-21, 26-28, 33-35, 38, 40-46, 52, 53
Mettre en place des mesures de distanciation physique pour la prestation des services (p. ex., barrières physiques, limite du nombre de clients).	12, 18-21, 26, 28, 29, 33-35, 38-41, 45, 47, 48
Donner aux clients de l'information sur les symptômes et les facteurs de risque de la COVID-19, ainsi que sur les mesures mises en place.	12, 18-20, 26, 27, 33, 35, 40, 42-44, 48, 49
Établir des procédures pour les cas possibles, suspectés ou confirmés de COVID-19.	18-21, 26-29, 33, 38-40, 46
Proposer des politiques relatives au personnel et aux interactions entre le personnel et les clients qui ont recouru à des services de réduction des méfaits et de traitement des problèmes de consommation (p. ex., former le personnel responsable des interventions en cas de surdose sur l'utilisation appropriée de l'EPI).	18-21, 26, 28, 33-35, 38, 40, 46
Communiquer clairement les précautions et les politiques liées à la COVID-19 aux clients, au personnel et aux familles (affiches sur la prévention de la propagation de la COVID-19, distribution de documents informatifs sur les protocoles).	18-21, 26, 33-35, 40, 42, 46
Tenir les clients informés des nouveautés en matière de services, de ressources et de politiques.	12, 19, 20, 26, 34, 40, 41, 43, 46
Donner aux clients de l'information sur les stratégies de consommation sécuritaire.	20, 26, 27, 40, 43, 44, 46, 49, 50

Considérations stratégiques	Documents
Fournir aux clients de l'information relative à l'hygiène (p. ex., nettoyage de l'équipement de consommation).	20, 26-28, 40, 42, 46, 49
Élaborer un processus encadrant l'évaluation des risques au point de service et le dépistage de la COVID-19.	18-20, 26, 33, 34, 38, 40
Mettre en place des procédures en cas de non-respect des mesures de santé publique en lien avec la COVID-19.	19, 26, 46
Veiller à ce que l'information soit accessible à différents groupes de clients (p. ex., considérations entourant la langue et la culture).	19, 33, 48
Donner aux clients de l'information sur la préparation à différents scénarios (p. ex., auto-isollement, surdose, intervention en cas de surdose).	20, 46, 50
Soutenir les clients qui doivent s'auto-isoler en milieu de soins et au congé (p. ex., accès à du divertissement, soutien virtuel, infirmiers auxiliaires, suivis).	33, 46

Annexe C – Tableau 3. Exemples de considérations stratégiques entourant les services de traitement des problèmes de consommation

Programme ou secteur de services	Considérations stratégiques
Accès aux ordonnances de traitement par agonistes opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'accès continu aux ordonnances dans des lieux de remplacement (p. ex., fourgonnettes mobiles, stations de distribution, administration de doses à des patients d'autres programmes, hôpitaux) ou selon d'autres méthodes de distribution (p. ex., pharmaciens)^{12,17,20,22-24,26-29,36,38,40,43-50,57,59-61}. • Établir des processus de renouvellement des ordonnances^{43,44,47-49,57}. • Collaborer étroitement avec des partenaires et d'autres programmes pour faciliter l'accès aux ordonnances^{12,23,28,44,48}.

Programme ou secteur de services	Considérations stratégiques
Pratiques de prescription de traitement par agonistes opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la prise de doses à la maison, notamment en augmentant la durée des ordonnances pour assurer la continuité du traitement^{12,17,21-24,26-29,31,32,38,43-45,48,50,56,57,59,62}. Appuyer les décisions relatives aux doses à prendre à la maison et à la durée des ordonnances sur divers aspects (p. ex., cadre réglementaire, sécurité du patient, sécurité de la collectivité, stabilité clinique, risques associés à la COVID-19 et mesures de santé publique, facteurs propres au patient comme l'accès à un téléphone et la capacité d'entreposer la substance de façon sécuritaire)^{12,21-23,26,28,29,31,32,40,43,44,48-50,59}. Réduire ou cesser les dépistages par l'urine pour éviter les visites en personne (pour certains groupes)^{12,21,23,28,29,31,38,44,45,47,48,50,56}. Mettre en place différents modes de prescription (p. ex., électronique, verbale) afin de favoriser l'accès^{31,38,44,47-49,57,60}. Envisager, selon les besoins, d'apporter des changements aux substances employées pour les traitements par agonistes opioïdes (p. ex., injection retard de buprénorphine)^{24,26,28,38,45,48}. Explorer des méthodes qui remplaceraient la prise de doses sous surveillance (p. ex., autoadministration, appels téléphoniques)^{12,26,27,48,63}. Établir des stratégies d'entreposage sans danger pour les clients (p. ex., ententes de possession, coffret de sûreté)^{12,26,28,48}. Offrir des approches provisoires ou de remplacement pour les médicaments^{27,29,40}. Établir un processus pour les doses manquées (p. ex., évaluations virtuelles, sans dépistage par l'urine, doses plus faibles)^{12,48}. Classer les patients en fonction du risque pour les traitements par agonistes opioïdes⁴⁴. Collaborer avec d'autres milieux pour comprendre la continuité du traitement après l'incarcération²⁸. Envisager de refuser les nouveaux patients pour favoriser la prestation de soins aux clients actuels⁵⁶.
Accès aux ordonnances de traitement par agonistes opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à l'accès continu aux ordonnances dans des lieux de remplacement (p. ex., fourgonnettes mobiles, stations de distribution, administration de doses à des patients d'autres programmes, hôpitaux) ou selon d'autres méthodes de distribution (p. ex., pharmaciens)^{12,17,20,22-24,26-29,36,38,40,43-50,57,59-61}. Établir des processus de renouvellement des ordonnances^{43,44,47-49,57}. Collaborer étroitement avec des partenaires et d'autres programmes pour faciliter l'accès aux ordonnances^{12,23,28,44,48}.

Programme ou secteur de services	Considérations stratégiques
Prestation de programmes de traitement par agonistes opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter le recours à la télémédecine dès qu'il y a lieu (évaluation au cas par cas)^{12,20,21,26,28,29,38,43,44,47-49,58,59,63,64}. Tenir compte des problèmes d'accès et d'équité touchant différents groupes de population (p. ex., services visant à fournir des téléphones ou des cartes d'appel aux clients qui n'en ont pas, services de proximité)^{23,28,38,49,50,63}. Offrir d'autres options pour la prestation des services et des soins (transfert de clients à d'autres programmes)^{23,26,31,36}. Mettre en place un accès rapide/des programmes à exigences peu élevées (p. ex., lignes d'assistance dédiées au triage et à l'évaluation)^{38,45,49,63}. Envisager des modifications à l'horaire et aux heures d'ouverture (p. ex., déplacement des rendez-vous, services sur rendez-vous seulement, répartition différée des rendez-vous pour les soins en personne, heures prolongées)^{21,22,45,47,56}. Garder le personnel et les clients rassemblés durant les catastrophes pour procurer un sentiment de sécurité (p. ex., ouragan Sandy)⁵⁶. Concernant la télémédecine, considérer les questions de qualité des soins, de documentation, de communication des limites, de consentement du patient, de protection de la vie privée et de confidentialité⁴⁸.
Échange de l'information	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser une communication accrue et continue entre le personnel, les médecins et les clients^{12,22,23,26,28,48,50,56,59}. Utiliser divers modes de communication (p. ex., ligne téléphonique, messages textes, site Web mis à jour régulièrement)^{22,23,48,56,57,59}. Concernant les traitements par agonistes opioïdes, favoriser l'accès aux bases de données et aux dossiers médicaux électroniques, et la centralisation de ces renseignements^{17,22,23,30-32,36,37,56}. Envisager des options d'accès adapté ou à distance aux dossiers des patients (p. ex., registres papier des doses dans le contexte de catastrophes naturelles, systèmes de secours)^{17,23,29,31,36}. Donner accès aux coordonnées personnelles des fournisseurs^{56,57}.
Aide psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter les services de consultation^{12,22,36,48,58}. Accroître le recours à la télémédecine pour l'aide psychosociale, lorsque possible^{29,39,40,44,45,58}. Offrir des consultations ou faire des aiguillages, hors des impératifs du programme^{29,40,44,47,50}. Offrir de l'aide psychosociale aux membres du personnel^{19,22,33,36,56}.

Programme ou secteur de services	Considérations stratégiques
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="431 327 1481 415">• Proposer des consultations de groupe pour favoriser les liens entre les clients durant les périodes de perturbations (p. ex., ouragan Sandy)⁵⁶.

Annexe D

Ci-dessous sont présentés des exemples d'adaptation des services de traitement des problèmes de consommation durant et après des périodes de perturbations.

Annexe D – Tableau 1. Exemples de pratiques de traitement des problèmes de consommation durant des périodes de perturbations

Document	Territoire	Période de perturbations	Cadre	Résumé
38	Europe	COVID-19	Programme facilement accessible de traitement par agonistes opioïdes au Luxembourg géré par une organisation non gouvernementale Logement temporaire et traitement par agonistes opioïdes à Dublin (Irlande)	Le service, dont l'accès est limité aux adultes qui ne sont pas inscrits à un programme, offre des consultations médicales sur une base régulière pour la prescription de traitements par agonistes opioïdes. Les clients font des visites quotidiennes pour recevoir leur médicament ou apportent des doses à domicile pour un à trois jours. Sept unités de résidence ont été créées pour les personnes en situation d'itinérance et pour celles présentant des problèmes de santé sous-jacents. Un responsable clinique et des travailleurs d'organisations non gouvernementales ont été réaffectés à la gestion de ces unités. Grâce à cette approche, les temps d'attente pour les traitements par agonistes opioïdes (en particulier pour la méthadone) seraient passés de 12 semaines à 2-3 jours. La prescription de benzodiazépines était également proposée, et tous les médicaments étaient fournis. Aucun décès lié à la COVID-19 n'a été signalé.
49	Massachusetts, États-Unis	COVID-19	Clinique de liaison facile d'accès en médecine de la dépendance d'un	Un partenariat a été établi entre des travailleurs de proximité en réduction des méfaits et une clinique de liaison en médecine de la dépendance pour faciliter les consultations en télémédecine visant entre autres la prescription de buprénorphine et de naloxone. Les décisions entourant la durée des ordonnances pour les doses à prendre à la maison s'appuyaient sur l'accès à un téléphone, la

Document	Territoire	Période de perturbations	Cadre	Résumé
			hôpital de Boston	capacité d'entreposage sans danger et le fait que le traitement de buprénorphine était nouveau ou non. De l'information sur la réduction des méfaits, la prévention du VIH et la COVID-19 était également transmise.
21	Washington, États-Unis	COVID-19	Clinique de traitement par agonistes opioïdes (2 630 patients)	Le programme a été élaboré et mis en œuvre en deux phases : 1. Formation d'une équipe interdisciplinaire chargée d'établir un plan d'accès facile aux traitements par agonistes opioïdes, élaboration de protocoles relatifs à la COVID-19, création et mise à jour de politiques et communications; 2. Modification des critères d'admissibilité pour les doses de méthadone à prendre à la maison, répartition différée des rendez-vous pour la prise de doses à la maison et les rencontres en personne. Les décisions se sont prises au cas par cas selon la vulnérabilité du patient à la COVID-19 et le besoin de traitement et de soutien en personne. Les résultats préliminaires ont révélé que le programme a permis de maintenir le nombre de nouvelles admissions durant la pandémie et de réduire les visites en personne de près de 50 %.
58	Nouvelle-Angleterre, États-Unis	COVID-19	Programme de traitement des problèmes de consommation dans une clinique d'infection transmissible sexuellement (ITS) et organisation communautaire pour les personnes vulnérables au	Tous les clients de la clinique d'ITS ont fait la transition vers la télémédecine, et beaucoup d'entre eux ont réservé des séances supplémentaires. Chez l'organisation communautaire, les membres du personnel ont continué à offrir des services de proximité en matière de réduction des méfaits, et le modèle de traitement a été modifié pour devenir un modèle de collaboration entre pairs (« pairs accompagnateurs pour le rétablissement »). Dans le cadre de ce programme, on a relevé 15 à 20 contacts par semaine. Les pairs communiquent avec le médecin du programme durant la semaine pour discuter des aiguillages, des défis rencontrés et de la planification du traitement.

Document	Territoire	Période de perturbations	Cadre	Résumé
			VIH ou qui en sont atteintes	
63	Rhode Island, États-Unis	COVID-19	S. O.	La Rhode Island Buprenorphine Hotline est une ligne d'assistance accessible 24 heures sur 24 qui met les personnes en lien avec un médecin pour une évaluation initiale et la prescription de buprénorphine. Les médecins font aussi de la sensibilisation en lien avec la naloxone et la réduction des méfaits, et mettent les personnes en lien avec des services de traitement à l'externe. Les auteurs notent que la ligne d'assistance a été bien reçue chez les intervenants, ainsi que dans les services de réduction des méfaits et de traitement des problèmes de consommation, qui la voyaient comme une façon de réduire les lacunes dans l'accès au traitement.
65	La Nouvelle-Orléans, États-Unis	Ouragan Katrina	Traitement des problèmes de consommation en établissement (capacité d'accueil : 130 hommes adultes)	Dans le plus grand centre de traitement de La Nouvelle-Orléans, les administrateurs ont jugé qu'en favorisant un fort sentiment d'appartenance chez les clients, ils pourraient faciliter la transition aux soins après l'ouragan Katrina. Pour atteindre cet objectif, ils ont conçu un programme où les clients se voyaient attribuer la responsabilité de développer une communauté de soins et de se responsabiliser entre eux. L'une des activités consistait par exemple à demander à un petit groupe de clients d'élaborer une série de politiques et de procédures pour la communauté visant à orienter les interactions individuelles et communautaires des clients. Ces activités avaient pour but de favoriser la mobilisation et la responsabilisation dans la communauté, et les résultats ont dénoté une rétroaction positive des clients.
45	Région du Piémont, Italie	COVID-19	Centre de traitement spécialisé (environ 700 patients traités avec de la	Différentes mesures ont été prises pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances et prévenir la propagation de la COVID-19, dont les suivantes : lutte anti-infectieuse (p. ex., diffusion d'information sur la COVID-19); soutien psychosocial par télémédecine; ligne téléphonique dédiée à l'évaluation et au triage des nouveaux patients; admissions aux services de rétablissement durant l'auto-isolement; services en personne sur rendez-vous avec application des mesures de distanciation physique; options de doses à prendre à la maison pour

Document	Territoire	Période de perturbations	Cadre	Résumé
			méthadone ou de la buprénorphine)	les traitements par agonistes opioïdes et distribution; intensification des approches de réduction des méfaits. Aucun cas de COVID-19 n'a été signalé chez les patients et le personnel soignant.
47	Caroline du Nord, États-Unis	COVID-19	Programme de résidence en médecine familiale	Ce programme de traitement par agonistes opioïdes offre l'option d'intervenir par télémédecine et de prescrire des médicaments sans dépistage par l'urine aux patients dont les cas sont considérés comme légers et modérés. Pour ce qui est des patients dont les cas sont considérés comme graves (patients qui ont récemment consommé des drogues, nouveaux patients, patientes à leur troisième trimestre de grossesse, patients en attente d'un transfert vers un centre de traitement), ils ont reçu des soins en personnes, dans le respect des mesures de distanciation physique, à une fréquence réduite (aux deux à quatre semaines). Tous les patients se sont vu offrir des rendez-vous par télémédecine et en personne avec un professionnel de la santé mentale.

Mention

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Examen rapide : Stratégies d'atténuation des risques se rapportant aux méfaits liés à la toxicomanie en période de perturbations*. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Pour en savoir plus

Courriel : epir@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour en savoir plus sur SPO, visitez publichealthontario.ca/fr.

