WEBINAIRE

Postcongrès CSAM 2025

Canadian Society of Addiction Medicine (CSAM)

La société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA)

Dre Violaine Germain, MD, M. Sc.
Dre Maya Nader, MD CCMF (MT), MPH
Alix Vaillancourt PharmD., M. Sc

2 décembre 2025 | 12h - 13h15

Objectifs :

- Décrire certains faits saillants présentés au Congrès CSAM 2025 en lien avec la pratique en dépendance;

- Identifier des pistes d’application et des mises à jour issues du congrès pour la pratique en dépendance.

Première partie

Dre Maya Nader, MD CCMF (MT) MPH

Déclaration de conflits d’intérêts potentiels de Dre Maya Nader :

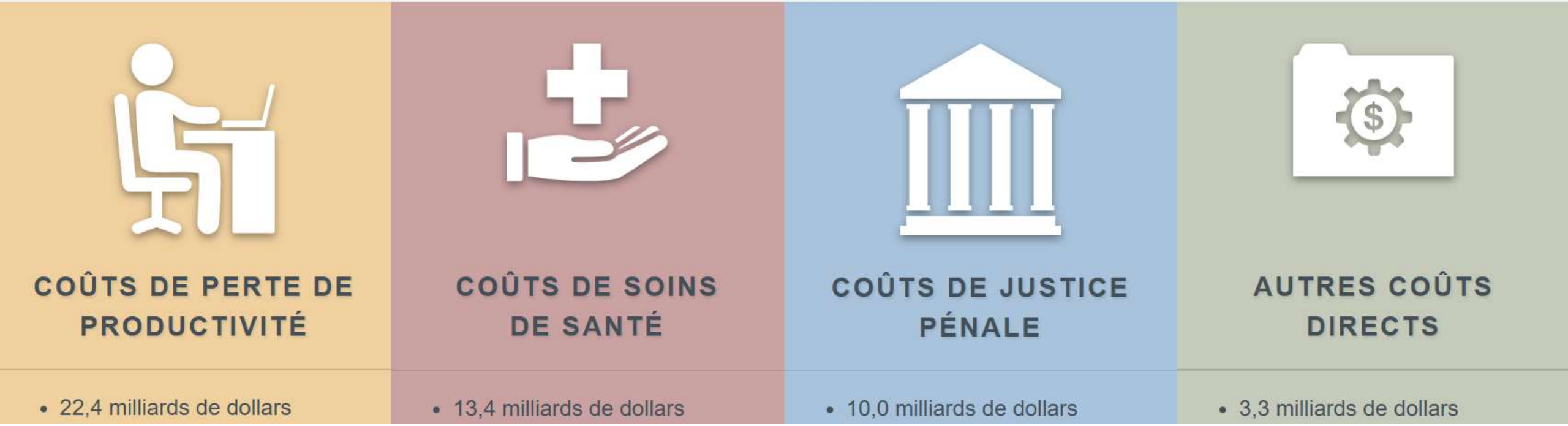
- Aucun conflit d’intérêt en lien avec la présentation d’aujourd’hui

Plan

- Initiatives nationales
- Données descriptives: SPA en contexte de périnatalité
- Allaitement et usage de SPA
- Traitement du syndrome de sevrage néonatal aux opioïdes
- Racisme autochtone dans le système de protection de la jeunesse
- Visite Rond Point

Coûts et méfaits de l’usage de substances au Canada (cemusc.ca/csuch.ca)

49 milliards $



46% 27% 20% 7%

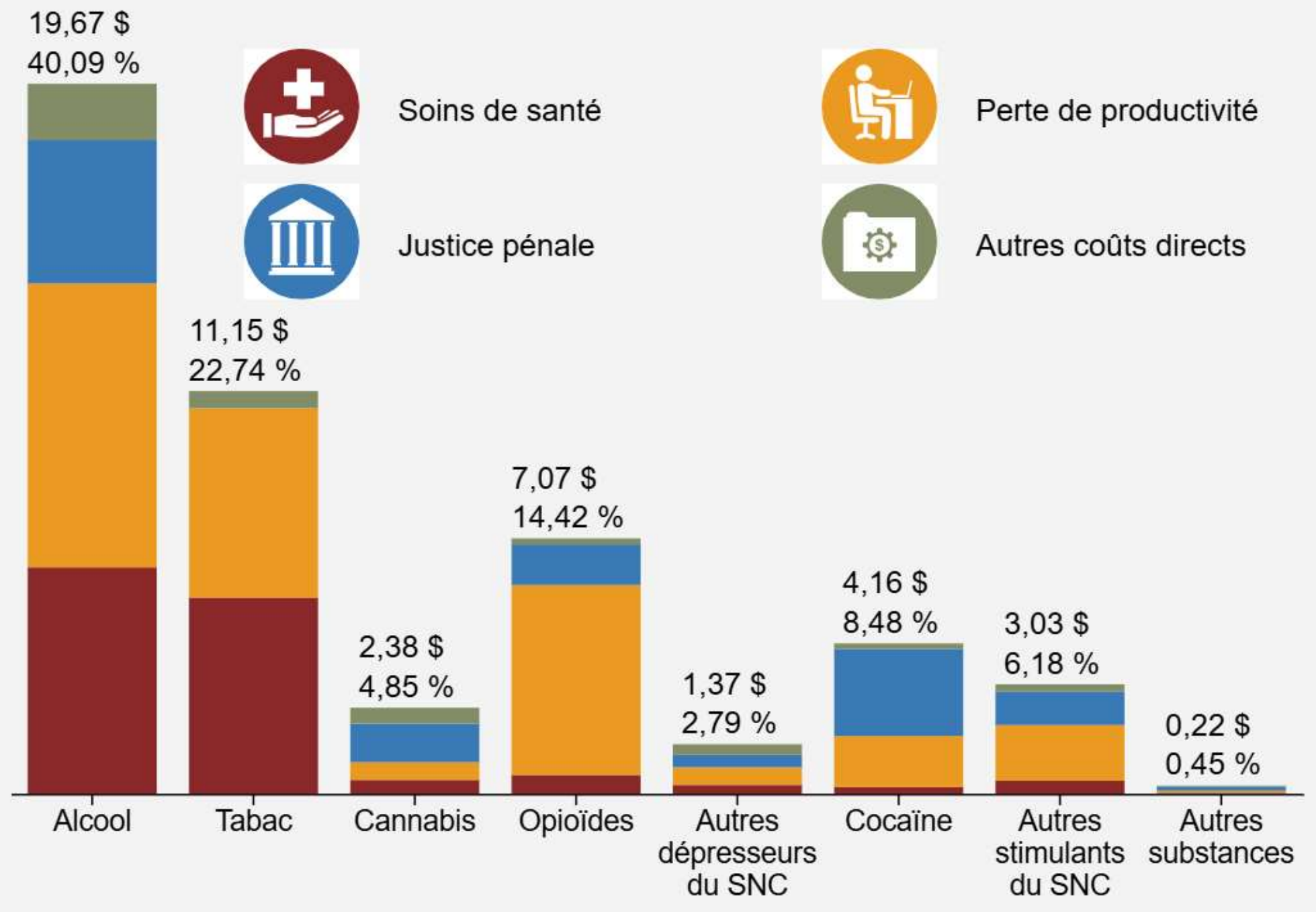
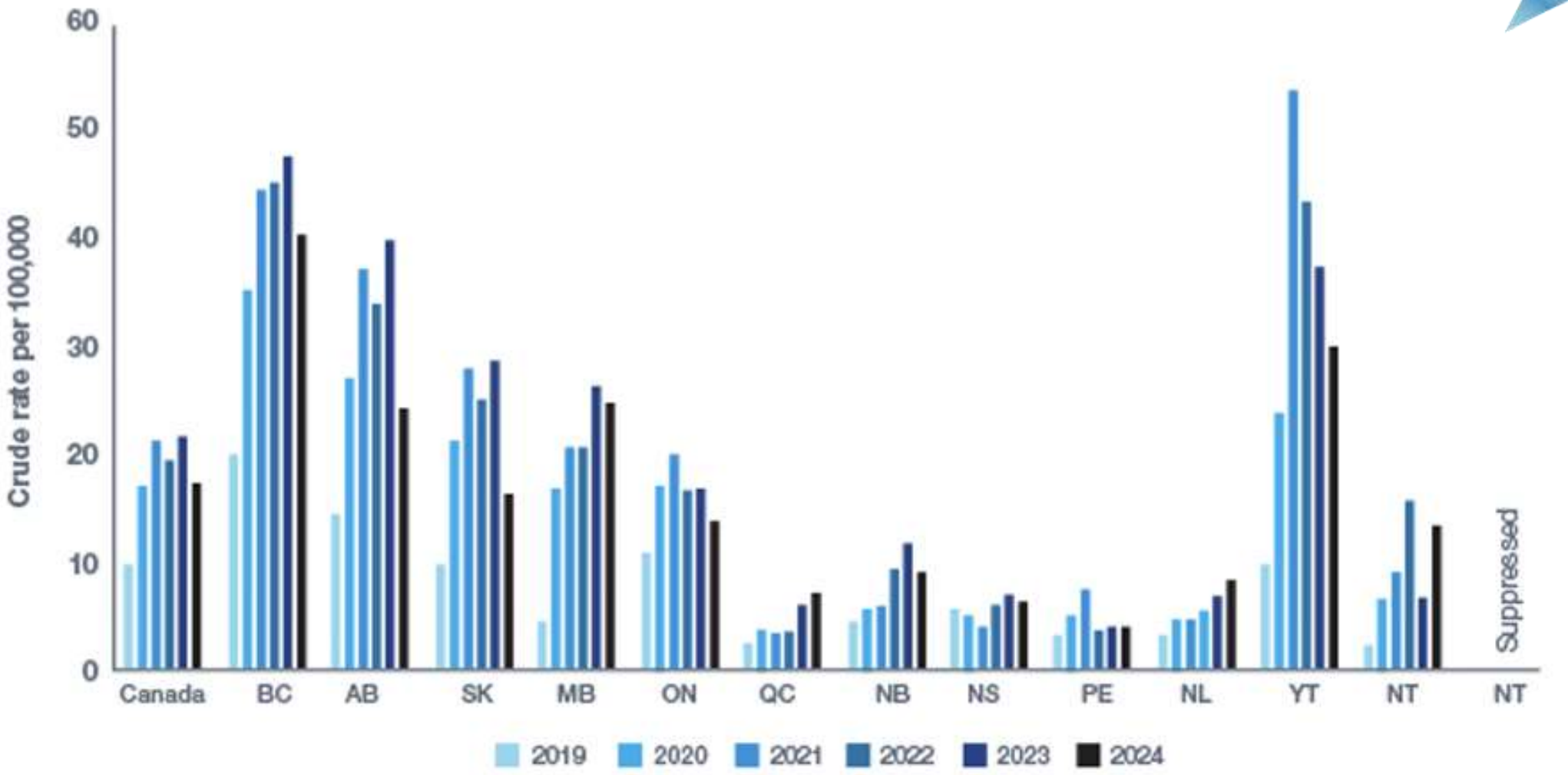

19,67 $
40,09 %
Soins de santé
Perte de productivité
Justice pénale
Autres coûts directs
11,15 $
22,74 %
7,07 $
14,42 %
2,38 $
4,85 %
1,37 $
2,79 %
4,16 $
8,48 %
3,03 $
6,18 %
0,22 $
0,45 %
Alcool
Tabac
Cannabis
Opioïdes
Autres dépresseurs du SNC
Cocaïne
Autres stimulants du SNC
Autres substances

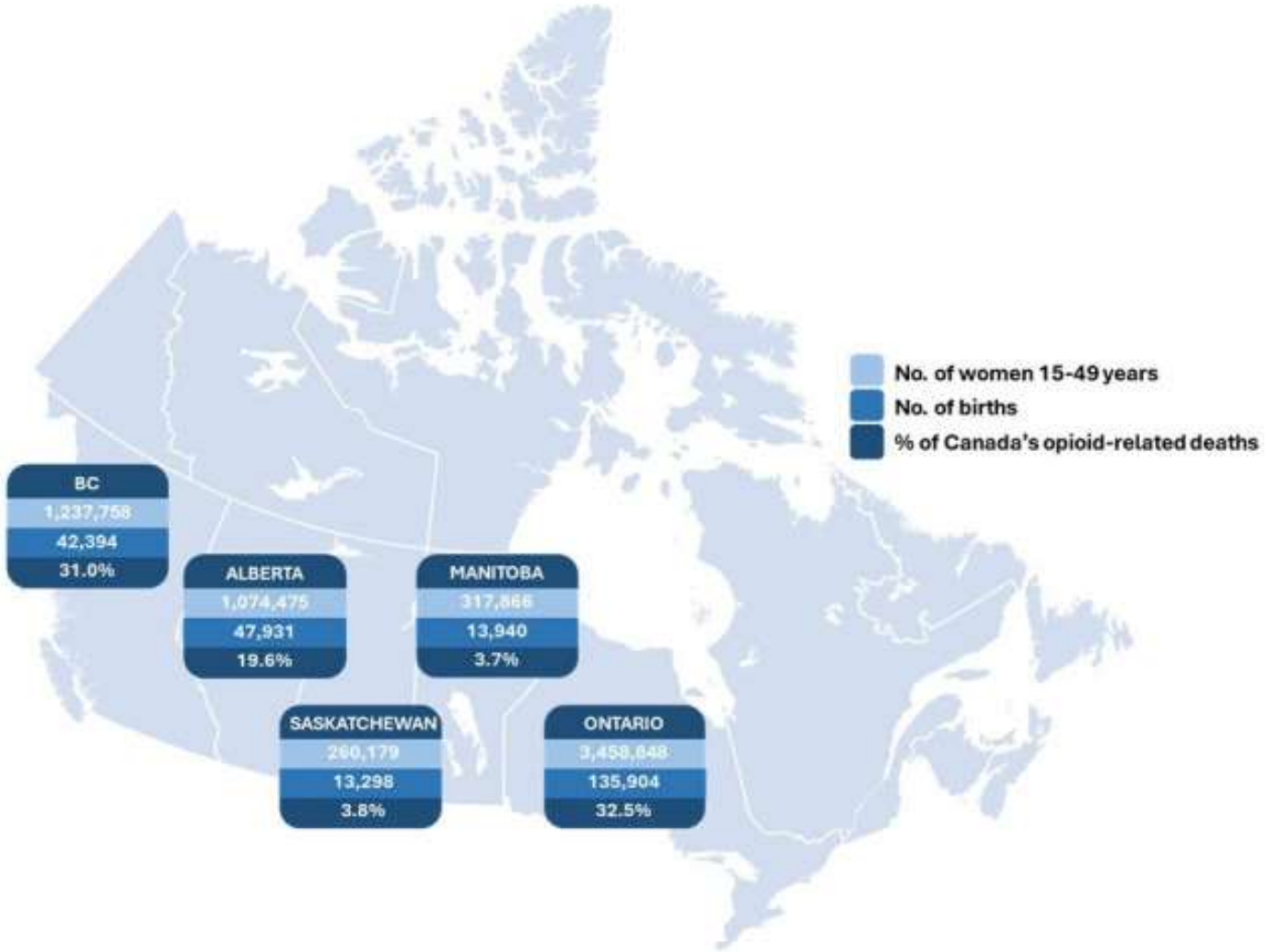
Figure 1: Apparent opioid toxicity deaths by province/territory, 2019–2024.



Source. PHAC opioid- and stimulant-related harms in Canada

Périnatalité

“Canadian perinatal opioid project: a protocol for a national health data system”



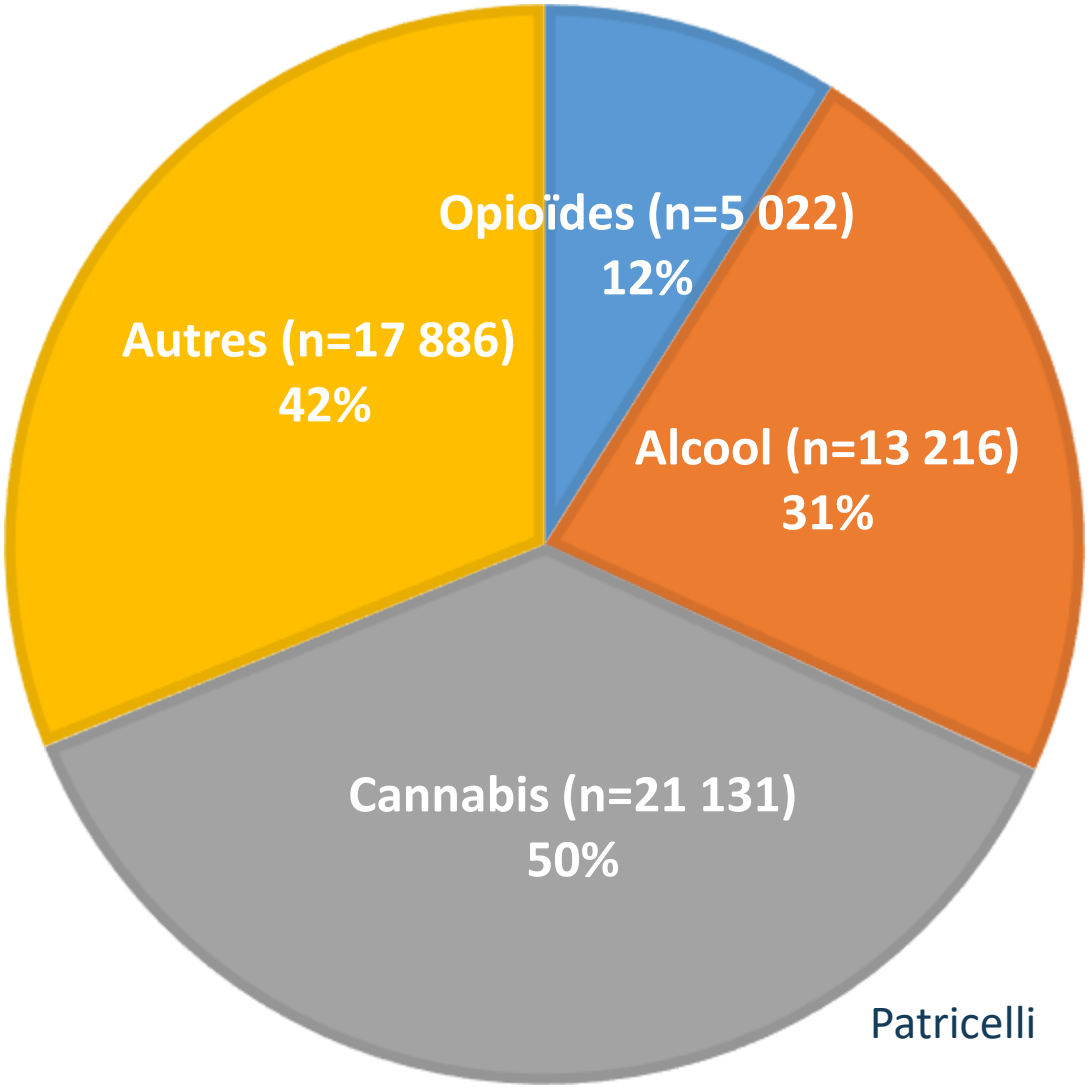
Population périnatale en CB

Patricelli (présentation orale)	Piske et al. (article présenté par autrui)
2000-2022	2010-2021
Étude rétrospective populationnelle - Usage de SPA - Dossiers maternels et pédiatriques ad date de fin de l'étude	Étude rétrospective populationnelle - Dx de TU - Dossiers maternels et pédiatriques ad 12 mois post-accouchement
Données administratives provinciales	Données administratives provinciales
42 372 personnes enceintes	22 856 personnes enceintes

↑ incidence d'utilisation de SPA en contexte périnatal en CB

126 par 100,000 naissances (2000) → 247 par 100,000 naissances (2020)

Population périnatale en CB



Patricelli

Substance use disorders 12m prior to known pregnancy to delivery, n (%)	
Opioid use	3761 (13.6)
Alcohol use	7943 (28.7)
Cannabis	16 793 (60.8)
Stimulants	4512 (16.3)
Sedatives, hypnotics (including Benzodiazepines), and hallucinogens	293 (1.1)
Unspecified[d]	6953 (25.2)
Polysubstance use disorder[e]	5556 (20.1)

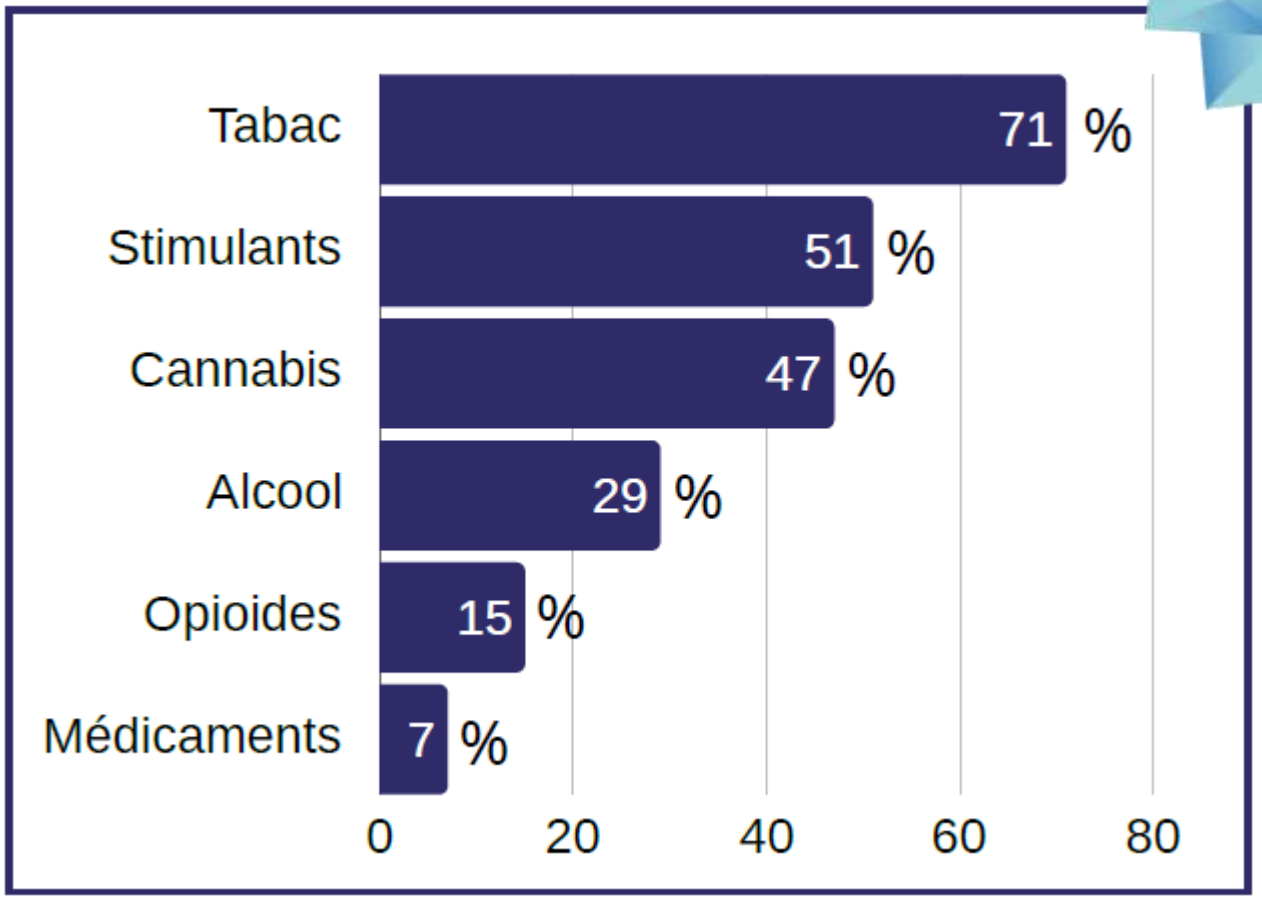
Piske et al., 2025

Population périnatale en CB

Substance use disorders 12m prior to known pregnancy to delivery, n (%)	
Opioid use	3761 (13.6)
Alcohol use	7943 (28.7)
Cannabis	16 793 (60.8)
Stimulants	4512 (16.3)
Sedatives, hypnotics (including Benzodiazepines), and hallucinogens	293 (1.1)
Unspecified[d]	6953 (25.2)
Polysubstance use disorder[e]	5556 (20.1)

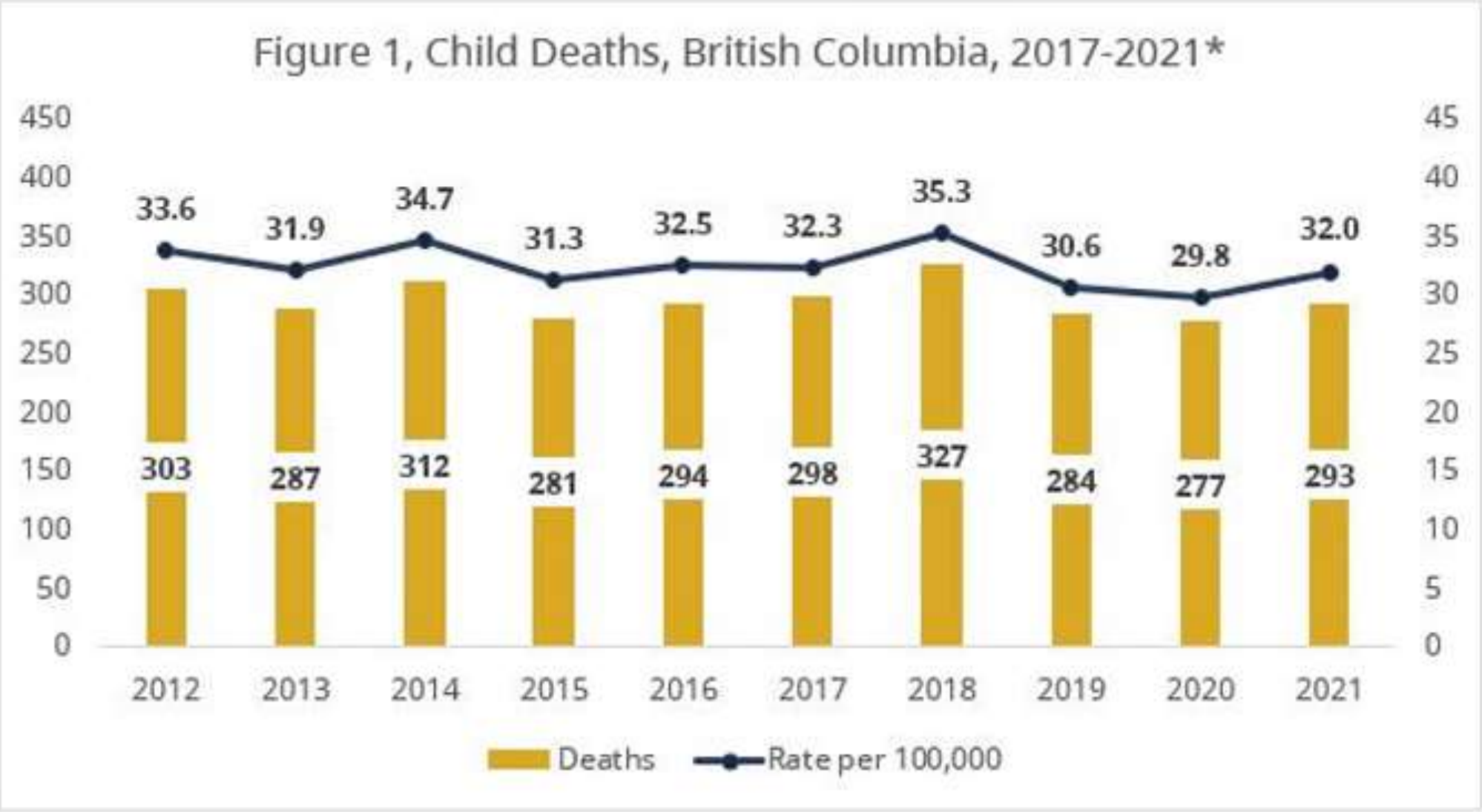
Piske et al., 2025

Comparatif Qc - Rond Point (n=83)



Archambault et al., 2025

Mortalité infantile: 0.5% - 1%



https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/child-death-review-unit/reports-publications/child_mortality_in_british_columbia_2017-2021.pdf

Mortalité maternelle

Patricelli:

- ↑ de 6% du taux de mortalité maternelle sur durée de l'étude
- ↑ notable surtout après introduction fentanyl (2016)

Piske et al.:

- 50 décès (0.2%)
- ↑ de 11% du taux de mortalité maternelle sur durée de l'étude
- 52% des décès maternels causés par usage de SPA

Allaitement et usage de SPA

- Tirer et jeter le lait x 96h après usage de SPA
- Approche générale vs spécifique à SPA
- Initier allaitement immédiatement après accouchement

  *risque infectieux

- Surveillance
  - Parent-enfant: sédation, dépression respiratoire
  - Risque infectieux

Charissa Patricelli, Karen Pike (BC Womens)

Traitement du sevrage néonatal aux opioïdes

- Méthode MDC (manger-dormir-consoler)
- Pas besoin d'admission USIN (soins intensifs néonataux) ni surveillance cardiorespiratoire pour traitement avec sirop de morphine
  - >35 semaines AG
  - Pas de comorbidités
  - >2500g
  - RR >30
  - Saturation >95%

Charissa Patricelli (BC Womens)

Contrer le racisme anti-Autochtones dans le système de protection de la jeunesse

ACTUEL

Meilleur intérêt de l'enfant

- Basé sur théorie de l'attachement
- Valeurs eurocentriques
- Protège l'enfant (de sa famille)

RECOMMANDATION

Soutien aux familles

- Basé sur concept de système familial
- Valeurs et traditions autochtones
- Protège la famille (l'enfant à l'intérieur de la famille)

Frances Rosner, avocate

Visite de Rond Point

Références:

- Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (cemusc.ca)
- Recent Trends in Opioid-Related Toxicity Deaths in Canada: Examining a Potential Decrease (www.ccsa.ca/sites/default/files/2025-08/CCENDU-Newsletter-Issue-6-en.pdf)
- Camden A, Brown HK, Gomes T, et al. Canadian perinatal opioid project: a protocol for a national health data system. BMJ Open. 2025 Aug 31;15(8):e103160. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-103160
- Piske et al. Perinatal Substance Use and Factors Associated With Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality. Pediatrics (2025) 156 (2). DOI: 10.1542/peds.2024-070352
- Archambault L, Dobischok S, Goyer ME, Hudon K, Nader M, Wendt D. Identifier les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patient.e.s qui reçoivent des services à Rond-Point ainsi que les facteurs associés à la perte de la garde de l'enfant et à la poursuite de la consommation 12 mois post-accouchement (2025)
- Child Mortality in British Columbia 2017-2021. Child Death Review Unit, BC Coroners Service. Released February 2024. (www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/child-death-review-unit/reports-publications/child_mortality_in_british_columbia_2017-2021.pdf)

Deuxième partie

Alix Vaillancourt, PharmD, M. Sc.

Déclaration de conflits d’intérêts potentiels, Alix Vaillancourt :

- Aucun conflit d’intérêt en lien avec la présentation d’aujourd’hui

«From Tablet Hydromorphone to Powdered Fentanyl and DAM»

Conférencières :

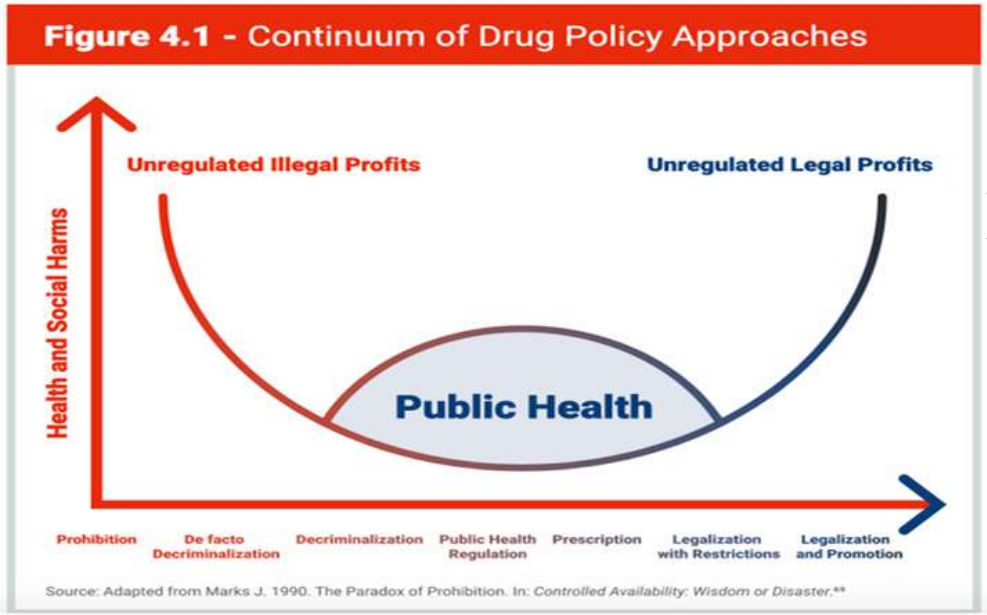
- Christy Sutherland, M.D., médecine familiale et directrice médicale du PHS Community Services Society et professeur clinique à la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique
- Sarah Poteryko, M.D., médecine familiale, Département de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique
- Victoria McCann, PhD. en psychologie, Département de médecine, Université de Queen, Kingston, Ontario

Programmes PHS pour le TAO dans le downtown Eastside de Vancouver et à Victoria

1. Programme TiOAT d'hydromorphone
2. Programme *Fentanyl patch safer supply*
3. Programme *Fentanyl Powder Protocol*
4. Programme Diacétylmorphine (DAM)

* Depuis février 2025 : changement législatif au BC

Les programmes de «take-home doses» ne sont plus autorisés. Le médicament doit être faite sous supervision par un.e professionnel·le de la santé.



« What brings safety to a system ? … Balance with suppressing an illegal market »

Image et citation tirées de : Sutherland (2023, 27 avril). Canadian drug policy and fentanyl sales program. Webinaire CPMD, diapositive 38.

«From Tablet Hydromorphone to …»

Programme TiOAT d'hydromorphone

Protocole : 10 à 14 cos hydromorphone 8mg à emporter (post-DDR + aux opioïdes)

Revue rétrospective, entre mars 2020 et mars 2022, via la Columbia Street Community Clinic (N = 532) – *Non-publié*

- Population : ≥ 1 point/jour
- Issue : **rétention au traitement 16%** pendant 24 mois, moyenne 8 mois
- Mène à l'arrêt de ce programme

➢ **Avis MD conférencières** :

- Violence ++ lors de demande de DDR, forcer de fermer la clinique 2e violences et menaces
- **Échec du *TiOAT* avec l'hydromorphone pendant la COVID-19 → création des programmes de DAM et Fentanyl**

Plusieurs défis cliniques !

- Les doses de TAO ne répondent pas aux besoins en opioïdes
  - MD initient Méthadone ad 80mg et morphine à libération lente uniquotidienne (MLLU) ad 700mg – *off label* ;
- Les patient·e·s demandent du fentanyl, puisque c'est ce qui est dans la rue…
- Mais comment prescrire du fentanyl en safe supply en communauté ?
  - Avec un dosage adéquat – sachant qu'1 point de fentanyl dans la rue est difficile à estimer (au BC : 1 point ≈ 10 000 mcg?)
  - Par un mécanisme de distribution raisonnable
  - Sécuritaire pour le patient – sachant que la molécule elle-même est complexe
  - Réalisable sur le plan opérationnel – impossibilité de donner perfusion de Fentanyl IV dans la communauté comme aux soins intensifs par soins infirmiers

Sutherland et al. (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«… Fentanyl …»

À noter : Off label use

Programme *Fentanyl patch safer supply* (depuis 2019)

Critères : TUO, usage fentanyl, test urinaire +, haut risque OD, essaie antérieur TAO

- Exclue : patient·e sous antirétroviraux ARV (CYP3A4) vu interaction ++

Protocole : Débute par une titration de MLLU, puis changer pour Fentanyl en timbre (4:1), max 300mcg/h

- Ne pas faire de réduction de doses de 25% lors de la conversion
- Titration q2 x Δ de timbres : ↑ 50mcg/h
- Δ de timbres : généralement lundi-mercredi-vendredi – plus opérationnel
- Dose d'entretient souvent > 800mcg/h, aucune dose maximale
- Note : si faible masse adipeuse, intervalle de Δ des timbres plus court
- 3 à 6 mois pour stabiliser et voir bénéfices

Étude qualitative, entre février 2022 et avril 2023, analyse thématique sur l'engagement dans le programme, les expériences, les impacts et les défis (N = 17)

- Aucune donnée sur la réduction des risques lors d'une induction/titration de patch
- Population : consommation active et continue de fentanyl, à risque élevée de surdose, échec aux TAO méthadone ou MLLU
- Résultats :
  - structure flexible, absence de distribution die, protocole prolongée pour doses manquées et distribution patch par pharmacie privée augmente l'engagement et l'autonomie
  - Dose transdermale en continue réduit l'usage de drogues illicites et de surdose
  - Participant·e·s bénéficient d'avantages économiques, amélioration santé globale et qualité de vie
  - **Obstacles majeurs de rétention: irritation cutanée et adhésion au traitement**
- Conclusion : Importance d'inclure les timbres de Fentanyl dans le continuum de soins pour le TUO

Sutherland et al. (2025, 16 octobre)

«… Fentanyl and DAM»

À noter : Off label use

Programmes « SAFER *Fentanyl Powder Protocol* » **(depuis mars 2022!)**

Deux modèles : Aucun critère – être en mesure de passer la titration sous observation médicale

1) Modèle médicale : toutes les doses sont observées et remboursées

Protocole : Évaluation médicale, puis titration individualisée observée avec soins infirmiers

- Titration en clinique : **max fentanyl 25 000mcg/visites** (≈ ≥ 2 points) **IV x max 4 visites/j** (entre 8h et 16h)
  - depuis novembre 2022 : max 100 000mcg de fentanyl /j (vs 40 000mcg/j antérieurement) – adéquation avec teneur dans la rue
  - doit attendre minimum 1h entre 2 visites
- Possibilité d'avoir TAO ou non
- Dose manquée : ad 30 jours sans réduction de dose

Étude qualitative, entre mai 2022 et mai 2023, analyse thématique sur l'impact suite aux « early expériences » du programme (N = 18)

- Population : dose quotidienne ad 100 000mcg de fentanyl pour correspondre au marché illicite
- Résultats : Fentanyl en poudre pourrait jouer un rôle positif pour faire face à la crise des surdoses.

2) Modèle « Enhanced Access to Fentanyl Powder »

«Two Interrelated Programs»

Figure tirée de : Sutherland (2023, 27 avril). Canadian drug policy and fentanyl sales program. Webinaire CPMD, diapositive 66.

Medical Model	All Witnessed – 25,000 QID	Drug Costs paid for by Program	High Intensity	Paired with OAT Pathways to recovery
Enhanced Access	All take home - after initial observed titration 20,000mcg	Drug costs paid for by participant	Lower Intensity – variety of dispensing schedules	Can be paired with OAT

Sutherland et al. (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«… to Powdered Fentanyl»

À noter : Off label use

Modèle « Enhanced Access to Fentanyl Powder »

Produit : Fentanyl en poudre pur, sous forme de capsules préremplies à doses fixes à emporter

- Préparation magistrale par une pharmacie locale avec excipients de mannitol et dextrose
- Respecte toutes exigences réglementaires fédérales et provinciales
- Produit non couvert par PharmaCare : **patient·e paie pour ses médicaments**
- PHS ne tire aucun revenu du processus
- ≥ prix du marché illégal : 20$ pour ≈ 2 "points" de fentanyl ou 30$ pour 2 "points de dame"

Objectifs :

- Prix : diminuer le risque de détournement et que le crime organisé prenne le contrôle du programme
- Avantage significatif pour patient·e : médicament connu, dose connue, pureté à 100%

Protocole : «SAFER Fentanyl Powder Protocol – Enhanced Access»

- Politiques et procédures détaillées pour les médecins, soins infirmiers et pharmacien·ne·s
- Évaluation médicale, puis titration individualisée observée avec soins infirmiers
- Avis patient·e pour ajustement des doses, **ad fentanyl 20 000mcg/doses**
- Observation sur **2 jours** sans omission de dose pour prescription
- Possibilité d'avoir TAO ou non
- Pour toute ↑ de dose : reprendre titration individualisée observée
- Dispensation à la journée, à la semaine ou au mois

Sutherland et al. (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«… and DAM»

À noter : Off label use

Programmes de Diacétylmorphine (DAM)

1) Programme d'injection supervisée de DAM 2 à 3 fois par jour + dose de méthadone pour la nuit
2) Programme de DAM à emporter : 30$/capsules

Avantages du programme DAM :

- Plus facile à titrer et ajuster que le fentanyl
- Analyse coûts-efficacité du programme : plus économique que l'absence de traitement

➢ **Avis MD conférencières** : plutôt efficace sur patient·e ayant débuté leur consommation avec de l'héroïne vs débuté consommation avec fentanyl de rue

Sutherland et al. (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«Substance Use Disorder Integrated Care Pathway in The Emergency Department»

Conférencier : Hasan Sheikh, M.D., médecine d'urgence et des toxicomanies, professeur au département médecine familiale et communautaire, Université de Toronto

Contexte : Personnes ayant un TUS dans les urgences

- Population à haut risque de morbidité et mortalité
- Visites fréquentes et croissantes aux urgences – pression supplémentaire sur le système de soins / et les urgences
- Traitements fondés sur les données probantes sous-utilisés

Objectif : Créer des parcours de soins intégrés aux urgences pour les personnes à haut risque de morbidité et mortalité lié à la consommation de TUS

- Personne ayant un TUS : parmi les moins connectés au réseau de la santé
- Visites aux urgences comme premier point de contact avec les services de médecine des toxicomanies
- ➢ **Opportunité d'intervenir dans les urgences à un moment critique**

Programme : « SUD Clinical Program through Integrated Care Pathway in the ED »

1. Mettre en place des soins intégrés dès la consultation à l'urgence
2. Orienter le patient vers des soins adaptés, tant à l'hôpital et dans la communauté

«Substance Use Disorder Integrated Care Pathway in The Emergency Department»

Objectifs du programme :

- Améliorer l'accès aux soins de haute qualité, standardisés et fondés sur les données probantes «High-Quality Care»
  - par un système empreint de compassion **pour et avec** les personnes qui consomment des substances
- Établir des connexions : services d'urgence et services communautaires
- Réduire mortalité et morbidité, mais également les disparités en matière d'accès et d'expérience de soins (ex. sécurité culturelle, ATTV)
- Collecter des données sur la situation et le programme

Intégration des composantes essentielles et d'un continuum de soins :

- Support par les pair·e·s
- Approche de réduction des méfaits
- Soins fondés sur les données probantes
- Soins pour la gestion des symptômes de sevrage

Photo prise de : Sheikh (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025, diapositive 12.

Évaluation du programme :

Selon des indicateurs clés de performance :

- proportion de la cohorte ayant reçu un TAO ou Rx pour la gestion du sevrage et la prévention des rechutes dans les urgences,
- ayant renouvelé leur prescription à la pharmacie dans les 7 jours suivant la visite à l'urgence,
- ayant visité les services de médecine des toxicomanies,
- etc.

Sheikh (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«Substance Use Disorder Integrated Care Pathway in The Emergency Department»

Proposition du rôle des acteurs et actrices clé·e·s du programme :

ED Physician

- Diagnoses opioid withdrawal
- Discusses substance use goals and treatment options
- Patient elects to start buprenorphine
- Calls AMCT for guidance on dosage

Nursing Team

- (Simultaneously with ED MD)
- Consults order set and completes a Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) score to grade severity of withdrawal

AMCT

- AMCT physician on call comes to assess the patient
- Offers initiation of buprenorphine macro-induction - patient consents
- Orders are placed via order sets, patient receives buprenorphine
- 1 hour later – nursing team repeats COWS – score decreased, but remains elevated – second dose of buprenorphine is given
- 1 hour later, patient feels better and is well enough for discharge
- Patient is given a prescription for buprenorphine for 3 days until follow-up at RAAM

ED Based Client Navigator

- Connects with patient to help with follow-up of prescriptions and connection to a RAAM clinic
- Follows up the next day to ensure the patient filled the prescription and was able to follow-up with the RAAM clinic

Peer Support Worker

- Connects with patient during their stay and provides psychosocial support through the discomfort of opioid withdrawal
- Discusses additional resources in the community on discharge that can help support individuals with opioid use disorder

Photos prises de : Sheikh (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025, diapositives 22-23.

Sheikh (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«META:PHI's New Guidance for Methadone Prescribing »

Conférencier·e·s :

- Jennifer Wyman, M.D. médecin de famille et des toxicomanies, professeure au département médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
- Andrew McLeod, conseiller communautaire à META:PHI

Objectif du nouveau guide : Atteindre rapidement une dose de méthadone efficace en tenant compte de la tolérance aux opioïdes et des risques de toxicité des patient·e·s

Nouveau guide META:PHI, 2025

➢ Lien : [Methadone as Opioid Agonist Therapy: Guidance for Prescribers]

Evidence and experience with starting doses >30mg methadone

- META:PHI 2021: methadone 30mg + SROM up to 300mg
- BCCSU 2023: initial dose up to 40mg for individuals with very high tolerance who use fentanyl and have previous experience with methadone
- SAMHSA 2024: Day 1 dose up to 50mg based on individualized assessment
- Steiger 2024: 40/60/80 mg with dose increases up to 20mg every 3 days for people reporting daily fentanyl use (n=93)
- Stone 2018: 30mg Day 1 followed by increases of 10mg daily for two days, then q7 as required (n=154)
- Taylor 2022: Day 1 40mg, Day 2 50mg, Day 3 60mg (n=142)

META:PHI

Diapositive tirée de : McLeod et al. (2022, 22 octobre) META:PHI, diapositive 12.

McLeod et Wyman (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

«META:PHI's New Guidance for Methadone Prescribing »

Methadone dosing initiation and titration ranges

Factors	Initial Dose	Titration	Comments
No/low tolerance OR high risk of toxicity	5–10 mg	5–10 mg q 3–5 days	Strongly consider buprenorphine Includes individuals who are not currently using opioids but are at risk of resuming use (e.g., those leaving WMS, custody, or abstinence-based settings)
Moderate tolerance AND risk of toxicity	10–20 mg	10 mg q 3–5 days	Examples: Oxycodone 80 mg x 3/day, hydromorphone 8 mg x 8/day
Moderate tolerance AND no major risk factors for toxicity	20–30 mg	< 80 mg: 10–15 mg q 3–5 days ≥ 80 mg: Up to 10 mg q 5–7 days	
High tolerance AND risk of toxicity	20–30 mg	< 80 mg: 10–15 mg q 3–5 days ≥ 80 mg: Up to 10 mg q 5–7 days	
High tolerance AND no major risk factors for toxicity	30–40 mg	< 80 mg: 15 mg q 3–5 days ≥ 80 mg: 10 mg q 5–7 days	
Very high tolerance AND no major risk factors for toxicity	40–50 mg	< 80 mg: 15 mg q 3–5 days ≥ 80 mg: 10–15 mg q 5–7 days	Daily fentanyl use of ≥1 g plus evidence of recent experience of high-dose methadone at a steady state*

Tableaux tirés de : META:PHI. Methadone as opioid agonist therapy: Guidance for prescribers. Toronto, ON: META:PHI; 2025, p. 25

Missed doses

Days missed	Dose	Increases
Three (person presents on Day 4)	Continue previous dose; no adjustment required	10–15 mg every three days as per usual titration protocols
Four (person presents on Day 5)	The higher of 50% or previous dose or 40 mg	10 mg daily for three days (not exceeding the most recent dose), then reassess and proceed as usual
Five or more (person presents on Day 6 or later)	Restart based on initial dosing criteria	10–15 mg every three to five days

Tableaux tirés de : META:PHI. Methadone as opioid agonist therapy: Guidance for prescribers. Toronto, ON: META:PHI; 2025, p. 27

META:PHI. Methadone as opioid agonist therapy: Guidance for prescribers. Toronto, ON: META:PHI; 2025

« Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists and Their Potential Role in Addictive Disorders»

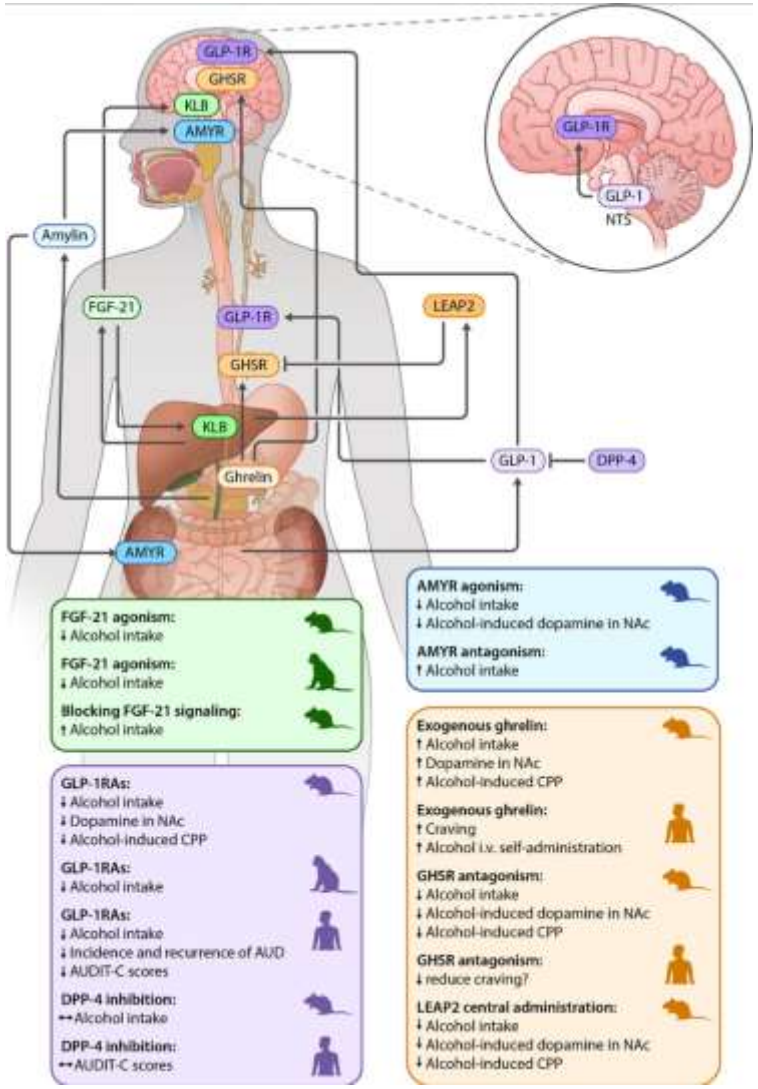


Image tirée de : Loften & al. (2025, nov). J Intern Med, p. 396

Conférenciers :

- Ronald Fraser, M.D. psychiatre à l'Hôpital général de Montréal et professeur au Département de psychiatrie à l'Université de McGill à Montréal et à l'Université Dalhousie à Halifax
- Adam Caplin, résident en psychiatrie à McGill

Nouvelles cibles pharmacothérapeutiques pour les TUS !

- Les voies neuroendocrines liées à l'alimentation et au stress
- ➢ Recherches sur les agonistes du récepteur du peptide-1 de type glucagon (GLP-1) : exénatide, liraglutide, sémaglutide

Mécanismes des pharmacothérapies émergentes :

- Communications bidirectionnelles entre le cerveau et l'intestin
- Activent les récepteurs GLP-1 en périphérie et dans certaines régions cérébrales (noyau accumbens et aire tegmentale ventrale)
  - Atténue la libération de dopamine – réduis la récompense

Résultats actuels :

- Plusieurs études, aucune donnée solide pour l'instant sur les humains
- À suivre, à venir …

Fraser et Caplin (2025, 17 octobre) CSAM-SMCA 2025

« The Impact of A Hospital-Based Inhalation Overdose Prevention Site »

Conférencier·e·s :
Serena Eagland, Elizabeth Dogherty, infirmières spécialisées en TUS, Seonaid Nolan, M.D. département de médecine, à l'Université de Colombie-Britannique et Ceire Storey, M.D. médecine d'urgence et des toxicomanies à Vancouver

Site de prévention de surdoses en milieu hospitalier

- À l'Hôpital de St. Paul, Vancouver
- Site d'injection supervisée x 2018
- Données du site, entre juillet 2019 et février 2024
  - 6 660 visites
  - Taux de surdose le plus élevé (37,5 pour 1000 visites) vs tous les autres sites – et sans décès !
- Contexte 2024 : 65% des surdoses survenues lors d'inhalation de substances (Rapport du coroner de la Colombie-Britannique, 2024)

➢ 13 mai 2024 : Premier site d'injection et **d'inhalation en soins aigus** en Amérique du Nord
  - Gérer par des pair·e·s
  - Orientation vers services de sensibilisation et réduction des méfaits

Eagland & al. (2025, 16 octobre) CSAM-SMCA 2025

Références

Eagland, Serena; Dogherty, Elizabeth; Nolan, Seonaid et Story, Ceire. (2025, 16 octobre). **The impact of A Hospital-Based Inhalation Overdose Prevention Site** [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada.

Fraser, Ronald et Caplin, Adam. (2025, 17 octobre). **Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists and Their Potential Role in Addictive Disorders** [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada.

Loften, Anna; Farokhnia, Mehdi; Vendruscolo, Leandro F et Leggio, Lorenza. (2025, novembre). **Neuroendocrinology meets addiction: Emerging pharmacotherapies on the horizon**. Journal of Internal Medecine;298(5):392-423. doi: 10.1111/joim.70021.

McLeod, Andrew et Wyman, Jennifer. (2025, 16 octobre). **META:PHI's New Guidance for Methadone Prescribing** [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada.

McLeod, Andrew; Srivastava, Anita et Wyman, Jennifer. (2022, 22 octobre) **META:PHI's New Guidance for Methadone Prescribing** [Webinaire]. META:PHI, ON.

META:PHI. (2025). **Methadone as opioid agonist therapy: Guidance for prescribers**. Toronto, ON. Disponible : https://www.metaphi.ca/wp-content/uploads/MethadoneGuidance.pdf

Sheikn, Hasan. (2025, 16 octobre). **Substance Use Disorder Integrated Care Pathway in the Emergency Department**. [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada.

Sutherland, Christy; Poteryko, Sarah; McCann, Vitoria. (2025, 16 octobre). **From Tablet Hydromorphone to Powered Fentanyl and DAM** [Symposium]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada.

Sutherland, Christy. (2023, 27 avril). **Canadian drug policy and fentanyl sales program** [Webinaire]. Communauté de pratique médicale en dépendance, QC.

Troisième partie

Dre Violaine Germain, MD M. Sc.

Déclaration de conflits d’intérêts potentiels, Violaine Germain :

- Aucun conflit d’intérêt en lien avec la présentation d’aujourd’hui

Plan

- Stimulants
- Articles canadiens 2024-2025
- Intelligence artificielle

Stimulants

My perspective from the dermatology clinic

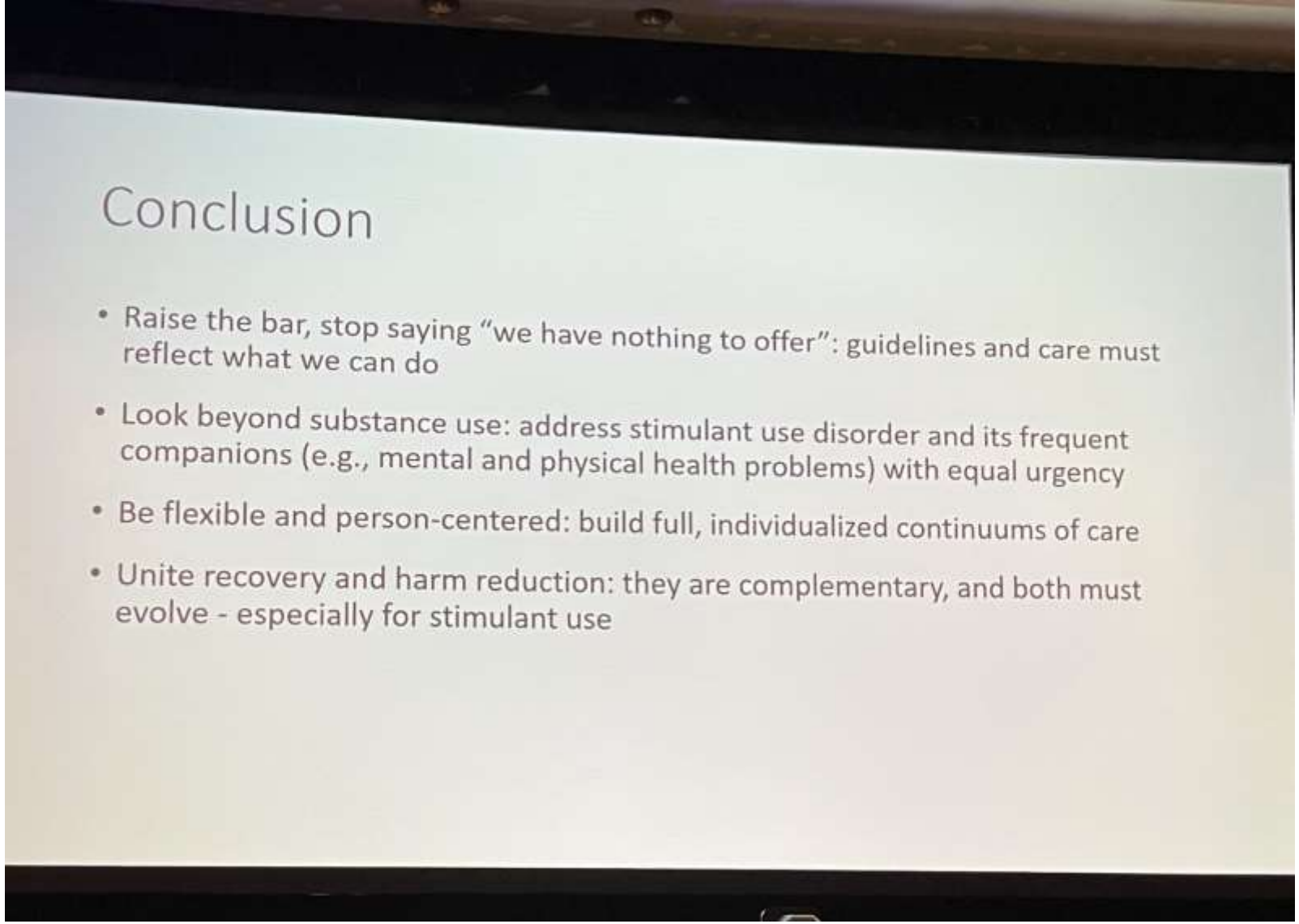
- Stimulants (broadly defined, and including Wellbutrin and high dose SNRIs) help some patients with skin picking and cause it in others
- Stimulants *exacerbate and perpetuate* itch and certain types of pain; unclear if this is happening in the periphery or if they cause the patients to focus more on the discomfort
  - In many patients, this can then manifest as delusional parasitosis, and this likely means the incidence of psychotic symptoms in patients on stimulants is underestimated
- The effects are dose dependent
- The effects can happen at standard prescription doses
- It is exceedingly challenging and sometimes impossible to improve physical symptoms without decreasing or discontinuing the stimulant
- Patients who experienced adverse cutaneous symptoms with amphetamines can sometimes be successfully treated with methylphenidate or Wellbutrin once their physical symptoms resolve

Source: CSAM 2025; The Psychiatry, Psychosomatics, and Toxicology of Changing Trends in Stimulant Use and Prescribing. J.J. Rasimas, Margaret Puelle, H. O'Nell-Meyer

Stimulants & Responsible Prescribing

- Be clear **(first in our own minds)** with terminology and about what we are treating / undertaking
  - **ADHD**
  - **Stimulant Addiction**
  - **Dangerous Use (Harm Reduction)**
- Consider benefits and harms **broadly**
  - Individual patient risk for (worsened) addiction
  - Individual patient risk for psychosis
  - Community / societal risks

Source: CSAM 2025; The Psychiatry, Psychosomatics, and Toxicology of Changing Trends in Stimulant Use and Prescribing. J.J. Rasimas, Margaret Puelle, H. O'Nell-Meyer



Source: CSAM 2025; Lessons from the Overdose Crisis: Building a responsive Collaborative, and Evidence-Based Approach to Stimulant Use Disorder. Didier Jutras-Aswad

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder

Journal of Addiction Medicine 18(1S):p 1-56, May/June 2024. | ***DOI:*** 10.1097/ADM.0000000000001299

OPEN

Key Takeaways

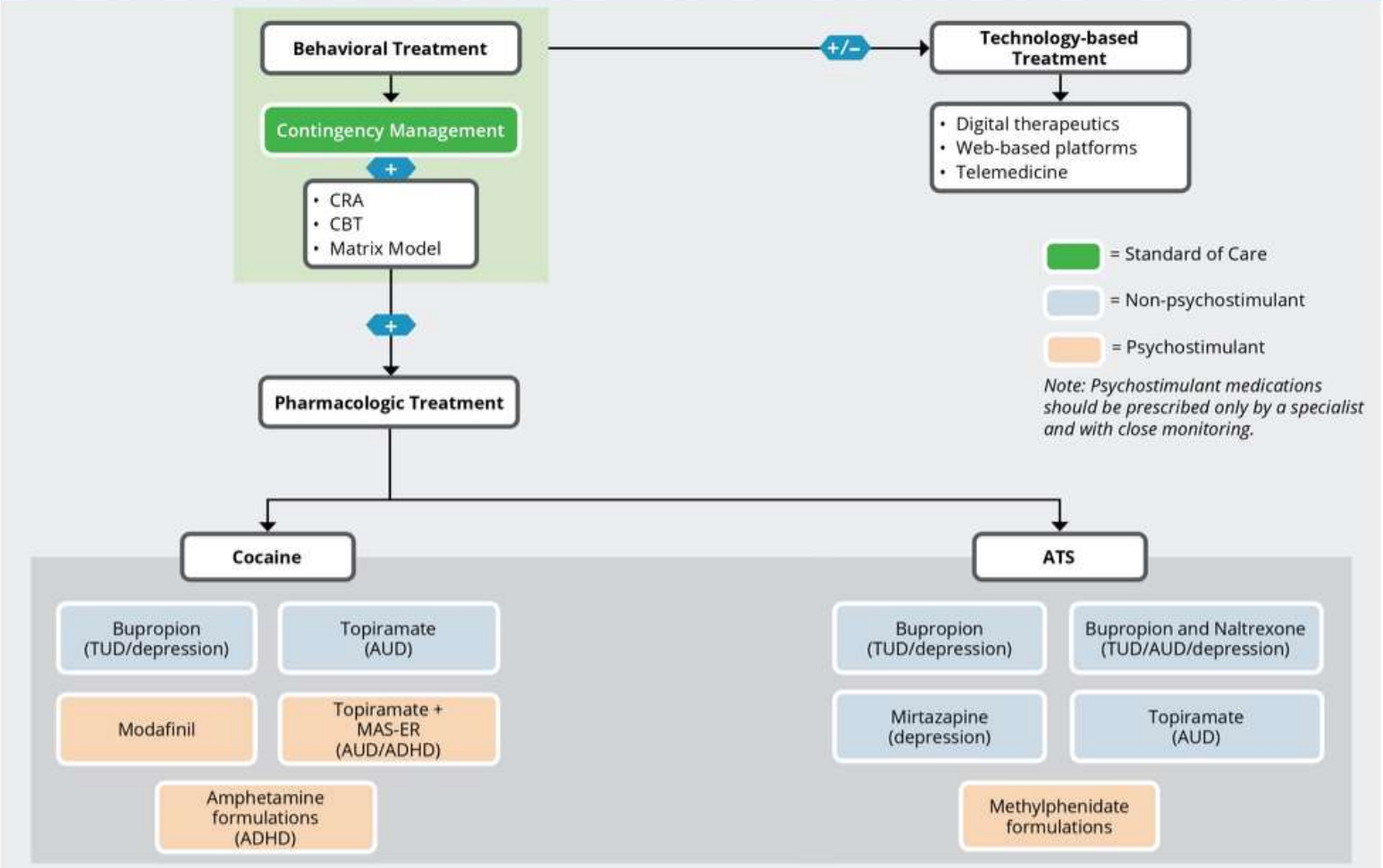
1. **Contingency management (CM) has demonstrated the best effectiveness in the treatment of StUDs compared to any other intervention studied and represents the current standard of care. CM can be combined with other psychosocial interventions and behavioral therapies, such as community reinforcement approach (CRA) and cognitive behavioral therapy (CBT) (See Recommendations 5-6).**

2. **Pharmacotherapies, including psychostimulant medications, may be utilized off-label to treat StUD (See Recommendations 9-20).**
   - When prescribing controlled medications, clinicians should closely monitor patients and perform regular ongoing assessment of risks and benefits for each patient.
   - Psychostimulant medications should only be prescribed to treat StUD by:
     - physician specialists who are board certified in addiction medicine or addiction psychiatry; and
     - physicians with commensurate training, competencies, and capacity for close patient monitoring.
   - Non-psychostimulants such as bupropion, mirtazapine, topiramate and naltrexone can also be used to treat StUD.

3. **Co-occurring conditions—including but not limited to attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), depression, anxiety, eating disorders, and other substance use disorders (SUDs)—are common in patients with StUD. Any co-occurring psychiatric disorders or SUDs should be treated concurrently alongside StUD with care coordination (See Recommendations 21-25).**
   - Evidence supports the use of pharmacotherapy, including psychostimulant medication, to treat ADHD in individuals with co-occurring StUD.
   - Some pharmacotherapies that can be considered to treat StUD off-label have demonstrated efficacy in treating common co-occurring psychiatric disorders and SUDs and can be given additional consideration.

ASAM Pocket Guidelines and Patient Guide - Stimulant Use Disorder

Figure 1. Management of Stimulant Use Disorder



Parentheses contain co-occurring disorders for which the medication has demonstrated efficacy. Clinicians can give additional consideration to these medications patients presenting with these comorbidities.

ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder; **ATS**, amphetamine-type stimulant; **AUD**, alcohol use disorder; **CBT**, cognitive behavioral therapy; **CRA**, community reinforcement approach; **MAS-ER**, extended-release mixed amphetamine salts; **TUD**, tobacco use disorder

ASAM Pocket Guidelines and Patient Guide - Stimulant Use Disorder

Articles canadiens 2024-2025

Evidence Review 2024–2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers

Mohammad Karamouzian, PhD

Centre on Drug Policy Evaluation, St. Michael's Hospital, Toronto

&

Sam Young, MD

St. Paul's Hospital, Vancouver

Opioid Use Disorder & Treatment

JAMA Network | Open.

Original Investigation | Substance Use and Addiction

Retention in Opioid Agonist Therapy Among First Nations People

Alice Hoban, PhD; Biesta Hamzat, MSc; Daniel McCormack, MSc; Sacha Bragg, MPH; Bernadette deGonzague, MSc; Graham Mecredy, MSc; Tonia Campbell, MPH; Tony Antoniou, PhD; Lorilee McGregor, PhD; Jonathan Bertram, MD; Tara Gomes, PhD

JAMA | Original Investigation

Buprenorphine/Naloxone vs Methadone for the Treatment of Opioid Use Disorder

Bohdan Nosyk, PhD; Jeong Eun Min, MSc; Fahmida Homayra, MSc; Megan Kurz, MSc; Brenda Carolina Guerra-Alejos, MD, MPH; Ruyu Yan, BA; Micah Piske, MScPH; Shaun R. Seaman, PhD; Paxton Bach, MD, MSc; Sander Greenland, MA, MS, DrPH; Mohammad Ehsanul Karim, PhD; Uwe Siebert, MD, MPH, MSc, ScD; Julie Bruneau, MD, MSc; Paul Gustafson, PhD; Kyle Kampman, MD; P. Todd Korthuis, MD, MPH; Thomas Loughin, PhD; Lawrence C. McCandless, PhD; Robert W. Platt, PhD; Kevin T. Schneyer, PhD; M. Eugenia Socias, MD, MSc

JAMA Network | Open.

Original Investigation | Substance Use and Addiction

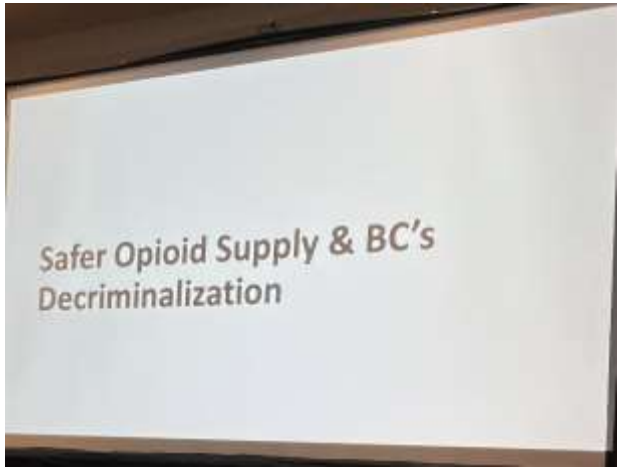
Duration of Methadone and Buprenorphine-Naloxone Treatment

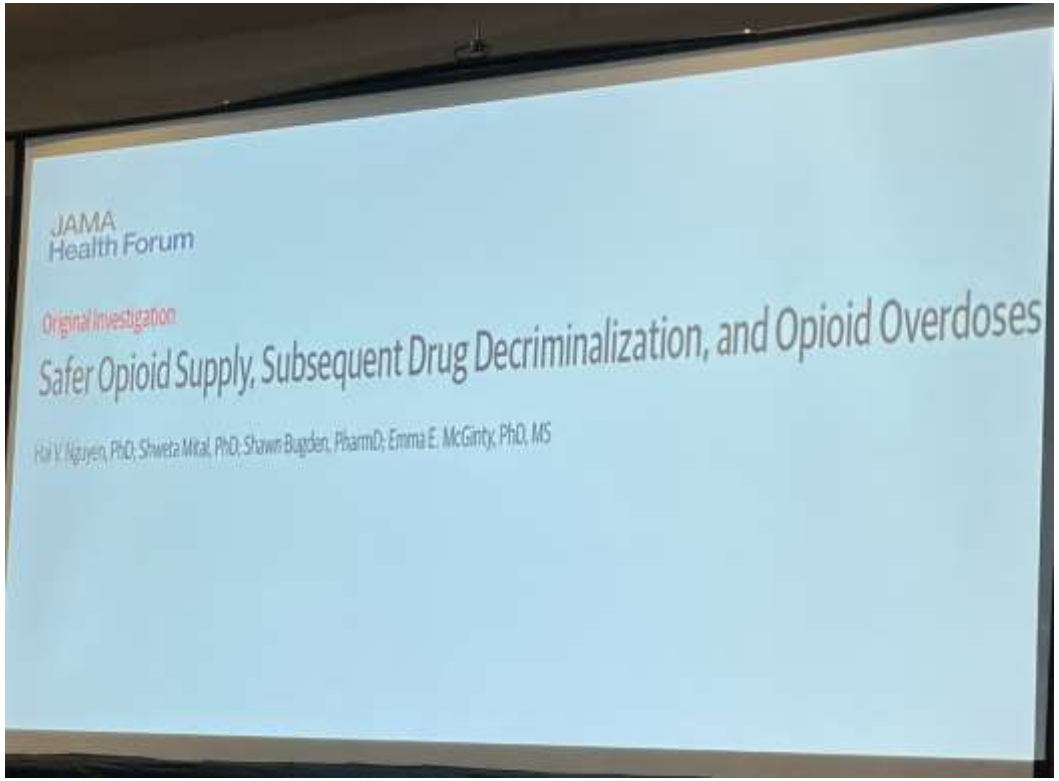
Robert A. Kleinman, MD, MSc; Paul Kurdyak, MD, PhD

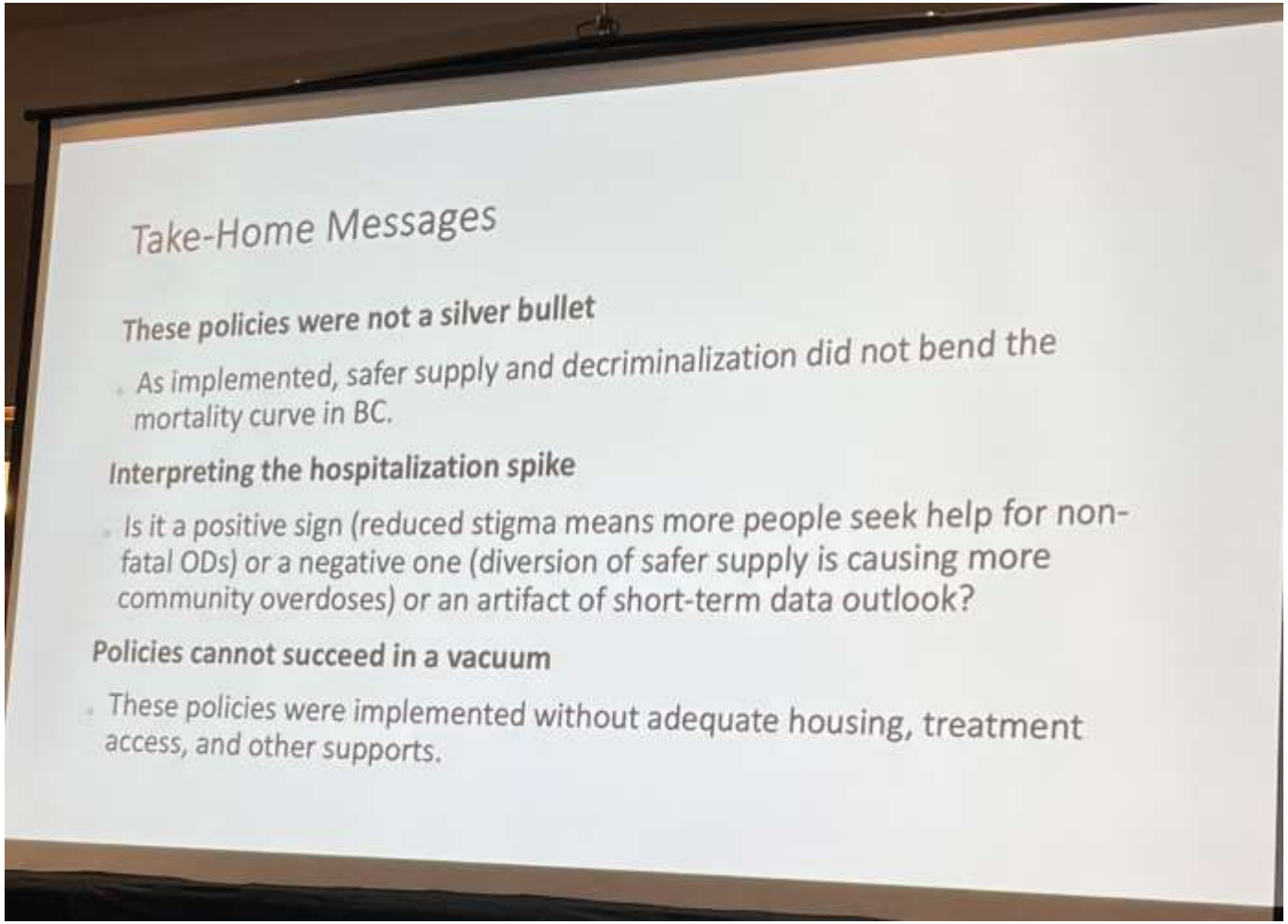
Take-home Messages

- **Retention is low for our primary treatments for opioid use disorder** and appears to be worsening over time
- **Methadone appears to have superior retention compared to buprenorphine/naloxone with no increase in mortality**
- **Strategies to improve retention and engagement in traditional OAT are needed**, as well as additional options for people who use opioids

Source: CSAM 2025; Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers. Mohammad Karamouzian, Sam Young







Source: CSAM 2025; Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers. Mohammad Karamouzian, Sam Young

Safer Opioid Supply & BC's Decriminalization

JAMA Network | Open

Original Investigation | Substance Use and Addiction

Perspectives on Diversion of Medications From Safer Opioid Supply Programs

Michelle Olding, PhD; Katherine Rudzinski, PhD; Rose Schmidt, PhD; Gillian Kolla, PhD; Danielle German, PhD; Andrea Sereda, MD; Carol Strike, PhD; Adrian Guta, PhD

Take-Home Messages

Diversion is often a symptom of unmet needs

- It's a diagnostic clue that a patient's dose is too low, their social situation is unstable, or that their loved ones are also at high risk.
- It is not simply a behavioral "failure."

A punitive approach threatens engagement

- Discharging patients for diversion may lead to worse health outcomes through disengagement in care, including lost connections to primary care and wraparounds services.

Source: CSAM 2025; Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers. Mohammad Karamouzian, Sam Young

Stimulants

THE AMERICAN JOURNAL ON ADDICTIONS

RESEARCH ARTICLE

Impact of baseline methamphetamine/amphetamine use on discontinuation of methadone and buprenorphine/naloxone among people with prescription-type opioid use disorder in Canada

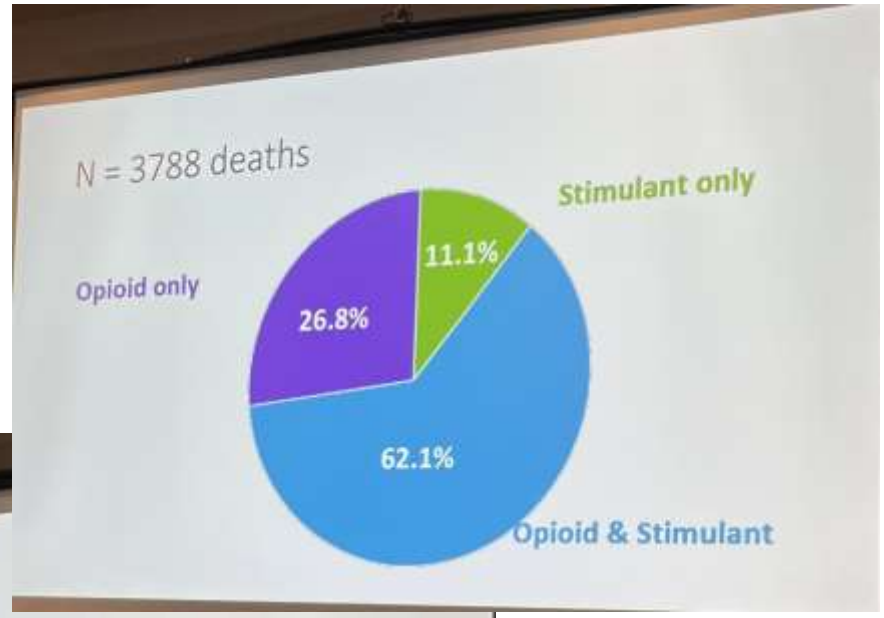
Jenna Langlois BSc, MSc[1,2] | Nadia Fairbairn MD, MHSc[1,2] | Didier Jutras-Aswad MD, MSc[3,4] | Bernard Le Foll MD, MSc, PhD[5,6,7,8,9,10,11,12,13] | Ron Lim MD[14] | M. Eugenia Socias MD, MSc[1,2]

Take-Home Messages

- Co-use of methamphetamine/amphetamine was associated with shorter duration of engagement in OAT in this study
- Flags the importance of exploring and addressing stimulant co-use with opioid use and the need for strategies to improve care for these individuals

Source: CSAM 2025; Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers. Mohammad Karamouzian, Sam Young

Stimulants



Take-Home Messages

- Polysubstance use, particularly combined opioids and stimulants, are increasingly prevalent in overdose deaths
- The interplay between stimulant use and chronic diseases, particularly affecting the cardiovascular system, may influence overdose risk

Palis et al. BMC Medicine (2024) 22:479
https://doi.org/10.1186/s12916-024-03649-y

Open Access

RESEARCH

Chronic disease diagnoses and health service use among people who died of illicit drug toxicity in British Columbia, Canada

Heather Palis[1*], Kevin Hu[2], Andrew Tu[3], Frank Scheuermeyer[4], John A. Staples[5], Jessica Moe[6], Beth Haywood[2], Roshni Desai[2], Chloé G. Xavier[2], Jessica C. Xavier[2], Alexis Crabtree[1] and Amanda Slaunwhite[1]

Source: CSAM 2025; Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers. Mohammad Karamouzian, Sam Young

Cannabis

DRUG POLICY

Association of recreational cannabis legalization with changes in medical, illegal, and total cannabis expenditures in Canada

Anne J. McDonald, Alyssia Cooper, Amanda Doggett, Jillian Halladay, Ryla Belisario, James MacKillop

Take-Home Messages

'Success' on the policy front

- From a public safety and economic perspective, RCL was effective at shifting consumers from an unregulated, criminal market to a regulated, taxed one.

The decline of medical oversight

- The collapse of the medical market means many patients who were using cannabis for therapeutic reasons are now doing so without clinical guidance.

Increased consumption is the new reality

- The 75% growth in spending means more cannabis is being consumed overall.

JAMA Network Open

Original Investigation | Health Policy

Legalizing Youth-Friendly Cannabis Edibles and Extracts and Adolescent Cannabis Use

Take-Home Messages

"How" we legalize is as important as "If"

- Specific regulations (like banning candy-like products) can have a major impact on youth outcomes.

Address harm perceptions directly

- When talking to adolescent patients, we must actively counter the narrative that edibles are harmless (If it's like candy and legal, it is NOT necessary safe!).

Screen for co-use

- The 28% increase in co-use of alcohol and cannabis is a significant risk factor.

JAMA Network Open

Original Investigation | Substance Use and Addiction

Cannabis Use and Misuse Following Recreational Cannabis Legalization

Take-Home Messages

Recreational cannabis legalization did not fuel problematic use in experienced users

- For those already using frequently, legalization may have had a normalizing or even de-escalating effect.

Focus on the novice user

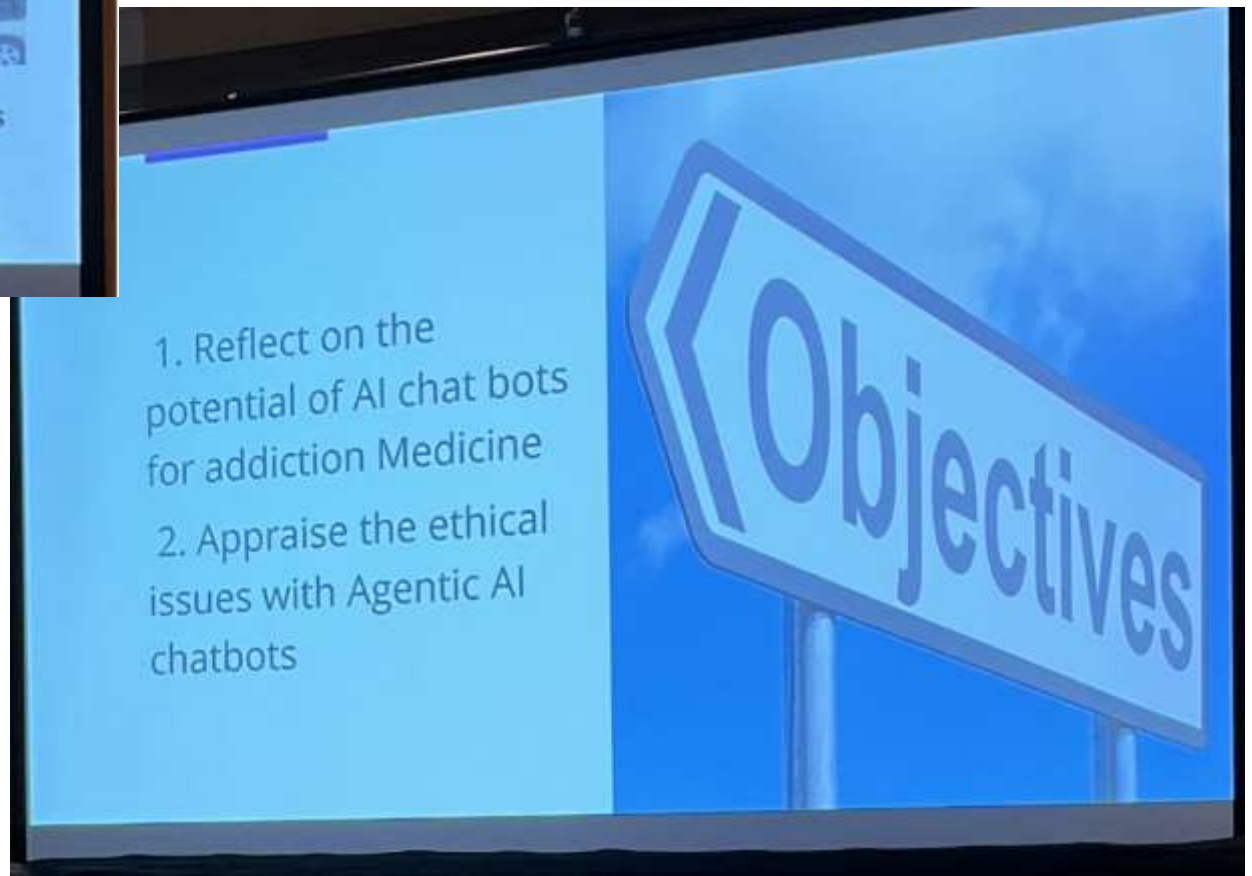
- Be mindful of patients who were occasional or non-users pre-legalization, as this is the group where use/misuse is slightly increasing.

Update your counselling

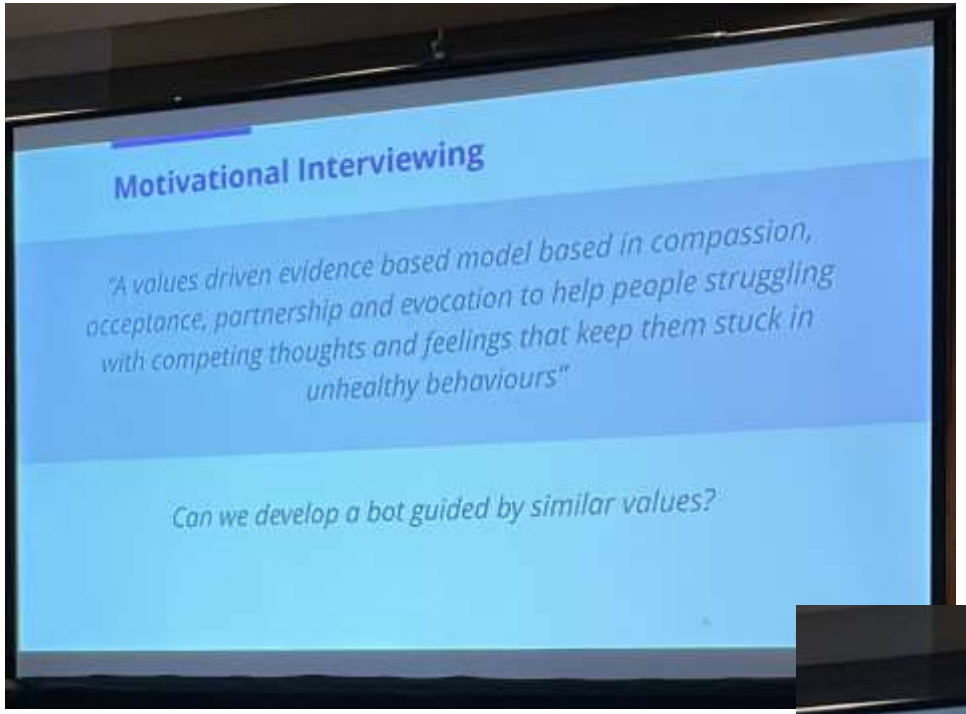
- The conversation is no longer just about smoking. We need to discuss the different risk profiles of high-potency vapes (CUD potential) and edibles (delayed onset, overdose risk).

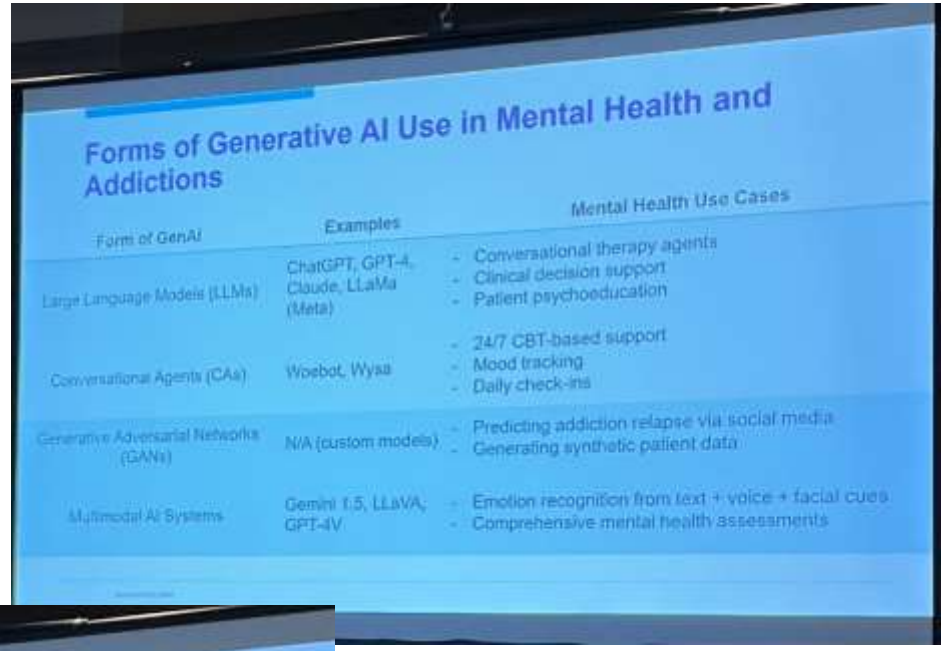
Source: CSAM 2025; Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers. Mohammad Karamouzian, Sam Young

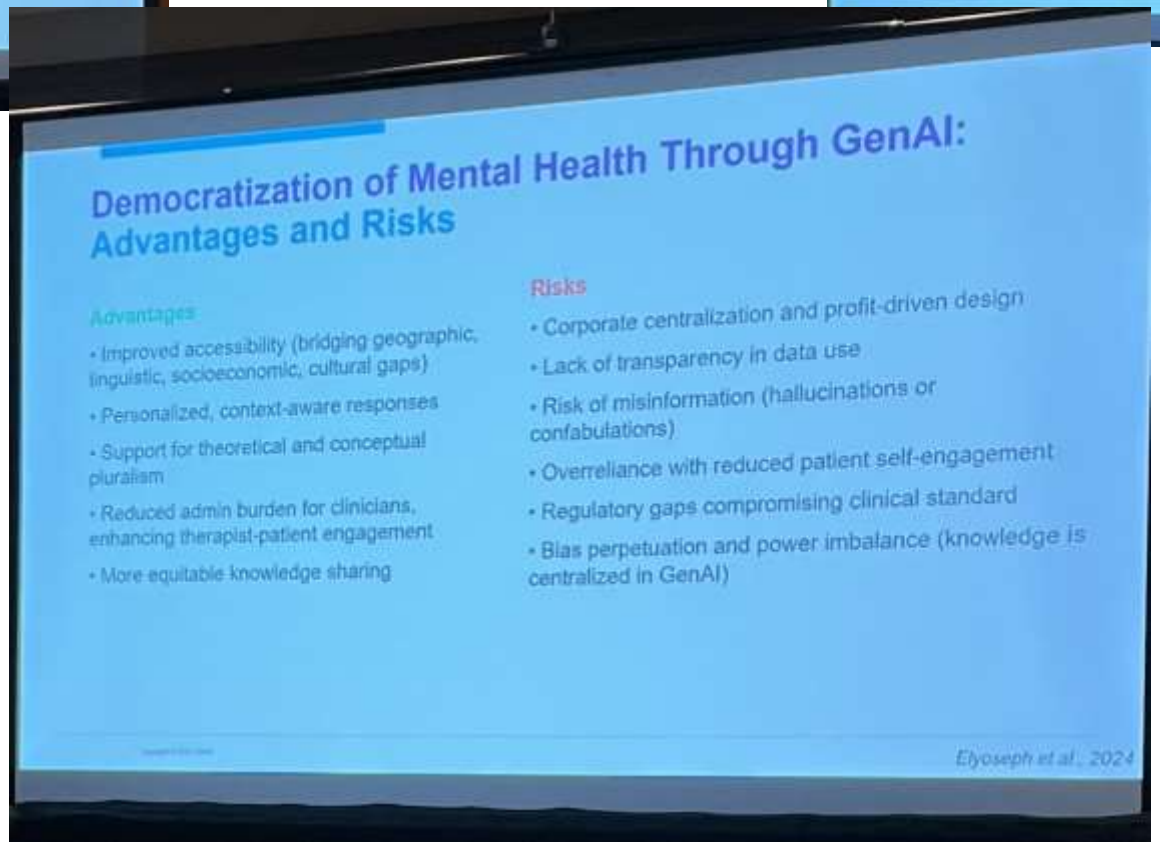
Intelligence artificielle



Source: CSAM 2025; Agentic AI: Chatbots for motivating Change in Addiction. Peter Selby



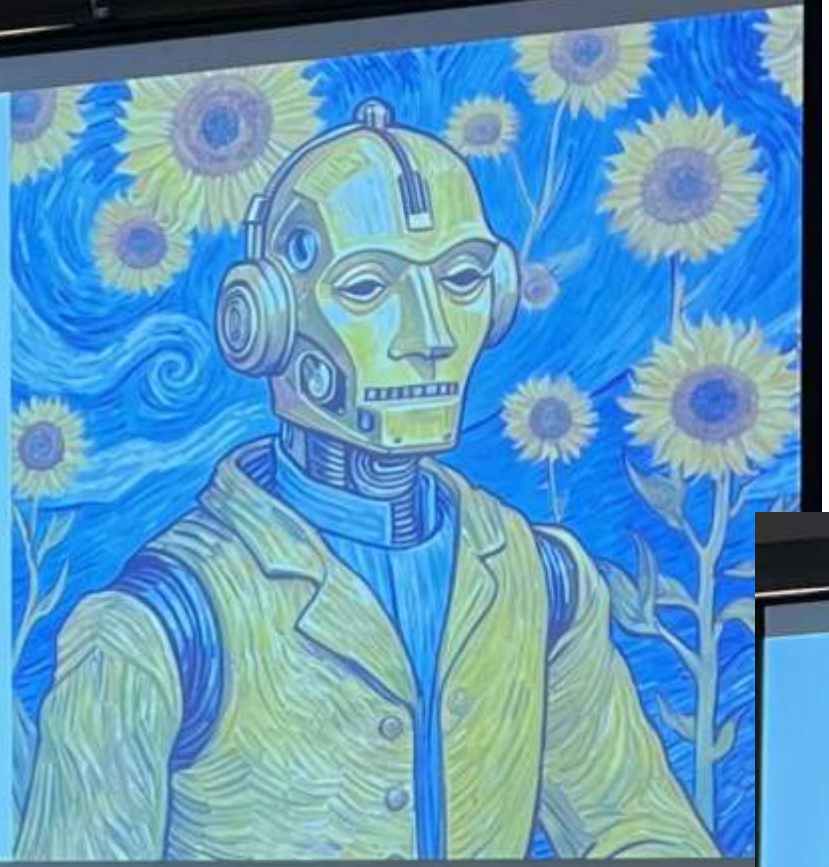




Source: CSAM 2025; Agentic AI: Chatbots for motivating Change in Addiction. Peter Selby

Ethical considerations

- Deceit
- Replacement of genuine interactions
- Addiction to the bot
- Wrong information/hallucinations
- Suicidal patients
- Psychosis and grandiose ideation
- Conspiracy theory
- Sexual harassment
- Eating disorders
- Anthropomorphism
- Going rogue.



Need for regulation

- Similar to food and drug
- Lowest risk- easily accessible
- Low risk- some guardrails
- Moderate risk – more guardrails and limited access
- High risk- regulated, tested, stable, prescription, Efficacy published
- Training of model on local context (I.e. HR and Onboarding, Pass exams, CE)

Source: CSAM 2025; Agentic AI: Chatbots for motivating Change in Addiction. Peter Selby

Références

- Clinical Guideline Committee (CGC) Members, ASAM Team, AAAP Team, & IRETA Team (2024**). The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder**. Journal of addiction medicine, 18(1S Suppl 1), 1–56. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001299; [Version interactive] : ASAM Pocket Guidelines and Patient Guide - Stimulant Use Disorder
- Jutras-Aswad, Didier (2025, octobre). **Lessons from the Overdose Crisis: Building a responsive Collaborative, and Evidence-Based Approach to Stimulant Use Disorder**. [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada
- Karamouzian, Mohammad et Young, Sam (2025, octobre). **Evidence Review 2024-2025: Canada's Most Impactful Addiction Medicine Papers**. [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada
    - Holton, A., Hamzat, B., McCormack, D., Bragg, S., deGonzague, B., Mecredy, G., Campbell, T., Antoniou, T., McGregor, L., Bertram, J., & Gomes, T. (2025). Retention in Opioid Agonist Therapy Among First Nations People. JAMA network open, 8(6), e2518452. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.18452
    - Kleinman, R. A., & Kurdyak, P. (2025). Duration of Methadone and Buprenorphine-Naloxone Treatment. JAMA network open, 8(7), e2518389. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.18389
    - Langlois, J., Fairbairn, N., Jutras-Aswad, D., Le Foll, B., Lim, R., & Socías, M. E. (2024). Impact of baseline methamphetamine/amphetamine use on discontinuation of methadone and buprenorphine/naloxone among people with prescription-type opioid use disorder in Canada. The American journal on addictions, 33(6), 664–674. https://doi.org/10.1111/ajad.13619
    - McDonald, A. J., Cooper, A., Doggett, A., Halladay, J., Belisario, K., & MacKillop, J. (2025). Association of recreational cannabis legalization with changes in medical, illegal, and total cannabis expenditures in Canada. The International journal on drug policy, 139, 104793. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104793
    - McDonald, A. J., Doggett, A., Belisario, K., Gillard, J., De Jesus, J., Vandehei, E., Lee, L., Halladay, J., & MacKillop, J. (2025). Cannabis Use and Misuse Following Recreational Cannabis Legalization. JAMA network open, 8(4), e256551. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.6551
    - Mital, S., & Nguyen, H. V. (2025). Legalizing Youth-Friendly Cannabis Edibles and Extracts and Adolescent Cannabis Use. JAMA network open, 8(4), e255819. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.5819
    - Nguyen, H. V., Mital, S., Bugden, S., & McGinty, E. E. (2025). Safer Opioid Supply, Subsequent Drug Decriminalization, and Opioid Overdoses. JAMA health forum, 6(3), e250101. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.0101
    - Nosyk, B., Min, J. E., Homayra, F., Kurz, M., Guerra-Alejos, B. C., Yan, R., Piske, M., Seaman, S. R., Bach, P., Greenland, S., Karim, M. E., Siebert, U., Bruneau, J., Gustafson, P., Kampman, K., Korthuis, P. T., Loughin, T., McCandless, L. C., Platt, R. W., Schnepel, K. T., … Socías, M. E. (2024). Buprenorphine/Naloxone vs Methadone for the Treatment of Opioid Use Disorder. JAMA, 332(21), 1822–1831. https://doi.org/10.1001/jama.2024.16954
    - Olding, M., Rudzinski, K., Schmidt, R., Kolla, G., German, D., Sereda, A., Strike, C., & Guta, A. (2024). Perspectives on Diversion of Medications From Safer Opioid Supply Programs. JAMA network open, 7(12), e2451988. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.51988
    - Palis, H., Hu, K., Tu, A., Scheuermeyer, F., Staples, J. A., Moe, J., Haywood, B., Desai, R., Xavier, C. G., Xavier, J. C., Crabtree, A., & Slaunwhite, A. (2024). Chronic disease diagnoses and health service use among people who died of illicit drug toxicity in British Columbia, Canada. BMC medicine, 22(1), 479. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03646-y

- Rasimas, J.J.; Puelle, Margaret et O'Nell-Meyer, H. (2025, octobre). **The Psychiatry, Psychosomatics, and Toxicology of Changing Trends in Stimulant Use and Prescribing**. [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada
- Selby, Peter. (2025, octobre). **Agentic AI: Chatbots for motivating Change in Addiction**. [Présentation orale]. Conférence scientifique CSAM-SMCA 2025 : Reconsidering Perspectives. Montréal, QC, Canada