



# Nouveautés et discussions en alcool en 2025

Sarah Marcoux MD CEC

Omnipraticienne – GMFU de Maria

Compétences avancées en médecine des toxicomanies

## **Déclaration**

# **Aucun conflit d'intérêt**

Je n'ai aucun conflit d'intérêt financier ou autre à déclarer en lien avec le contenu de cette présentation.

NOUVEAUTÉ RÉGLEMENTAIRE

# Acamprosate

## EXTRAIT D'AVIS AU MINISTRE

### CAMPRAL (ABSTINENCE ALCOOLIQUE)

**Indication :** Maintien de l'abstinence alcoolique

#### Recommandation de l'INESSS

Transfert à la section régulière - Sous conditions

#### Décision du Ministre

Transfert à la section régulière (RGAM) / Retrait des critères d'utilisation (Étab.) (2026-02-04)

Évaluation publiée le 05 janvier 2026

Dénomination commune / Sujet :  
**acamprosate**  
Nom du fabricant : **Mylan**  
Forme : **Co. L.A.**  
Teneur : **333 mg**

## Points clés de la décision

- **Indication :** Maintien de l'abstinence alcoolique
- **Décision du Ministre :** Transfert effectif avec retrait des critères d'utilisation établissement (2026-02-04)

# Pharmacothérapie en TUA : méta-analyse JAMA

*Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis* – McPheeters et al., JAMA  
2023;330(17):1653-1665

any drinking, return to heavy drinking, percentage of drinking days, and percentage of heavy drinking days at the 50-mg/d oral dose compared with placebo. Fewer data were available for the 100-mg/d oral and injectable doses. Studies of acamprosate showed moderate strength of evidence for significant **reduction** in return to any drinking and **reduction** in drinking days compared with placebo. Acamprosate was not associated with benefit for return to heavy drinking (moderate strength of evidence).

- ✔ L'acamprosate démontre une **force de preuve modérée** pour la réduction du retour à toute consommation et des jours de consommation, comparativement au placebo. Il n'est pas associé au bénéfice sur le retour à la consommation élevée.

## Alcool et ISRS



① Ce que les données probantes nous disent sur l'utilisation des antidépresseurs sérotoninergiques chez les patients avec un trouble d'utilisation de l'alcool.

## Ligne directrice canadienne pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble d'utilisation de l'alcool

### Recommandation 13

La prescription d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine n'est pas recommandée pour les patients adultes ou jeunes souffrant de TUA et d'un trouble anxieux ou dépressif concomitant.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

⚠ La prescription d'ISRS n'est pas recommandée pour les patients adultes ou jeunes souffrant de TUA et d'un trouble anxieux ou dépressif concomitant.

Qualité des données : MOYENNE – Force de la recommandation : FORTE

# Directive de la Colombie-Britannique – Recommandation 12

BCGuidelines.ca

Guidelines & Protocols Advisory Committee



## High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder

Effective Date: February 21, 2024

**Recommendation 12:** Patients should not be prescribed antipsychotics or SSRI antidepressants if the primary reason is for the treatment of AUD.

- If SSRI antidepressants are prescribed for individuals with co-occurring mood disorder, clinicians and patients should be alert to the risk of increased alcohol cravings and use with SSRI therapy and discontinue as appropriate.<sup>42</sup>
- Patients with AUD are often prescribed modern antidepressants and/or antipsychotics to treat AUD symptoms, but these medications have little benefit in AUD and may worsen AUD outcomes.

**Résumé :** chez les patients atteints d'un trouble d'usage de l'alcool (TUA) à risque élevé, l'utilisation des antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS/IRSN) est déconseillée en l'absence de dépression ou d'anxiété indépendante clairement établie, car ils peuvent aggraver la consommation d'alcool.

# Choisir avec soin (2024) – Psychiatrie



- 9 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter la dépression en présence concomitante d'un problème actif de consommation d'alcool sans avoir d'abord envisagé une période de sobriété suivie d'une réévaluation de la persistance des symptômes dépressifs.**

La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation d'alcool nécessite l'évaluation du rôle que joue l'alcool comme facteur étiologique des symptômes dépressifs. Des études ont montré que les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse lorsqu'ils sont réservés au traitement de symptômes persistant après une période de sobriété de deux à quatre semaines. En outre, des études font état de la disparition des symptômes dépressifs suivant une période de sobriété sans prise d'antidépresseurs chez un pourcentage élevé des patients. La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation, notamment de dépendance à l'alcool, passe par une évaluation et un traitement parallèles.

- ⚠ Ne pas prescrire d'antidépresseurs sérotoninergiques aux patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de substances en première intention.**

# Éviter les antidépresseurs sérotoninergiques dans les troubles liés aux substances

## Therapeutics Initiative

Better prescribing. Better health.

**Avoid serotonergic antidepressants for people with alcohol and other substance use disorders**

**Recommendations:** Clinicians are advised to avoid prescribing serotonergic antidepressants in patients with SUDs and concurrent mental health disorders. Rather, treatment should prioritize evidence-based pharmacological and non-pharmacological strategies for reducing or abstaining from substance use, which can often alleviate associated psychological symptoms. If an antidepressant is prescribed, despite lack of evidence for benefit, advise the patient of the evidence gap and monitor closely for increasing substance use. Shifting resources toward evidence-based therapies and patient support systems could improve outcomes in this population.

# Insomnie chez les patients avec TUA

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont couramment utilisés de manière non indiquée pour traiter les troubles du sommeil dans le contexte des TUA. Bien qu'un ECR en double aveugle (n = 173) ait montré que la trazodone peut avoir des avantages à court terme sur la qualité du sommeil pendant le traitement, après l'arrêt du médicament, les résultats en matière d'alcool peuvent s'aggraver, y compris une amélioration moindre du nombre de jours d'abstinence par rapport au placebo et une augmentation du nombre de consommations par jour de consommation<sup>466</sup>. Bien que la documentation soit limitée et que la portée de ces lignes directrices ne comprenne pas l'examen de toutes les solutions de rechange pour le traitement de l'insomnie, des médicaments comme la gabapentine<sup>537,645</sup> et la mirtazapine<sup>645</sup> semblent avoir une meilleure efficacité et un meilleur profil d'innocuité que les antidépresseurs sérotoninergiques et leur utilisation devrait être envisagée.

COMMENT

Open Access

Rethinking trazodone for insomnia in alcohol use disorder



# Insomnie et TUA : une relation bidirectionnelle

## Vulnérabilité accrue

Les patients avec insomnie sont plus susceptibles de développer un trouble d'usage.

## Impact sur le sommeil


Avoir un TU a un impact négatif sur le sommeil.

## Conséquences fonctionnelles

Un trouble du sommeil a un impact négatif sur l'humeur, le stress et augmente la sensibilité à la douleur.

## Risque de rechute

Un sommeil REM diminué est associé à un risque plus élevé de rechute.

 L'insomnie en soi est a un impact délétère sur nos patients avec TUA.

# Prise en charge de l'insomnie chronique — Ressources cliniques

## Current insomnia guidelines



### Medications for Insomnia:

Drug Information to Support Drug Therapy Decisions

B.C. Provincial Academic Detailing (PAD) Service

December 2020

- Medications approved for insomnia<sup>6</sup>:
  - Benzodiazepines (temazepam)
  - Benzodiazepine receptor agonists (Z-drugs – Zopiclone, zolpidem, eszopiclone)
  - Tricyclic antidepressant (doxepin)
  - Orexin receptor antagonists
- Challenges with these rx in our context
  - Guidelines often based on studies that exclude PSUD
  - Risk of dependence and addiction
  - Safety concerns mixing with other narcotics

Choisir  
avec soin

*Le recours à des agents pharmacologiques potentiellement inappropriés pour traiter l'insomnie.* Malgré les nombreuses lignes directrices qui recommandent des méthodes non pharmacologiques (y compris la thérapie cognitivo-comportementale) comme traitement de première intention pour l'insomnie chronique<sup>12-16</sup>, les médicaments sédatifs sont habituellement choisis en premier. Au Canada, 1 personne sur 10 de 65 ans et plus utilise régulièrement des benzodiazépines<sup>16</sup>. Parmi les médicaments sédatifs offerts sur le marché, on peut mentionner les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (p. ex. zolpidem, zaléplon, eszopiclone), les agonistes du récepteur de la mélatonine (p. ex. rameltéon) et les antagonistes des récepteurs de l'orexine 1 et 2 (p. ex. suvorexant, lemborexant)<sup>17</sup>. De nombreux médicaments sédatifs sont utilisés pour un usage non indiqué sur l'étiquette pour traiter l'insomnie (p. ex. diphenhydramine, quétiapine, trazodone).

### Bottom line

**Orexin antagonists help people fall asleep about 9 minutes faster and increase total sleep time by about 19 minutes versus placebo over the course of 1 to 3 months. About 8% of those taking orexin antagonists will experience next-day somnolence compared with 2% taking placebo.**

**CFP MFC**  
The official journal of the College of Family Physicians of Canada



## Et ensuite ...



En insomnie –  
changement de  
pratique ?



En dépression –  
changement de  
pratique ?

SEVRAGE ALCOOLIQUE

PHÉNOBARBITAL

# **Le phénobarbital dans le sevrage alcoolique réfractaire aux benzodiazépines**

# Pourquoi le phénobarbital en sevrage alcoolique ?



## Avantages pharmacologiques clés

- Agoniste des récepteurs GABA-A – potentialise l'inhibition centrale, même en cas de récepteurs saturés par les benzodiazépines
- Inhibiteur du glutamate – réduit l'hyperexcitabilité glutamatergique propre au sevrage
- Anticonvulsivant – traite directement les convulsions associées au sevrage alcoolique
- Délai d'action rapide (IV) : 5 à 15 minutes
- Longue demi-vie – effet prolongé

# ASAM — Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management

## D. Pharmacotherapy

### (1) Prophylaxis

**Recommendation IV.13:** Patients at risk of developing severe or complicated alcohol withdrawal or complications of alcohol withdrawal may be treated in ambulatory settings at the discretion of providers with extensive experience in management of alcohol withdrawal. Such patients should be provided with preventative pharmacotherapy. Benzodiazepines are first-line treatment because of their well-documented effectiveness in reducing the signs and symptoms of withdrawal including the incidence of seizure and delirium. **Phenobarbital** is an appropriate alternative in a Level 2-WM setting for providers experienced with its use. For patients with a contraindication for benzodiazepine use, phenobarbital (in Level 2-WM settings by providers experienced with its use) or transfer to a more intensive level of care are appropriate options.

**Recommendation IV.14:** A first-line option is



**ASAM** American Society of  
Addiction Medicine

**Recommendation VI.27:** Phenobarbital may be used as an adjunct to benzodiazepines to control resistant alcohol withdrawal syndrome in settings with close monitoring.

△ **Recommandation ASAM 2020 :** Le phénobarbital peut être utilisé comme agent de première intention ou en adjuvant aux benzodiazépines pour la gestion du sevrage alcoolique, en particulier dans les cas sévères ou réfractaires. (Idéalement pour les MDs avec experience pertinente).

# Données probantes — résultats mixtes et hétérogènes

## Cureus 2023

*Phenobarbital and Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis*

Our study concludes that phenobarbital is an effective tool in the management of AWS in an ICU setting. However, various studies have reported contradictory results, and vital information appears to be lacking. Moreover, there is a lack of uniformity in terms of phenobarbital dosing. Drug administration should be adapted according to the severity of the symptoms. Further studies need to be conducted discussing the safety profile and adverse effects of the drug when it comes to the management of alcohol withdrawal syndrome.

## Academic Emergency Medicine 2024

*Phenobarbital treatment of alcohol withdrawal in the emergency department: A systematic review and meta-analysis*

**Conclusions:** The current literature base does not show that treatment with PB significantly reduces ICU admissions, hospital admissions, ED readmissions, or adverse events in ED patients with AWS compared with BZDs alone.

# Phénobarbital vs benzodiazépines — autres données

## Annals of Pharmacotherapy 2024

*Phenobarbital Versus Benzodiazepines for the Treatment of Severe Alcohol Withdrawal*

**Results:** The final analysis included 126 phenobarbital and 98 benzodiazepine encounters. Patients treated with phenobarbital had shorter median hospital LOS versus those treated with benzodiazepines (2.8 vs 4.7 days;  $P < 0.0001$ ); a finding corroborated by multivariable analysis. The phenobarbital group also had shorter median progressive/ICU LOS (0.7 vs 1.3 days;  $P < 0.0001$ ), and lower incidence of dexmedetomidine ( $P < 0.0001$ ) and antipsychotic initiation ( $P < 0.0001$ ). Fewer patients in the phenobarbital group compared to the benzodiazepine group received new mechanical ventilation ( $P = 0.045$ ), but median duration was similar (1.2 vs 1.6 days;  $P = 1.00$ ).

## American Journal of Emergency Medicine 2025

*Impact of phenobarbital when used in combination with benzodiazepines for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A retrospective analysis*

**Conclusion and relevance:** In our study, patients who received phenobarbital in combination with benzodiazepines had a quicker resolution of AWS but also had a higher incidence of mechanical ventilation, prolonged hospital LOS, and an increased risk of aspiration pneumonia. For patients at high risk of severe alcohol withdrawal, earlier initiation of phenobarbital appeared to yield the most optimal benefit.



# Implantation à l'échelle hospitalière — recherche originale (2025)

*Hospital-Wide Implementation, Clinical Outcomes, and Safety of Phenobarbital for Alcohol Withdrawal* – Wolpaw BJ et al. JAMA Netw Open. 2025;8(8):e2528694

## Box. Key Components of the Phenobarbital Order Set Implemented in the Electronic Health Record on March 24, 2022<sup>a</sup>

### Key Order Set Components

#### Nursing

- Vital signs 10 minutes after phenobarbital loading dose
- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised (CIWA-Ar) every 1-4 hours based on score

#### Loading Dose

- Phenobarbital 15 mg/kg intravenous piggyback (recommended for most patients)
- Phenobarbital 10 mg/kg intravenous piggyback (low risk or heavily pretreated with benzodiazepines)

#### As-Needed Doses

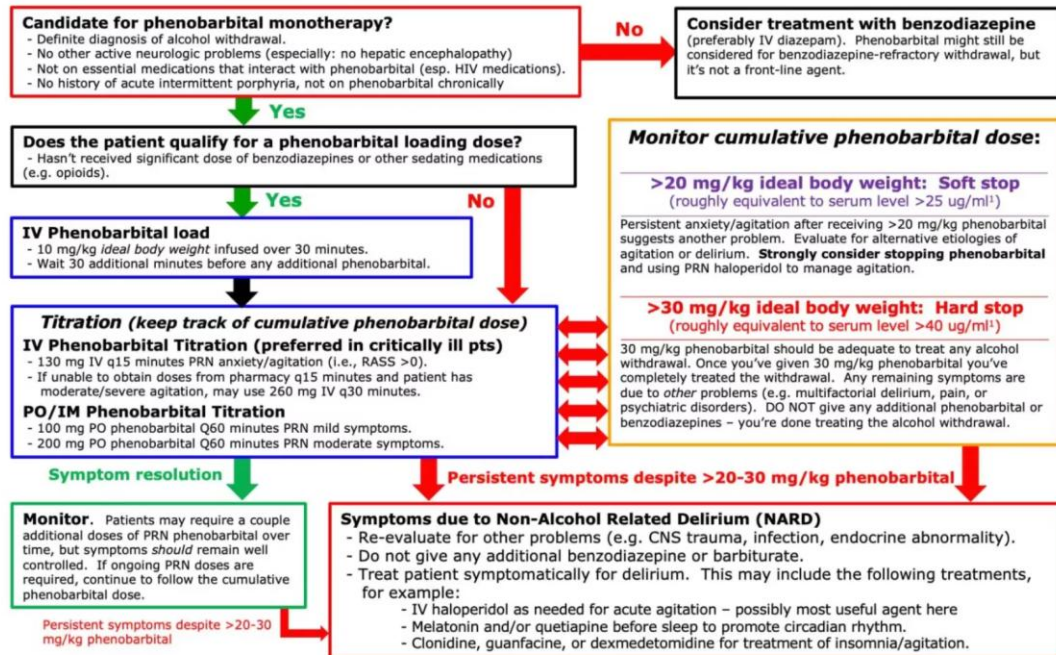
- Phenobarbital 130 mg intravenous twice as needed for uncontrolled agitation or CIWA-Ar  $\geq 15$
- Phenobarbital 260 mg intravenous once as needed for uncontrolled agitation or CIWA-Ar  $\geq 15$

<sup>a</sup> Complete order set is shown in eTable 1 in [Supplement 1](#).

**Conclusions and Relevance** In this quality improvement study, implementation of a weight-based phenobarbital order set for AWS in all care locations of a community hospital was associated with faster symptom resolution, shorter length of stay, and no differences in safety outcomes. These findings support the broader adoption of phenobarbital-based AWS treatment across diverse hospital settings.

# Internet Book of Critical Care (IBCC)

## Guideline for phenobarbital use in alcohol withdrawal



## Une référence pratique

Farkas, J. (2023). Alcohol withdrawal & alcohol use disorder. *The Internet Book of Critical Care*. [emcrit.org/ibcc/etoh/](http://emcrit.org/ibcc/etoh/)

### Notes

[1] For use in epilepsy, the therapeutic range of phenobarbital levels is 15-40 ug/ml, mild toxicity may occur >50 ug/ml, and severe toxicity (stupor/coma) may occur >65 ug/ml. The ideal therapeutic target of phenobarbital for alcohol withdrawal remains unclear (perhaps roughly in the 10-30 ug/ml range). Maintaining the level <40 ug/ml will establish a margin of safety and fall within general practice standards regarding the use of phenobarbital. Note, however, that in patients who have received significant doses of benzodiazepines, synergistic toxicity due to the interaction of benzodiazepine and phenobarbital can occur at "therapeutic" phenobarbital concentrations.

# Phénobarbital adjuvant dans le sevrage sévère — CMAJ 2025

## 2 Le phénobarbital est un traitement d'appoint efficace du sevrage de l'alcool

Le traitement d'appoint par le phénobarbital est recommandé chez les personnes présentant un syndrome grave de sevrage de l'alcool nécessitant une hospitalisation, y compris chez celles ayant une résistance aux benzodiazépines<sup>2</sup>. Le phénobarbital agit en synergie avec les benzodiazépines et est associé à une réduction des admissions en unité de soins intensifs, des taux d'intubation et de la durée de l'hospitalisation<sup>3-5</sup>.

## 3 Les cliniciens et cliniciennes peuvent envisager une dose de charge unique ou plusieurs petites doses

Parmi les stratégies courantes figure l'administration d'une dose par voie intraveineuse (i.v.) unique de 7,5 à 10 mg/kg (poids corporel idéal) ou l'administration de doses plus petites, par exemple 130 mg i.v. toutes les 30 minutes jusqu'à l'obtention d'une sédation légère<sup>3</sup>. Par la suite, on peut poursuivre le traitement avec du phénobarbital ou des benzodiazépines en fonction des symptômes. La prudence est recommandée chez les personnes présentant un dysfonctionnement hépatique (compte tenu de la diminution de la clairance), ayant un âge avancé ou prenant des sédatifs. Le



*Whynot S, Bouchard B, Buell D, Lamba W. CMAJ 2025;197(43):E1482. doi:10.1503/cmaj.250637*



# Messages clés

## **La pierre angulaire reste les benzodiazépines**

Les benzodiazépines demeurent le traitement de première ligne du sevrage alcoolique.

## **Des protocoles en cours d'élaboration au Québec**

Des outils sont nécessaires pour mieux accompagner les cliniciens lors des sevrages réfractaires. Des exercices de mise sur pied de protocoles sont actuellement en cours dans plusieurs milieux au Québec.

## **Rendez-vous à l'automne 2026**

Un midi-clinique de la CPMD entièrement consacré à ce sujet est prévu à l'automne 2026 – à ne pas manquer !



# Remerciements

**Kathy Tremblay**

**Alix Vaillancourt**

**Christina Duong**

# Références — 1/3

- INESSS (2026). Extrait d'avis au ministre – Campral (abstinence alcoolique). [inesss.qc.ca](https://www.inesss.qc.ca)
- McPheeters M et al. Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder. *JAMA*. 2023;330(17):1653 - 1665. doi:10.1001/jama.2023.19761
- Initiative canadienne de recherche en abus de substances (2023). Lignes directrices canadiennes. [aide-alcool.ca](https://www.aide-alcool.ca)
- CMAJ 2023;195:E1364-79. doi:10.1503/cmaj.230715
- BCGuidelines.ca (2024). High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder. [gov.bc.ca](https://www.gov.bc.ca)
- Choisir avec soin (2024). Psychiatrie. [choisiravecsoin.org](https://www.choisiravecsoin.org)
- Therapeutics Initiative (2025). Avoid serotonergic antidepressants for people with alcohol and other substance use disorders. [ti.ubc.ca](https://www.ti.ubc.ca)
- Pan et al. *Addiction Science & Clinical Practice* (2025) 20:30. doi:10.1186/s13722-025-00552-3
- Friedmann PD et al. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(9):1652-60. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00742.x
- BC PAD Service (2020). Medications for Insomnia. [gov.bc.ca](https://www.gov.bc.ca)
- Clarke K et al. *Can Fam Physician*. 2024;70(3):179-182. doi:10.46747/cfp.7003179
- BC Centre on Substance Use (2025). Insomnia pharmacotherapy in people with SUD. [youtube.com](https://www.youtube.com)

# Références — 2/3

- Rocha RB et al. Arq Neuropsiquiatr. 2023;81(5):475-483. doi:10.1055/s-0043-1768667
- Young J et al. Orexin antagonists for insomnia. Can Fam Physician. 2024;70(3):183-184. doi:10.46747/cfp.7003183
- ASAM (2020). Clinical practice guideline on Alcohol Withdrawal Management. asam.org
- Lee CM et al. Acad Emerg Med. 2024;31(5):515-524. doi:10.1111/acem.14825
- Umar Z et al. Cureus. 2023;15(1):e33695. doi:10.7759/cureus.33695
- Seshadri A et al. Trauma Surg Acute Care Open. 2022;7(1):e001010. doi:10.1136/tsaco-2022-001010
- Borgundvaag B et al. GRACE-4 Guidelines. Acad Emerg Med. 2024;31(5):425-455. doi:10.1111/acem.14911
- Cheng XJC et al. Am J Emerg Med. 2025;92:79-84. doi:10.1016/j.ajem.2025.03.008
- Kessel KM et al. Ann Pharmacother. 2024;58(9):877-885. doi:10.1177/10600280231221241
- Brooks L, Reinert JP. J Pharm Technol. 2024;40(4):186-193. doi:10.1177/87551225241249407
- Malone D et al. Neuropsychopharmacol Rep. 2023;43(4):532-541. doi:10.1002/npr2.12347
- Hundert S et al. South Med J. 2024;117(1):25-30. doi:10.14423/SMJ.0000000000001640

# Références — 3/3

- Govalan R et al. JHEP Reports. 2026;8(4):101769. doi:10.1016/j.jhepr.2026.101769
- Law TM et al. Ann Pharmacother. 2026;60(2):105-114. doi:10.1177/10600280251340164
- Nishimura Y et al. Eur J Intern Med. 2023;112:52-61. doi:10.1016/j.ejim.2023.03.006
- Gauer RL et al. Am Fam Physician. 2024;109(2):134-142. PMID:38393797
- Farkas J. (2023). Alcohol withdrawal & alcohol use disorder. Internet Book of Critical Care. emcrit.org/ibcc/etoh/
- Whynot S, Bouchard B, Buell D, Lamba W. CMAJ 2025;197(43):E1482. doi:10.1503/cmaj.250637
- Seshadri A et al. Trauma Surg Acute Care Open. 2022;7(1):e001010. doi:10.1136/tsaco-2022-001010
- Wolpaw BJ et al. JAMA Netw Open. 2025;8(8):e2528694. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.28694