



Choisir avec soin et action climatique

Dre Rebecca Bourgault

Dre Maxine Dumas Pilon

Dre Caroline Laberge

Congrès annuel de Choisir avec Soins

Montréal, Avril 2024

Objectifs

- Prendre conscience de l'impact du système de santé sur l'environnement
- Reconnaître le rôle de Choisir avec soin dans la durabilité environnementale
- Décrire des approches pratiques pour intégrer la durabilité environnementale dans différents contextes de pratique, notamment par la **décroissance** en santé





Déclaration conflits d'intérêts

Dre Caroline Laberge

- Médecin de famille, professeur agrégée de clinique à l'Université Laval, GMF-U Laurier
- Présidente du CQMF de 2019 à 2022
 - Présidente du groupe de travail sur l'environnement du CQMF
 - Membre du comité sur les meilleures pratiques, formatrice de l'atelier « Pour une Pratique Éclairée »
- Membre du collectif « Prescri-Nature »
- Membre du conseil d'administration de Nature Québec
- Pas de conflit de nature commerciale ni intellectuelle à déclarer

A portrait of Dr. Maxine Dumas Pilon, a woman with shoulder-length brown hair, wearing a colorful floral patterned dress. The portrait is set against a grey background and is partially enclosed by a white circular graphic element on the right side.

Déclaration conflits d'intérêts Dre Maxine Dumas Pilon

- Médecin de famille, professeur adjointe à l'Université McGill
- Présidente du CQMF de 2015 à 2017
 - Présidente du comité sur l'innovation en médecine de famille
 - Membre du groupe de travail sur l'environnement du CQMF
- Co-fondatrice clinique Indigo
- Pas de conflit de nature commerciale ni intellectuelle à déclarer



Déclaration conflits d'intérêts

Dre Rebecca Bourgault

- Médecin de famille, professeur d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke
- Membre du groupe de travail sur l'environnement du CQMF
- Membre du comité sur les meilleures pratiques, formatrice de l'atelier « Pour une Pratique Éclairée »
- Pas de conflit de nature commerciale ni intellectuelle à déclarer

Introduction:
pourquoi se
préoccuper
d'environnement?

**"La crise climatique est la
plus grande menace à la
santé du 21e siècle" -
Déclaration de l'OMS,
sept 2021**



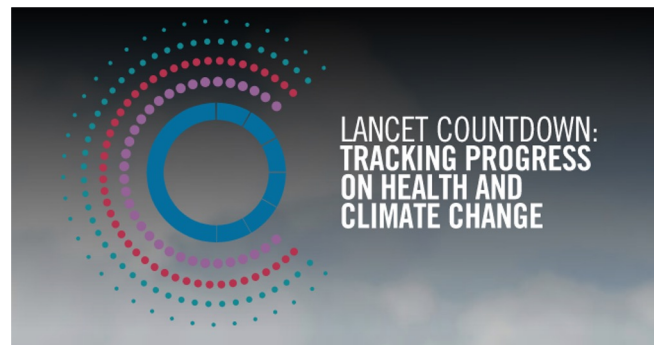
THE LANCET

COMMENT | VOLUME 398, ISSUE 10304, P939-941, SEPTEMBER 11, 2021

Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health

Lukoye Atwoli • Abdullah H Baqui • Thomas Benfield • Raffaella Bosurgi • Fiona Godlee • Stephen Hancocks • et al.
[Show all authors](#)

[Open Access](#) • Published: September 04, 2021 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01915-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01915-2)



THE LANCET

October 2021 www.thelancet.com

The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change



"Leaders of the world have an unprecedented opportunity to deliver a future of improved health, reduced inequity, and economic and environmental sustainability. However, this will only be possible if the world acts together to ensure that no person is left behind."



A Review by The Lancet

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

[SUBSCRIBE OR RENEW](#)

PERSPECTIVE
Little Cell Disease and Gene Therapy — Patient and Physician Perspectives

NEW RESEARCH REPORT
Fossil-Fuel Pollution and Climate Change

EDITORIAL
Audio Interview: Assessing Bivalent Vaccines against COVID-19

CLINICAL PRACTICE
Gastroesophageal Reflux Disease

EDITORIAL
Seeking Simpler Sol Diabetes Technology

Call for Emergency Action to Limit Global Temperature Increases, Restore Biodiversity, and Protect Health

Lukoye Atwoli, Abdullah H. Baqui, Thomas Benfield, Raffaella Bosurgi, Fiona Godlee, Stephen Hancocks, Richard Horton, Laurie Laybourn-Langton, Carlos Augusto Monteiro, Ian Norman, Kirsten Patrick, Nigel Prailes.

cmaj

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

search [Advanced Search](#)

[Home](#) [Content](#) [Authors](#) [CMA Members](#) [Subscribers](#) [Alerts](#) [JAMC](#)

[f](#) [t](#) [p](#) [v](#) [u](#) [y](#)

Editorial

Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health: wealthy nations must do much more, much faster

Pourquoi se préoccuper d'environnement?

- Les soins de santé sont responsables de 5% des GES émis au Canada, soit 2 fois plus que le transport aérien!
- Le Canada est l'un des 50 pays qui s'engage à viser la carboneutralité dans les soins de santé, nov 2021

Conférence des Nations Unies sur le climat (COP26) : les pays s'engagent à concevoir des soins de santé respectueux du climat

Conférence des Nations Unies sur le climat (COP26) : 50 pays s'engagent à concevoir des soins de santé respectueux du climat

9 novembre 2021 | Communiqué de presse | Glasgow, Écosse

Des exemples inspirants....

- Angleterre
- France
- Suisse
- Et chez nous ?



**Leading the global movement for
environmentally responsible health care**

Welcome to Health Care Without Harm! Please join us as we work to transform the health sector worldwide, promoting environmental health and justice.

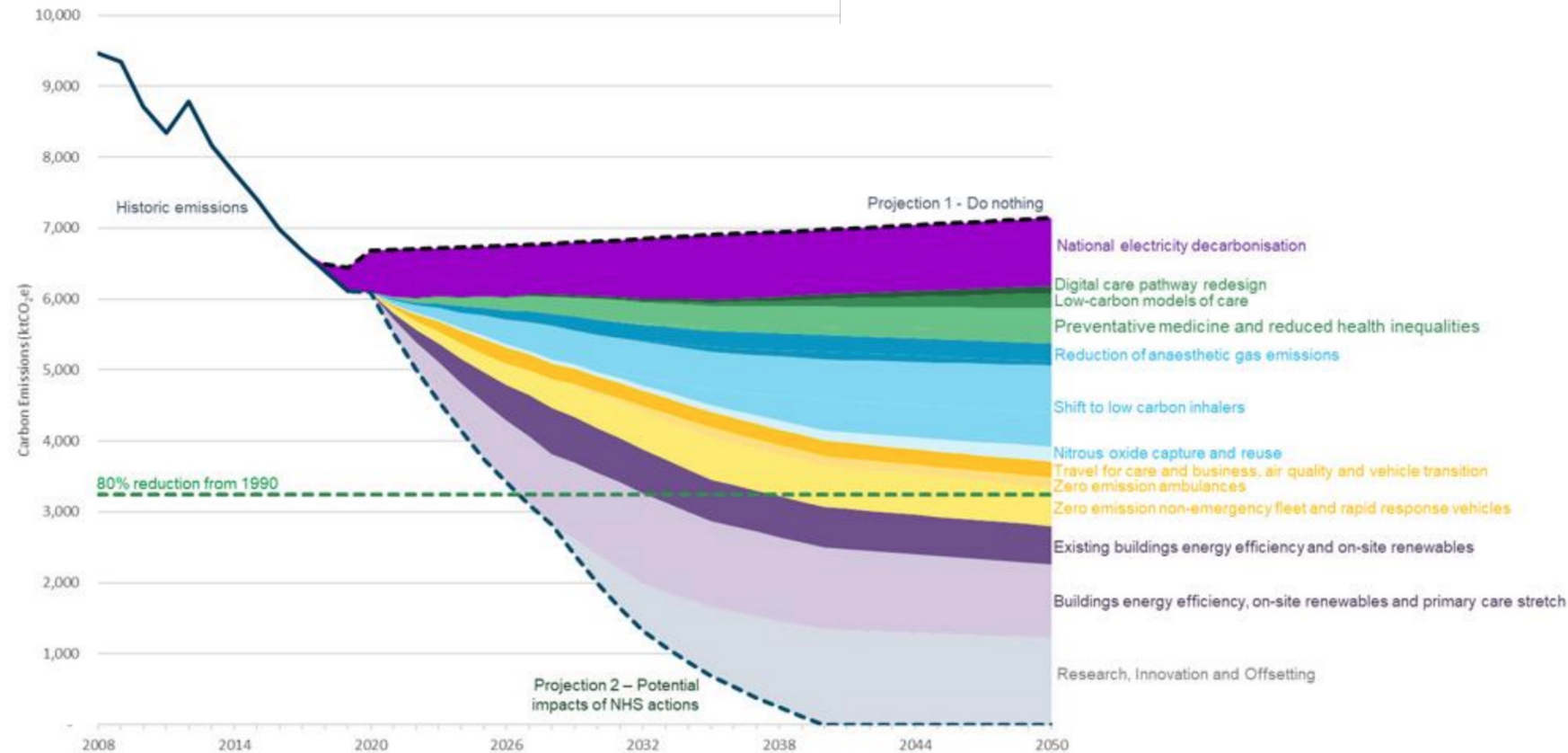


Image tirée de <https://chelgate.com/international/>

Royaume Uni

Delivering a 'Net Zero' National Health Service

Figure 4: Pathway to net zero for the NHS Carbon Footprint Scenario



- Jalons annuels
- Cible diminution 80% en 2030
- Carboneutre 2040
- Budget annuel équivalent à 800 millions CAD

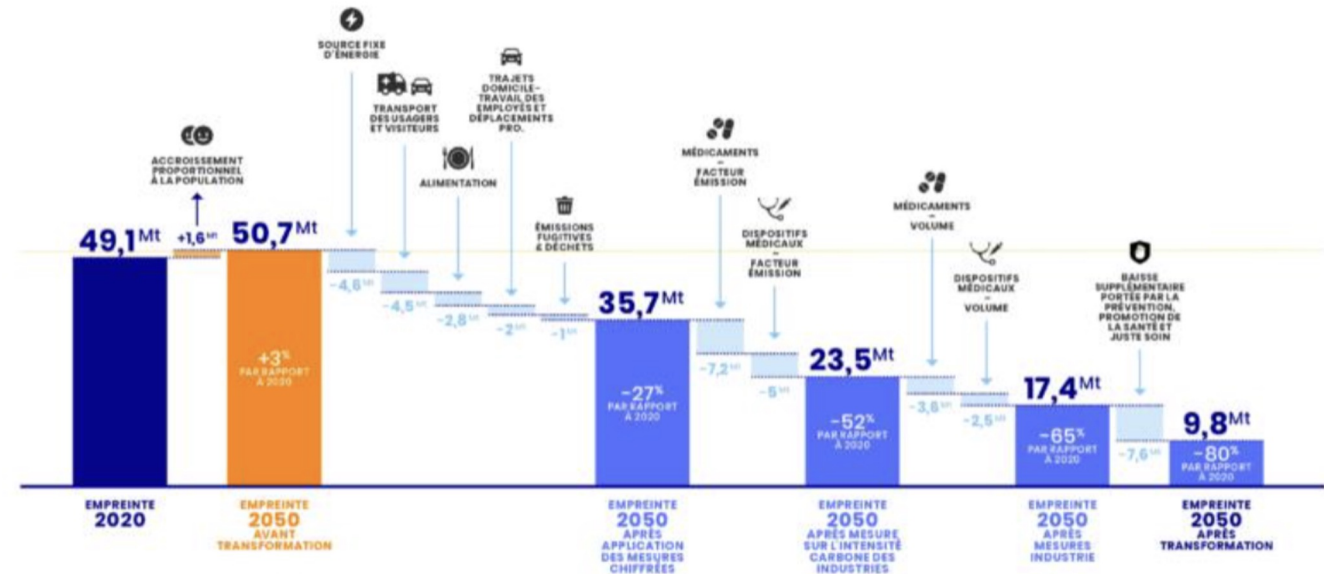
France

THE SHIFT PROJECT

- Calcul des émissions du secteur de santé
- Objectif de réduction de 5% par année
- Projets en cours: médicaments et dispositifs médicaux, autonomie des personnes âgés et handicapés et promotion et prévention

Émissions de GES du secteur de la santé en 2050 après transformation
incluant la prévention, la promotion de la santé et le juste soin

THE SHIFT PROJECT



Scénarios avec réduction du facteur d'émissions des médicaments et des dispositifs médicaux (DM) de 80%. Cela signifie que pour produire une unité de médicaments ou de DM, l'industrie émet 80% de GES en moins.

Suisse



Figure 4: Stratégies d'actions se conceptualisant et s'opérationnalisant sur un continuum de différents niveaux de compétences.

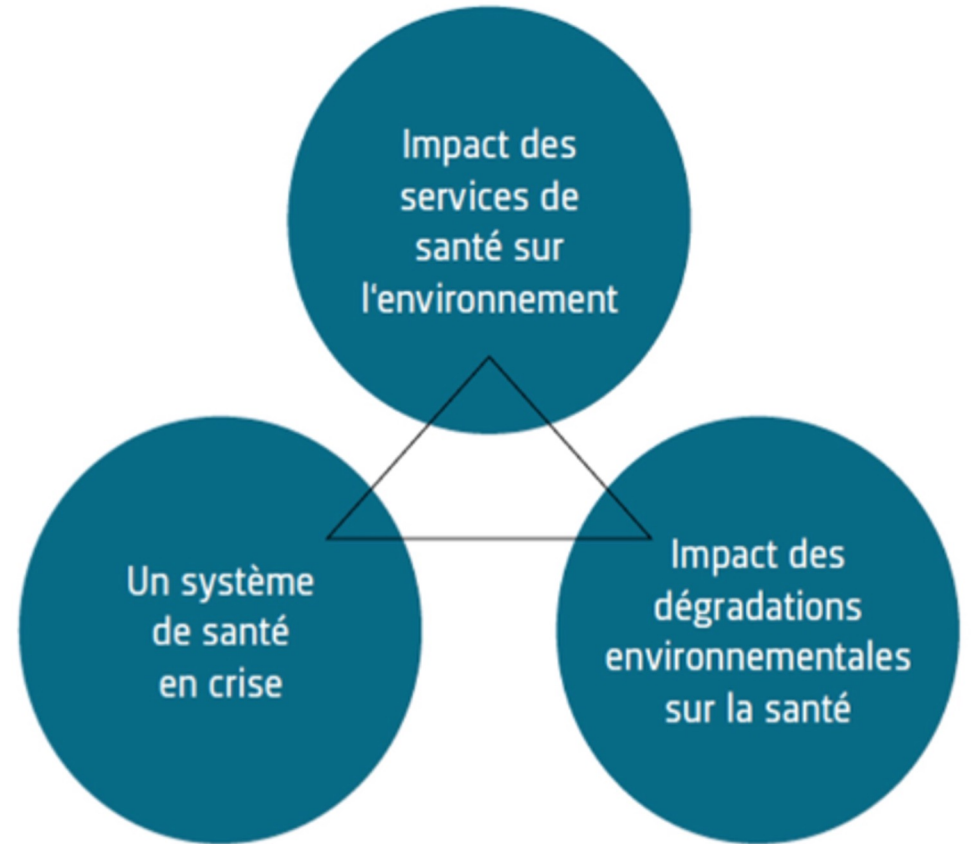


Figure 1: un triple constat.

Suisse

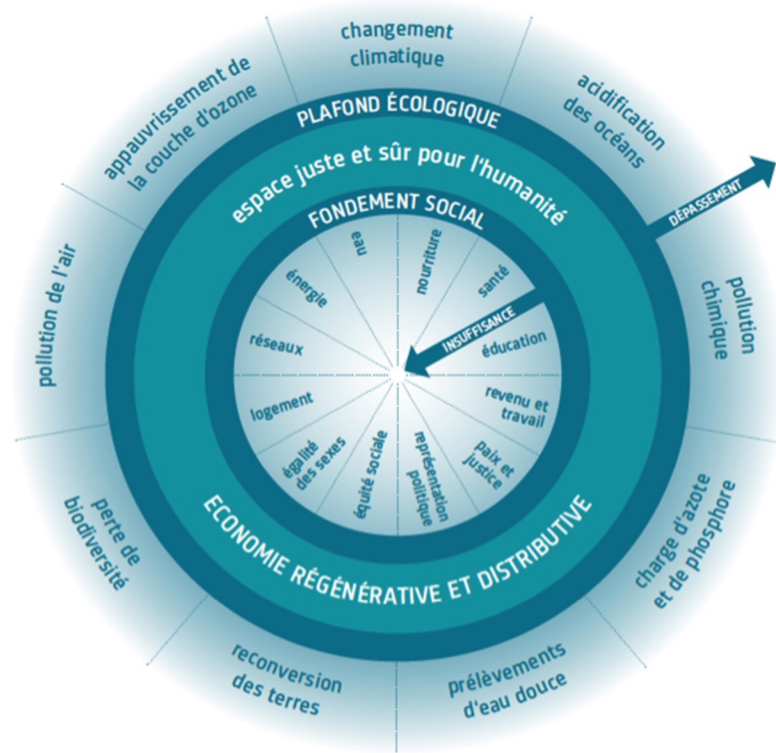


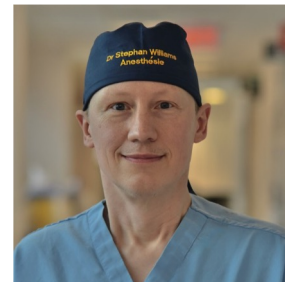
Figure 2: L'espace «juste et sûr» dans lequel devrait se déployer l'humanité, entre plafond écologique et plancher social (Source: [57]).

Tableau 2: Propositions principales qui ont émergé durant les ateliers.

Axe / Atelier	Société	Système de santé	Pratiques cliniques	Infrastructures
Réduire l'utilisation des services de soins	P1: Renforcer l'engagement citoyen, communautaire et institutionnel pour accélérer la transition écologique de la société			
	P2: Repenser le concept et la définition de la santé comme étant liée aux déterminants environnementaux			
	P3: D�-(bio)médicaliser et resocialiser la santé			
Adapter les pratiques de soins	P4: Développer un nouveau paradigme pour une médecine et des soins durables			
		P5: Promouvoir d'autres pratiques de soins et intégrer des questions environnementales dans la pratique médicale		
Réduire les émissions et améliorer l'efficacité environnementale des services de santé				P6: Engager les institutions de soins dans une démarche de durabilité forte
Action transversale	P7: Former et sensibiliser des professionnel.le.s de la santé aux enjeux de durabilité environnementale			

Et chez nous..?

- Pas de plan national de décarbonisation du système de santé
- L'exemple du CHUM: Objectif carboneutralité: un PDG visionnaire
- Réduction de la pollution par les gaz anesthésiants: le leadership du Dr Stephan Williams



Départ du PDG du CHUM

Cesser de « se construire les malades de demain »



PHOTO ALAIN ROBERGE, ARCHIVES LA PRESSE

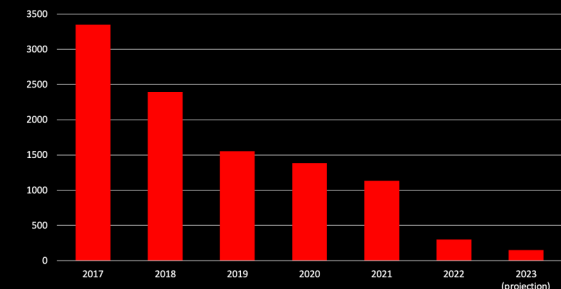
Le D^r Fabrice Brunet, PDG sortant du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

La Presse 18 sept 2022

Diminution émissions gas anesthésiques CHUM

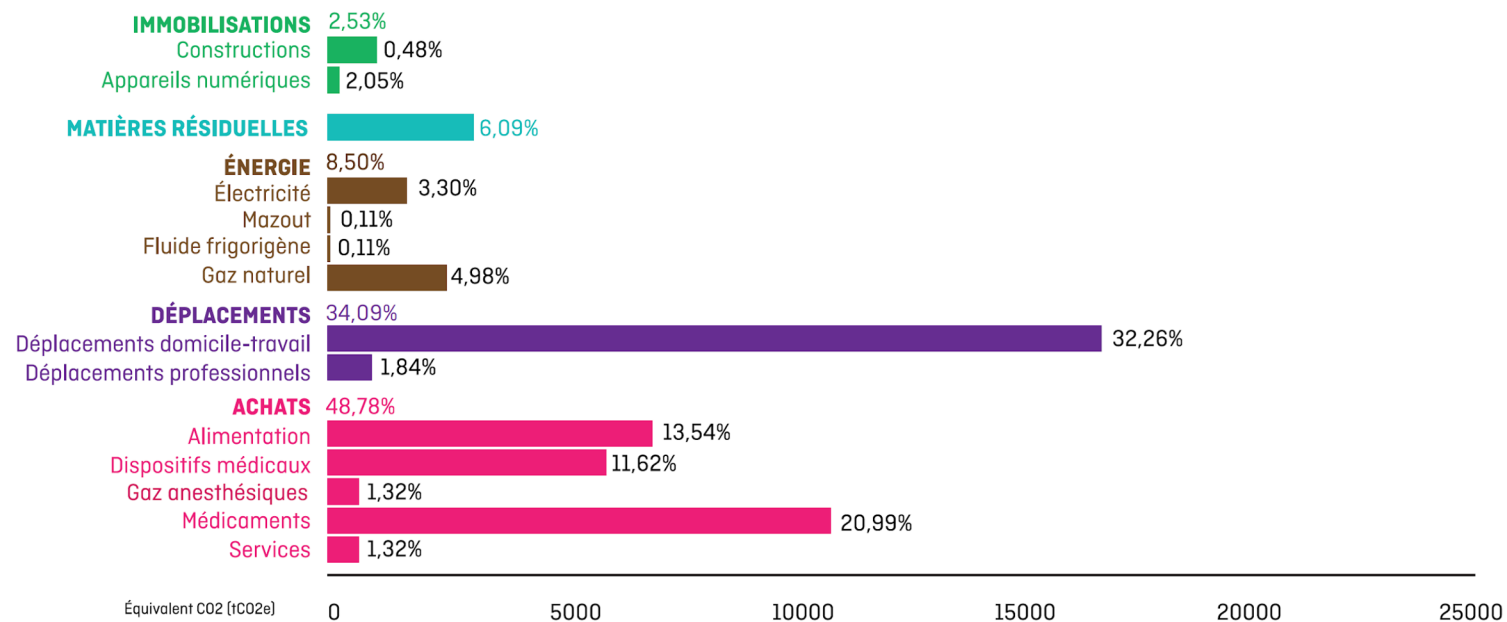
Tonnes CO2eq N2O + halogénés CHUM

RÉSULTATS:



Bilan carbone au CISSS de Laval

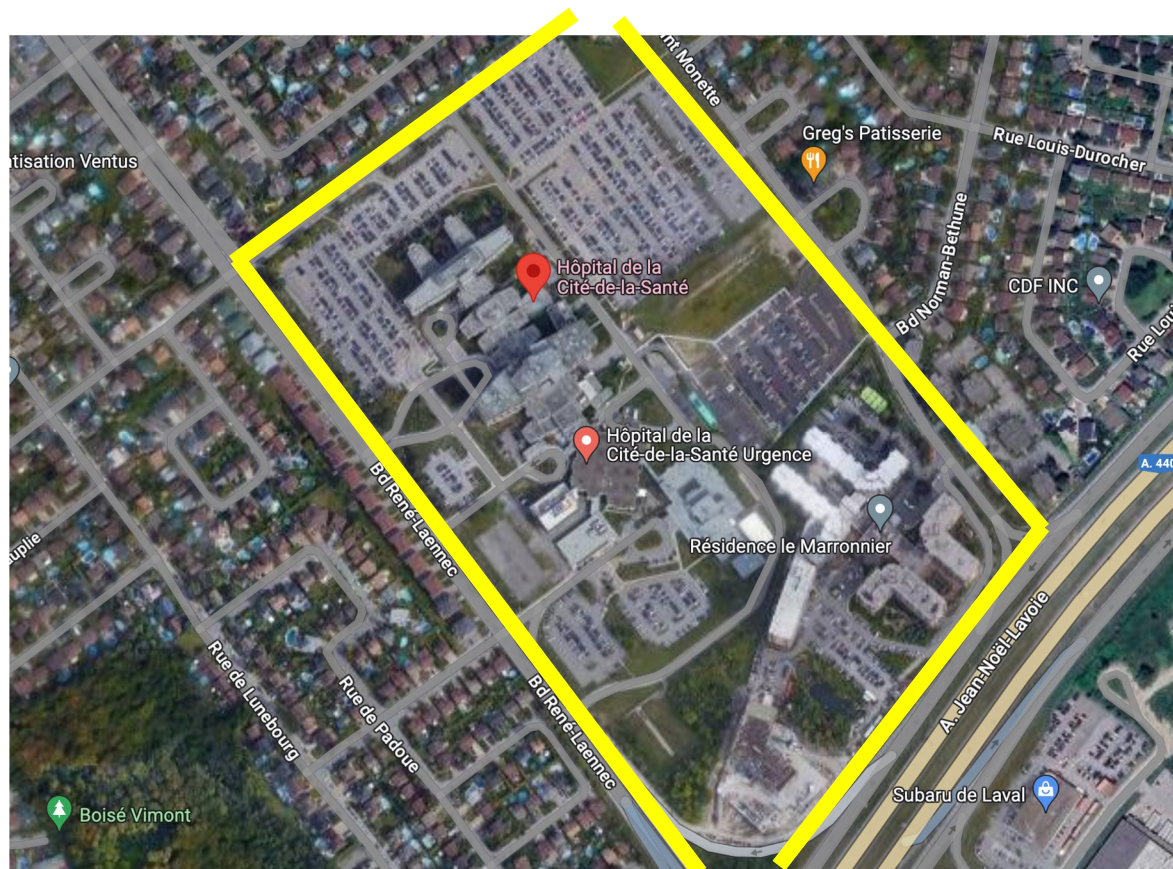
RÉSULTATS DE L'EMPREINTE CARBONE ESTIMÉE DES 7 INSTALLATIONS ÉTUDIÉES EN DÉTAIL



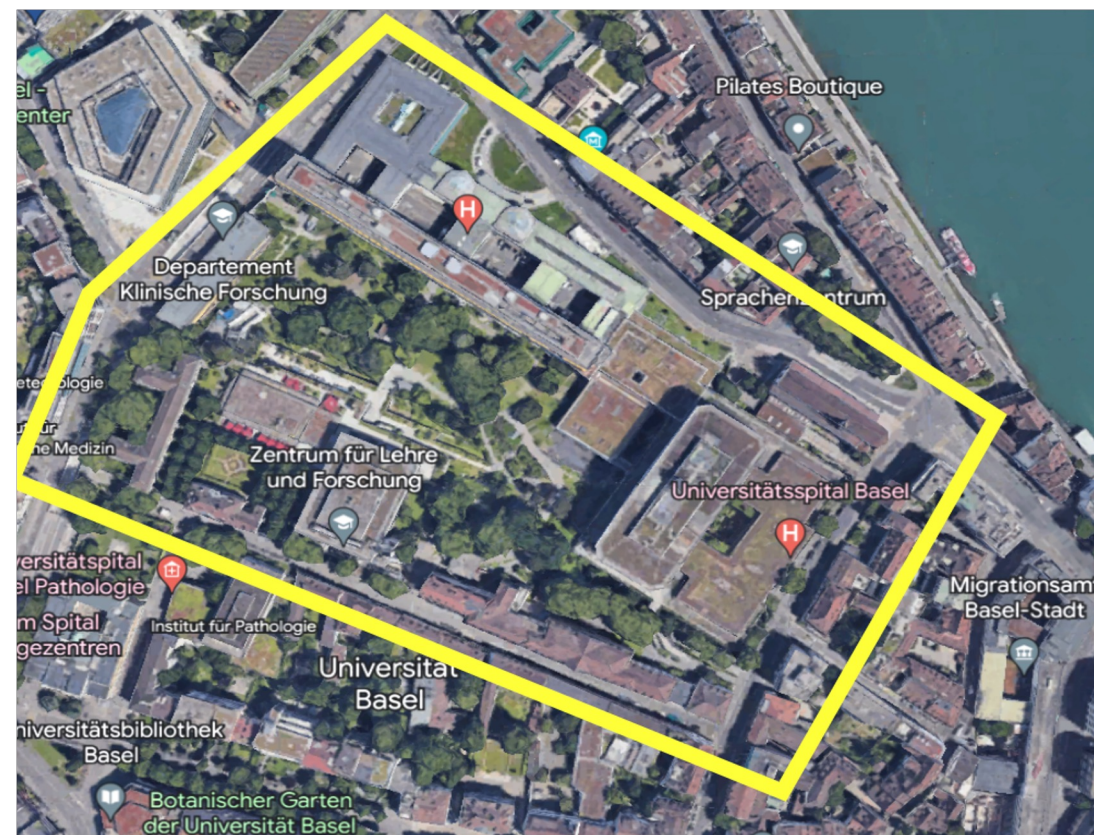
- Réalisé par la firme Primum non nocere avec le CDD du CISSS de Laval
- Année 2019-2020
- Basée sur 7 installations représentatives, puis extrapolation à l'ensemble du CISSS

Source: Présentation de Dre Stéphanie Burelle, Journées de formation interdisciplinaire de la FMSQ 18 novembre 2022; crédit CISSS de Laval, en collaboration avec Primum non nocere et SSE

L'impact des déplacements en voiture



Hôpital Cité de la Santé, Laval, Québec



Hôpital de Bâle, Suisse

La Presse, 19 février 2024



DOSSIER 2 articles

Hôpital de Vaudreuil-Soulanges

LA SANTÉ PUBLIQUE S'OPPOSAIT À L'IMMENSE STATIONNEMENT

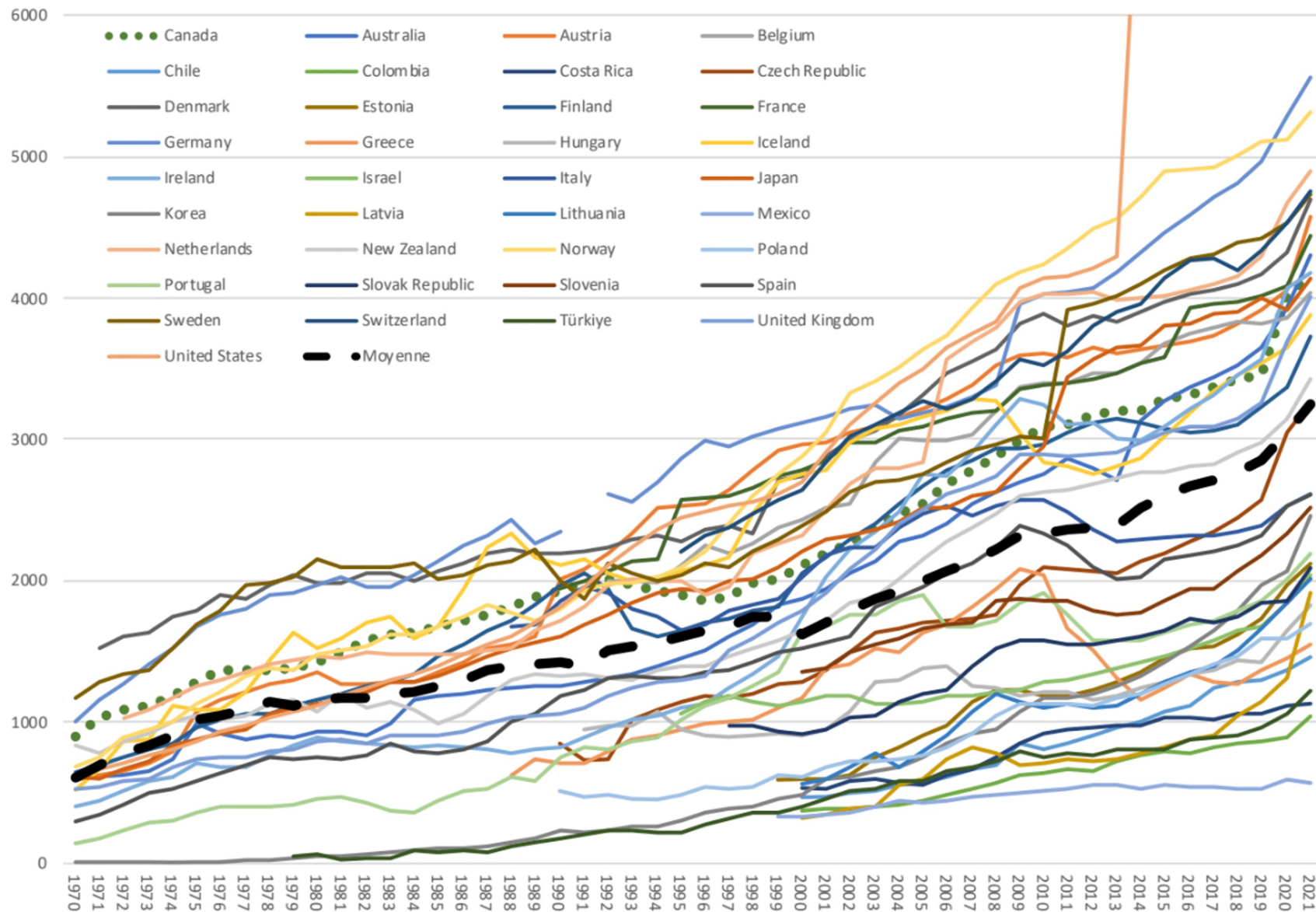
Malgré les objections de la Santé publique, Québec va de l'avant avec un vaste stationnement de surface au futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges.

Publié le 19 février

PHOTO FRANÇOIS ROY, LA PRESSE

« Il est difficile de juger des impacts de ce stationnement spécifique, mais les conséquences des îlots de chaleur de manière générale toucheront à la fois l'environnement et la santé humaine. »

Dépenses publiques de santé en dollars constants à parité de pouvoir d'achat pays de l'OCDE



La quantité réelle de ressources publiques investies en santé multipliée par 5 sur les 50 dernières années.

- Démographie
- Technologie
- Attentes sociales

Emprunté à D. Contandriopoulos, présentation ANQ 2023.

Recette pour une augmentation exponentielle des besoins



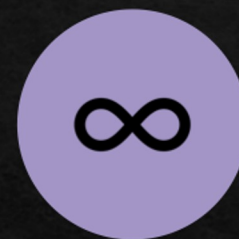
DÉFINITION INFINIE
DE LA SANTÉ



DÉSIRS QUI
DEVIENNENT DES
BESOINS



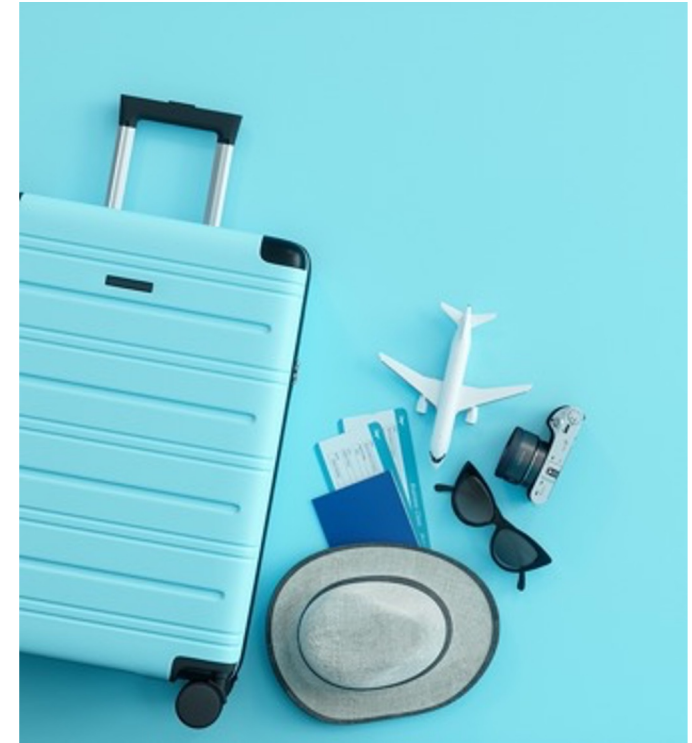
MÉDICALISATION DE
LA SANTÉ & LE
VIEILLISSEMENT



PROGRÈS
TECHNOLOGIQUES &
PHARMACOLOGIQUES



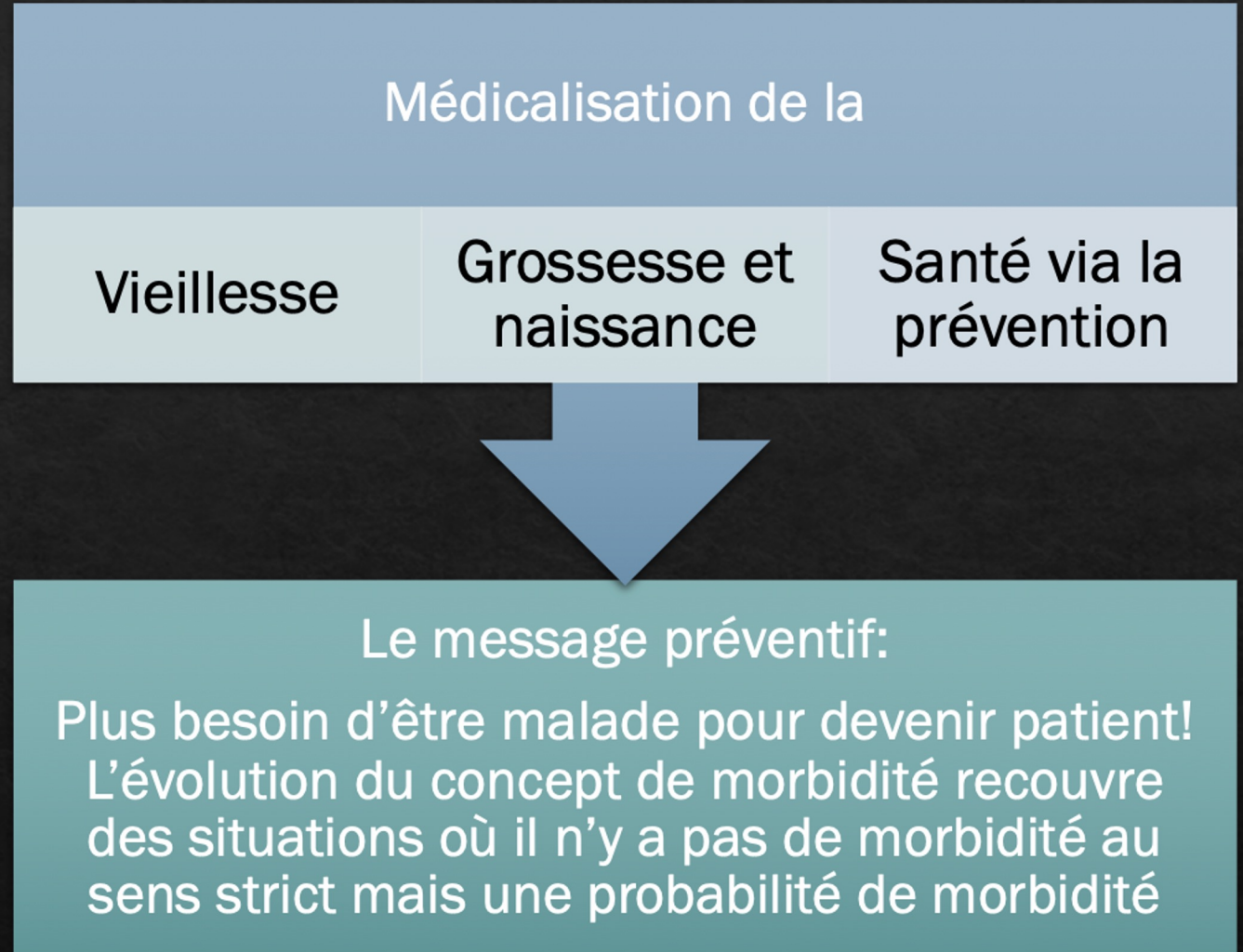
UNE SOCIÉTÉ EN
DÉNI DE LA MORT



Un désir démocratisé devient un besoin

Médicalisation de la santé

Yvan Illich :
Némésis
Médicale,
l'expropriation
de la santé
(1975)





Progrès technologiques et pharmacologiques

Yvan Illich :
Némésis
Médicale,
l'expropriation
de la santé
(1975)

- ◇ Comme tout secteur industriel en croissance, le système de santé porte ses efforts là où la demande paraît sans limite: la protection contre la mort
- ◇ Fascination générale pour les percées médicales, les techniques de pointe et la mort sous médical est un symptôme visible de la iatrogénèse sociale

L'exemple des soins intensifs

L'utilisation des USI au Canada
croît plus vite que le nombre
d'hospitalisations en soins de
courte durée en général

Coût par jour d'un séjour 3x
celui de l'unité de soins
standard

Bien que les déterminants sociaux de la santé soient aussi, sinon plus puissants que les soins de santé eux-mêmes

Il y a eu une augmentation des dépenses en santé 10x plus importantes que les dépenses sociales depuis 1981.

Source: Dutton DJ, Forest P-G, Kneebone RD, et al. Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study. CMAJ 2018;190:E66-71.

Décroissance



Friedrich Friedländer, « Der Doktor » (1870)

Image tirée de
<https://lactualite.com/sante-et-science/leffritement-du-contrat-social-des-medecins/>

comment y arriver..

On ne consomme pas tous autant...

Tableau 1 Empreinte carbone selon différents groupes de la population au Canada

	Moyenne canadienne d'émission de GES (TCO ₂ e/capita) en 2019
Population entière (100 % des citoyens)	19,4
1 % des citoyens les plus riches	190,2
10 % des citoyens les plus riches	60,3
40 % des citoyens à revenus moyens	20,9
50 % des citoyens les plus pauvres	10,0

Adapté de Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., Zucman, G. *et al.*, 2021.

Voici six comportements à adopter pour sauver la planète

Une nouvelle étude, publiée début mars par des chercheurs de l'université anglaise de Leeds, en partenariat avec le bureau d'études Arup et le réseau C40 des villes engagées pour le climat, montre que les pays riches, et plus particulièrement les ménages les plus aisés, devraient adopter six changements de vie pour rester dans un scénario de réchauffement limité à 1,5°C. L'impact sur la réduction des émissions de gaz à effet de serre d'ici 2030 serait conséquent puisque ces actions permettraient de réaliser un quart de l'effort. Le reste devra être mené au niveau collectif, par les entreprises et l'Etat.

N°1 : Manger vert

L'action la plus impactante concerne l'alimentation. Il s'agit de passer à une alimentation essentiellement végétale, mais aussi de réduire le gaspillage alimentaire en ajustant les portions.



12%
de l'effort

N°2 : Opter pour une garde-robe vintage



L'objectif est d'acheter trois vêtements neufs par an, et huit au maximum.

6%
de l'effort



Conservez vos appareils électriques et électroniques pendant au moins sept ans.

3%
de l'effort

N°4 : Partez près de chez vous



Contentez-vous d'un vol court-courrier tous les trois ans et d'un vol long-courrier tous les huit ans.

2%
de l'effort

N°5 : Dites adieu à votre voiture



Pour ceux qui le peuvent, débarrassez-vous de votre voiture personnelle. Sinon, gardez-la plus longtemps.

2%
de l'effort

N°6 : Changez le système



Passer à un fournisseur d'énergie verte, à une banque plus responsable, rénover votre maison... **Faites un changement de ce type** au moins une fois dans votre vie.

2%
de l'effort

La décroissance en santé: notre rôle de médecin

- Utiliser les recommandations de **Choisir avec soin**
- **Démédicaliser** le normal
- Changer nos habitudes de **prescription**
- Aborder la **fin de vie** différemment





“Jusqu’à 30% de nos examens, traitements et interventions ne sont pas nécessaires”

- Impacts sur le patient, sur les ressources ET sur la **planète**
- 1 appareil TDM = 22 200 kg de CO2 annuellement
 - 10 allers-retours en voiture entre Montréal et Vancouver!
 - Il y a 538 unités de TDM au Canada
- L’IRM produit 6x plus de gaz à effet de serre que le TDM

Recommandations et ressources, par spécialité

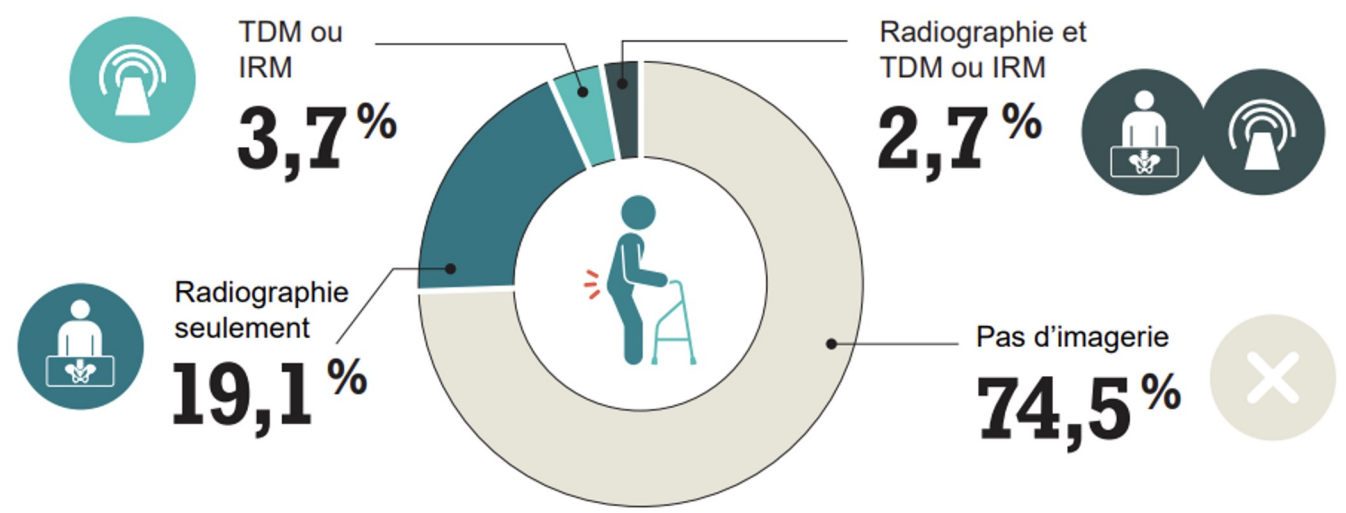
- 1 Évitez l'imagerie pour une lombalgie, sauf en présence de signaux d'alarme. ✓
- 2 Évitez l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signaux d'alarme. ✓
- 3 Évitez l'imagerie pour un mal de tête sans complication, sauf en présence de signaux d'alarme. ✓
- 4 Évitez la tomographie (TDM) pour évaluer une appendicite soupçonnée chez un enfant avant d'avoir envisagé la possibilité de lui prescrire une échographie. ✓
- 5 Évitez de procéder à une série de radiographies de la cheville chez les adultes qui ont subi des traumatismes mineurs. ✓

1 TDM tête: 0.68 kWh =
195 km de voiture à
essence = Montréal-
Ottawa

1 TDM pelvien; 0.92
kWh= 263 km de voiture
à essence = un peu plus
que Montréal-Québec

1 Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme. ✓

Répartition des examens d'imagerie diagnostique pour des douleurs au bas du dos sans signe préoccupant, 2019-2020



1 TDM lombaire: 0.97 kWh =
278 km de voiture à essence
= Montréal-Kingston

1 IRM lombaire; 16.6 kWh=
478 km de voiture à essence
= Montréal-Saguenay

Éviter des tests inutiles qui peuvent mener à des cascades d'intervention

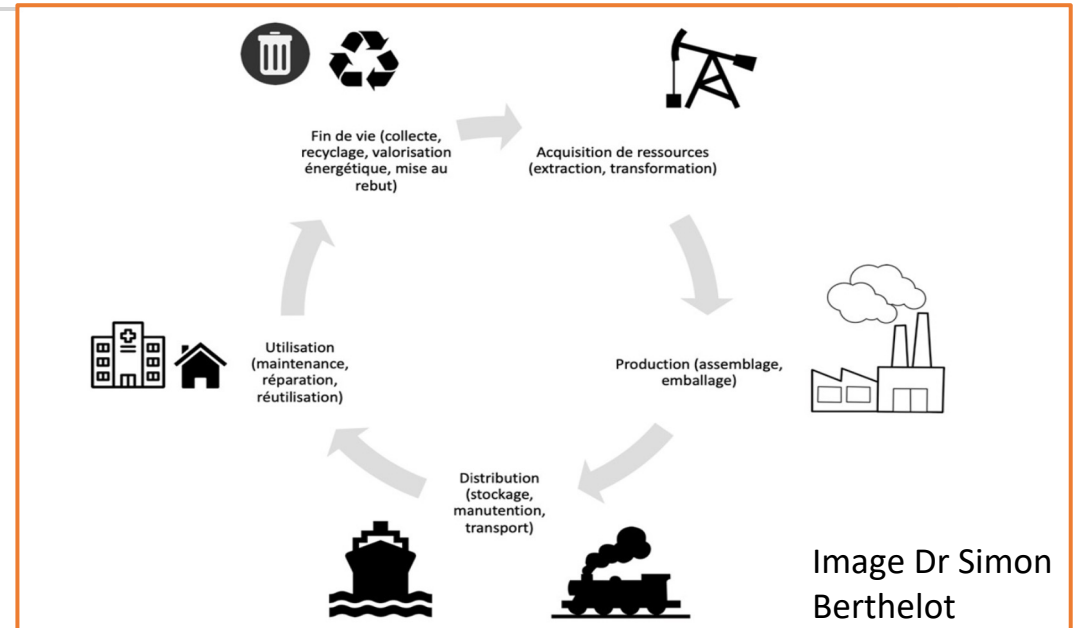
Un incidentalome = **4.2** tests de plus
 Surinvestigation = **3.2** conséquences négatives

JAMA Internal Medicine | Special Communication | LESS IS MORE

Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments

Deborah Korenstein, MD; Susan Chimonas, PhD; Brooke Barrow, BA; Salomeh Keyhani, MD, MPH; Aaron Troy, BA; Allison Lipitz-Snyderman, PhD

Domaines	Exemples
Physique	Complications procédurales, Douleur aiguë ou permanente, effets secondaires, maladies
Psychologique	Anxiété, dépression, auto-identification dans le rôle du malade
Fardeau du traitement	Temps passé à « s'occuper de sa santé »
Social	Diminution des activités passées avec la famille, les amis, stigmatisation
Financier	Coûts de transport, perte de salaire
Insatisfaction par rapport aux soins de santé	Erosion de la confiance envers le système de santé



L'analyse du cycle de vie de chaque test est très complexe... Ce que je retiens comme clinicienne:

Tout test inutile a un impact environnemental non acceptable!

- 5 Ne demandez pas d'analyses sanguines de dépistage chaque année, sauf si le profil de risque du patient l'exige. ✓

Carbon Footprint of Blood Tests²¹

CO₂

Blood test	Mean CO ₂ e (g) (95% CI)	Equivalent distance in car (km/1000 tests)
Full blood examination	116 (101–135)	770
Coagulation profile	82 (73–91)	540
Urea and electrolytes	99 (84–113)	650
C-reactive protein*	0.5 (0.4–0.6)	3
Arterial blood gases	49 (45–53)	320



Source: <https://www.cfms.org/files/HEART/PGH-UofT-Choosing-Wisely-Primary-Care-Module.pdf>



Démédicaliser le normal



crédit photo 123RF

Par exemple: Médicalisation de la grossesse

- Nombre croissant de visites prénatales
- Des appareils d'échographie plus puissants qui détectent plus d'anomalies...
 - Dilatations rénales légères, dilatations ventriculaires, pli nuchal augmenté, amenant plus de tests de contrôle
 - Stress chez les parents ++, perception de grossesse à risque ++
 - Confiance trop grande dans les valeurs incertaines (ex retards de croissance, suspicions de macrosomie, ...) engendrant plus de déclenchements.
- Prises de sang de dépistage suggérées sans intervention possible (ex sérologies CMV en début de grossesse)

Changer nos habitudes de prescription

D'un point de vue environnemental...
**“La meilleure pilule pour l'environnement
est celle qu'on ne prend pas!”**

Dre Claudel Pétrin Desrosiers,
Colloque pour un réseau de santé durable
17 juin 2022



L'exemple des maladies cardio-vasculaires

Le choix des lignes directrices importe!

- Nombre d'examens de laboratoires de suivi
- Intensité du traitement médicamenteux

PEER Simplified Cardiovascular Decision Aid

FAQ Langues: Français (FR) ▼

1. Estimez votre risque

Où vivez-vous?

Quel âge avez-vous? ans

Quel est votre sexe? Homme Femme

Êtes-vous fumeur(se)? Non Oui

Êtes-vous diabétique? Non Oui

Quelle est votre pression artérielle systolique? mmHg

Prenez-vous des médicaments contre l'hypertension? Non Oui

Quelle est la valeur de votre cholestérol total? mmol/L

Quelle est la valeur de votre cholestérol HDL? mmol/L

Vous vous demandez pourquoi les antécédents familiaux ne sont pas inclus? Consultez la section [FAQ](#)

Risque d'événements cardiovasculaires au cours des 10 prochaines années

(infarctus du myocarde, angine, insuffisance cardiaque, AVC ou claudication intermittente)

Votre risque 22.4% Avec traitement 11.8%

2. Choisissez vos traitements

Habitudes de vie

- Diète Méditerranéenne
[Ressource pour la diète Méditerranéenne](#)
- Activité physique
[Prescription d'activité physique](#)

Options médicamenteuses (choisissez-en seulement une)

Il existe des données probantes directes et claires en prévention primaire pour ces options

- Statine (intensité faible à modérée)
- Statine (intensité élevée)
- Médicament contre l'hypertension (thiazide, IECA/ARA, BCC)

Les hypolipémiants autres que les statines ne sont pas recommandés en prévention primaire dans nos lignes directrices

- Ezétimibe
- Inhibiteur PCSK9
- Fibrate

[Imprimer](#)

[Note DMÉ/Partager](#)

Lignes Directrices Simplifiées de PEER Sur Les Lipides

Document Pour les Patients

[PEER Simplified Cardiovascular Decision Aid](#)

La médecine par le mode de vie « Lifestyle Medicine »

Prévenir – Traiter - Renverser



UNIVERSITÉ LAVAL

< Cours

Médecine par le mode de vie

Introduction

Sections

- Description
- Modalités pédagogiques
- Évaluations
- Nous joindre
- Outils cliniques

Introduction

Créneau Médecine par le mode de vie

LIFESTYLE MEDICINE

6 WAYS TO TAKE CONTROL OF YOUR HEALTH

Lifestyle Medicine is an evidence-based approach to treating and reversing disease by replacing unhealthy behaviors with positive ones.

www.lifestylemedicine.org

- 1 NUTRITION**
Food is Medicine. Choose predominantly whole, plant-based foods that are rich in fiber and nutrient dense. Vegetables, fruit, beans, lentils, whole grains, nuts and seeds.
- 2 EXERCISE**
Regular and consistent physical activity that can be maintained on a daily basis throughout life - walking, gardening, push ups and lunges - is an essential piece of the optimal health equation.
- 3 STRESS**
Stress can lead to improved health and productivity - or it can lead to anxiety, depression, obesity, immune dysfunction and more. Helping patients recognize negative stress responses, identify coping mechanisms and reduction techniques leads to improved wellbeing.
- 4 SUBSTANCE ABUSE**
The well-documented dangers of any addictive substance use can increase risk for many cancers and heart disease. Positive behaviors that improve health include cessation of tobacco use and limiting the intake of alcohol.
- 5 SLEEP**
Lack of, or poor quality sleep can lead to a strained immune system. Identify dietary, environmental, and coping behaviors to improve sleep health.
- 6 RELATIONSHIPS**
Social connectedness is essential to emotional resiliency. Studies show that isolation is associated with increased mortality. Considering a patient's home and community environment improves overall health.



Résumé - Bienfaits du contact avec la nature

SANTÉ PHYSIQUE

Réduction de la tension artérielle et du rythme cardiaque

Réduction du cortisol salivaire

Amélioration de la fonction immunitaire (stimulation des cellules NK)

Amélioration du contrôle des glycémies

Optimisation des stratégies de la gestion des douleurs chroniques

SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

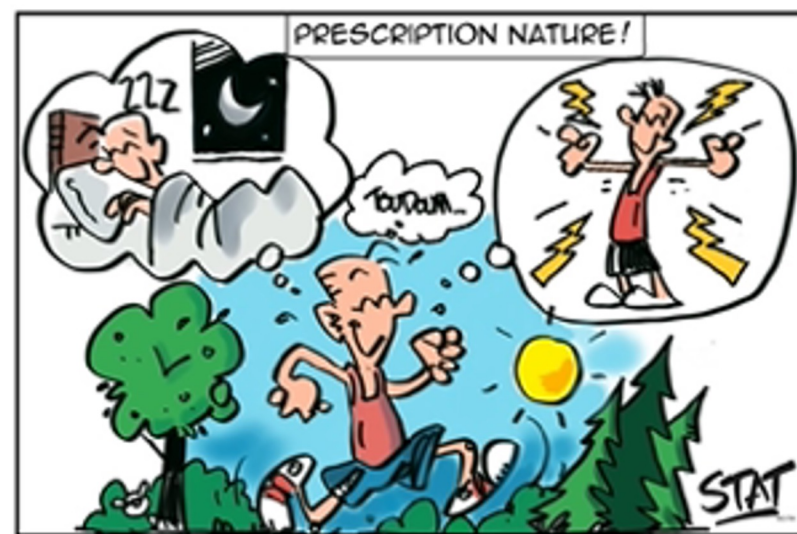
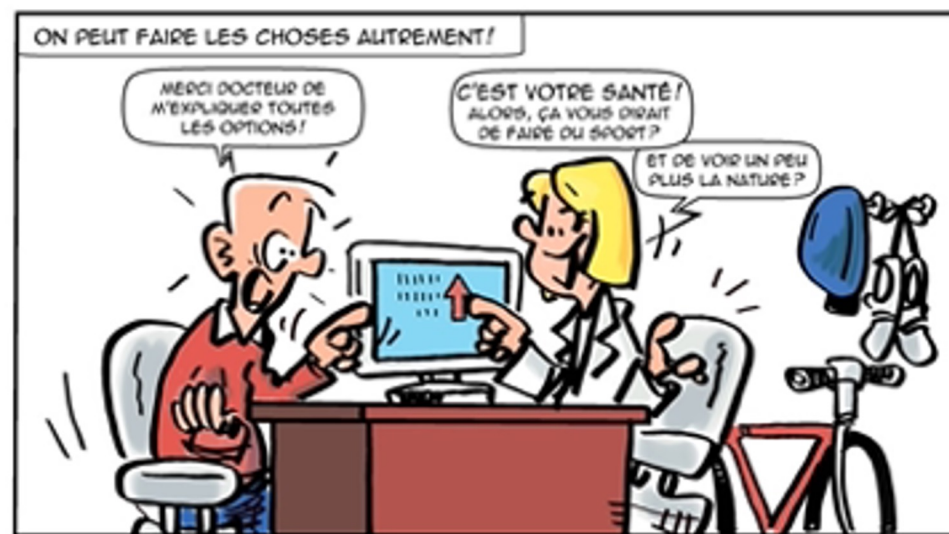
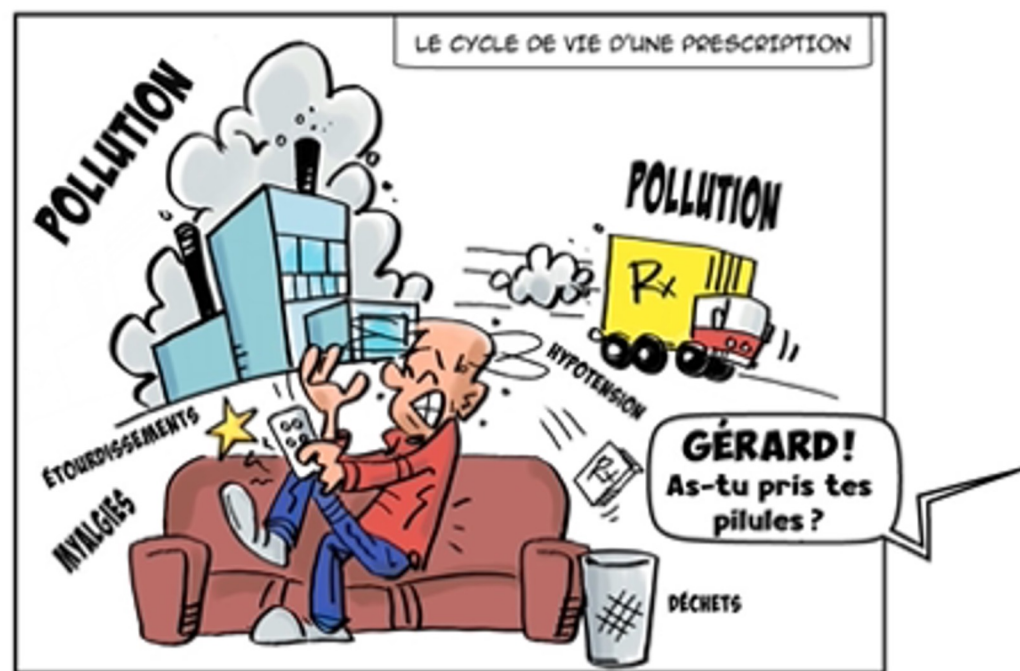
Réduction de l'anxiété et de la dépression

Réduction des comportements hyperactifs et impulsifs chez les enfants

Prévention du déclin cognitif

Réduction de l'isolement social et renforcement du sentiment de connectivité

Amélioration de la perception globale de bien-être



Sustainable Prescribing (PEACH)

Si on doit prescrire...

- Prescriptions fermées
- Essais de courte durée
- Diminuer prescription d'antibiotiques, durée
- Stérilet et implants > COC
- Choix des inhalateurs
- ...

https://greenhealthcare.ca/wp-content/uploads/2023/06/Sustainable-Prescribing_PEACH.pdf



Éviter les antibiotiques inutiles



Désolé, mais vous n'arriverez pas à vous débarrasser de votre rhume avec un antibiotique, peu importe la dose que vous prenez.

La meilleure façon de traiter la plupart des rhumes, des toux ou des maux de gorge, c'est de boire beaucoup de liquide et de bien se reposer. Parlez-en à votre professionnel de la santé.

Choisir avec soin

PROFESSOR OF FAMILY MEDICINE
UNIVERSITY OF CALGARY

ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

Pour en savoir davantage, consultez www.choisiravecsoin.org/antibiotiques

<https://choisiravecsoin.org/soins-primaires/antibiotiques/>

Affiches pour la salle d'attente et documents de prescription pour adultes et enfants disponibles

Rx ADULTES Nom du/de la patient(e) : _____
Date : _____

Vos symptômes sont probablement le résultat d'une infection virale :

- Infection des voies respiratoires supérieures (« rhume ») : la toux peut durer de 3 à 4 semaines
- Bronchite aiguë : la toux peut durer de 3 à 4 semaines
- Pharyngite virale (mal de gorge)
- Sinusite aiguë (infection des sinus)
- Cas présumé/confirmé de COVID-19
- Autre infection respiratoire virale

Vous n'avez pas reçu une ordonnance pour un antibiotique parce que les antibiotiques ne sont pas efficaces pour le traitement des infections virales.

Un recours non justifié aux antibiotiques pourrait réduire leur efficacité contre des infections bactériennes. Les antibiotiques peuvent causer des effets secondaires (p. ex. la diarrhée et des éruptions cutanées) et, dans de rares cas, des complications graves comme des réactions allergiques ou des dommages aux reins ou au foie.

Si vous souffrez d'une infection virale, vous devez bien vous reposer pour que votre corps puisse combattre l'infection.

En suivant ces conseils, vous devriez vous sentir mieux bientôt :

- ➔ Reposez-vous autant que possible
- ➔ Buvez beaucoup de liquides
- ➔ Lavez souvent vos mains et restez à la maison pour éviter de propager l'infection
- ➔ Prenez des médicaments en vente libre, comme recommandé :

- Acétaminophène (p. ex., Tylenol) pour la fièvre et la douleur
- Ibuprofène (p. ex., Advil/Motrin) pour la fièvre et la douleur
- Naproxène (p. ex., Aleve) pour la fièvre et la douleur
- Pastilles pour le mal de gorge et la toux
- Solution saline (p. ex., Salinex) pour la congestion nasale
- Autre : _____

(P. ex., décongestionnant nasal si Salinex ne fonctionne pas, pour une utilisation à court terme seulement!)

Retournez chez le médecin si :

- ➔ Vos symptômes ne s'améliorent pas en _____ jour(s), ou s'ils s'aggravent
- ➔ Vous avez une fièvre persistante (plus de 38 °C, ou _____ comme indiqué)
- ➔ Autre : _____

Prescripteur : _____

Rx FILES Choisir avec soin

LE COLLEGE DE FAMILY PHYSICIANS OF CANADA LE COLLEGE DES MEDICINS DE FAMILLE DU CANADA

Visitez <https://www.rxfiles.ca/tools> pour la disponibilité dans d'autres langues.

Pour en savoir plus, visitez <https://www.RxFiles.ca/ABX>

L'impact des inhalateurs



L'INESSS commence à en parler!
Outil d'aide à la prise en charge de l'asthme chez les enfants et les adultes, sept 2023



Enjeux environnementaux

- Les gaz propulseurs HFA (hydrofluoroalkane) utilisés dans les aérosols-doseurs sont des gaz à effet de serre qui ont un potentiel de réchauffement planétaire élevé. Ainsi, l'empreinte carbone des aérosols-doseurs est plus élevée que celle des dispositifs d'inhalation non pressurisés comme les inhalateurs de poudre sèche ou de bruite légère.
- L'usage unique de tout dispositif d'inhalation est une importante source de déchets, en plus de générer plusieurs autres impacts environnementaux comme l'acidification des sols, la pollution des eaux et l'exploitation de ressources non renouvelables. L'optimisation de la prise en charge des maladies respiratoires et de la technique d'inhalation permet de réduire les complications et ainsi de prévenir la surutilisation de médicaments de secours et le besoin d'intensification du traitement. Ainsi, en limitant le nombre de dispositifs d'inhalation chez une personne, l'adhésion au traitement est favorisée puis la production de déchets et l'impact environnemental sont réduits.
- Le retour des dispositifs d'inhalation vides ou inutilisés à la pharmacie permet le recyclage et/ou la destruction appropriée de ces dispositifs, ce qui atténue leur impact environnemental.

ALTERNATIVES DURABLES AUX INHALATEURS



Coût et couverture des inhalateurs pour l'asthme et la MPOC au Québec

Moins favorable à l'environnement Peu favorable à l'environnement Plus favorable à l'environnement

Ne pas FORCER à changer d'inhalateur
Peut entraîner un manque de contrôle, des exacerbations et d'autres émissions.

Traitement de soulagement

Ventolin salbutamol 100mcg: -\$6 ADP	Teva salbutamol 100mcg: -\$5 ADP à faible volume	Airomir salbutamol 100mcg: -\$5 ADP à faible volume	Bricanyl Turbuhaler terbutaline 0.5mg: -\$9 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Ventolin Diskus salbutamol 200mcg: -\$9 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Symbicort Turbuhaler budesonide/formoterol 200/6: -\$80 ASTHMA
--	--	---	---	---	--

Traitement d'entretien par CSI

Qvar beclométhasone 50mcg: -\$30 100mcg: -\$60 Aérosol-doseur pressurisé (ADP)	Flovent fluticasone 125mcg: -\$40 250mcg: -\$75 Aérosol-doseur pressurisé (ADP)	Alvesco ciclesonide 100mcg: -\$45 200mcg: -\$70 Aérosol-doseur pressurisé (ADP)	Pulmicort Turbuhaler budesonide 100mcg: -\$30 200mcg: -\$65 400mcg: -\$95 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Aermony Resplick fluticasone propionate 113mcg: -\$30 232mcg: -\$50 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Asmanex Twisthaler mometasone 200mcg: -\$30 400mcg: -\$65 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Flovent Diskus fluticasone propionate 250mcg: -\$40 500mcg: -\$65 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Arnuity Ellipta fluticasone furoate 100mcg: -\$35 200mcg: -\$70 Inhalateur à poudre sèche (IPS)
---	--	--	---	--	--	--	--

CSI/BALA

Zenhale mometasone/formoterol 100/5: -\$80 200/5: -\$95 ADP	Advair fluticasone propionate/salmeterol 125/25: -\$90 250/25: -\$130 ADP	Wixela InHaler fluticasone propionate/salmeterol 100/50: -\$40 250/50: -\$50 500/50: -\$70 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Advair Diskus fluticasone propionate/salmeterol 100/50: -\$75 250/50: -\$90 500/50: -\$130 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Symbicort Turbuhaler budesonide/formoterol 100/6: -\$82 200/6: -\$115 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Breo Ellipta fluticasone furoate/vilanterol 100/25: -\$80 200/25: -\$115 Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Ateectura Breezhaler mometasone/indacaterol 80/150: -\$30 160/150: -\$40 320/150: -\$55 Inhalateur à poudre sèche (IPS)
--	--	--	--	--	---	---

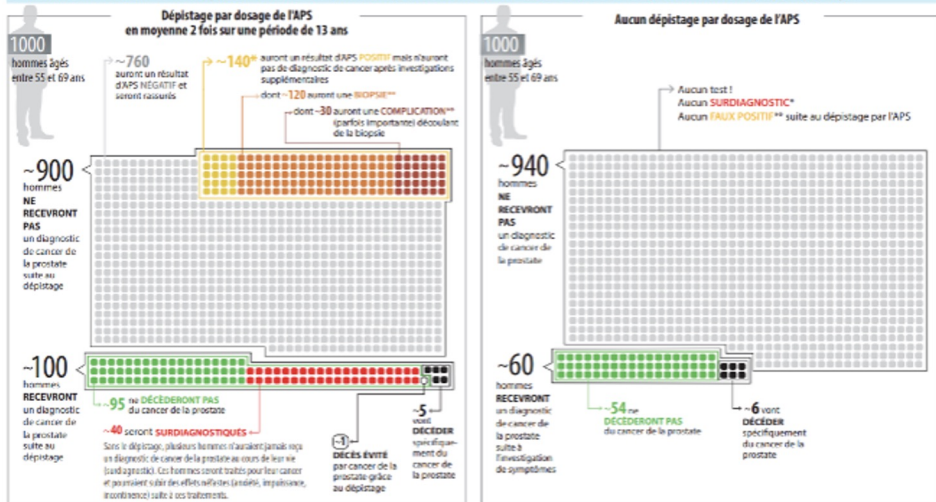
Triple thérapie

Breztri Aerosphere budesonide/formoterol/glycopyrronium 182/5.8/8.2 ~ \$130 ADP	Trelegy Ellipta fluticasone/umeclidinium/vilanterol 100/62.5/25 200/62.5/25 100/62.5/25: -\$130 200/62.5/25: -\$190* Inhalateur à poudre sèche (IPS)	Enerzair Breezhaler mometasone/glycopyrronium/indacaterol 150/50/160 ~ \$100 Inhalateur à poudre sèche (IPS)
---	---	--

Les coûts sont basés sur la Régime d'assurance maladie du Québec et excluent honoraires professionnels du pharmacien de mai 2023. Le coût peut varier dans d'autres provinces ou territoires.
Adapté du projet C.A.R.E. de groupe de médecine de famille du Hamilton.
*Prix non disponible, représenté avec les prix de la Colombie-Britannique (Drugsearch.ca)
Cette ressource ne reflète pas tous les médicaments disponibles et ne contient pas toutes les informations. Lire les monographies des produits avant de les prescrire.

Canada 11

Les données de l'European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) ont été utilisées pour illustrer la balance entre les risques et les bénéfices potentiels associés au choix de se faire dépister ou non. La présence d'incertitudes inhérentes à ce type d'estimation, notamment à cause de limites méthodologiques et de l'évolution de la pratique, fait en sorte que les bénéfices et les risques potentiels présentés pourraient s'avérer supérieurs ou inférieurs selon la pratique clinique privilégiée.



https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS_outil_depistage_cancer_prostate_FRC.pdf

Outil patientes — 50-59 ans



Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Le dépistage du cancer du sein chez les femmes sans risque accru

Mise à jour des recommandations du Groupe d'étude canadien chez les femmes

Chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, nous recommandons, à titre conditionnel, de procéder au dépistage par mammographie tous les deux à trois ans chez celles qui ne sont pas à risque accru.

- L'équilibre entre les bénéfices et les préjudices est plus favorable chez ce groupe.
- Cette recommandation est conditionnelle parce que certaines femmes peuvent ne pas souhaiter être dépistées si elles sont préoccupées par les préjudices potentiels.
- Les femmes de ce groupe d'âge doivent avoir une discussion avec leur professionnel de la santé pour décider si le dépistage est la meilleure option pour elles.

Dépistage auprès de 1000 femmes âgées de 50 à 59 ans durant 7 ans qui ne sont pas à risque accru



À qui ces recommandations ne s'appliquent pas?

Ces recommandations ne s'appliquent pas aux personnes à risque accru de cancer du sein, comme celles ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, celles porteuses de mutations génétiques spécifiques (qui ont un parent au premier degré ayant ces mutations) ou celles qui ont subi une radiothérapie thoracique avant l'âge de 30 ans.

Qu'est-ce que le dépistage?

Le dépistage est effectué pour tenter de détecter une maladie potentielle chez les personnes qui n'ont pas de signes ou symptômes de la maladie.

Qu'est-ce qu'une mammographie?

C'est une radiographie du ou des seins afin de détecter la présence d'un cancer potentiel.

Pourquoi une prise de décision partagée est-elle importante?

Le dépistage est une décision personnelle. Chacune des femmes doit discuter des bénéfices et des préjudices du dépistage en fonction de son groupe d'âge (comme illustré ci-dessous) avec son professionnel de la santé pour décider de ce qui est le mieux pour elle.

Quels sont les préjudices associés au dépistage du cancer du sein?

Le surdiagnostic — Ce ne sont pas tous les cancers du sein qui sont susceptibles de causer des préjudices au cours de la vie d'une femme. En raison du dépistage, certaines femmes recevront le diagnostic d'un cancer qui ne leur aurait causé aucun problème leur vie durant. Ceci s'appelle un « surdiagnostic » et mène à des traitements inutiles.

Les faux positifs — Un faux positif se produit lorsqu'une personne obtient un résultat positif au dépistage (mammographie anormale), mais qu'on finit par démontrer qu'elle n'avait pas le cancer. Cela peut mener à des examens supplémentaires, y compris une biopsie, et peut causer des torts physiques et psychologiques.

En général, les préjudices du dépistage sont plus importants chez les femmes plus jeunes et diminuent avec l'âge.

Quels sont les bénéfices du dépistage du cancer du sein?

Des preuves démontrent que le dépistage réduit le risque d'une femme de mourir d'un cancer du sein. En général, les bénéfices du dépistage augmentent avec l'âge.

Cet outil n'est pas un outil d'aide à la décision, mais constitue une étape dans la démarche de prise de décision partagée.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada

Avec le dépistage:

- 294 femmes auront des résultats faussement positifs
- 37 d'entre elles devront avoir une biopsie inutile
- 12 femmes recevront un diagnostic de cancer du sein. Parmi ces 12 femmes : 3 femmes seront traitées pour un cancer qui n'aurait jamais causé de problème
- Un décès par cancer du sein sera évité

1333 femmes de ce groupe d'âge devraient être dépistées afin d'éviter un décès

Pour accéder à nos lignes directrices, outils et ressources, visitez notre site Web: www.groupeetudecanadien.ca

Tous droits réservés © (2018), CIUSSS du Centre-Ouest-de-Île-de-Montréal

Current Risk Intervention Issues Notes Document Benefits vs Downsides according to my personal health information

Current Risk of having a fracture
Risk for 100 people like you who do not medicate for bone problems.

Over 10 years

85 will not break a bone, 15 will break a bone

Cost

With insurance \$30/year
Without insurance \$70-90/year

Daily Routine

This medication must be taken:

- Once a week
- On an empty stomach in the morning
- With 8 oz of water
- While upright (sitting or standing for 30 min)
- 30 minutes before eating or taking other medicines.
- Expect to take this medicine for 5 years.

Side Effects

Abdominal Problems
About 1 in 4 people will have heartburn, nausea, or belly pain. However, it may not be from the medication. If the medication is the cause, the problem will go away if you stop taking it.

Osteonecrosis of the Jaw
Fewer than 1 in 10,000 (over the next 10 years) will have bone sores of the jaw that may need surgery.

Bone breaks because of the medicine
About 1 in 10,000 people who have used the medicine for more than 5 years will break a bone in their leg because of the medicine.

Future Risk of having a fracture
Risk of 100 people like you who do take Bisphosphonates.

Over 10 years

85 will not break a bone, 6 will avoid breaking a bone, 9 will break a bone

<https://osteoporosisdecisionaid.mayoclinic.org/>

<https://canadiantaskforce.ca/>

Aborder la fin de vie différemment



Crédit photo Michelle Henderson
sur Unsplash

QUATRE QUESTIONS

POUR LANCER LES CONVERSATIONS SUR UNE
MALADIE GRAVE AVEC UN PATIENT

1. Que savez-vous à propos de votre maladie?

Les patients veulent obtenir des renseignements clairs sur leur état de santé, leur maladie et leur pronostic. Les conversations à ce sujet sous-tendent la prise de décisions efficace et concertée.

2. Quels sont vos objectifs et vos valeurs?

Il est primordial de bien comprendre les priorités du patient en lien avec sa maladie et la fin de vie pour pouvoir lui proposer un plan de traitement de qualité, axé sur ses besoins.

3. Jusqu'où iriez-vous pour prolonger votre vie?

Les conversations sur le pronostic, les objectifs et les issues cliniques orienteront les décisions sur les traitements qui prolongent la vie et ceux essentiels au maintien de la vie en fin de vie.

4. Avez-vous consigné vos volontés? Les avez-vous indiquées à un ou une mandataire?

La désignation d'une personne de confiance qui connaît et qui comprend les objectifs du patient est associée de meilleurs résultats.

Pour en savoir plus à ce sujet, rendez-vous au :
www.choisiravecsoin.org/Discussions-sur-une-maladie-grave.

Choisir
avec soin 

Une mort qui n'a rien d'original en 2024...

“80% des décès ont lieu à l'hôpital ou en CHSLD même si 69% des gens aimeraient mieux décéder à domicile”



Source: <http://incolors.club/collectionpdwn-patient-in-hospital-bed-icu.htm>

Redonner à la mort ses lettres de noblesse

Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life



Libby Sallnow, Richard Smith, Sam H Ahmedzai, Afsan Bhadelia, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Doble, Luckson Dullie, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Guglani, Melanie Hodson, Bettina S Husebo, Allan Kellehear, Celia Kitzinger, Felicia Marie Knaul, Scott A Murray, Julia Neuberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Eriko Sase, Katherine E Sleeman, Sheldon Solomon, Ros Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death*

Executive summary

The story of dying in the 21st century is a story of **paradox**. While many people are **overtreated** in hospitals with families and communities relegated to the margins, still more remain **undertreated**, dying of preventable conditions and without access to basic pain relief. The unbalanced and contradictory picture of death and dying is the basis for this Commission.

How people die has changed radically over recent generations. Death comes **later** in life for many and dying is often prolonged. Death and dying have **moved from a family and community setting** to primarily the domain of health systems. Futile or potentially inappropriate treatment can continue into the last hours of life. **The roles of families and communities have receded** as death and dying have become unfamiliar and skills, traditions, and knowledge are lost. Death and dying have become unbalanced in high-income countries, and increasingly in low-and-middle-income countries; there is an excessive focus on clinical interventions at the end of life, to the detriment of broader inputs and contributions.

The **COVID-19** pandemic has meant that death is prominent in daily media reports and health systems have been overwhelmed. People have **died the ultimate medicalised deaths, often alone** but for masked staff in hospitals and intensive care units, unable to communicate with family except electronically. This situation has further fuelled the fear of death, reinforcing the idea of health-care services as the custodian of death.

Climate change, the COVID-19 pandemic, environmental destruction, and attitudes to death in high-income countries have similar roots—our delusion that we are in control of, and not part of, nature. Large sums are being invested to dramatically extend life, even

rediscovering this value can help care at the end of life and enhance living.

Treatment in the last months of life is costly and a cause of families falling into poverty in countries without universal health coverage. In high-income countries between 8% and 11·2% of annual health expenditure for the entire population is spent on the less than 1% who die in that year. Some of this high expenditure is justified, but there is evidence that patients and health professionals hope for better outcomes than are likely, meaning treatment that is intended to be curative often continues for too long.

Conversations about death and dying can be difficult. Doctors, patients, or family members may find it easier to avoid them altogether and continue treatment, leading to inappropriate treatment at the end of life. Palliative care can provide better outcomes for patients and carers at the end of life, leading to improved quality of life, often at a lower cost, but attempts to influence mainstream health-care services have had limited success and palliative care broadly remains a service-based response to this social concern.

Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed. A reductionist, linear approach that fails to recognise the complexity of the death system will not achieve the rebalancing needed. Just as they have during the COVID-19 pandemic, the disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care when dying and grieving. Income, education, gender, race, ethnicity, sexual orientation, and other factors influence how much people suffer in death systems and the capacity they possess to change them.

Published Online

January 31, 2022

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02314-X)

See Online/Comment

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00162-3)

See Online/Perspectives

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00146-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00146-5)

*Writing team and

Commissioners are listed at the

end of this report

St Christopher's Hospice,

London, UK (L Sallnow PhD); UK

Health Alliance on Climate

Change, London, UK

(R Smith FMedSci); University

of Sheffield, Sheffield, UK

(Prof Emeritus S H Ahmedzai

FRCF); Harvard TH Chan School

of Public Health, Boston, MA,

USA (A Bhadelia PhD); Bristol

Medical School, Bristol, UK

(C Chamberlain PhD); Peking

University Health Science

Center, Beijing, China

(Prof Y Cong PhD); Duke NUS

Medical School, Singapore

(B Doble PhD),

Prof E A Finkelstein PhD;

University of Malawi, Blantyre,

Malawi (L Dullie PhD);

University of Exeter, Exeter, UK

(R Durie PhD, Prof K Wyatt PhD);

Gloucestershire Hospitals,

Cheltenham, UK

(S Guglani FRCR); Hospice UK,

London, UK (M Hodson BA);

University of Bergen, Bergen,

Norway (Prof B S Husebo PhD);

University of Vermont,

Burlington, VT, USA



« La pneumonie peut très bien s'appeler l'amie des personnes âgées. Emmené par elle dans une maladie aiguë, courte, pas souvent douloureuse, le vieil homme échappe à ces 'gradations froides de décadence'. »

Sir William Osler

Comment
émerger?



Messages clés



crédit photo iStock BlackSalmon

- La crise climatique est la plus grande menace à la santé, et le système de santé y contribue grandement
- Il faut adapter nos habitudes d'investigations et de traitements
- La fin de la vie mérite d'être repensée, tant pour notre planète que pour la dignité des humains
- Il existe un nombre croissant d'outils et d'initiatives pour soutenir les cliniciens dans cette voie

Pour nous contacter

- Caroline.laberge.med@ssss.gouv.qc.ca
- Maxine.dumaspilon.med@ssss.gouv.qc.ca
- Rebecca.bourgault.med@ssss.gouv.qc.ca