La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Soins cliniques viables sur le plan environnemental

Vol. 32 (6), mai 2024

INTRODUCTION

Dans le domaine des soins de santé primaires, il est possible de dispenser d'excellents soins cliniques tout en adoptant une optique de santé planétaire visant à offrir des soins viables sur le plan environnemental. La mise en œuvre d'un modèle de soins de haute qualité et à faible émission de carbone est gratifiante, souvent plus efficace, permet de diminuer la production de déchets, mobilise moins de ressources et contribuerait à alléger la charge de travail des cliniciens de soins primaires.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de comprendre l'empreinte carbone des soins primaires cliniques et de privilégier les initiatives qui ont une incidence sur les points névralgiques en matière environnementale et qui sont susceptibles d'améliorer la santé des patients;
- d'utiliser dans la prise en charge de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) des démarches diagnostiques et thérapeutiques permettant à la fois d'optimiser les soins offerts aux patients et de réduire les émissions de carbone;
- d'adopter des habitudes de prescription qui contribuent à améliorer la santé des patients, à les associer à la prise de décision et à réduire l'impact des médicaments sur l'environnement;
- de mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé qui font la preuve de leur efficacité en matière de prévention des maladies et d'amélioration de la santé planétaire.

Encadré 1. Portée

Dans ce module seront présentés certains changements dans la pratique clinique susceptibles de se traduire aussi bien par des avantages pour la santé étayés par des données probantes que par une réduction sensible de l'impact sur la santé planétaire, ce qui permettra d'assurer des « soins de haute qualité et à faible émission de carbone ». L'objectif est d'aider les cliniciens à prendre des mesures utiles qui s'inscrivent dans le cadre des soins quotidiens prodigués aux patients[1].

- Les cas présentés correspondent à des initiatives importantes en soins primaires qui remplissent le double critère susmentionné et qui tiennent compte des quatre principes des soins de santé viables sur le plan environnemental (figure 2).
- Bien que les initiatives écologiques soient importantes dans le fonctionnement des wwcliniques (Renseignements généraux, point 35; encadré 9), ce module concerne des exemples précis de changements dans la pratique clinique qui peuvent avoir une incidence favorable sur les soins aux patients et entraîner une réduction plus marquée de l'empreinte carbone (figure 1).
- Il n'y est pas question de l'impact de l'environnement sur la santé humaine.

Veuillez consulter les modules suivants du PABP apparentés à ce sujet au www.members.fmpe.org :

- L'asthme chez l'adulte : récapitulation et mise à jour (août 2021), voir la section sur la prise en charge et le traitement de l'asthme
- Dépression : cas complexes (février 2022), voir la section sur la déprescription des ISRS
- Aperçus en gastro-entérologie (août 2021), voir les recommandations relatives à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et à l'activité d'amélioration de la pratique (AAP) qui s'y rapporte au https://fmpe.org/?s=PIA
- Ostéoporose (février 2024), voir la section sur la prescription des bisphosphonates.
- Nutrition des adultes : lignes directrices pour une bonne santé générale et la prévention des maladies chroniques (mai 2020)

Renseignements généraux 3 | Commentaires des histoires de cas 13 | Collaborateurs et déclarations 16 | Références bibliographiques 17 | Annexes 21

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Marco, 40 ans

Votre cabinet reçoit une télécopie de la pharmacie de Marco, qui demande des renouvellements pour son inhalateur-doseur de salbutamol. Après avoir vérifié son dossier, vous constatez qu'il utilise une pompe tous les trois ou quatre mois et que des corticostéroïdes en inhalation ne lui ont jamais été prescrits. Marco ne se présente à la clinique que pour des soins épisodiques; il est par ailleurs en bonne santé et ne prend pas d'autres médicaments.

Quels renseignements supplémentaires sont nécessaires pour assurer une prise en charge de l'asthme fondée sur des données probantes?

Deuxième partie

Vous effectuez une consultation virtuelle et constatez que le dossier de Marco ne fait état d'aucun examen objectif concernant l'asthme et qu'il ne se souvient pas avoir passé d'examen lorsqu'il était plus jeune. Il n'a toujours utilisé qu'un inhalateur-doseur de salbutamol; il ne s'est jamais présenté à un service d'urgence et n'a jamais été hospitalisé. Marco n'a pas reçu d'instructions sur le mode d'emploi de son inhalateur-doseur et n'utilise pas de dispositif d'espacement.

Marco est non-fumeur et ne présente pas d'allergies ou de facteurs déclencheurs connus. Il se sert de la pompe pour soulager une toux intermittente liée au rhume. Le salbutamol lui a été prescrit pour la première fois il y a de nombreuses années en raison d'une toux prolongée due à un rhume. Il prend deux inhalations toutes les 4 à 6 heures pendant quelques jours d'affilée.

De quelle manière pourriez-vous harmoniser la prise en charge de Marco avec les recommandations actuelles issues des lignes directrices relatives à l'asthme?

En quoi cette démarche pourrait-elle également être profitable sur le plan de la santé planétaire (telle qu'elle est définie à l'encadré 2)?

Cas numéro 2 : Mei, 58 ans

Mei appelle pour demander le renouvellement de son traitement par un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS). Elle prend 10 mg d'escitalopram par jour depuis 3 ans, soit depuis le décès de sa mère. Elle n'avait pas d'antécédents d'anxiété ou de dépression avant cet événement. Mei vous demande si elle doit continuer de prendre ses médicaments; elle vous dit que son humeur est parfaitement stable et que « la vie est belle ». Elle est autrement en bonne santé et ne prend aucun autre médicament.

Puisque Mei se porte bien, pourquoi intervenir?

Deuxième partie

Au terme d'une démarche de prise de décision conjointe, comprenant une explication des risques et des effets secondaires associés au médicament, Mei se dit prête à diminuer graduellement la dose de son antidépresseur ou à cesser de le prendre.

Comment procéderiez-vous?

Rétrospectivement, quels renseignements supplémentaires aurait-il été utile de fournir à Mei lorsqu'elle a commencé à prendre un médicament susceptible de donner lieu à un usage indûment prolongé?

Cas numéro 3 : Marie, 60 ans

Marie a un rendez-vous de suivi concernant les analyses de sang demandées par son gastro-entérologue. Elle consulte ses résultats en ligne et constate ce qui suit : son taux d'HbA1c est de 6,2 %, son taux de cholestérol total est de 5,4, son taux de C-HDL est de 1,1, son taux de C-LDL est de 3,4 et son taux de triglycérides est de 1,4. Marie s'inquiète parce que ces résultats de laboratoire lui semblent « anormaux » et elle se demande si elle ne devrait pas prendre des médicaments pour améliorer ses taux de cholestérol.

Marie vit seule et touche une petite rente de retraite; elle ne fume pas. Son IMC est élevé (30) et sa tension artérielle est de 118/79. Elle a de longs antécédents de reflux gastroœsophagien pathologique (RGOP) et de constipation qui ont fait l'objet d'examens n'ayant rien révélé d'inquiétant. Elle est par ailleurs en bonne santé, ne prend aucun médicament (y compris en vente libre) et ne présente aucun autre symptôme ou antécédent familial notable.

Au vu de ses taux de lipides, quelles seraient les options les plus avantageuses pour Marie à ce stade, et comment les lui présenteriez-vous?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Encadré 2. Qu'est-ce que la santé planétaire?

« La santé planétaire peut se définir comme la recherche simultanée de la santé de l'humanité et des systèmes naturels dont elle dépend[2] ».

« Si la planète n'est pas en bonne santé, nous ne pouvons pas l'être ou le rester[3] ».

« La santé et la survie de l'humanité dépendent de la protection des systèmes naturels qui nous font vivre – l'air, la terre et l'eau[4] ».

1. La commission sur le changement climatique de la revue The Lancet a désigné dans son rapport de 2019 le changement climatique comme la plus grande menace pour la santé mondiale, mais aussi comme la grande occasion à saisir au XXIe siècle[5].

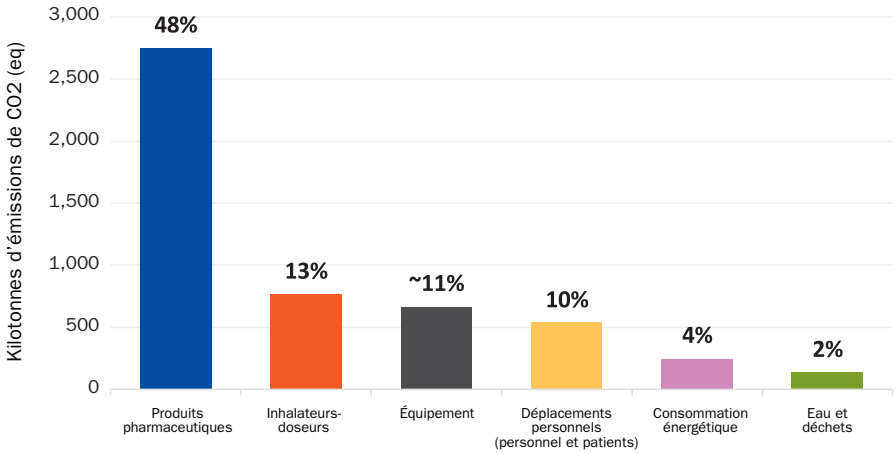
2. Au Canada, le système de soins de santé représente environ 5 % de l'empreinte carbone et des émissions de gaz à effet de serre à l'échelle nationale[6-8]. Le système de santé canadien est le deuxième système de santé produisant le plus d'émissions de carbone au monde[9].

3. En 2019, le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni a publié un rapport sur l'impact des points névralgiques en matière d'émissions de carbone dans le secteur des soins primaires[10]. Plus précisément, les deux principaux facteurs contribuant aux émissions de carbone étaient les produits pharmaceutiques (et autres produits chimiques) et les inhalateurs-doseurs. Voir la figure 1.

4. Les produits pharmaceutiques constituent la catégorie la plus importante d'émissions liées aux soins primaires[10]. Ils représentent jusqu'à 65% de l'empreinte carbone associée aux soins primaires au Canada et 25 % de l'ensemble des émissions liées aux soins de santé[4,6]. Le secteur des soins primaires remplit néanmoins une fonction importante et occupe une position stratégique permettant d'éviter les niveaux plus élevés d'émissions de carbone associés aux soins secondaires et tertiaires[11].

5. La trousse d'outils écologiques canadienne pour les soins primaires (« Planetary Health for Primary Care »), publiée en 2023, vise à promouvoir la mise en œuvre d'un cadre qui repose sur quatre principes de soins de santé viables sur le plan environnemental (figure 2; encadré 3)[4,11-13]:
   - Limiter les soins inutiles
   - Recentrer les soins sur la promotion de la santé et la prévention
   - Soutenir et responsabiliser les patients
   - Choisir des solutions de rechange à moindre impact environnemental

Figure 1. Émissions liées aux soins de santé : Points névralgiques en matière d'émissions de carbone dans le secteur des soins primaires du NHS (2019)



D'après :

1) Hamilton Family Health Team. *Green initiative.* https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/green-office-initiative.aspx;
2) Coalition canadienne pour un système de santé écologique. Green office toolkit for clinicians and office managers. 2023. Données originales : Tennison I, Roschnik S, Ashby B, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. The Lancet Planetary Health. 2021;5(2): e84-e92.

Encadré 3. Ressources pour les cliniciens : Santé planétaire pour les soins primaires

- Trousse à outils pour des soins primaires durables : Hale I. Santé planétaire pour les soins primaires. 2023. CASCADES (Creating a Sustainable Canadian Health System in a Climate Crisis). https://cascadescanada.ca/fr/domaines-daction/soins-primaires-et-communautaires/.
- Vidéo : Dre Ilona Hale. Santé planétaire pour les soins primaires. 2023. YouTube (00:13:06). https://www.youtube.com/watch?v=bJZcbcOdXwA
- Feuillet sommaire à l'intention des cliniciens : Comment puis-je dispenser des soins environnementalement durables de grande qualité[11]? https://www.cfp.ca/content/cfp/70/4/224/F1.large.jpg

Figure 2. Principes des soins de santé viables sur le plan environnemental



Autorisation : Hale I. Trousse à outils pour des soins primaires durables : santé planétaire pour les soins primaires. 2023. CASCADES (Creating a Sustainable Canadian Health System in a Climate Crisis). https://cascadescanada.ca/fr/ressources/trousse-a-outils-pour-des-soins-primaires-durables/.

EXEMPLES CHOISIS D'INITIATIVES DE SOINS PRIMAIRES DE GRANDE QUALITÉ ET À FAIBLE ÉMISSION DE CARBONE

Remarque : Bien qu'il existe de nombreuses initiatives dans le domaine des soins cliniques, les exemples ci-dessous ont fait la preuve de leur efficacité en matière d'amélioration des soins aux patients et d'avantages connexes pour la santé planétaire quant à un ou plusieurs des éléments du cadre présenté à la figure 2.

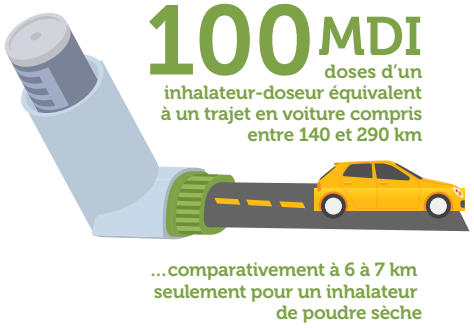
Limiter les soins inutiles et choisir des solutions de rechange à moindre impact environnemental

Soins respiratoires

Réduire le recours aux inhalateurs-doseurs et autres inhalateurs

6. Les inhalateurs-doseurs représentent une grande partie de l'empreinte carbone globale des soins de santé.[10]
   - Nombre d'ordonnances : environ 900 000 inhalateurs-doseurs de salbutamol sont délivrés chaque mois au Canada[14,15].
   - Empreinte carbone élevée : Les inhalateurs-doseurs contiennent des gaz propulseurs à base d'hydrofluorocarbones (HFC) servant à libérer le médicament. Ces gaz produisent un effet de serre « piégeant la chaleur » 1300 à 3350 fois supérieur à celui du dioxyde de carbone[16].
   - Pour mieux comprendre cet impact, notons qu'un seul inhalateur-doseur libère autant de gaz à effet de serre qu'un trajet pouvant aller jusqu'à 290 km dans une voiture fonctionnant à l'essence, selon la marque de l'inhalateur et du véhicule (figure 3)[1,17].

Figure 3. Impact environnemental d'un seul inhalateur-doseur



Autorisation : Hale I. *Trousse à outils pour des soins primaires durables : santé planétaire pour les soins primaires.* 2023 CASCADES (Creating a Sustainable Canadian Health System in a Climate Crisis). https://cascadescanada.ca/fr/ressources/trousse-a-outils-pour-des-soins-primaires-durables/.

7. Les inhalateurs qui ne contiennent pas de gaz propulseur nocif et qui sont activés par le patient qui inhale – tels que les inhalateurs de poudre sèche ou les inhalateurs de bruine légère – produisent une empreinte carbone beaucoup plus faible que les inhalateurs-doseurs, même en

tenant compte du gaspillage pendant le cycle de vie de chaque inhalateur.[16,18] Lower HFC-propellant. Les inhalateurs-doseurs de salbutamol à faible teneur en HFC produisent une empreinte inférieure à celle des dispositifs équivalents, et pourraient convenir aux patients qui ne peuvent pas activer un inhalateur de poudre sèche[16,19]. Voir l'annexe 1 et le feuillet destiné aux patients [1].

8. L'évaluation et le traitement de l'asthme recommandés pour une maîtrise optimale de l'asthme sont décrits dans les lignes directrices de la Global Initiative for Asthma[20] (GINA) au (https://ginasthma.org/) et dans celles publiées par la Société canadienne de thoracologie[21] (https://cts-sct.ca/collection-des-lignes-directrices/?lang=fr).
   a) Une maîtrise optimale à long terme, plutôt qu'un soulagement des symptômes à court terme à l'aide de bêta-agonistes à courte durée d'action (BACA), est préconisée même en cas d'asthme léger intermittent. La GINA recommande d'associer une faible dose de corticostéroïdes en inhalation (CSI) à des bêta-agonistes à longue durée d'action (BALA) et à court délai d'action; elle déconseille l'utilisation de BACA en monothérapie[20].
   b) L'utilisation de plus de 2 inhalateurs de BACA par an (même s'ils sont associés à un CSI ± d'autres traitements de l'asthme) est corrélée avec un taux accru d'exacerbations, d'hospitalisations et de mortalité[22,23].

   Remarque : Voir aussi le module du PABP intitulé « Asthme chez l'adulte ».

9. Les inhalateurs de produits en association, comme ceux qui renferment un bêta-agoniste de secours et un CSI, permettent d'améliorer l'observance et l'efficacité du traitement[24]. Il est établi que le taux d'utilisation des corticostéroïdes en inhalation est plus élevé lorsque les patients ne disposent que d'un seul inhalateur.[25]

10. La Société canadienne de thoracologie recommande de privilégier les inhalateurs autres que les inhalateurs-doseurs afin de réduire l'empreinte carbone et de maximiser l'efficacité du traitement. Elle souligne notamment les difficultés liées à la technique d'administration des inhalateurs-doseurs, qui peut faire l'objet d'erreurs plus graves que dans le cas des inhalateurs de poudre sèche[21]. Une technique d'inhalation adéquate et l'emploi d'un dispositif d'espacement lorsque l'inhalateur-doseur est la seule option possible permettent d'améliorer la santé respiratoire et de limiter l'utilisation du dispositif. D'après les résultats d'études concernant la technique d'inhalation, les inhalateurs ne sont pas utilisés correctement par les patients dans près de 70 % des cas[14,26].
    a) La mauvaise utilisation des inhalateurs-doseurs est plus fréquente chez les personnes âgées (79 % de cas d'erreurs cliniques graves)[27] et chez les enfants (97 % de cas de mauvaise utilisation)[28].
    b) La mauvaise utilisation de l'inhalateur est associée à une augmentation des taux d'hospitalisations et de visites aux urgences, à un besoin accru en corticostéroïdes à prise orale et en antibiotiques, à une maîtrise insuffisante de la maladie et en une diminution de la qualité de vie[14].
    c) On trouvera à l'encadré 4 des ressources et des outils utiles pour la pratique visant à enseigner aux patients la technique d'inhalation et d'utilisation correctes de l'inhalateur lorsqu'un pharmacien ou un inhalothérapeute ne peut pas intervenir.

Encadré 4. Ressources : Prescription d'inhalateurs à faible émission de carbone et technique d'inhalation adéquate

- CASCADES. Green, S. et al. Prescription d'inhalateurs respectueuse du climat dans le cadre des soins primaires. Un guide étape par étape pour la prescription durable des inhalateurs dans les soins de la première ligne. Version 3. 2023. https://cascadescanada.ca/fr/ressources/guide-de-strategie-des-inhalateurs-durables-dans-les-soins-de-la-premiere-ligne
- Hamilton Family Health Team. Clean Air, Respiratory Excellence (C.A.R.E.). https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/c-a-r-e-clear-air-respiratory-excellence.aspx On trouvera ici un guide général à l'intention des cliniciens ainsi que des webinaires gratuits, des méthodes de vérification ou de recherche des ordonnances d'inhalateurs-doseurs dans les DME, en plus d'une fiche de référence sur les « solutions de remplacement des inhalateurs-doseurs ».
- Association pulmonaire du Canada https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/comment-utiliser-votre-inhalateur-0 Ce site propose de l'information et des vidéos visant à aider les patients à utiliser différents types d'inhalateurs.

11. *Les mesures préventives (p. ex., vaccination, surveillance du poids, évitement des déclencheurs) permettent de limiter le recours aux inhalateurs et de réduire le risque de poussées. Asthme Canada recommande aux patients de consulter la cote air santé pour se renseigner sur la qualité de l'air et l'opportunité de se livrer à des activités extérieures,*

tout particulièrement en cas d'incendie de forêt ou de pollution atmosphérique (https://asthma.ca/get-help/living-with-asthma/air-quality-health-index/).

Confirmation du diagnostic de trouble respiratoire

12. Toutes les lignes directrices recommandent de procéder à des examens objectifs pour établir un diagnostic d'asthme ou de MPOC20[20,21]. Toutefois, les inhalateurs à usage prolongé sont souvent prescrits sans que le diagnostic ait été confirmé.
    a) Même si 1 Canadien sur 10 environ a reçu un diagnostic d'asthme,[29] on estime qu'au plus 44 % des personnes asthmatiques[30] et 67 % des personnes atteintes de MPOC, de bronchite chronique et d'emphysème n'ont jamais effectué de test de spirométrie[31].
    b) D'après l'énoncé de position de 2023 de la Société canadienne de thoracologie sur le changement climatique et le choix des inhalateurs, un tiers des personnes qui ont reçu un diagnostic d'asthme au cours des cinq dernières années n'avaient pas effectué de test de la fonction pulmonaire permettant de confirmer la présence de la maladie, mais 79 % d'entre elles prenaient des médicaments contre l'asthme[32].
    c) Compte tenu des longs délais d'attente avant la réalisation du test de spirométrie au Canada, il peut s'avérer nécessaire d'entamer ou de poursuivre le traitement avant que le diagnostic soit établi. Pour de plus amples renseignements sur la manière de préparer un patient à un test diagnostique spirométrique s'il est déjà sous traitement antiasthmatique, reportez-vous au module du PABP intitulé « L'asthme chez l'adulte ».

13. Lorsqu'un trouble respiratoire est diagnostiqué sans examen objectif préalable (une spirométrie de préférence, ou d'autres méthodes telles que la mesure du débit de pointe ou les tests de provocation), il existe pour le patient des risques liés aux autres diagnostics négligés, aux dépenses inutiles en médicaments, aux effets secondaires et à la conviction erronée qu'il est atteint d'une maladie chronique (ce qui a des répercussions sur l'assurance voyage, le travail et d'autres domaines)[14,33,34].
    Remarque : Voir le module du PABP intitulé « L'asthme chez l'adulte » pour obtenir de plus amples renseignements sur la fiabilité des différentes modalités de test et sur les cas où la spirométrie, les épreuves fonctionnelles respiratoires complètes ou les tests de provocation peuvent s'avérer nécessaires.

14. Les patients continuent de se faire prescrire des médicaments en inhalateur (CSI et/ou bêta-agonistes) pour traiter la toux associée à une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) sans avoir reçu de diagnostic d'asthme ou de MPOC. Les patients peuvent aussi prendre la toux prolongée associée à une IVRS pour un signe d'asthme ou de MPOC et « finir par utiliser un inhalateur ».
    a) Une étude de cohorte rétrospective réalisée en 2014 aux Pays-Bas a permis de constater que 10 % des ordonnances d'inhalateurs étaient justifiées par une toux liée à une IVRS[35]. Les statistiques canadiennes à ce chapitre ne sont pas connues.
    b) La durée de la toux chez les adultes est estimée à 18 jours en moyenne en cas de rhume (de 15 à 29 jours)[36]. La toux post-infectieuse touche environ 11 à 25 % des adultes après un rhume, et peut durer entre 3 et 8 semaines[37]. Les enfants toussent en moyenne 20 jours après avoir attrapé un rhume (entre 10 et 25 jours).[38-40]
    Conclusion : Rien ne permet d'affirmer que les bêta-agonistes ou les CSI sont utiles chez les adultes ou les enfants dont la toux est liée à un simple rhume ou à une bronchite aiguë, ni que l'utilisation d'un inhalateur raccourcit la durée des symptômes [preuves de faible qualité][37,41].

Élimination des inhalateurs

15. Des millions d'inhalateurs-doseurs finissent chaque année à la décharge par le biais de la collecte ordinaire des ordures, et continuent de libérer des hydrofluorocarbones résiduels dans l'environnement car beaucoup d'entre eux restent à moitié pleins, et jusqu'à 20 % sont tout à fait remplis. D'après un rapport britannique de 2019, il restait 48 % des doses dans les inhalateurs-doseurs mis au recyclage[18]. L'incinération des dispositifs d'inhalation est un moyen de réduire les émissions nocives par la dégradation thermique des produits chimiques à base d'hydrofluorocarbones.
    a) Apprendre aux patients à vérifier le nombre de doses qu'ils ont utilisées afin qu'ils sachent quand leur inhalateur est réellement vide. Il n'existe pas d'autre méthode fiable de vérification du contenu des inhalateurs-doseurs (faire flotter la cartouche dans l'eau n'est pas une bonne méthode)[42]. Il faut également informer les patients qu'ils doivent se débarrasser de la cartouche en la rapportant dans une pharmacie participante.
    b) Peu de pharmacies canadiennes participent à des programmes d'élimination sûre des inhalateurs. L'Association pour la récupération de produits santé dresse la liste des pharmacies

participant à des programmes de récupération des inhalateurs au Canada : https://arpsante.ca. **Remarque :** Même dans les pharmacies répertoriées, les modalités d'élimination sont souvent irrégulières et inefficaces sur le plan de la santé planétaire [opinion d'experts].

c) Le recyclage visant à récupérer les hydrofluorocarbones, bien qu'efficace, n'est pas encore très répandu[18].

Produits pharmaceutiques

16. Les produits pharmaceutiques (y compris les vitamines, les minéraux et autres suppléments) sont la principale source de gaz à effet de serre dans le secteur des soins de santé en général et des soins primaires en particulier (figure 2)[10]. Le cycle de vie des produits pharmaceutiques comprend l'utilisation des matières premières, la fabrication, les émissions liées au transport, l'incinération qui libère des toxines dans l'air, l'élimination qui contamine les systèmes d'eau, et l'enfouissement. Prescrire judicieusement a le double avantage de procurer aux patients des bienfaits fondés sur des données probantes et de réduire l'empreinte environnementale.[43]

Prescrire à bon escient

17. Éviter la surprescription en instaurant judicieusement le traitement pharmaceutique, en déprescrivant de manière indiquée, en déconseillant la prise de suppléments inutiles et en recourant à des interventions non pharmaceutiques, tout cela peut être avantageux pour la santé des patients par la réduction des effets secondaires des médicaments, des interactions médicamenteuses, des hospitalisations et des décès liés à la prise de médicaments. La réduction de la polypharmacie injustifiée peut également contribuer à améliorer la qualité de vie des patients par la valorisation des traitements non pharmacologiques et de la participation de ces derniers à la prise de décisions[44].

Encadré 5. Conseil pour la pratique : stratégies de prise en charge médicamenteuse visant à réduire l'empreinte carbone

Envisager de passer d'un traitement uniquotidien ou pluriquotidien à un traitement à plus longue durée d'action. Par exemple, envisager l'utilisation d'un implant contraceptif ou d'un dispositif intra-utérin (DIU) plutôt qu'un contraceptif oral à prise quotidienne.

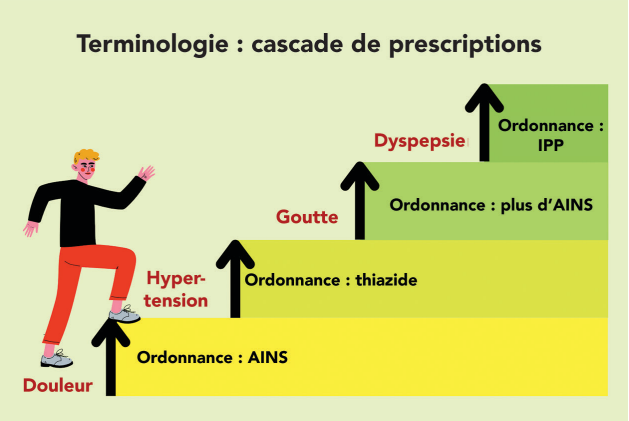
18. La surprescription est courante en soins primaires[45].
    a) Les auteurs d'un rapport du NHS datant de 2021 ont constaté que 10 % des 1,1 milliard d'ordonnances délivrées au Royaume-Uni relevaient de la surprescription (indications douteuses et renouvellements à long terme sans avantage certain)[46].
    b) Selon un rapport américain de 2019, les quatre médicaments les plus prescrits aux adultes sont les opioïdes pour le soulagement de la douleur chronique, les inhibiteurs de la pompe à protons pour le traitement du RGOP, la lévothyroxine pour le traitement de l'hypothyroïdie infraclinique, et les antidépresseurs pour le traitement de la dépression subsyndromique[47].
    c) Pour l'instant, on ne dispose pas de données concernant le Canada, mais on estime qu'une personne âgée canadienne sur deux prend au moins un médicament possiblement non indiqué[44].

19. Quelques termes et exemples permettent de mieux cerner les moyens d'éviter la surprescription dans la pratique clinique : polypharmacie, cascades de prescriptions, déprescription et médicaments à usage indûment prolongé[48].

20. **La polypharmacie** est la prescription simultanée de cinq médicaments ou plus; elle concerne souvent des personnes âgées[44,49]. Bien que certains médicaments comportent un risque accru pour les personnes âgées, le facteur prédictif le plus important du risque d'événements indésirables est le nombre de médicaments prescrits[44]. La polypharmacie[48]:
    - fait augmenter à elle seule le risque de chute plus que n'importe quelle catégorie particulière de médicaments;
    - peut entraîner des symptômes qui ressemblent à ceux de la dépression, des troubles cognitifs, une perte de mémoire et de la fatigue;
    - fait augmenter le risque d'interactions médicamenteuses.

21. **Les cascades de prescriptions** se produisent lorsqu'on prescrit un nouveau médicament pour contrer les effets indésirables d'un autre médicament[50]. Les chutes, l'insomnie, la fatigue, la dépression et la dyspepsie sont autant d'effets secondaires courants des médicaments. Il arrive qu'on traite ces symptômes en prescrivant un autre médicament au lieu de réévaluer l'action du médicament responsable, comme à la figure 4 dans le cas du traitement de la douleur.[48]

Figure 4. Cascade de prescriptions



Autorisation : Davis M, Gayowsky T, Hamilton Family Health Team. Prescribe for impact guide. 2023. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/test-and-treat-for-impact.aspx.

22. **La déprescription** La déprescription est la démarche consistant à réduire les doses ou à arrêter les médicaments non indiqués, devenus inutiles ou non désirés, sous la supervision d'un clinicien, en vue d'un allègement de la polypharmacie et d'une amélioration des résultats[51]. La déprescription consiste également à envisager des traitements de substitution et non pharmacologiques. Les données concernant la déprescription en soins primaires sont fiables, tant chez les personnes âgées vivant dans des centres de soins de longue durée que chez celles vivant dans la collectivité (figure 5)[52]. Voir l'annexe 2 pour des conseils sur la déprescription des antidépresseurs et des ressources en matière de déprescription.

23. **Les médicaments** à usage indûment prolongé sont ceux qui doivent être prescrits pendant plus de trois mois, mais pas indéfiniment, et dont l'utilisation n'a pas été interrompue au moment opportun (tableau 1)[53]. Comme tout traitement inutile, les médicaments à usage indûment prolongé comportent des risques d'interaction médicamenteuse et d'effets secondaires à court et à long terme[53].

24. Une démarche proactive en matière de prescription de médicaments susceptibles de donner lieu à un usage indûment prolongé contribue à la qualité des soins prodigués aux patients[53]. Il s'agit notamment de définir les attentes et d'expliquer à l'avance le déroulement prévu du traitement, et de programmer dès l'instauration des rappels dans le DME en vue d'une vérification, et d'une éventuelle déprescription.
Remarque : Pour de plus amples renseignements sur la déprescription des anciens médicaments courants (tableau 1), voir les modules du PABP suivants (encadré 1) : Dépression : cas complexes (section sur les ISRS); Aperçus en gastro-entérologie (section sur les inhibiteurs de la pompe à protons); Ostéoporose (section sur les bisphosphonates).

Promotion de la santé et responsabilisation des patients

Promotion de la santé

25. Les cliniciens de soins primaires jouent un rôle essentiel dans la réduction de la demande de services de santé au moyen de la promotion de la santé, des mesures de santé préventive et

Figure 5. Conséquences de la déprescription chez les personnes âgées

Il a été recommandé d'arrêter 58 % des médicaments prescrits (aucun effet indésirable n'a été constaté chez les patients qui ont cessé de prendre leurs médicaments, n = 64).	
Il n'était pas nécessaire de renouveler 81 % des médicaments (4 sur 5) après 19 mois de suivi.	
En tout, 88 % des patients ont fait état d'une amélioration globale de leur état de santé après la déprescription des médicaments.	

Adapté avec l'autorisation de : Davis M, Gayowsky T, Hamilton Family Health Team. Prescribe for impact guide. 2023. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/test-and-treat-for-impact.aspx. Source originale : étude de cohorte menée en 2010 (n = 70 personnes âgées vivant dans la collectivité, en moyenne âgées de 82 ans et prenant en moyenne 7,7 médicaments)[52] l'arrêt des médicaments a été effectué en suivant l'algorithme GP-GP (Good Palliative-Geriatric Practice) des bonnes pratiques de soins palliatifs et gériatriques[52].

Tableau 1. Exemples de médicaments à usage indûment prolongé[53]

Type de médicament	Recommandation : envisager la déprescription (p. ex., arrêt graduel du traitement/arrêt du traitement/réduction de la dose)	Tendances réelles des habitudes de prescription au Canada*
Inhibiteurs de la pompe à protons Deuxième classe de médicaments la plus prescrite au Canada (2021)**	• Après 8 à 12 semaines (RGOP sans complications) • Essayer d'arrêter ou de réduire l'utilisation au moins une fois par an	45 % des ordonnances ont été renouvelées pendant > 15 mois; la durée moyenne était de 4,9 ans
ISRS Cinquième classe de médicaments la plus prescrite au Canada (2021)**	• De 6 à 9 mois après la résolution des symptômes d'une dépression sans complication • Il est recommandé de décider conjointement avec les patients, tous les 6 mois, s'ils ont encore besoin de prendre des antidépresseurs[54]. • Des données récentes indiquent que la gravité et la durée des symptômes de sevrage (allant de quelques semaines à quelques mois) sont proportionnelles à la durée du traitement[55]. Les symptômes de sevrage sont souvent pris à tort pour une rechute de dépression[56] (annexe 2). • Il ressort des essais de déprescription des antidépresseurs effectués en soins primaires que de nombreux patients parviennent à arrêter leur antidépresseur[48,57]	46 % des ordonnances ont été renouvelées pendant > 15 mois; la durée moyenne était de 4,8 ans
Bisphosphonates	• Trois ans (lorsque le risque est modéré ou inférieur) • Voir le module du PABP intitulé « Ostéoporose »	14 % des ordonnances ont été renouvelées pendant > 5,5 ans; la durée moyenne était de 6,7 ans

* Étude de cohorte de 2018 (n = 50 800 adultes)[50]

** Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2022 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2021, tableaux de données. Ottawa, ON. https://www.cihi.ca/fr/depenses-en-medicaments-prescrits-au-canada-serie.

de la prise en charge des maladies chroniques. L'alimentation riche en végétaux et l'arrêt du tabagisme sont deux exemples de soins préventifs fondés sur des données probantes qui entraînent à la fois des effets favorables sur la santé individuelle des patients et une réduction notable des émissions de carbone (soins primaires de grande qualité et à faible empreinte carbone). **Remarque :** Les soins préventifs peuvent consister en de nombreuses autres mesures telles que le dépistage, la promotion de l'activité physique et de multiples interventions de prise en charge des maladies chroniques, qui peuvent également contribuer à réduire considérablement les émissions de carbone en limitant la nécessité de soins secondaires et tertiaires à forte émission de carbone.

Une alimentation riche en végétaux

26. Une alimentation riche en végétaux permet de réduire l'importante empreinte carbone de la production animale, qui provoque 14,5 % de l'ensemble des changements climatiques d'origine humaine[58]. L'impact de la production animale se manifeste de plusieurs manières importantes. Par exemple, la production d'aliments d'origine animale mobilise 70 % des eaux de surface et souterraines à l'échelle mondiale[59] et 80 % des terres agricoles[60], et elle génère 40 % des émissions mondiales de méthane (un gaz qui retient 30 fois plus de chaleur que le CO2)[61].

27. Les auteurs du rapport de la commission sur l'alimentation de la revue The Lancet affirment que « l'alimentation est le moyen le plus puissant d'optimiser la santé humaine et la durabilité environnementale sur terre », et citent à l'appui un

grand nombre de données, la plupart des études ayant permis de conclure qu'un régime alimentaire riche en produits d'origine végétale et comportant moins d'aliments d'origine animale est meilleur pour la santé et pour l'environnement[62,63].

28. L'alimentation riche en végétaux comprend un éventail d'habitudes alimentaires qui permettent d'augmenter la consommation d'aliments d'origine végétale. Il s'agit notamment de multiplier les sources de protéines telles que les haricots, les légumineuses, les noix, les graines et les céréales complètes, tout en réduisant au minimum les aliments transformés, les produits d'origine animale et les céréales raffinées. Cette démarche est conforme au guide alimentaire canadien et ne suppose pas un mode d'alimentation strictement végétalien ou végétarien[64,65].
Remarque : On trouvera à l'annexe 4 du module du PABP sur l'alimentation des adultes plus de précisions sur les bienfaits propres à divers modes d'alimentation riches en végétaux qui présentent des avantages notables sur le plan de la santé, fondés sur des données probantes et multisystémiques.

29. Les conversations avec les patients concernant une alimentation riche en végétaux dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques ou des interventions de réduction des risques sont un moyen de les responsabiliser[65]. Il est essentiel de faire intervenir les membres d'une équipe interprofessionnelle tels que les diététistes pour favoriser une alimentation saine. On trouvera à l'encadré 6 des ressources utiles en matière d'alimentation saine incorporant des aliments riches en végétaux.

Abandon du tabagisme

30. L'abandon du tabagisme est une autre initiative de santé préventive qui présente des avantages directs pour les patients et pour la santé planétaire[66].
    a) Dans le cas des patients, cette mesure permet de réduire les effets néfastes du tabagisme sur la santé[67].
    b) Sur le plan planétaire, l'abandon du tabagisme permet de réduire :
        - l'empreinte carbone des soins de santé liés au tabagisme, qui représentaient 6,5 milliards de dollars de dépenses de santé au Canada d'après la dernière étude approfondie réalisée en 2012[68];
        - l'empreinte carbone de la production de cigarettes, puisque celle-ci est responsable de 0,2 % du total mondial des unités d'émission d'équivalent CO2[66]; en outre, la culture du tabac occupe des terres qui pourraient servir au secteur agro-alimentaire, en plus de contribuer à la déforestation[69];
        - le volume des mégots de cigarettes, qui sont des déchets toxiques. Rien qu'à Vancouver, on estime que plus de 400 000 mégots de cigarettes sont jetés chaque jour sur la voie publique, et un grand nombre d'entre eux finissent dans l'océan[70]. Ces mégots en microfibres synthétiques continuent de libérer de l'arsenic et du plomb dans l'environnement car ils mettent des décennies avant de se désintégrer[70].

Responsabiliser les patients

31. Responsabiliser les patients est un moyen de réduire l'impact des soins sur l'environnement en évitant les soins non désirés, les examens inutiles

Encadré 6. Ressources en matière d'alimentation riche en végétaux

Hamilton Family Health Team. Green Initiative. Plant-Rich Eating.
https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/plant-rich-eating.aspx

- Ordonnance d'une alimentation d'origine végétale : pour votre santé et celle de la planète (feuillet destiné aux patients 2). Ce document présenté sous la forme d'une ordonnance comprend des recommandations précises et des liens vers des ressources destinées à aider les patients à adopter une alimentation riche en végétaux.
- Ressources supplémentaires à l'intention des cliniciens et des patients : guide sur l'alimentation riche en végétaux, webinaire, aide-mémoire de deux pages à présenter aux patients, modèles de dossiers médicaux électroniques, affiches et éléments graphiques.
- Vidéo à l'intention des patients : L'alimentation riche en végétaux : pourquoi c'est bon pour vous et comment enrichir votre alimentation en végétaux (en anglais). 2024. YouTube (00:24:52). https://www.youtube.com/watch?v=HoyQXg2RZ5o

Note des rédacteurs : Comme avec l'activité physique, il vaut mieux en faire un peu que pas du tout. Il est essentiel de commencer à adopter une alimentation riche en végétaux. Il n'est pas nécessaire d'observer à la lettre un mode d'alimentation particulier (p. ex., le régime méditerranéen) pour obtenir des bienfaits sur le plan de la santé et de la réduction de l'impact environnemental.

et le recours aux services de soins de santé intensifs[4].

a) Il est établi que le fait d'associer les patients à la prise de décisions et de les inciter à prendre une part active à la prise en charge de leur santé permet d'améliorer leurs résultats thérapeutiques[4].
b) Lorsque les patients sont bien informés des risques et des avantages liés aux examens et aux traitements, ils optent souvent pour un traitement moins intensif ou même évitent le traitement[4,71]. La planification préalable des soins, par exemple, permet aux patients de disposer de plus d'options en matière de soins de fin de vie, lesquelles peuvent être à forte intensité d'émissions[72].

32. La prise de décision partagée fait participer les patients aux décisions qui concernent leurs soins de santé; par ailleurs, les échanges tenant compte de leurs valeurs en matière de santé planétaire sont l'occasion d'obtenir un consentement pleinement éclairé avant de commander des examens ou de prescrire des traitements dont on sait qu'ils comportent des risques[4].
    - Une discussion sur les incidences environnementales négatives des choix de traitement – par exemple en matière de contraception, les préservatifs et les contraceptifs oraux ayant un impact environnemental plus important que les DIU[73], ou s'il s'agit de remplacer un inhalateur-doseur par un autre type de dispositif – permet aux patients d'intégrer leurs valeurs en matière de santé planétaire dans leurs soins.
    - On peut apaiser les inquiétudes des patients et les aider à accorder leurs décisions avec leurs valeurs en matière d'empreinte carbone en leur indiquant la fréquence recommandée des tests de dépistage, par exemple des analyses lipidiques (5 à 10 ans pour les personnes à faible risque)[74].

Encadré 7. Conseil pour la pratique : aborder le thème de la santé planétaire dans les discussions avec les patients

Envisager de commencer à parler d'« avantages connexes » avec les patients. Par exemple : « Pour aider à prévenir les maladies cardiaques, que pensez-vous de l'idée de vous rendre au travail à vélo ou à pied? C'est bon pour vous et pour l'environnement ».

33. Il est établi que les outils d'aide aux prises de décisions faciles à utiliser par les patients, qui facilitent la prise de décision partagée, aboutissent à des choix plus éclairés fondés sur les valeurs des patients, en plus d'améliorer la communication entre patients et cliniciens (encadré 8).[71]

Encadré 8. Exemples d'outils d'aide aux prises de décisions à l'intention des patients

- PEER (Patients Experience Evidence Research). Outil simplifié d'aide aux prises de décisions de nature cardiovasculaire. 2023. https://decisionaid.ca/cvd
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Fractures de fragilisation : outils d'aide pour une prise de décision partagée. 2024. https://frax.canadiantaskforce.ca/index.php?r=site%2Findex&language=fr
- Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa. Outils d'aide à la décision pour les patients. 2024. https://decisionaid.ohri.ca/francais/repertoire.php

34. Le cœur de l'entretien motivationnel est la conversation collaborative, un échange visant à renforcer la motivation du patient à opérer un changement en mettant en évidence et en approfondissant ses propres raisons de le faire dans une atmosphère d'acceptation et d'empathie. Il apparaît que l'entretien motivationnel produit ses effets en grande partie par le biais d'un renforcement sélectif des déclarations des patients eux-mêmes concernant les possibles changements à apporter à leur comportement[75].
    - On trouvera des conseils succincts sur l'entretien motivationnel et les questions ouvertes, les affirmations, l'écoute réflexive et la récapitulation sur le site de l'American Academy of Family Physicians au https://www.aafp.org/pubs/fpm/blogs/inpractice/entry/motivational_interviewing.html.

FONCTIONNEMENT ÉCOLOGIQUE D'UNE CLINIQUE DE SOINS PRIMAIRES

35. Dans le domaine des soins primaires, les activités cliniques telles que l'utilisation de l'eau, l'élimination des déchets, la consommation d'énergie et l'approvisionnement sont associées à une empreinte carbone beaucoup plus faible que les soins cliniques eux-mêmes, comme la prescription de médicaments (figure 1). Cependant, si la volonté y est, une démarche axée sur la réflexion, l'abandon, la réduction et la réutilisation peut avoir des effets favorables sur l'environnement, renforcer la mobilisation de l'équipe soignante et (dans de nombreux cas) entraîner des économies. Vous trouverez des exemples d'initiatives précises ainsi que des idées de pratiques écologiques à l'encadré 9.

Encadré 9. Initiatives écologiques dans les cliniques de soins primaires

Exemples de réduction des déchets :	**Exemples de réduction des émissions :**
• Limiter ou abandonner l'utilisation du papier sur la table d'examen[76]. • Limiter les impressions sur papier • Opter pour des produits « verts », par exemple les essuie-tout, le papier hygiénique et les produits d'entretien. • Remplacer les articles à usage unique (p. ex. bouteilles d'eau, coutellerie et assiettes en plastique) par des articles réutilisables. • N'utiliser les gants et autres équipements de protection individuelle qu'en cas de nécessité (p. ex., ils ne sont pas toujours nécessaires dans les soins courants aux patients, notamment la vaccination)[77]. • Inviter les patients à se renseigner auprès de leur pharmacie au sujet des piluliers réutilisables, et à rapporter tous les comprimés, liquides et inhalateurs à leur pharmacie pour qu'ils soient éliminés.	• Soins virtuels • Économie d'énergie : eau, chauffage, éclairage (substitution complète des DEL) • Compostage • Élimination efficace des déchets biologiques et médicaux • Recyclage efficace

Pour plus de précisions sur les moyens d'intégrer les initiatives écologiques en milieu clinique, consulter les trousses à outils suivantes :

- Coalition canadienne pour un système de santé écologique. Green Office Toolkit (2.0): For Clinicians and Office Managers. 2023. https://greenhealthcare.ca/green-office-toolkit/?gclid=EAIaIQobChMI5qyQxqSphAMVwmlHAR0j_g7_EAAYASAAEgJenfD_BwE
- Hamilton Family Health Team. Green Initiative. 2024. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/green-office-initiative.aspx
- CASCADES. Ressources de mise en œuvre pour des soins primaires et communautaires durables. 2024. https://cascadescanada.ca/fr/domaines-daction/soins-primaires-et-communautaires

POINTS CLÉS

- Choisir d'autres solutions à faible impact environnemental, et prescrire par exemple des dispositifs autres que des inhalateurs-doseurs. Réduire autant que possible ou abandonner l'utilisation inutile des inhalateurs-doseurs.
- Limiter les soins inutiles. En voici quelques exemples :
  - Confirmer le diagnostic d'asthme et de MPOC au moyen des examens recommandés.
  - Cesser d'utiliser des inhalateurs pour traiter la toux due au rhume.
  - Disposer d'un plan proactif de vérification et de déprescription des médicaments à usage indûment prolongé.
  - Repérer et limiter les cascades de prescriptions et la polypharmacie.
- Adopter une démarche de promotion de la santé privilégiant les mesures préventives ayant la plus forte incidence sur les émissions de gaz à effet de serre telles que l'alimentation riche en végétaux et l'abandon du tabagisme.
- Responsabiliser les patients Favoriser la prise de décision partagée de manière à éviter les soins non souhaités ou inutiles (y compris le recours aux examens) et à améliorer les résultats pour les patients. Évoquer la question de l'impact environnemental dans les discussions concernant le consentement permet aux patients de tenir compte de leurs valeurs en matière de santé planétaire dans leurs décisions en matière de soins.
- Il est bon à tout le moins d'adopter des pratiques administratives écologiques même si cela présente moins d'avantages sur le plan environnemental que la mise en place de pratiques de soins cliniques de grande qualité et à faible émission de carbone, lesquels relèvent du champ d'action des cliniciens de soins primaires.

ACTIVITÉ D'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE : Ce module s'accompagne d'une activité d'amélioration de la pratique. Copiez le lien members.fmpe.org et cliquez sur « Activités d'amélioration de la pratique » dans le menu principal pour la consulter, et envisagez de la réaliser pour perfectionner votre changement de pratique dans ce domaine.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Marco, 40 ans

Quels renseignements supplémentaires sont nécessaires pour assurer une prise en charge de l'asthme fondée sur des données probantes?

Il serait important de procéder à une évaluation de l'asthme de Marco et de confirmer qu'il s'agit bien d'un diagnostic d'asthme (Renseignements généraux, points 12-13) en se posant les questions suivantes :

- Son dossier fait-il état d'un diagnostic corroboré? Quels examens objectifs ont été effectués (p. ex., spirométrie ou tests de provocation)?
- À quel moment utilise-t-il son inhalateur-doseur de salbutamol? À quelle fréquence et à quelle dose?
- Quels sont ses déclencheurs?
- Comment utilise-t-il son inhalateur et quelle est sa technique? Utilise-t-il un dispositif d'espacement?
- Quelles sont ses habitudes actuelles en matière de tabagisme?
- Existe-t-il d'autres modalités de prise en charge (p. ex., visites aux urgences en cas d'aggravation des symptômes de l'asthme)? Dispose-t-il actuellement d'un plan d'action contre l'asthme?

Deuxième partie

De quelle manière pourriez-vous harmoniser la prise en charge de Marco avec les recommandations actuelles issues des lignes directrices relatives à l'asthme?

Il faudrait recommander à Marco de passer les examens nécessaires pour déterminer s'il est effectivement asthmatique même s'il prend déjà des médicaments contre l'asthme (Renseignements généraux, points 12-13).

Si le diagnostic d'asthme est confirmé :

- Il faudrait passer en revue les recommandations actuelles en matière de traitement (Renseignements généraux, point 8) et évaluer le risque de surutilisation associé aux bêta-agonistes à courte durée d'action (BACA).
- Il faudrait proposer à Marco de revoir le traitement prescrit et l'inviter à passer d'un inhalateur-doseur (salbutamol) à un inhalateur de poudre sèche qui combinerait dans un seul dispositif un bêta-agoniste à court délai d'action et à action prolongée avec un stéroïde, ce qui serait plus efficace et favoriserait l'observance (Renseignements généraux, points 9-10; renseignements généraux, points 31-32; encadré 7; le feuillet destiné aux patients 1) au moment d'envisager les facteurs tels que le coût, ses préférences, ses valeurs liées à la santé planétaire et la capacité de débit inspiratoire, en vue de convaincre Marco de changer de dispositif. S'il lui est impossible d'utiliser autre chose qu'un inhalateur-doseur, il pourrait opter pour un inhalateur-doseur à faible teneur en hydrofluorocarbones (HFC) (Renseignements généraux, point 7).
- Si Marco est incapable de passer d'un inhalateur-doseur à un autre type de dispositif, il faudrait l'observer ou l'orienter afin qu'il apprenne à s'en servir et à s'en débarrasser correctement, et à utiliser un dispositif d'espacement (Renseignements généraux, points 10, 15; l'encadré 4).
- Dans la mesure du possible, il faudrait associer un pharmacien ou un inhalothérapeute à la prise en charge de Marco afin qu'il soit informé, surveillé et soutenu dans l'élaboration d'un plan d'action contre l'asthme, notamment en ce qui concerne l'évitement des déclencheurs.
- Il faudrait passer en revue les mesures préventives recommandées dans le cadre de la prise en charge de l'asthme (p. ex., vaccins à jour, activité physique, gestion du poids, évitement des déclencheurs) et l'inciter à consulter la cote air santé pour obtenir les données les plus récentes (Renseignements généraux, points 8, 11).

Si le diagnostic d'asthme est infirmé, il faudrait :

- lui demander d'arrêter d'utiliser l'inhalateur-doseur dont il se sert actuellement et assurer le suivi nécessaire;
- définir les attentes concernant la durée de la toux en cas d'infection des voies respiratoires supérieures, et aider Marco à comprendre qu'il n'y a pas d'avantage à prendre des médicaments en inhalation même en cas de toux post-infectieuse (Renseignements généraux, point 14).

En quoi cette démarche pourrait-elle également être profitable sur le plan de la santé planétaire (telle qu'elle est définie à l'encadré 2)?

Les avantages de cette démarche sur le plan de la santé planétaire seraient notamment les suivants :

- Les examens visant à infirmer le diagnostic ou à prévenir le surdiagnostic de l'asthme ou de la MPOC et à éviter la surutilisation des BACA en optimisant la maîtrise de l'asthme permettent de limiter le recours inutile aux soins de santé et de réduire l'empreinte carbone liée à la prescription injustifiée d'inhalateurs (Renseignements généraux, points 3, 5 - 6, 8; figures 1, 3). Le passage à des dispositifs autres que les inhalateurs-doseurs (ou le recours limité aux inhalateurs-doseurs lorsque ce changement n'est pas possible) permet de réduire les importantes émissions de gaz à effet de serre associées aux inhalateurs-doseurs (Renseignements généraux, point 7).
- L'utilisation de dispositifs autres que les

inhalateurs-doseurs contenant plusieurs agents permet d'améliorer l'observance et l'efficacité du traitement et de limiter la prescription d'inhalateurs, les poussées d'asthme et le volume des émissions liées au recours aux soins de santé (Renseignements généraux, point 10).
- En recommandant aux patients de ne jeter leurs inhalateurs qu'après s'être assurés qu'ils sont vraiment vides et de les rapporter à une pharmacie participante (le cas échéant), on contribuera à éviter l'envoi de déchets toxiques dans les décharges (Renseignements généraux, point 15).
- Les mesures de santé préventives telles que la vaccination, de même que l'évitement des déclencheurs, peuvent contribuer à limiter les poussées, ce qui permet de réduire l'empreinte carbone associée aux soins de santé (Renseignements généraux, point 11).
- Inciter les patients à arrêter de fumer contribue à réduire le risque de poussées, favorise la santé à long terme et permet de limiter le recours aux soins de santé, et présente des avantages importants sur le plan environnemental au-delà de l'incidence sur le système de soins de santé (Renseignements généraux, points 25, 30).

Cas numéro 2 : Mei, 58 ans

Puisque Mei se porte bien, pourquoi intervenir?

Dans le cas de Mei, les ISRS pourraient être considérés comme des médicaments « à usage indûment prolongé » compte tenu des éléments suivants (Renseignements généraux, point 23) :
- La durée pendant laquelle elle a pris son ISRS dépasse celle préconisée par les recommandations actuelles en matière de traitement. Le médicament présente désormais un avantage discutable puisqu'elle se porte bien et que les épisodes de dépression grave disparaissent généralement dans les neuf mois qui suivent l'atténuation des symptômes liée à la prise d'antidépresseurs (tableau 1).
- En poursuivant inutilement son traitement, elle s'exposerait à d'éventuels effets secondaires et interactions médicamenteuses, et à un risque de prescription en cascade ou de polypharmacie (Renseignements généraux, points 20-21; figure 4).

Du point de vue de la santé planétaire, chercher régulièrement à déprescrire les médicaments d'usage courant et susceptible d'être indûment prolongé tels que les ISRS pourrait constituer une stratégie efficace de réduction de la quantité de gaz à effet de serre imputable aux produits pharmaceutiques (Renseignements généraux, points 4, 16-18; figure 1). Outre la déprescription, la mise en avant de stratégies non pharmacologiques permettrait d'améliorer la santé globale de Mei, tout en ayant l'avantage de limiter l'impact des médicaments sur l'environnement (annexe 2).

Deuxième partie

Comment procéderiez-vous?

L'intégration d'une démarche de déprescription des médicaments en général (Renseignements généraux, point 22) et des antidépresseurs en particulier (annexe 2) pourrait faciliter l'arrêt de l'ISRS utilisé par Mei. Comme elle prend ce médicament depuis plus de trois ans, il serait souhaitable de procéder à une diminution progressive de sa dose étalée sur plusieurs mois (annexe 2). Il faudrait informer Mei que même si de nombreux patients ne présentent que de légers effets de sevrage pendant l'arrêt progressif de leur médicament, certaines personnes peuvent présenter des symptômes plus graves, et quelques-unes devront reprendre leur traitement. Il faudrait lui assurer qu'ensemble, vous effectuerez un suivi régulier et que la diminution de la dose se fera au rythme qui lui convient. Il faudrait lui expliquer que les symptômes de sevrage peuvent durer des semaines, voire quelques mois, mais qu'ils ne sont généralement pas synonymes ou annonciateurs d'une rechute (annexe 2).

Vous devriez recommander à Mei d'intégrer des stratégies non pharmacologiques (p. ex., activité physique, hygiène du sommeil), car il est avéré qu'elles permettent d'améliorer l'état de santé général tout en facilitant la déprescription (annexe 2; module du PABP intitulé « Dépression : cas complexes »).

Rétrospectivement, quels renseignements supplémentaires aurait-il été utile de fournir à Mei lorsqu'elle a commencé à prendre un médicament susceptible de donner lieu à un usage indûment prolongé?

Au moment où ce médicament a été prescrit, il aurait été bon d'établir des attentes quant à la durée du traitement et de programmer des rappels dans le DME en vue d'un suivi périodique auprès de Mei (Renseignements généraux, point 24). Cette conversation initiale, ainsi que les discussions collaboratives et périodiques concernant la nécessité de la prise d'un ISRS après la rémission, auraient pu donner lieu plus tôt à une tentative d'arrêt (Renseignements généraux, point 23; tableau 1). Comme ça n'a pas été le cas, Mei a continué de les prendre pendant des années et il lui faudra donc plus de temps pour réduire progressivement la dose et, il faut l'espérer, pour arrêter le traitement (annexe 2).

Il aurait également été utile de recommander dès

le départ des changements comportementaux et des interventions psychologiques comme mesures complémentaires favorisant la santé mentale et le bien-être de Mei (Renseignements généraux, point 17). Voir le module du PABP intitulé « Dépression : cas complexes ».

Cas numéro 3 : Marie, 60 ans

Au vu de ses taux de lipides, quelles seraient les options les plus avantageuses pour Marie à ce stade, et comment les lui présenteriez-vous?

Pratique réflexive
Dans quelle mesure le souci de l'environnement vous incite-t-il à modifier votre démarche clinique auprès de patients comme Marie?

Pour répondre à la question de Marie concernant la prise de statines, vous pourriez envisager d'utiliser un outil de prise de décision partagée tel que l'outil simplifié d'aide aux prises de décisions de nature cardiovasculaire PEER (https://decisionaid.ca/cvd/) pour évaluer son risque de maladie cardiovasculaire (Renseignements généraux, point 33; encadré 8). La probabilité que Marie subisse un accident cardiaque au cours des 10 prochaines années est estimée à 6,8 % (faible).

- L'outil d'aide aux prises de décisions serait aussi un moyen de lui expliquer qu'en adoptant une alimentation riche en végétaux ou en augmentant son niveau d'activité physique, elle pourrait ramener le risque à 5 %. Plus précisément, la combinaison d'un régime méditerranéen et de l'activité physique pourrait faire baisser ce risque à 2,5 %. Vous pourriez ensuite comparer l'effet de ces interventions de santé préventives à celui d'une statine à faible dose, comme l'illustre l'outil d'aide aux prises de décisions.
- Même si, par comparaison, la prise d'une statine permettrait de ramener le risque à 5 %, le risque d'effets secondaires et nuisibles du traitement médicamenteux devrait être expliqué et pris en compte.
- Vous pourriez expliquer à Marie qu'il ne sera pas nécessaire de refaire un bilan lipidique pendant cinq à dix ans, à moins que les facteurs de risque n'aient changé. L'application de cette ligne directrice permettrait également de réduire le nombre d'examens, ce qui sera avantageux sur le plan de la santé planétaire (Renseignements généraux, point 32).

Il faudrait souligner que les bienfaits d'une alimentation riche en végétaux peuvent également concourir à réduire le risque de diabète et à soulager les symptômes de constipation et le RGOP (Renseignements généraux, point 28; encadré 6).

Le recours à un entretien motivationnel serait une stratégie efficace pour aider Marie à envisager un changement de comportement (Renseignements généraux, point 34). L'évaluation de la capacité de Marie à effectuer des changements dans l'immédiat et le recours aux questions ouvertes telles que « Quels changements croyez-vous pouvoir effectuer pour améliorer votre santé? » ou « Quelles sont vos principales préoccupations? », pourraient faciliter l'amorce de la conversation.

Pour encourager Marie à opter pour des interventions préventives telles que l'alimentation riche en végétaux, l'activité physique et le transport actif, vous pourriez faire appel à ses valeurs en matière de santé planétaire en lui parlant des « avantages connexes », et en mettant l'accent sur les avantages tant personnels qu'environnementaux de ces me-sures (Renseignements généraux, point 25; encadré 7). Sachant qu'une alimentation riche en végé-taux est la mesure préventive qui a la plus grande in-cidence sur le bilan carbone puisqu'elle contribue à réduire les importantes émissions de gaz à effet de serre liées à la production animale (Renseignements généraux, points 26-27), Marie pourrait commencer par là.

Si Marie est prête et disposée à consommer plus d'aliments riches en végétaux, vous pourriez l'orienter vers un diététiste (Renseignements généraux, point 29) ou lui proposer d'autres ressources (encadré 6). Vous pourriez également lui prescrire une alimentation riche en végétaux pour l'encourager dans ce sens (feuillet destiné aux patients 2).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez fournir des commentaires sur ce module, le lien suivant vous mènera à un questionnaire électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback.**

Auteure : **Meghan Davis, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Réviseurs : **Samantha Green, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Ilona Hale, M.D., CCMF
Médecin de famille particulièrement intéressé par la santé planétaire
Kimberley, Colombie-Britannique

Sonja Wicklum, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Calgary, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Lori Teeple, M.D., CCMF (méd. urg.), FCMF (soins palliatifs)
Médecin de famille
London, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Wendy Leadbetter, inf. aut., B. Sc. inf.**
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Lindsay Downey (Bowen Island, Colombie-Britannique) et Laura Kistemaker (North Bay, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Caitlin McFadden (Campbell River, Colombie-Britannique), Nancy McFadden (Courtenay, Colombie-Britannique), Andries Muller (Saskatoon, Saskatchewan) et Laura Kroeker/ Joanna Willms (Kingston, Ontario), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Dee Mangin (Christchurch, Nouvelle-Zélande), qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Meghan Davis, Samantha Green, Lori Teeple et Wendy Leadbetter n'en ont déclaré aucun.

Ilona Hale bénéficie d'une bourse de recherche financée par Health Quality BC. Elle a reçu des honoraires à la séance de la part des services de médecine familiale d'East Kootenay et d'Interior Health pour des activités d'amélioration de la qualité. Elle a été rémunérée pour ses présentations par d'autres organismes tels que l'UBC Sauder School of Business Physician Leadership Program, l'Association des pharmaciens de l'Alberta et Therapeutics Initiatives.

Sonja Wicklum a reçu des honoraires de la part de l'iACT pour avoir contribué à l'élaboration de documents informatifs concernant la prise en charge de l'obésité. Elle a obtenu des subventions dans les domaines de la santé des femmes autochtones et de la santé planétaire de la part des IRSC, de l'ASPC, de l'OHMES et du Primary Healthcare Integration Network de l'Alberta.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fonda-tion pour l'éducation médicale continue ni les pro-grammes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en mai 2024

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes au https://members.fmpe.org.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources:

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) Définitions des grades selon le US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hale I, Bell RW. Family doctors well suited to being climate leaders. *Can Fam Physician.* 2023;69:230-2. PMID 37072214
2. Yale Center for the Study of Globalization. *Planetary health*. Yale University. 2024. https://ycsg.yale.edu/planetary-health-0.
3. PBLP Pilot Test Group Joanna Willms/Laura Kroeker. Personal Communication. Kingston ON. 2024.
4. Hale I. *Sustainable primary care toolkit: planetary health for primary care*. 2023. CASCADES (Creating a Sustainable Canadian Health System in a Climate Crisis). https://cascadescanada.ca/resources/sustainable-primary-care-toolkit/
5. Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2019 report of the Lancet countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet.* 2019;394:1836-78. PMID 31733928
6. Eckelman MJ, Sherman JD, MacNeill AJ. Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: an economic-environmental-epidemiological analysis. *PLoS Med.* 2018;15:e1002623. PMID 30063712
7. Tennison I, Roschnik S, Ashby B, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health.* 2021;5:e84-e92. PMID 33581070
8. Pichler PP JI, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett.* 2019;14.
9. Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, et al. The 2022 report of the Lancet countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet.* 2022;400:1619-54. PMID 36306815
10. van Hove M, Leng G. A more sustainable NHS. *BMJ.* 2019;366:l4930. PMID 31375505
11. Hale I, Green S, Davis M, Nowlan J. Planetary health lens for primary care: considering environmental sustainability offers benefits to patients and to providers. *Can Fam Physician.* 2024;70:224-7. PMID 38627010

12. MacNeill AJ, McGain F, Sherman JD. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. *Lancet Planet Health.* 2021;5:e66-e8. PMID 33581064

13. Sherman JD, McGain F, Lem M, Mortimer F, Jonas WB, MacNeill AJ. Net zero healthcare: a call for clinician action. *BMJ.* 2021;374:n1323. PMID 34544732

14. Davis M, Hamilton Family Health Team. Green Initiative. *Clean Air, Respiratory Excellence (C.A.R.E.)*. 2022. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/c-a-r-e-clear-air-respiratory-excellence.aspx.

15. Health Canada. *Tier assignment committee information sheet: inhalation drugs impacted by COVID-19.* 2020.

16. Jeswani HK AA. Life cycle environmental impacts of inhalers. *Journal of Cleaner Production.* 2019;237:117733.

17. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Asthma inhalers and climate change*. Patient decision aid. 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/asthma-inhalers-and-climate-change-patient-decision-aid-pdf-6727144573.

18. Wilkinson AJK, Braggins R, Steinbach I, Smith J. Costs of switching to low global warming potential inhalers. An economic and carbon footprint analysis of NHS prescription data in England. *BMJ Open.* 2019;9:e028763. PMID 31662306

19. Myrdal PB, Sheth P, Stein SW. Advances in metered dose inhaler technology: formulation development. *AAPS PharmSciTech.* 2014;15:434-55. PMID 24452499

20. Global Initiative for Asthma (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention*. Full report. 2023. https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/.

21. Yang C, Hicks, EA, Mitchell P et al. Canadian Thoracic Society 2021 guideline update: diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Can J Resp Crit Care Sleep Med.* 2021;5:348-61.

22. Nwaru BI, Ekstrom M, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. Overuse of short-acting beta(2)-agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. *Eur Respir J.* 2020;55. PMID 31949111

23. Bloom CI, Cabrera C, Arnetorp S, et al. Asthma-related health outcomes associated with short-acting beta(2)-agonist inhaler use: an observational UK Study as part of the SABINA global program. *Adv Ther.* 2020;37:4190-208. PMID 32720299

24. Marceau C, Lemiere C, Berbiche D, Perreault S, Blais L. Persistence, adherence, and effectiveness of combination therapy among adult patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118:574-81. PMID 16950273

25. Stoloff SW, Stempel DA, Meyer J, Stanford RH, Carranza Rosenzweig JR. Improved refill persistence with fluticasone propionate and salmeterol in a single inhaler compared with other controller therapies. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:245-51. PMID 14767437

26. Volerman A, Carpenter D, Press V. What can be done to impact respiratory inhaler misuse: exploring the problem, reasons, and solutions. *Expert Rev Respir Med.* 2020;14:791-805. PMID 32306774

27. Vanderman AJ, Moss JM, Bailey JC, Melnyk SD, Brown JN. Inhaler misuse in an older adult population. *Consult Pharm.* 2015;30:92-100. PMID 25695415

28. Volerman A, Toups MM, Hull A, Press VG. A feasibility study of a patient-centered educational strategy for rampant inhaler misuse among minority children with asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2019;7:2028-30. PMID 30711556

29. Nasreen S, Wilk P, Mullowney T, Karp I. Age, period, and cohort effects on asthma prevalence in Canadian adults, 1994-2011. *Ann Epidemiol.* 2020;41:49-55. PMID 31874791

30. Chapman KR, Boulet LP, Rea RM, Franssen E. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. *Eur Respir J.* 2008;31:320-5. PMID 17959642

31. Evans J, Chen, Y., Camp, PG, Bowie, DM., McRae L. Statistics Canada. *Estimating the prevalence of COPD in Canada: reported diagnosis versus measured airflow obstruction*. 2014. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014003/article/11908-eng.pdf.

32. Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, et al. Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. *JAMA.* 2017;317:269-79. PMID 28114551

33. Kavanagh J, Jackson DJ, Kent BD. Over- and under-diagnosis in asthma. *Breathe (Sheff).* 2019;15:e20-e7. PMID 31031841

34. Diab N, Gershon AS, Sin DD, et al. Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018;198:1130-9. PMID 29979608

35. Teichert M, Schermer T, van den Nieuwenhof L, De Smet PA, Wensing M. Prevalence of inappropriate prescribing of inhaled corticosteroids for respiratory tract infections in the Netherlands: a retrospective cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2014;24:14086. PMID 25320938

36. Ebell MH, Lundgren J, Youngpairoj S. How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. *Ann Fam Med.* 2013;11:5-13. PMID 23319500

37. Liang K, Hui P, Green S. Postinfectious cough in adults. *CMAJ.* 2024;196:E157. PMID 38346782

38. Thompson M, Vodicka TA, Blair PS, et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ.* 2013;347:f7027. PMID 24335668

39. Mitra A, Hannay D, Kapur A, Baxter G. The natural history of acute upper respiratory tract infections in children. *Prim Health Care Res Dev.* 2011;12:329-34. PMID 22284947

40. Shields MD, Thavagnanam S. The difficult coughing child: prolonged acute cough in children. *Cough.* 2013;9:11. PMID 23574624

41. Becker LA, Hom J, Villasis-Keever M, van der Wouden JC. Beta2-agonists for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:CD001726. PMID 26333656

42. Institute for Safe Medication Practices. *Is your asthma inhaler running on empty?* 2024. https://www.consumermedsafety.org.

43. Thornber K, Adshead F, Balayannis A, et al. First, do no harm: time for a systems approach to address the problem of health-care-derived pharmaceutical pollution. *Lancet Planet Health.* 2022;6:e935-e7. PMID 36495886

44. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175:827-34. PMID 25798731

45. Walker AJ, Curtis HJ, Bacon S, Croker R, Goldacre B. Trends and variation in prescribing of low-priority treatments identified by NHS England: a cross-sectional study and interactive data tool in English primary care. *J R Soc Med.* 2018;111:203-13. PMID 29787684

46. National Health Service (NHS). Department of Health and Social Care. Ridge K. *National overprescribing review report.* 2021. https://www.gov.uk/government/publications/national-overprescribing-review-report.

47. Safer DJ. Overprescribed medications for US adults: four major examples. *J Clin Med Res.* 2019;11:617-22. PMID 31523334

48. Davis M, Gayowsky, Hamilton Family Health Team. Green Initiative. *Prescribe for impact guide*. 2023. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/test-and-treat-for-impact.aspx.

49. Elbeddini A, Sawhney M, Tayefehchamani Y, et al. Deprescribing for all: a narrative review identifying inappropriate polypharmacy for all ages in hospital settings. *BMJ Open Qual.* 2021;10. PMID 34230053

50. Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. *Lancet.* 2017;389:1778-80. PMID 28495154

51. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80:1254-68. PMID 27006985

52. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010;170:1648-54. PMID 20937924

53. Mangin D, Lawson J, Cuppage J, et al. Legacy drug-prescribing patterns in primary care. *Ann Fam Med.* 2018;16:515-20. PMID 30420366

54. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Depression in adults: treatment and management.* NICE guideline [NG222]. 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222.

55. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? *Addict Behav.* 2019;97:111-21. PMID 30292574

56. Gastaldon C, Schoretsanitis G, Arzenton E, et al. Withdrawal syndrome following discontinuation of 28 antidepressants: pharmacovigilance analysis of 31,688 reports from the WHO spontaneous reporting database. *Drug Saf.* 2022;45:1539-49. PMID 36400895

57. Lewis G, Marston L, Duffy L, et al. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. *N Engl J Med.* 2021;385:1257-67. PMID 34587384

58. Gerber PJ, Steinfeld, H., Henderson, B. et al. Food and agriculture organization of the United Nations. *Tackling Climate Change Through Livestock. A Global Assessment of Emissions and Mitigation Opportunities.* 2013.

59. Doreau M, Corson, M.S., Widemann, SG. Water use by livestock: a global perspective for a regional issue? *Animal Frontiers.* 2012;2:9-16.

60. Ritchie H. *How much of the world's land would we need in order to feed the global population with the average diet of a given country*? Our World in Data. 2017. https://ourworldindata.org/agricultural-land-by-global-diets.

61. Food and Agriculture of the United Nations. *Key facts and findings*. 2023. https://www.fao.org/newsroom/detail/new-fao-report-maps-pathways-towards-lower-livestock-emissions/en.

62. EAT-Lancet. *Commission summary report*. 2019. https://eatforum.org/eat-lancet-commission/eat-lancet-commission-summary-report/.

63. Willett W, Rockstrom J, Loken B, et al. Food in the anthropocene: the EAT-Lancet commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet.* 2019;393:447-92. PMID 30660336

64. Health Canada. *Canada's food guide*. 2023. https://food-guide.canada.ca/en/.

65. Davis M, Gayowsky TI, Hamilton Family Health Team. Green Initiative. *Plant-rich eating*. 2022. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/plant-rich-eating.aspx.

66. Zafeiridou M, Hopkinson NS, Voulvoulis N. Cigarette smoking: an assessment of tobacco's global environmental footprint across its entire supply chain. *Environ Sci Technol.* 2018;52:8087-94. PMID 29968460

67. Carter BD, Freedman ND, Jacobs EJ. Smoking and mortality–beyond established causes. *N Engl J Med.* 2015;372:2170. PMID 26017836

68. Dobrescu A, Bhandari, A, Sutherland, G, Dinh, T. *The costs of tobacco use in Canada, 2012*. 2017. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/costs-tobacco-use-canada-2012.html.

69. Otanez M, Glantz SA. Social responsibility in tobacco production? Tobacco companies' use of green supply chains to obscure the real costs of tobacco farming. *Tob Control.* 2011;20:403-11. PMID 21504915

70. Pawson C. *Cigarette butts remain Vancouver's most littered item-and a seemingly unsolvable waste problem*. 2023. https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/how-to-solve-cigarette-butt-waste-vancouver-b-c-1.7010653.

71. Stacey D, Legare F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD001431. PMID 28402085

72. Tomson C. Reducing the carbon footprint of hospital-based care. *Future Hosp J.* 2015;2:57-62. PMID 31098080

73. Stanford Magazine. *Birth control for mother earth: how different contraceptives weigh in ecologically*. 2016. https://stanfordmag.org/contents/birth-control-for-mother-earth.

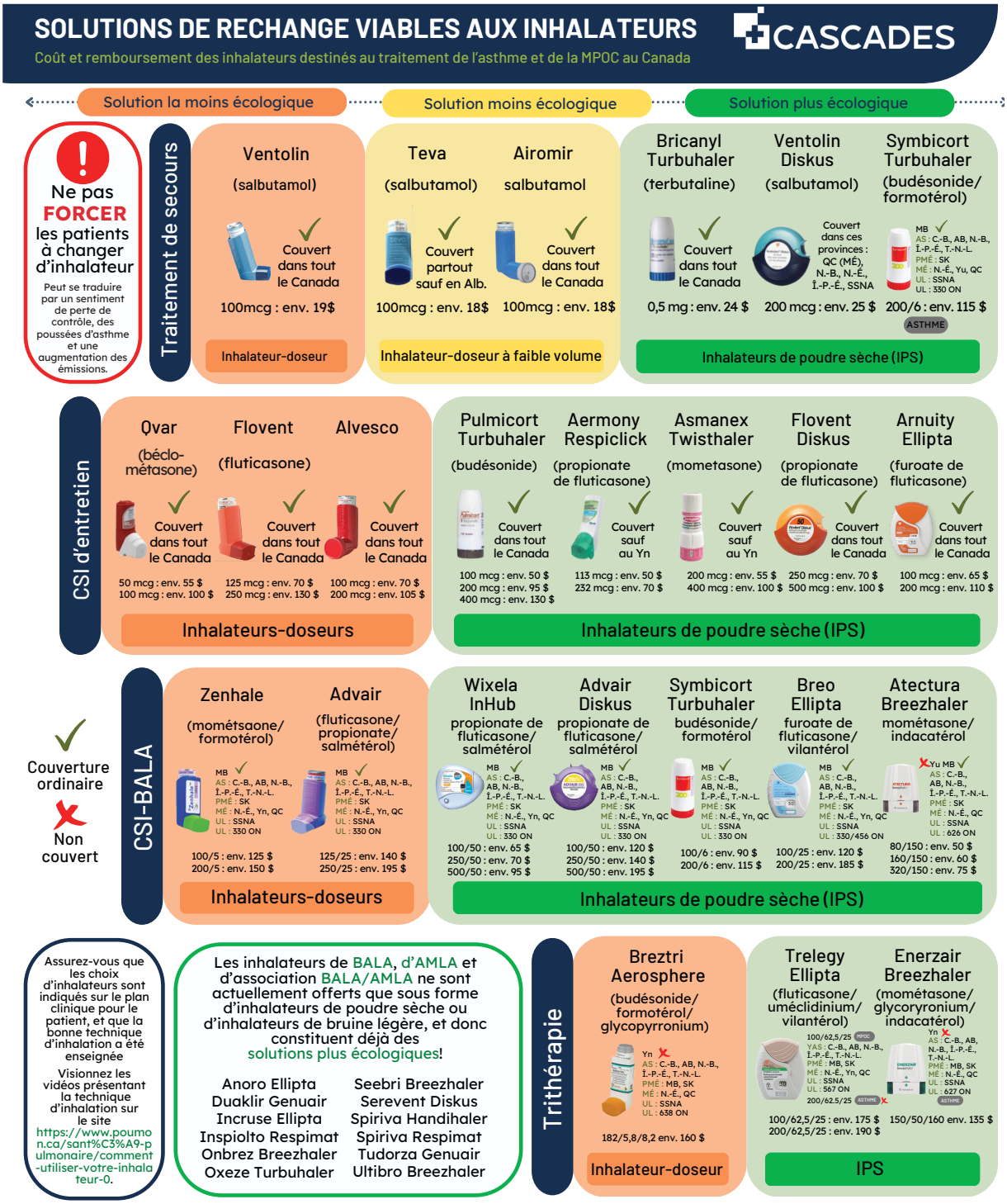
74. Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. PEER simplified lipid guideline 2023 update: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician.* 2023;69:675-86. PMID 37833089

75. Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: an evidence-based approach for use in medical practice. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118:109-15. PMID 33835006

76. Waters E. End of the roll for examination table paper? *Can Fam Physician.* 2020;66:748-9. PMID 33077455

77. Royal College of Nursing. UK. *Glove awareness resources*. 2024. https://www.rcn.org.uk/Get-Involved/Campaign-with-us/Glove-awareness/resources#GAWresources.

ANNEXE 1. Solutions de rechange viables aux inhalateurs



Autorisation : Green S, Bursque G, Chang B, Khan N, Miller FA, Wilson J, Wintemute K. Prescription d'inhalateurs respectueuse du climat dans le cadre des soins primaires, version 3.0. 2023. CASCADES (Creating a Sustainable Canadian Health System in a Climate Crisis). https://cascadescanada.ca/fr/ressources/guide-de-strategie-des-inhalateurs-durables-dans-les-soins-de-la-premiere-ligne//.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
mai 2024

ANNEXE 2. Déprescription des médicaments et ressources en la matière

Conseils utiles en matière de déprescription d'antidépresseurs

La démarche suivante est destinée aux personnes qui présentent un premier épisode ou une rechute de dépression légère à modérée sans trouble psychiatrique concomitant[1]. La prise de décision partagée doit notamment consister à réévaluer tous les six mois avec les patients la nécessité de prendre des antidépresseurs.[2]

Avant de diminuer progressivement la dose d'antidépresseurs ou d'arrêter de les prendre, il faut prendre en compte les éléments suivants [3,4] :

Type d'antidépresseurs : Les symptômes liés à l'arrêt peuvent être plus marqués selon le type d'antidépresseur.

Durée du traitement par l'antidépresseur : Si un patient prend un antidépresseur depuis des mois, il peut lui falloir des semaines pour arrêter; si la prise d'antidépresseurs a duré de nombreuses années, l'arrêt peut demander des mois, voire des années.

Durée de la période de diminution progressive de la dose : : Il est essentiel de procéder à une diminution très lente de la dose pour atténuer les symptômes de sevrage des médicaments. Les symptômes de sevrage ne sont pas liés à la variation de la concentration du médicament dans le sang, comme on le pensait jusque-là, mais à la réadaptation du cerveau à des concentrations inférieures de médicament et à la récupération de la sensibilité des récepteurs de la sérotonine.

- **Laissez les patients contrôler le rythme de la réduction progressive de la dose pour que les symptômes ne dépassent pas le seuil de tolérance des patients;** assurez-vous que les symptômes se sont atténués avant de passer au palier suivant.
- Essayez de réduire la dose de 10 % pour commencer, puis de 25 % si aucun symptôme n'apparaît; réglez la diminution en fonction de la réaction du patient.

Remarque : Des paliers beaucoup plus rapprochés peuvent être nécessaires à la fin de la période de réduction progressive de la dose (réduction hyperbolique), car l'occupation des récepteurs sérotoninergiques diminue nettement avec ces paliers, à mesure que la dose diminue.[5]

Symptômes de sevrage :

- Définir les attentes avec les patients, notamment en ce qui concerne les symptômes psychologiques qui pourraient être pris à tort pour une rechute tels que l'anxiété, la perte d'équilibre, l'irritabilité, les crises de larmes, les dérèglements sensoriels, les troubles du sommeil, les changements dans les scores de l'échelle d'évaluation de la dépression.
- Avertir les patients de la possibilité de symptômes physiques tels que des symptômes gastro-intestinaux, des symptômes pseudogrippaux et des sensations de « décharge électrique », qui sont pathognomoniques d'un sevrage des ISRS. Cela les aidera à distinguer le sevrage des médicaments de la récidive de la dépression.

Surveillance [4] :

- Suivi (toutes les deux à quatre semaines); modifier le schéma de réduction progressive de la dose si nécessaire. Envisager un suivi périodique par téléphone ou avec l'équipe soignante.
- Reconnaître les signes d'alarme (p. ex., anxiété, manque de sommeil) et mettre en place des mesures de précaution et de sécurité en cas d'échec de l'arrêt du traitement par la réduction progressive de la dose.

Optimiser le traitement non pharmacologique [3,4]

- **Changements comportementaux :** activité physique, alimentation saine, hygiène du sommeil
- **Consommation de substances :** prendre en compte les problèmes de consommation d'alcool ou de médicaments en vente libre (en particulier les somnifères).
- **Psychothérapie :** permet de réduire le risque de récidive de la dépression de 60 à 70 %.

Ressources cliniques utiles en matière de déprescription d'antidépresseurs

- Centre for Effective Practice (CEP) : https://cep.health. Diminution progressive de la dose d'antidépresseurs; traitement de la dépression et de l'anxiété.
  Remarque : Les cliniciens peuvent demander une consultation individuelle avec un pharmacien clinicien : https://cep.health/academic-detailing
- Vidéo informative : Dre Dee Mangin. Breaking up can be hard to do: practical approaches to how and when to stop antidepressants in primary care (La rupture peut être difficile à réaliser : démarches pratiques sur la façon et le moment d'arrêter les antidépresseurs en soins primaires). Webinaire de la série « Best Evidence » de Therapeutics Initiative. 2022. YouTube. (00:58:58). https://www.youtube.com/watch?v=AltrDmZ0DM4

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Autres médicaments courants

- Choisir avec soin. Adieu aux IPP! Trousse à outils pour les cliniciens : https://choisiravecsoin.org/toolkit/adieu-aux-ipp
  Brochure pour les patients : https://choisiravecsoin.org/pamphlet/brulures-destomac-et-le-reflux-gastro-oesophagien
- Hamilton Family Medicine Health Team. Green Initiative. Prescribe for Impact.
  Outil destiné aux cliniciens : https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/test-and-treat-for-impact.aspx
- Ressources destinées aux patients et aux prestataires de soins de santé : https://deprescribing.org/resources
  Comprend des feuillets destinés aux patients, des algorithmes et des lignes directrices se rapportant à un éventail de médicaments, ainsi que des outils d'aide à la décision.
- Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription : https://www.reseaudeprescription.ca/algorithmes. Algorithmes relatifs à divers médicaments courants. Brochures utiles pour les patients, y compris des dépliants traduits dans d'autres langues que l'anglais et le français : https://www.reseaudeprescription.ca/ressources-patients.

Sources : **1)** Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry.* 2016;61:540-60; **2)** NICE. *Depression in adults: treatment and management.* NICE guideline [NG222]. 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222; **3)** Davis M, Gayowsky T., Hamilton Family Health Team. Green Initiative. *Prescribe for impact guide*. 2023. https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/test-and-treat-for-impact.aspx; **4)** Approach to stopping antidepressants for major depressive disorder. *Rx Files: Depression*. 2022. www.rxfiles.ca; **5)** Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):538-546.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
mai 2024

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS 1. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Changer d'inhalateur :
Un meilleur choix pour vous, un meilleur choix pour la planète

Pourquoi devrais-je changer de pompe?

1. Vous utilisez peut-être un inhalateur-doseur. Les inhalateurs-doseurs sont difficiles à utiliser correctement. Même si vous vous servez d'un inhalateur-doseur contenant deux ou trois médicaments, il se peut que vos poumons n'en retirent pas tous les avantages.
2. Les inhalateurs-doseurs sont nocifs pour l'environnement car ils libèrent des gaz à effet de serre dans l'air, ce qui contribue au réchauffement climatique.
3. Si vous êtes asthmatique, il se peut que vous utilisiez un inhalateur de secours « à effet rapide » ne contenant qu'un seul médicament. D'après les lignes directrices actuelles sur l'asthme, il est recommandé d'utiliser un inhalateur contenant deux médicaments pour le traitement de la plupart des personnes asthmatiques :
   - un médicament qui atténue l'irritation (inflammation) des poumons

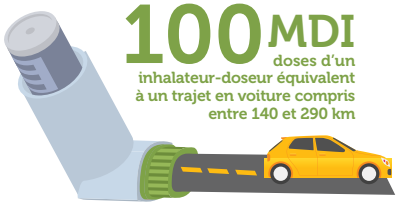
   ET
   - un médicament qui dilate rapidement les voies respiratoires et dont l'effet est durable

Les personnes qui n'utilisent qu'un inhalateur de secours à effet rapide ou qui doivent l'utiliser plus de deux fois par semaine peuvent être amenées à se présenter plus souvent aux urgences ou à l'hôpital. Elles sont également plus susceptibles de subir des crises d'asthme graves.

Existe-t-il un meilleur type d'inhalateur?

Les nouveaux types d'inhalateurs comprennent les inhalateurs de poudre sèche et les inhalateurs de bruine légère. Ces produits peuvent contenir un, deux ou même trois médicaments. Ils sont plus faciles à utiliser correctement et beaucoup moins nocifs pour l'environnement.

Votre équipe médicale vous aidera à déterminer le type d'inhalateur qui vous convient le mieux.



Que faire si je ne suis pas en mesure de remplacer mon inhalateur- doseur par un autre type d'inhalateur?

Il existe d'autres moyens de faciliter votre respiration et de protéger l'environnement.

- **Inhalez vos médicaments régulièrement, et pas seulement « en cas de besoin ».** Si vous utilisez votre inhalateur de secours à effet rapide plus de deux fois par semaine, parlez-en à votre équipe de soins de santé.
- **Utilisez votre inhalateur correctement :** 70 % des Canadiens n'arrivent pas à utiliser leur inhalateur correctement. Demandez à votre pharmacien ou à votre médecin/personnel infirmier de vérifier comment vous utilisez votre inhalateur. Vous trouverez sur le site de l'Association pulmonaire du Canada de l'information et des vidéos visant à faciliter l'utilisation de votre type d'inhalateur : https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/comment-utiliser-votre-inhalateur-0.
- **Dispositifs d'espacement :** Ces dispositifs peuvent vous aider à tirer le meilleur parti de votre pompe et à réduire la nécessité d'un « soulagement rapide » de secours. Consultez votre équipe de soins de santé pour savoir quel type de dispositif d'espacement vous convient le mieux.
- **Demandez à utiliser un meilleur inhalateur-doseur :** Il existe plusieurs inhalateurs-doseurs dits « à faible volume » qui sont moins nocifs pour l'environnement et peuvent vous convenir.



- **Débarrassez-vous de votre inhalateur avec précaution, une fois qu'il est vide.**
  - Assurez-vous que la cartouche de votre inhalateur est complètement vide avant d'en utiliser une nouvelle. Vous pouvez le vérifier en comptant vos doses. Faire flotter la cartouche dans l'eau n'est **pas** un bon moyen de vérifier si elle est vide.
  - Rapportez les inhalateurs vides à une pharmacie pour qu'ils soient éliminés correctement. De cette manière, les toxines contenues dans la cartouche ne se répandront pas dans la terre et l'air à la décharge. Vous pouvez également consulter le site Web de la Health Products Stewardship Association pour https://healthsteward.ca/consumers/returning-medications.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue **www.fmpe.org**
Image de l'empreinte carbone des inhalateurs-doseurs : Avec l'autorisation de Hale I. Trousse à outils pour des soins primaires durables : santé planétaire pour les soins primaires. 2023. CASCADES (Creating a Sustainable Canadian Health System in a Climate Crisis).
https://cascadescanada.ca/fr/ressources/trousse-a-outils-pour-des-soins-primaires-durables.

mai 2024
La Fondation pour l'éducation médicale continue

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS 2. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Hamilton Family Health Team
Green Initiative

Ordonnance d'une alimentation végétale :
pour votre santé et celle de la planète

Plant-Rich Eating
Good for you and good for the planet

Nom : _____

Mon régime alimentaire riche en végétaux :

- ☐ **Prendre un repas sans viande de plus par semaine**
- ☐ **Consommer plus de légumes chaque jour** (p. ex., 2 tasses)
- ☐ **Consommer plus de légumes chaque jour** (p. ex., 2 tasses)
- ☐ **Remplacer chaque semaine deux protéines animales** (bœuf, porc, viandes transformées) par **deux protéines végétales** (p. ex., ¼ de tasse de noix, 2 cuillères à soupe de beurre d'arachide ou ½ tasse de pois, de haricots secs ou de lentilles).
- ☐ **Consommer plus de lipides sains chaque jour** (p. ex., 2 à 3 cuillères à soupe d'huile d'olive/de canola, un petit avocat, ¼ de tasse de noix/de graines)

Remarques

Signature : _____ Date : _____

Regardez cette vidéo de 25 minutes et commencez à manger des aliments riches en végétaux :
https://www.youtube.com/watch?v=HoyQXg2RZ5o

Pour obtenir plus d'information et vous motiver, regardez notre vidéo de quatre minutes :
https://www.youtube.com/watch?v=P64G3IPwMXk.

Vous pouvez également consulter ces sites Web :

- halfyourplate.ca
- food-guide.canada.ca/en
- vrg.org
- pulses.org/nap
- plantbasedcookingshow.com
- producemadesimple.ca
- Cookspiration.com

Autorisation : Hamilton Family Health Team. Green Initiative. Plant-Rich Eating. Plant Rx. 2024.
https://www.hamiltonfht.ca/en/what-we-offer/plant-rich-eating.aspx.