

## Direction de la Formation professionnelle retraite du D<sup>r</sup> Pierre Raïche

*Emmanuèle Garnier*

Photo: Emmanuèle Garnier



D<sup>r</sup> Pierre Raïche

**A** PRÈS 11 ANS à la tête de la Direction de la formation professionnelle (DFP) de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le **D<sup>r</sup> Pierre Raïche** vient de prendre sa retraite. Juste avant, il s'est retourné sur plus d'une décennie de travail pour regarder le trajet parcouru.

Son premier geste marquant comme directeur, le D<sup>r</sup> Raïche s'en souvient encore. C'était un jour d'automne, en 2001. Il s'était rendu au Collège des médecins du Québec. Son but : convaincre l'organisme que les activités de perfectionnement de ses membres devaient englober plus que les connaissances médicales. « Je leur ai expliqué qu'il ne sert à rien de connaître tous les médicaments pour traiter le diabète, si on n'a pas une structure organisationnelle qui nous permet de suivre adéquatement le patient », se rappelle le D<sup>r</sup> Raïche. Pour que leurs connaissances soient utiles, les médecins doivent donc développer leur capacité à communiquer avec leurs patients, à gérer leur équipe et à collaborer avec d'autres professionnels de la santé.

Au Canada anglais, pendant ce temps, le concept des compétences CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists) commence à émerger : expertise médicale, communication, collaboration, professionnalisme, etc. Au début des années 2000, le rôle des médecins de famille est d'ailleurs en pleine mutation. Ils sont de plus en plus nombreux à pratiquer au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins. De nouvelles aptitudes deviennent nécessaires.

La formation médicale continue doit donc

s'adapter. « Nous avons intégré le concept des compétences CanMEDS et une application personnalisée de l'approche méthodique pour mettre au point un plan d'autogestion du développement professionnel continu pour les médecins », explique le D<sup>r</sup> Raïche. C'est ainsi qu'en 2007, le PADPC-FMOQ est né. Cet outil permettait d'ailleurs de répondre aux nouvelles exigences du Collège des médecins du Québec qui voulait que le processus de formation continue comporte une démarche réflexive. « Le PADPC-FMOQ équipe le médecin qui a dorénavant la responsabilité de maintenir sa compétence. Cet outil lui permet d'être autonome dans son perfectionnement professionnel », affirme l'initiateur du projet. Actuellement, le PADPC-FMOQ est utilisé par plus de 5000 omnipraticiens et résidents. La méthode semble efficace. « À ma connaissance, aucun médecin utilisant le PADPC-FMOQ n'a été pris en défaut lors des vérifications faites par le Collège », se réjouit le D<sup>r</sup> Raïche.

### **Un chef de file dans la formation continue**

Quand le D<sup>r</sup> Raïche a pris les rênes de la DFP, la Fédération était déjà un acteur important dans le monde de la formation médicale continue. « Le D<sup>r</sup> Pierre Raïche a su consolider ce rôle de premier plan et innover. Il a réussi à imposer la Fédération comme un chef de file dans la formation médicale et le développement professionnel continu au Québec », affirme le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ.

Le réseau des responsables régionaux de formation médicale continue de la Fédération est maintenant très développé. Il compte, dans les différentes associations, plus de 250 responsables locaux, dont le rôle s'est accru au cours de la dernière décennie. Chaque année, plus de 3600 activités de perfectionnement sont organisées par la Fédération et ses associations et rejoignent plus de 95 % des omnipraticiens. « Au Québec, la Fédération donne

une grande partie de la formation médicale destinée aux médecins de famille », précise le **D<sup>r</sup> Claude Guimond**, qui a été l'adjoint du D<sup>r</sup> Raïche.

Par ailleurs, depuis 2001, la direction du D<sup>r</sup> Raïche a publié plus de 130 numéros du *Médecin du Québec*. Chaque mois, environ 1000 médecins répondent au post-test. La DFP a également organisé près de 100 congrès de formation continue.

Pour maximiser l'utilisation des connaissances rassemblées lors d'un congrès, le D<sup>r</sup> Raïche a, par ailleurs, imaginé la création de produits dérivés. Certaines des conférences sont ainsi filmées et offertes sur le site de la FMOQ. Actuellement destinées aux médecins de famille et aux résidents, elles pourraient éventuellement être adaptées pour d'autres professionnels de la santé ou pour les patients. « Le D<sup>r</sup> Raïche est un visionnaire. Il s'est dit que cela n'avait pas de sens de mettre autant d'efforts pour organiser un congrès et que plus rien n'en subsiste après. Quelque 350 médecins assistent à chaque congrès, mais 8000 autres ne peuvent y participer », dit le D<sup>r</sup> Guimond.

### Syndicalisme et formation continue

L'un des mérites du D<sup>r</sup> Raïche a été d'établir des ponts entre le monde de la formation continue et celui du syndicalisme. « Le D<sup>r</sup> Raïche a su voir le rôle et l'importance du perfectionnement professionnel dans un syndicat », estime le D<sup>r</sup> Guimond. La vision de l'ex-directeur de la DFP ne manque d'ailleurs pas d'intérêt. « La plus grande force qu'on a quand on se présente à la table de négociations, c'est de représenter un groupe de médecins compétents. C'est cette compétence-là qui nous confère une

crédibilité », précise-t-il. Le D<sup>r</sup> Raïche a lui-même participé aux différents pourparlers avec le gouvernement. Avec l'équipe de négociations, il a réussi à obtenir des allocations du fonds de formation continue pour permettre aux omnipraticiens d'avoir une compensation pour le temps qu'ils consacrent à leur perfectionnement professionnel.

Le D<sup>r</sup> Raïche a également travaillé à obtenir une rémunération pour des actes de prévention, comme le soutien à l'abandon du tabac et le counselling sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le D<sup>r</sup> Godin, de son côté, lui sait gré de son apport dans de nombreuses sphères. « Le D<sup>r</sup> Raïche est un syndicaliste convaincu pour qui les conditions de travail des médecins de famille et la valorisation de la médecine familiale étaient des priorités. » 🍷

« Le D<sup>r</sup> Raïche  
a su voir toutes  
les possibilités  
qu'offrait  
la formation  
pour un syndicat »

– D<sup>r</sup> Claude Guimond

## Merci Pierre!



Photos: Emmanuèle Garnier

Chers lecteurs,

*Vous me permettrez le ton un peu plus personnel et familier de ce billet soulignant le départ à la retraite, le 29 juin dernier, de mon collègue et ami, le D<sup>r</sup> Pierre Raïche, jusqu'alors directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.*

*Vous pourrez lire, dans nos pages, l'héritage qu'il nous laisse grâce à son travail acharné et surtout à son esprit d'innovation.*

*Je me limiterai donc à me remémorer les heures de plaisir que nous avons eues, au milieu des années 1990, à concevoir des programmes de formation et de nouveaux ateliers interactifs devenus depuis des incontournables de la formation reposant sur la résolution de problèmes cliniques.*

*Tu dois certainement te rappeler, mon cher Pierre, de ces défis qu'on se lançait, toi et moi, pour trouver le verbe d'action le plus original lors de la rédaction de ces fameux objectifs d'apprentissage tant prisés dans le monde de la formation. Ou encore de cette discussion animée au congrès de l'Alliance for CME de 1999 où nous redessinions, en compagnie de nos comparses d'alors, le paysage futur de la formation médicale continue au Québec. Paysage que nous avons finalement influencé et modifié grâce à notre engagement et à la collaboration de nos collègues du CQDPCM.*

*Merci Pierre de ta rigueur et de ton enthousiasme, de ta vision et de tes réalisations ! Merci d'avoir permis aux médecins omnipraticiens de prendre en charge eux-mêmes leur formation et leur développement professionnel continu.*

*Allez, bonne retraite !*

**Le rédacteur en chef,  
D<sup>r</sup> Martin Labelle**

## Le D<sup>r</sup> Claude Guimond nouveau directeur de la Formation professionnelle



D<sup>r</sup> Claude Guimond

Le D<sup>r</sup> Claude Guimond est, depuis le 1<sup>er</sup> juillet, le nouveau directeur de la Formation professionnelle de la FMOQ. Reprenant le flambeau de son mentor, le D<sup>r</sup> Pierre Raïche, dont il était l'adjoint depuis 2007, il compte faire entrer le service dont il a hérité dans une nouvelle ère technologique.

Le D<sup>r</sup> Guimond scrute les avancées informatiques. Mais aussi les modes novateurs d'apprentissage, les besoins des jeunes omnipraticiens et les nouveautés technologiques. L'un de ses projets : développer davantage la formation en ligne. Le site de la FMOQ offre déjà plusieurs conférences tirées des congrès qu'elle organise. « On va essayer de les rendre accessibles pour que les médecins puissent les écouter à la maison ou au cabinet sur leur ordinateur ou encore sur un média mobile, comme une tablette ou un téléphone. On pourra le faire en baladodiffusion ou sur un iPod », explique le D<sup>r</sup> Guimond.

Actuellement, le site de la Fédération comporte une vingtaine de conférences prêtes à être écoutées. Après chaque congrès, trois ou quatre exposés sont mis en ligne. « À l'heure actuelle, le délai de production est trop grand. Je veux le diminuer à un maximum de deux mois pour que l'on puisse avoir deux nouvelles conférences en ligne par semaine. Cela nous donnerait un potentiel de 75 à 100 conférences par année », explique le nouveau directeur.

La nouvelle plateforme d'apprentissage en ligne sur laquelle va migrer la formation en ligne offrira,

par ailleurs, plus de possibilités. Elle permettra entre autres des forums de discussion. Il sera également possible pour la Formation professionnelle de travailler conjointement avec d'autres directions de la FMOQ pour produire des capsules d'information sur l'Entente générale, la facturation, l'organisation de la pratique, etc.

Le D<sup>r</sup> Guimond tient à répondre aux besoins en formation de tous les omnipraticiens. Les jeunes parents qui n'ont pas le temps d'aller à un congrès, les amateurs de perfectionnement en ligne, mais aussi les adeptes de formation continue classique. « Les congrès en grands groupes vont toujours avoir leur place, assure le directeur. Au-delà de l'expertise et de la formation, je pense qu'il y aura toujours un besoin de socialisation, de rencontres et d'échanges avec les collègues. »

### Vent de modernisation

Le Plan d'autogestion du développement professionnel continue de la FMOQ va lui aussi être modernisé. Déjà offert sur papier et sur Internet, il le sera également sur les médias mobiles, comme les téléphones intelligents. « Les médecins auront la possibilité de remplir l'annexe 13 et l'approche réflexive au moment de l'activité de formation. » Fini ainsi les griffonnages sur un bout de papier qu'on doit ensuite retranscrire. « La beauté du plan d'autogestion en ligne, c'est la facilité à faire et à intégrer chaque étape. Si on alimente régulièrement notre plan, il restera vivant et notre réflexion en sera d'autant plus riche », indique le nouveau directeur.

*Le Médecin du Québec* va aussi

profiter de ce vent de modernisation. Actuellement présent sur le site de la FMOQ en format PDF, il pourrait devenir une véritable revue virtuelle dont on pourrait tourner les pages électroniquement et qu'on pourrait télécharger sur une tablette.

De grands changements sont donc à venir. « Le virage technologique a commencé, mais n'a pas atteint son maximum. Je veux vraiment qu'on en exploite toutes les possibilités », affirme le D<sup>r</sup> Guimond. EG.

*« Le virage technologique a commencé, mais n'a pas atteint son maximum. Je veux vraiment qu'on en exploite toutes les possibilités. »*

— D<sup>r</sup> Claude Guimond

## Nouveau directeur adjoint

### D<sup>r</sup> Daniel Paquette



Photos : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Daniel Paquette

À titre de nouveau directeur adjoint de la Formation professionnelle de la Fédération, le **D<sup>r</sup> Daniel Paquette** épaulera le **D<sup>r</sup> Claude Guimond**. Il a dû pour cela quitter sa pratique et ses patients. Il exerçait jusqu'alors au Centre de santé de Drummondville

et au CSSS Drummond. Il était également adjoint d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke.

Au cours de sa carrière, le D<sup>r</sup> Paquette a organisé de nombreux congrès de formation continue pour la FMOQ et l'Université de Montréal,

créé de multiples ateliers et écrit des articles pour *Le Médecin du Québec*. Il a d'ailleurs été directeur adjoint du Développement professionnel continu à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal de 2007 à 2011.

Rapidement après le début de sa pratique, en 1985, le D<sup>r</sup> Paquette s'est passionné pour la formation médicale continue. « C'est un défi de se maintenir à jour continuellement, puisque la médecine générale est très vaste. On fait donc de la formation continue pour le maintien de sa propre compétence, mais ensuite on veut partager nos nouvelles connaissances avec nos confrères. »

Le D<sup>r</sup> Paquette estime qu'il commence son nouveau poste en formation continue à un moment stimulant. Au Québec, la médecine est actuellement à un tournant. « On se dirige vers une plus grande interdisciplinarité, les dossiers médicaux électroniques sont de plus en plus répandus, la formation en ligne s'installe. Les médecins explorent également comment modifier les façons d'offrir et d'organiser les soins. Il y a ainsi plein d'occasions de formation et de diffusion de matériel pour les aider. » 📖

### Visite d'un syndicat français des échanges instructifs

D<sup>r</sup> Louis Godin et D<sup>r</sup> Michel Combier

Le 14 mai, des représentants de l'Union nationale des omnipraticiens français (UNOF), syndicat de médecins de famille, ont rendu visite à la FMOQ. « Notre objectif est de comparer les systèmes de santé pour voir ce qui peut être transposé chez nous pour améliorer la condition des médecins omnipraticiens », a expliqué le **D<sup>r</sup> Michel Combier**, président de l'UNOF, qui était accompagné de dix-sept membres de son organisme.

Au cours d'un exposé détaillé, le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, a expliqué à ses collègues français le fonctionnement de la Fédération, le système de santé au Québec, la pratique de la médecine familiale dans la province et, pour finir, les dernières négociations.

Le récent accord-cadre en général, et les nouveaux modes de rétribution en particulier, ont intéressé les praticiens français. « Au Québec, il y a une rémunération complémentaire par type d'activité et par type de malade, ce qui permet de couvrir toute l'activité du médecin », a noté le D<sup>r</sup> Combier, dont les membres sont uniquement payés à l'acte. La pratique hospitalière des

omnipraticiens québécois a aussi attiré l'attention de leurs collègues français, qui eux, n'exercent qu'en cabinet.

Les visiteurs français ont, à leur tour, expliqué leur système. « J'ai vu que le D<sup>r</sup> Godin était intéressé par le paiement à la performance sur les objectifs de santé publique. Nos échanges nous permettront, quand nous négocierons avec nos structures respectives, de dire qu'il se fait telle chose à l'étranger et que cela fonctionne plutôt bien. »

Les médecins français comptaient ensuite visiter des groupes de médecine de famille. « Nous voulons voir comment ils sont organisés », a indiqué, très intéressé, le président de l'UNOF. Son syndicat, qui compte quelque 4000 membres, représente 10 % de tous les médecins généralistes français. 📖

# Entrevue avec le D<sup>r</sup> Jacques Bergeron

## Trois secrets pour une pratique plus intéressante



Photo : Emmanuelle Garnier

D<sup>r</sup> Jacques Bergeron

*Le D<sup>r</sup> Jacques Bergeron, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska, estime que les médecins de famille doivent investir dans trois éléments pour améliorer leur qualité de vie professionnelle : l'aide d'une adjointe, un dossier médical électronique et des locaux adaptés à leur pratique.*

**M.Q. – Vous considérez que votre plus grande**

**richesse est votre pratique médicale et vous avez décidé d'y investir. De quelle manière l'avez-vous fait ?**

J.B. – Je pense que si on veut avoir une pratique intéressante il faut avoir des lieux physiques adéquats, un dossier électronique et de l'aide professionnelle à nos côtés. Ces trois éléments sont essentiels pour avoir du plaisir dans notre pratique et en diminuer la lourdeur. Je pense aussi qu'ils sont indispensables pour nous aider à relever le défi de l'accessibilité. Il faut être mieux organisés pour donner un service qui réponde davantage aux besoins des patients.

**M.Q. – D'où vient l'argent que vous investissez ?**

J.B. – Il faut voir nos honoraires un peu comme un chiffre d'affaires qui comprend l'ensemble des dépenses professionnelles. Avec les augmentations paramétriques de la nouvelle Entente générale et les différentes bonifications, dont les suppléments pour les frais de cabinet, on peut dégager des sommes qui nous permettent, entre autres, d'engager du personnel. Si on ne fait que mettre l'argent des majorations dans nos poches, on va se retrouver avec la même lourdeur de pratique, la même fatigue, le même épuisement professionnel et on n'aura pas pris plus de patients en charge.

En ce qui me concerne, j'ai embauché une infirmière auxiliaire qui m'assiste et me précède. Elle va chercher les patients, les introduit dans la salle d'examen, prend les premières données du problème de santé et s'enquiert du but de la consultation. Elle détermine également ce dont je vais avoir besoin : Y a-t-il des prescriptions à faire et des demandes de tests à préparer ? S'il y a des prélèvements à effectuer, par exemple une cytologie ou des

cultures, elle prépare les demandes et la double identification requise par le centre hospitalier. On gagne un temps important en travaillant avec une assistante.

**M.Q. – Est-ce rentable ?**

J.B. – Je vous dirais, oui, à terme. Cependant, en ce moment, nous sommes dans une phase de transition. Je pense qu'avec le temps je devrais être capable de voir entre 20 % et 25 % plus de patients quotidiennement.

Je travaille, par ailleurs, avec d'autres infirmières. Comme notre clinique est un groupe de médecine de famille, on a des infirmières cliniciennes, mais on a aussi recruté une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Chacune, dans son créneau, nous dégage d'une partie de la lourdeur de la pratique.

**M.Q. – Est-ce plus satisfaisant comme pratique ?**

J.B. – Oui, absolument ! On a l'impression de partager le poids de la pratique et de ne pas être seuls à tout porter sur nos épaules. On a l'impression que la pratique est beaucoup plus légère.

**M.Q. – Avez-vous plus de temps libres ?**

J.B. – Je ne dirais pas que j'ai plus de temps libres, parce que j'ai continué à travailler beaucoup. Cependant, je pratique différemment. Je pense que cela m'a permis d'être plus disponible pour ma clientèle.

**M.Q. – Vous avez également de nouveaux locaux conçus différemment.**

J.B. – En février, nous avons emménagé dans un nouvel édifice où les médecins travaillent avec deux et, parfois même, trois salles. Il y a deux ans, nous avons amorcé une réflexion sur la survie de la clinique, les difficultés de recrutement que nous avons et le fait que notre clinique, fondée en 1980, commençait à dater. On se disait que chaque médecin devrait travailler avec une assistante et utiliser deux salles d'examen. C'est comme cela qu'on a conçu nos locaux. Nous avons maintenant des pièces multifonctionnelles qui peuvent être utilisées par tous les médecins.

**M.Q. – La nouvelle disposition des lieux a-t-elle augmenté votre efficacité ?**

J.B. – Bien sûr. Quand je suis avec un patient, mon assistante peut aller chercher le suivant dans la salle d'attente et préparer la consultation. Quand j'ai terminé, je change de pièce pour aller

la rejoindre. Cela a accéléré le rythme des consultations. Cependant, le temps que je consacre au patient est à peu près identique. Cette manière de procéder permet un gain d'efficacité et augmente le plaisir de travailler.

**M.Q. – Vous avez maintenant un dossier médical électronique (DME) ?**

J.B. – On emploie un DME depuis novembre, mais son utilisation s'est beaucoup intensifiée quand on a déménagé dans nos nouveaux locaux. L'apprentissage des fonctions du logiciel s'est fait rapidement. KinLogix, celui qu'on utilise, est très convivial.

Le problème, c'est tout ce qu'il y a autour, dont la numérisation des données antérieures. Nous avions initialement entre 15 000 et 18 000 dossiers à numériser. C'est une entreprise qui va nous prendre probablement un peu plus d'un an. Nous avons d'ailleurs dû changer notre manière de procéder. Nous avons commencé par numériser le dossier des patients qui avaient un rendez-vous. Donc, le dossier de ceux qui venaient pour une consultation, disons le 1<sup>er</sup> novembre, était numérisé environ le 12 octobre. Mais après un mois ou deux, tout le monde était mélangé. On ne savait plus quel dossier était numérisé. Nous avons décidé de revenir à la case départ en numérisant les dossiers 1 à 100, puis 101 à 200 et ainsi de suite. À partir du 1<sup>er</sup> mars, nous avons décidé de ne plus écrire du tout dans les dossiers papier.

**M.Q. – Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous adapter au nouveau système ?**

J.B. – L'adaptation s'est faite assez rapidement. Ce qui est difficile, c'est l'entre-deux. À un moment donné, on a un patient dont le dossier est numérisé, mais pour le patient suivant, le dossier ne l'est pas, mais on pense qu'il l'est. Le dossier papier n'a pas été sorti, il faut donc le faire venir. Parfois, il est à la numérisation et n'est pas disponible. La numérisation va s'échelonner jusqu'au mois d'octobre, mais une fois qu'elle sera terminée, le système va bien fonctionner.

Il faut aussi, par ailleurs, « nourrir la bête ». On doit remplir manuellement les feuilles sommaires du DME, parce que les données étant numérisées, elles apparaissent comme sur des photographies. Il faut donc écrire un à un les médicaments, les allergies, les habitudes de vie, etc. De là aussi l'intérêt d'avoir une assistante. Quand je ne suis pas à la clinique, elle saisit les données et remplit les feuilles sommaires. J'ai l'impression qu'il faudra une année et demie avant que le travail soit fini.

**M.Q. – Pour le personnel de secrétariat, est-ce que tous ces changements ont été éprouvants ?**

J.B. – Il est certain que cela n'a pas été facile. Dans le fond, c'est une question d'adaptation. Mais en fin de compte, personne n'a démissionné, c'est déjà un bon signe. Maintenant, après trois mois dans les nouveaux locaux, les sourires commencent à revenir.

Si j'avais des conseils à donner à quelqu'un qui se lance dans ce projet, ce serait de faire participer tout le personnel dans l'évolution du dossier. Il faut que les gens s'approprient les mesures qui vont être mises de l'avant et les changements qui sont à venir. Ce n'est pas toujours facile de faire passer des messages et de rendre les gens heureux de se servir des nouveaux outils.

**M.Q. – Avez-vous d'autres conseils ?**

J.B. – En ce qui concerne le dossier médical électronique, notre équipe a testé des outils que le Ministère, la FMOQ et certains organismes ont préparés pour la mise en œuvre du dossier médical électronique. Ces instruments permettent d'entamer un processus de réflexion, de savoir quels sont nos besoins, quelles sont les entreprises disponibles, de choisir le DME qui répond le mieux à nos attentes, de voir vers quoi va évoluer le choix des différentes cliniques. C'est une aide qui peut être très utile. La Fédération songe à l'offrir éventuellement aux médecins. Je pense, par ailleurs, qu'il serait important que tous les omnipraticiens réfléchissent à la question de l'informatisation, parce que le mouvement est enclenché et irréversible. Tôt ou tard, chaque clinicien devra être informatisé.

**M.Q. – Tous les changements à la pratique que vous proposez pourraient-ils améliorer la disponibilité globale des médecins de famille ?**

J.B. – La FMOQ et le MSSS veulent depuis longtemps que chaque Québécois ait un médecin de famille. Ils ont créé des conditions pour que les patients soient inscrits, mais il faut aussi qu'ils soient pris en charge. Les médecins doivent donc être disponibles quand les patients ont besoin d'eux. Si notre pratique est mieux organisée, si on est plus efficace, si on offre des plages horaires pour les urgences de la journée ou de la semaine, les patients pourront voir leur médecin lorsqu'ils en ont besoin. Le défi des prochaines années sera d'assurer l'accessibilité. C'est un défi de taille qui repose sur la façon dont on va réussir à organiser notre pratique. 📞

# Ostéoporose

## à quel rythme faire passer une ostéodensitométrie ?

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

**Les normes concernant la fréquence des ostéodensitométries chez les personnes de 65 ans et plus sont en train de changer à la suite d'une nouvelle étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*.**

**V**OTRE PATIENTE, une femme de 65 ans à qui vous avez prescrit une ostéodensitométrie, est un peu troublée. L'ostéopénie légère que vous lui avez annoncée, après avoir vu son score T de  $-1,3$ , l'inquiète. Vous évaluez ensuite ses facteurs de risque. Heureusement, elle en a très peu. Malgré ce fait, elle garde les sourcils froncés. « Qu'allez-vous faire maintenant, docteur ? »

Selon les lignes directrices américaines, la réponse serait : « Vous faire passer une autre ostéodensitométrie dans deux ans ». Toutefois, suivant les recommandations canadiennes, vous lui dites : « Je vais refaire une évaluation de votre risque de fracture dans cinq ans<sup>1</sup> ».

Cependant, une nouvelle étude publiée

dans le *New England Journal of Medicine* vous donne une plus grande latitude<sup>2</sup>. Vous pourriez dire à la patiente : « Rassurez-vous. Il n'est pas nécessaire de vous faire passer une autre ostéodensitométrie avant quinze ans ». De nouvelles données viennent de baliser le suivi des patientes âgées en fonction de leur densité minérale osseuse.

1. Conseil consultatif scientifique de la Société de l'ostéoporose du Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. *JAMC* 2010 ; 182 (17) : 1864-73.

2. Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS. Bone-Density testing interval and transition to osteoporosis in older women. *N Engl J Med* 2012 ; 366 (3) : 225-33.

Tableau 1.  
Intervalle de temps entre les tests d'ostéodensitométrie  
en fonction de la densité minérale osseuse initiale

Densité minérale osseuse	Intervalle ajusté pendant lequel 10 % des femmes ont été atteintes (intervalle de confiance à 95 %)*	Temps ajusté estimé pendant lequel 2 % des femmes ont eu une fracture de la hanche ou d'une vertèbre*
Normale	16,8 ans (de 11,5 à 24,6)	> 15 ans
Ostéopénie légère	17,3 ans (de 13,9 à 21,5)	> 15 ans
Ostéopénie modérée	4,7 ans (de 4,2 à 5,2)	Environ 5 ans
Ostéopénie avancée	1,1 an (de 1,0 à 1,3)	Environ 5 ans

\*Données corrigées en fonction de l'âge, de l'indice de masse corporelle, de la prise d'œstrogènes, des fractures après l'âge de 50 ans, du tabagisme, de la prise orale de glucocorticoïdes et de la présence d'arthrite rhumatoïde.

### De nouvelles balises

Des chercheurs américains, la D<sup>re</sup> Margaret Gourlay, de l'Université de Caroline du Nord, et ses collaborateurs, ont suivi pendant quinze ans, 4957 femmes de 67 ans et plus ne souffrant pas d'ostéoporose. Ils ont divisé les participantes en quatre groupes selon leur densité minérale osseuse :

- densité normale (score T du col du fémur ou de la hanche totale de  $-1,00$  ou plus) ;
- ostéopénie légère (score T de  $-1,01$  à  $-1,49$ ) ;
- ostéopénie modérée (score T de  $-1,50$  à  $-1,99$ ) ;
- ostéopénie avancée (score T de  $-2,00$  à  $-2,49$ ).

Le but des chercheurs était de déterminer l'intervalle de temps nécessaire pour que 10 % des participantes de chaque groupe atteignent un score T de  $-2,50$  – seuil de l'ostéoporose –, mais avant d'être victimes d'une fracture clinique d'une vertèbre ou de la hanche.

Les résultats révèlent que chez les femmes ayant une densité minérale osseuse normale ou une ostéopénie légère, l'intervalle avant le prochain test est beaucoup plus long que prévu. Ainsi, il a fallu dix-sept ans avant que 10 % de ces participantes aient un score T de  $-2,50$  (tableau 1). Pour les femmes atteintes d'une ostéopénie modérée, presque cinq ans étaient nécessaires et pour celles dont l'affection était avancée, un an.

Tableau 2.  
Recommandations issues de l'étude

Densité minérale osseuse initiale	Valeur du score T	Intervalle recommandé pour la mesure de la densité osseuse
Normale	$\geq -1,00$	15
Légère ostéopénie	De $-1,01$ à $-1,49$	15
Ostéopénie modérée	De $-1,50$ à $-1,99$	5
Ostéopénie avancée	De $-2,00$ à $-2,49$	1

Les auteurs recommandent donc de refaire une ostéodensitométrie au bout de quinze ans chez les femmes ménopausées âgées dont le score T est supérieur à  $-1,50$  (tableau 2). Au cours de cette période, moins de 2 % de ces patientes subiront une fracture de la hanche ou d'une vertèbre. Les chercheurs proposent également un délai de cinq ans si l'ostéopénie est moyenne et de un an si elle est grave. Dans ces deux cas, le temps avant que 2 % des femmes aient une fracture est d'environ cinq ans.



D<sup>r</sup> Jacques Brown



*« La densité minérale osseuse n'est pas le seul élément qu'on utilise pour évaluer le risque de fracture et décider de démarrer un traitement. »*

*– D<sup>r</sup> Richard Kremer*

### **Adapter sa pratique ?**

Dans quelle mesure les données américaines changent-elles la pratique médicale d'ici ? « À la suite de cette étude, un médecin de famille peut se dire qu'il n'est pratiquement pas nécessaire de reconstruire la densité minérale osseuse d'une patiente âgée dont le résultat est normal, à moins qu'elle ait de nouveaux facteurs de risque, affirme le **D<sup>r</sup> Jacques Brown**, chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de Québec. Dans le pire scénario, il faudrait au moins quinze ans pour que la densité osseuse de la patiente atteigne un niveau ostéoporotique. » Déjà, intuitivement, bien des spécialistes ne prescrivait pas d'ostéodensitométrie aux patientes à la densité osseuse normale. « Cette étude appuie ce que l'on faisait déjà. » Mais qu'en est-il de l'intervalle de cinq ans

pour les personnes atteintes d'une ostéopénie modérée ? Et de celui de un an pour les ostéopénies avancées ? « On peut se guider sur ces délais pour reconstruire l'ostéodensitométrie. Ils sont raisonnables. Cette étude ajoute à nos connaissances actuelles des délais précis et propose des actions dans des situations où l'on agissait de manière un peu intuitive, sans avoir de chiffres comme tels », estime le rhumatologue.

Médecin spécialisé dans les maladies métaboliques au Centre universitaire de santé McGill, le **D<sup>r</sup> Richard Kremer**, lui, préfère attendre les prochaines lignes directrices. « Je n'utiliserai pas de manière intégrale les critères que propose l'étude. Cependant, je vais peut-être moduler les intervalles que j'emploie lorsque la densité osseuse est normale ou légèrement ostéopénique. Je suis rassuré par le fait que l'ostéoporose se développera

assez lentement et de manière inversement proportionnelle à la densité osseuse de base. On peut donc ajuster notre pratique en attendant d'avoir un consensus d'experts. »

Toutefois, l'horizon de quinze ans pour un deuxième test chez certaines patientes semble bien loin au médecin. Un suivi régulier reste de toute façon nécessaire, rappelle le D<sup>r</sup> Kremer, également codirecteur de l'axe musculosquelettique et professeur à l'Université McGill. « Il faut réévaluer tous les ans les facteurs de risque du patient pour voir s'il en a de nouveaux. Par exemple, prend-il maintenant des glucocorticoïdes ? A-t-il eu des fractures ? »

Mais que proposent exactement les recommandations canadiennes ? « Elles n'indiquent pas qu'il faut refaire une évaluation de la densité minérale osseuse à tel intervalle selon le résultat du test initial », explique le D<sup>r</sup> Brown. Le système utilisé au Canada tient plutôt compte d'un ensemble de facteurs, dont la densité minérale osseuse, pour classer les patients selon un risque de fracture faible, modéré ou élevé au cours des dix prochaines années. Quand le risque de fracture est faible, il faut réévaluer le risque du patient au bout de cinq ans (*encadré*). Si le risque est moyen, il faut prescrire une ostéodensitométrie au bout de un à trois ans et réévaluer le risque global. Quand le risque de fracture se révèle élevé, le patient doit dès lors recevoir un traitement antiostéoporotique.

### Fractures, âge et glucocorticoïdes

« Nos résultats semblent indiquer que le score T initial est le déterminant le plus important pour l'intervalle de tests de densité minérale osseuse », mentionnent les chercheurs. Néanmoins, d'autres éléments comptent pour fixer la date de la prochaine ostéodensitométrie, estime le D<sup>r</sup> Brown. « Si un patient a eu une fracture d'une vertèbre, de la hanche ou d'un autre endroit, peu importe le score T, cela devient une indication de traitement et de suivi étroit de la densité osseuse. »

La prise de certains médicaments rend également nécessaires des ostéodensitométries

### Recommandations canadiennes et américaines

Au Canada, les lignes directrices recommandent de prescrire un test de densité osseuse à toute personne de 65 ans et plus. Le résultat sera utilisé pour évaluer le risque de fracture du patient au cours des dix prochaines années à partir d'un outil comme CAROC, fait par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada ([www.osteoporosis.ca](http://www.osteoporosis.ca)) ou comme l'instrument FRAX de l'Organisation mondiale de la Santé adapté pour le Canada (<http://bit.ly/Kwz5Xn>). Ces instruments tiennent compte de facteurs comme l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, les fractures de fragilisation, l'utilisation prolongée de glucocorticoïdes, etc. Si le risque de fracture est élevé, c'est-à-dire plus de 20 % au cours des dix prochaines années, ou que le patient a eu certaines fractures de fragilisation, il doit recevoir un traitement.

Les lignes directrices américaines sont, par ailleurs, différentes. Elles recommandent, par exemple, une mesure de la densité minérale osseuse tous les deux ans à partir de l'âge de 65 ans. « Un score T de -2,50 ou moins est également un absolu pour traiter le patient, peu importe l'âge ou le degré de risque de fracture », explique le D<sup>r</sup> Jacques Brown, du Centre hospitalier universitaire de Québec. Ainsi, une femme relativement jeune, par exemple de 63 ans, dont l'unique facteur de risque est un score T de -2,5, devrait recevoir un traitement antiostéoporotique, selon les recommandations américaines. Par contre, d'après les normes canadiennes, comme son risque de fracture d'ici dix ans est moyen, elle n'aurait pas à être traitée.

plus rapprochées. « Un patient, même avec un score T normal ou encore avec un score correspondant à -1,2, considéré comme une ostéopénie légère, doit suivre un traitement pour prévenir les fractures s'il prend des glucocorticoïdes à dose élevée pendant une période relativement courte ou à dose moindre sur une durée plus longue », affirme pour sa part le D<sup>r</sup> Kremer.

L'âge peut aussi jouer. Il peut même modifier certains des intervalles proposés, reconnaissent les auteurs. « La période de temps estimée avant qu'une patiente soit atteinte d'ostéoporose diminue à mesure qu'augmente son âge. Par conséquent, on peut envisager un intervalle de trois ans plutôt que de cinq ans chez les femmes de 85 ans et plus présentant une ostéopénie modérée. » Ainsi, le temps pour que 10 % des participantes ayant une ostéopénie modérée souffrent d'ostéoporose passe de 5,6 ans à 3,2 ans entre les âges de 67 et de 85 ans.

Le système proposé a aussi d'autres limites. « Les cliniciens peuvent choisir de réévaluer les patients avant les intervalles de dépistage estimés que nous proposons, s'il y a des indications d'une diminution de l'activité ou de la mobilité, une perte de poids ou d'autres facteurs de risque qui n'ont pas été considérés dans nos analyses », indique l'équipe de la D<sup>re</sup> Gourlay.

L'étude s'est d'ailleurs penchée sur des facteurs, comme l'indice de masse corporelle et la prise d'œstrogènes, qui se sont révélés peu importants cliniquement. Les fractures après l'âge de 50 ans, le fait de fumer, la prise de glucocorticoïdes par voie orale et la présence d'arthrite rhumatoïde, eux, étaient sans effet sur l'intervalle entre les tests.

### **Faiblesses de l'ostéodensitométrie**

L'importance du score T doit être relativisée, estime le D<sup>r</sup> Kremer. « Le patient peut avoir une densité minérale osseuse normale et présenter une fracture. » Des erreurs dues à des artefacts expliquent parfois ce phénomène. « Si le patient fait un peu d'arthrose, la densité minérale osseuse de la hanche, mais surtout de la colonne ne sera pas lue correctement au cours de l'ostéodensitométrie. »

Des erreurs peuvent aussi survenir lors du classement de l'ostéopénie en stade léger, modéré ou avancé. « Dans les scores T de -1,0 à -2,5, il peut y avoir une variabilité due à l'appareil ou à la position du patient quand il passe le test. Parfois, ce n'est pas facile pour le médecin de décider », dit le D<sup>r</sup> Kremer. Ce choix a cependant d'importantes

conséquences sur l'intervalle qui peut varier de un à quinze ans entre les tests.

L'ostéodensitométrie n'est, par ailleurs, pas le seul examen nécessaire. « Il faut aussi faire une radiographie à intervalle régulier. Comme la majorité des patients n'ont pas de douleur quand ils ont une compression vertébrale, si on ne fait pas de rayons X de la colonne, on ne découvrira pas leur fracture », précise le spécialiste.

Le D<sup>r</sup> Kremer n'est pas contre des ostéodensitométries assez rapprochées. Lui-même en prescrit à une fréquence de un ou deux ans aux patients présentant un risque moyen de fracture. « Le test d'évaluation de la densité minérale osseuse a très peu d'inconvénients. Il est très rapide, peu coûteux et émet très peu de radioactivité. »

Mais même si la période de temps entre les tests s'accroît, ce changement ne bouleversera pas la pratique médicale. « Ce qui me rassure, c'est que la densité minérale osseuse n'est pas le seul élément qu'on utilise pour évaluer le risque de fracture et décider de démarrer un traitement. Si l'on emploie des intervalles un peu plus grands, cela ne fera pas une grosse différence dans notre gestion de la maladie », dit le médecin.

L'article de la D<sup>re</sup> Gourlay et de ses collaborateurs apporte néanmoins des données précieuses. « À mon avis, c'est une étude très importante pour mieux comprendre quel est le délai nécessaire pour observer une détérioration de la densité minérale osseuse », résume le D<sup>r</sup> Brown. 📖

### **Prix Kenneth R. Wilson**

La remise des prix Kenneth R. Wilson 2012, qui visent à promouvoir l'excellence au sein de la presse spécialisée canadienne, a eu lieu lors d'une cérémonie tenue à Toronto le 7 juin dernier.

Nous sommes heureux de vous annoncer que la journaliste du *Médecin du Québec*, M<sup>me</sup> Emmanuèle Garnier, a remporté la médaille d'or dans la catégorie Meilleur article ou série d'articles de conseils pratiques pour l'article « Clinique médicale : comment gérer efficacement le personnel », publié dans le numéro d'avril 2011.

Félicitations à M<sup>me</sup> Garnier !

*La rédaction du Médecin du Québec*

