

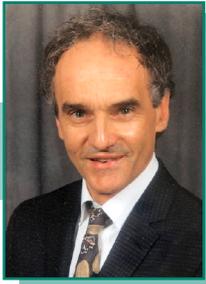
L'orthopode

Décembre 2019

Volume 23, numéro 2



Association
d'orthopédie
du Québec



Mot du président

Chers collègues, membres et amis,

Les négociations entre le gouvernement du Québec et la FMSQ se sont conclues à peine 48 heures après l'annonce par la présidente de la FMSQ, la Dre Diane Francoeur, qu'elle s'était entendue sur une entente de principe avec le gouvernement évitant ainsi le spectre d'une loi spéciale pour imposer aux médecins spécialistes des coupes dans leur rémunération. Au moment où j'écris ces lignes, nous ne connaissons pas en détail le contenu de cette entente qui, en principe, devrait être signée dans les prochaines semaines dès que les textes la définissant seront disponibles.

Je vous rappelle que pendant la campagne électorale de l'automne 2018, François Legault de la CAQ avait promis des coupures draconiennes de l'ordre de 1 M \$ par année dans la rémunération des médecins spécialistes, estimant que l'entente dûment signée avec le gouvernement précédent de M. Couillard était excessive quant aux montants alloués aux médecins spécialistes et ne respectait pas la capacité de payer des Québécois. Il s'engageait ainsi à ramener le revenu des médecins spécialistes à l'équivalent de la moyenne canadienne et en-deçà des spécialistes de l'Ontario. Depuis plusieurs mois, la Dre Francoeur et M. Christian Dubé, président du Conseil du trésor, se sont rencontrés à de multiples reprises pour évaluer d'une part dans quelle mesure le premier ministre Legault était sérieux dans sa menace d'imposer une loi spéciale aux

médecins spécialistes pour récupérer les sommes qu'il défendait, et d'autre part pour évaluer dans quelle mesure la Fédération des médecins spécialistes du Québec était prête à mettre de l'eau dans son vin.

Plusieurs contacts directs et réunions spéciales des présidents d'associations ont eu lieu à l'instigation du Conseil d'administration de la FMSQ. Les présidents d'associations ont soutenu d'emblée la Dre Francoeur dans sa volonté d'éviter à tout prix une loi spéciale. Me Lucien Bouchard a été dès la première heure des négociations auprès de Dre Francoeur pour la conseiller. Son expérience et sa notoriété ont sans doute eu un impact majeur au cours de ces négociations.

J'ai offert mon soutien complet à Dre Francoeur dès le début puisqu'elle s'était engagée à ne pas toucher la tarification des membres de la FMSQ. Sans connaître à ce moment-ci le détail des 500 M \$ par année que la FMSQ a consenti à « retourner » au gouvernement du Québec, je peux vous affirmer que ces sommes toucheront très peu ou pas du tout l'ensemble des membres de l'Association d'orthopédie du Québec. Outre les 65 M \$ que le gouvernement a repris, montant prévu pour la rémunération des chefs de départements et de services, dont auraient pu bénéficier certains de nos membres, les autres sommes relativement importantes concernaient des initiatives ou programmes bilatéraux MSSS-FMSQ et ne concernaient pas l'AOQ.

Pour revenir à la rémunération des chefs, le gouvernement s'était engagé à injecter

des sommes par le biais des budgets des hôpitaux pour éventuellement régler cette problématique presque historique. La FMSQ s'est engagée à évaluer la pertinence de rémunérer certains actes ou examens diagnostiques. La création d'un « institut sur la pertinence » est prévue pour encadrer ce processus. En Ontario, cette pratique est en place depuis maintenant trois ans et a permis au gouvernement de récupérer des millions de dollars. Je crois sincèrement que l'AOQ est bien positionnée pour bien performer à cet égard, alors que je prévois que l'exercice sera beaucoup plus difficile pour certaines associations.

suite à la page 2 ▶

S O M M A I R E

Mot du président	1 - 4
Chronique du Comité des affaires économiques	5
IN MEMORIAM	5
Bulletins d'honneur	6 - 8
Vous avez une incidence, vous faites bouger les choses	9
Chronique du comité de développement professionnel continu	10 - 11
Message de la direction du Développement Professionnel Continu (DPC) de la FMSQ	12
Chronique scientifique	13 - 17
Chronique du Comité de l'Exercice professionnel et des Normes de pratique	18
Calendrier des activités de DPC	19

Je vous invite à suivre les communications autant de la FMSQ que de votre association au cours des semaines prochaines pour prendre connaissance des menus détails de cette entente survenue récemment entre la FMSQ et le gouvernement.

Je vous rappelle par ailleurs que le gouvernement du Québec s'était engagé auprès de la FMSQ à attendre le rapport officiel de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur la comparaison entre les revenus des médecins spécialistes du Québec et ceux du reste du Canada. Ce rapport a été reporté à maintes reprises et est maintenant prévu pour le début février 2020. Même si le premier ministre n'a pas attendu la publication de ce rapport pour nous menacer d'une loi spéciale, il semble que des éléments significatifs de ce rapport ont été partagés par la FMSQ et le gouvernement du Québec et auraient possiblement été utilisés pour en venir à une entente entre les deux parties évitant ainsi une loi spéciale. Les chiffres diffusés par l'ICIS et obtenus et étudiés par les actuels de la FMSQ seraient à la dernière phase d'étude à savoir l'étude des comparatifs des coûts de la vie entre le Québec et le reste du Canada. Il sera donc très intéressant de voir ces résultats lorsqu'ils seront publiés en février 2020, mais ils ont vraisemblablement déjà été pris en considération pour l'élaboration de cette récente entente, mais également dans les futures négociations de notre entente qui échoit en 2023.

Plus près de nous, le Comité des affaires économiques présidé par le Dr Louis-David Raymond, a obtenu le feu vert de la directrice des Affaires économiques de la FMSQ, la Dre Isabelle Girard en ce qui a trait à l'application éventuelle de la nouvelle tarification pour le chapitre du pied-cheville, et surtout la mise en place éventuelle d'un forfait pour chirurgie complexe. Les négociations ardues entre la FMSQ et le Conseil du trésor ont fait en sorte de retarder l'implantation de ces nouveaux tarifs. Je vous invite à consulter la rubrique des Affaires économiques un peu plus loin pour plus de détails.

En ce qui a trait à la RAMQ, je vous rappelle que celle-ci s'est dotée de mécanismes de vérification beaucoup plus sophistiqués pour détecter les anomalies de facturation. En plus de valider de plus en plus la codification en rapport avec les actes réellement effectués, la RAMQ procède aussi à des demandes de remboursement, parfois justifiées, parfois non. Nous recevons de plus en plus d'appels de nos membres à ce sujet, qui sont référés au Comité des affaires économiques de l'AOQ et ultimement, aux Affaires économiques de la FMSQ. Je vous rappelle que le manuel de facturation de l'orthopédie est régulièrement mis à jour et que certains actes surfacturés ou jamais utilisés sont retirés ou modifiés et que malheureusement, la seule façon de contrôler la surfacturation ou la facturation créative auprès de nos membres est de faire disparaître progressivement les MOD 50.

Concernant la CNESST, il n'y a rien de nouveau de ce côté.

Pour la SAAQ, nous notons au fil des ans une diminution significative du nombre d'expertises effectuées par nos membres. Nous avons souligné notre inquiétude à cet égard auprès des Affaires économiques de la FMSQ et auprès de la SAAQ.

Dans le dossier APSS-CRDS, je vous rappelle qu'il y a quatre engagements entre la FMSQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui a trait aux soins spécialisés : l'un de ces engagements, soit l'hospitalisation au nom d'un spécialiste, nous touche très peu ou pas du tout dans certains milieux. Un autre engagement est l'adhésion au CRDS. Nos statistiques régionales et provinciales sont somme toute relativement stables. Globalement, nos taux de prise en charge des requêtes codifiées B, C et D sont dans les limites des délais recommandés. Évidemment, les requêtes codifiées E continuent à s'accumuler. Certaines régions peinent par ailleurs à répondre aux demandes codifiées C et D, et nous connaissons les problématiques particulières de ces régions expliquant leurs statistiques. Cependant, globalement, nous répondons aux objectifs fixés par l'entente FMSQ-MSSS.

Pour ce qui est des délais de réponse aux demandes de consultation venant de l'urgence, dans l'ensemble des paramètres, nous dépassons les objectifs fixés par l'entente. Quelques milieux éprouvent un peu plus de difficultés à s'y conformer, mais encore une fois, nous connaissons les raisons qui les motivent.

Pour terminer, il y a le dossier des chirurgies en attente depuis plus d'un an. Nous notons malheureusement une augmentation légère du nombre de patients en attente depuis plus d'un an, et ce dans la plupart des hôpitaux de la province. Bien que nous encourageons les chirurgiens visés et les chefs de services touchés à tenter de diminuer ces listes d'attente, nous sommes aussi très aux faits des limites d'accès aux plateaux techniques. Je crois personnellement que le MSSS, par l'entremise des directions d'hôpitaux, va mettre de plus en plus de pression sur les services d'orthopédie et les départements de chirurgie pour régler cette problématique. Si vous étiez victime de menaces autant pour l'imposition de vos programmes opératoires ou encore par le retrait de vos priorités opératoires au bénéfice d'un collègue avec une longue liste d'attente, nous vous invitons à rapporter ce genre d'agissements à l'Exécutif de votre association.

En ce qui a trait aux achats regroupés, je dois vous avouer que nous sommes peu tenus au courant de ce qui se passe au sein de la GACEQ, de la GACOQ et du groupe Sigma Santé quant à la progression des discussions et des travaux pour les achats de groupe, autant pour les dossiers de la traumatologie, de la médecine sportive et éventuellement de l'arthroplastie. L'AOQ a été sollicitée à quelques reprises pour soumettre le nom de collègues intéressés à participer à ces comités, mais nous ne sommes pas au courant des développements pour l'instant. Nous avons par ailleurs été très peu soutenus par la FMSQ dans ces processus, l'ensemble du Conseil d'administration et des différents comités étant concentrés sur l'évitement d'une loi spéciale depuis plusieurs semaines déjà. Maintenant qu'une entente a été conclue,

nous espérons pouvoir faire progresser ces dossiers dans les prochains mois. Pour l'arthroplastie en particulier, nous faisons des représentations auprès du gouvernement pour qu'elle soit exclue de la loi encadrant les achats regroupés. L'industrie nous soutient dans cette démarche.

Concernant le développement professionnel continu, je vous réfère à la communication de la Dre Monika Volesky, présidente de notre comité de développement professionnel continu. Je vous rappelle que la plateforme Méduse, à laquelle vous pouvez accéder par le site internet de la FMSQ, est la porte d'entrée pour vous informer sur certains programmes de formation que sur la compilation de vos activités de formation continue. Je vous réfère aussi à la communication du Dr Sam Daniel, directeur du développement professionnel continu de la FMSQ, en ce qui a trait aux subtilités de la synergie entre le programme du Collège des médecins du Québec et celui du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en ce qui a trait à la supervision de la formation médicale continue des médecins.

Une rencontre a eu lieu l'été dernier avec le représentant de la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Mme Danielle McCann. À la suite d'une demande de rencontre de ma part, nous avons reçu une réponse positive de la part de M. Patrick-Emmanuel Parent, conseiller principal de la ministre, et à la suite de cette première rencontre, j'ai également rencontré un sous-ministre, M. Martin Forgues, dans les locaux de la FMSQ. J'étais à cette occasion accompagné par Dre Véronique Godbout, notre secrétaire-trésorière. La FMSQ était représentée par le Dr Raynald Ferland, vice-président, et par le Dr Jean-Denis Roy, directeur des Affaires professionnelles. D'entrée de jeu j'ai voulu présenter la problématique des CRDS. Chiffres à l'appui, j'ai démontré aux gens présents que les membres de l'AOQ ne pourront jamais répondre à toutes les demandes de consultation envoyées par les médecins de famille. Je leur ai fait part que le formulaire de demande de consultation ne faisait pas

l'unanimité au sein des membres de l'AOQ puisque ce formulaire a été rédigé en partie selon les demandes de la FMOQ. J'ai présenté plusieurs exemples de dossiers référés par le CRDS où il n'y avait ni bilan ou investigation, ou encore aucun traitement conservateur tenté au préalable par le médecin référent. J'en ai profité pour démontrer que les CRDS ne fonctionnaient pas de la même façon d'une région à l'autre. Dans certaines régions, le personnel étant très efficace et compétent avec une collaboration exemplaire avec le médecin répondant en orthopédie, alors que dans d'autres régions, pratiquement toutes les demandes reçues passent directement au médecin répondant sans triage préalable. J'ai également mentionné que certaines régions, après un long processus de formation de leur personnel du CRDS, ces dernières ont vu ce personnel être affecté à d'autres spécialités lors de la mise en vigueur d'une autre vague de CRDS, et les orthopédistes se voyant de nouveau contraints à travailler avec du personnel non-formé!

Je suis longuement revenu sur le DSQ. La démonstration a été faite que dans certains milieux, le DSQ constitue un facteur contre-productif et frustrant. J'ai concédé que les rapports de radiologie étaient consultés facilement, mais que la réalité de la pratique orthopédique nécessite de consulter les images radiologiques. La Dre Godbout et moi avons rapporté de multiples exemples en lien avec le temps fou perdu à attendre que les images se chargent sur le moniteur de la clinique.

Toujours dans la dynamique de l'accès aux soins orthopédiques, nous avons soumis le fait que dans de nombreux milieux et particulièrement à Montréal, les patients ne bénéficiant pas d'assurances privées ou de traitements couverts par la CNESST n'avaient pas accès à la physiothérapie immédiatement après leur chirurgie. Nous avons pris pour exemple la chirurgie de l'épaule qui évidemment nécessite une prise en charge postopératoire rapide, alors que dans certains milieux, des patients doivent attendre des semaines avant d'être appelés. Nous avons également glissé dans la conversation le fait

que dans certains milieux, les orthopédistes en salle d'opération n'avaient même pas accès à une assistance opératoire digne de ce nom. Nous avons rapporté des situations où même l'orthopédiste en clinique externe a dû libérer sa clinique rapidement pour aller aider un collègue en salle d'opération.

Nous avons conclu en résumant le cheminement théorique d'un patient référé par un médecin de famille plus ou moins compétent et plus ou moins intéressé qui réfère en orthopédie avec des examens incomplets, voire absents, et qui n'assure aucune prise en charge même après que le patient a été vu par un orthopédiste faisant des suggestions élaborées. Nous avons aussi souligné le fait que les gardes régulières en orthopédie amènent un nombre significatif de patients qui nécessitent une prise en charge de sorte que les places réservées pour les patients électifs référés par le CRDS deviennent difficiles à trouver.

Notre dernière intervention s'est conclue ainsi : nous avons besoin d'aide!

Après discussion autour de la table, nous avons rapidement conclu que les médecins de famille ne sont pas en mesure d'en faire plus pour la clientèle musculosquelettique et que les professionnels les mieux formés pour pouvoir nous aider sont les physiothérapeutes. Nous avons échangé sur certains milieux où les physiothérapeutes font déjà partie de l'équipe musculosquelettique avec les orthopédistes et que ces milieux se démarquent par leur efficacité. Une infirmière ancienne gestionnaire et maintenant à la retraite et présente à la réunion a été mandatée pour travailler avec nous dans ce dossier d'accès à l'orthopédie, et nous avons convenu d'échanger et de nous rencontrer régulièrement au cours des prochains mois. Elle fera régulièrement apport au sous-ministre qui lui s'est engagé à garder Mme McCann au courant de la situation. Il semble y avoir un désir réel de la part du MSSS d'améliorer l'accès aux soins musculosquelettiques en particulier.

J'ai par ailleurs profité de cette réunion pour signifier mon inquiétude quant à la relève en orthopédie. Je suis revenu sur l'historique du nombre de résidents dans les programmes d'orthopédie du Québec. Le Dr Ferland, vice-président de la FMSQ, nous a confirmé qu'il s'agit d'un dossier qui touche également d'autres spécialités chirurgicales et que la FMSQ prendrait à son compte cette problématique. Évidemment, nous assurerons un suivi sur ce dossier.

J'ai pris quelques minutes pour faire comprendre au sous-ministre, M. Forgues, que les implants pour prothèses articulaires ne devraient pas être considérés au même niveau que du colorant iodé en radiologie, ou encore des compresses ou des gants chirurgicaux! En citant la réalité des chirurgiens et les risques auxquels sont exposés les patients quant à l'utilisation de différents implants au gré des ententes d'achats regroupés, j'ai mentionné que l'arthroplastie devait être considérée à part et que les implants devaient être retirés des protocoles d'achats regroupés. Nous avons mentionné quelques exemples de

fonctionnement dans la grande région de Toronto où les hôpitaux au sein d'une même administration peuvent utiliser les implants de leur choix en autant que le coût ne dépasse pas un montant préalablement fixé par le gouvernement.

Avant de terminer la réunion, la Dre Godbout et moi avons fait la démonstration aux gens présents de ce qu'est un fixateur externe, en faisant la nuance entre les pièces qui sont insérées dans le corps des patients versus les pièces qui ne les touchent jamais et qu'on nous demande de plus en plus de jeter auprès usage unique. Nous avons des chiffres sur le nombre de facturation chaque année pour mise en place d'un fixateur externe et le coût relatif de chaque fixateur externe. J'ai rappelé à M. Forgues que si le gouvernement cherche à faire des économies, il devrait peut-être commencer à réviser certaines politiques émanant du MSSS concernant l'usage unique de certains instruments.

Somme toute, ce fut une rencontre très positive et nous avons déjà des suivis à tous les niveaux. Nous espérons être en mesure

de vous annoncer des développements importants dans l'Orthopode du printemps prochain.

J'en profite pour vous souhaiter ainsi qu'aux membres de votre famille, une très belle période des Fêtes, et j'espère que vous pourrez prendre du repos malgré les gardes parfois occupées de cette période. Je vous souhaite pour la prochaine année la santé et l'atteinte d'un équilibre entre votre vie professionnelle, votre vie familiale et les loisirs de sorte que vous puissiez continuer le plus longtemps possible à faire partie de la grande famille de l'orthopédie au Québec.

Bien amicalement,

*Jean-François Joncas, M.D.,
Président*

**Si vous avez des commentaires ou des questions,
SVP veuillez nous contacter à
aoq@fmsq.org**

Président : Dr Louis-David Raymond

Membres : Dr Martin Bédard, Dre Chantal Janelle, Dr Stéphane Leduc et Dr Patrice Montminy

Au moment d'écrire ces lignes, les journaux annonçaient une entente entre la FMSQ et le gouvernement pour une coupure de 500 millions de l'enveloppe monétaire. Initialement la proposition d'une réduction de 250 millions était basée sur de l'argent « dormant » dans les coffres de la FMSQ et sur l'abolition du projet de rémunération des chefs. Il reste donc un 250 millions à retirer et je suis bien curieux de voir comment cela sera prélevé. Clairement, certaines associations ont la grosse part du gâteau et la démarche actuelle prendrait tout son sens si elle était axée sur un rééquilibrage des masses salariales entre spécialistes.

Parlant d'équilibre, le compte à compte est terminé et notre association a discuté avec la FMSQ pour le remboursement de notre part du « trop perçu ». À la suite des conseils de la Dre Girard (directrice des Affaires économiques de la FMSQ), il a été convenu d'appliquer certaines des modifications au manuel de facturation pour ainsi rembourser notre part et du même coup, progresser dans notre correction des tarifs. J'ignore quand ces nouveaux tarifs seront appliqués mais vous verrez quelques changements dont principalement le chapitre du pied-cheville qui a été bonifié. Évidemment, les baisses prévues a/n des prothèses ont été

appliquées mais seulement partiellement car nous voulons garder de l'argent pour la mise en place du forfait de chirurgie complexe. La FMSQ travaille actuellement à nous chiffrer le coût de ce forfait. Lors de l'assemblée annuelle de septembre, je mentionnais vouloir passer l'ensemble des modifications en bloc. En fait, il faut comprendre que certaines modifications de tarifs sont en association avec la création de nouveaux codes. Malheureusement il était impossible de créer ces nouveaux codes dans le contexte du compte à compte. Compte tenu que le dossier trainait depuis déjà trop longtemps, et risque de s'étirer encore étant donné les circonstances actuelles, il était plus équitable de procéder ainsi et nous pourrions profiter des démarches en lien avec la création des nouveaux codes pour ajuster le tir au besoin. L'impact de cette scission reste mineur.

Pour rester dans le pied-cheville, voici quelques précisions dans la facturation des chirurgies de l'hallux par notre expert Stéphane Leduc :

Correction d'Hallux Valgus

- Une correction avec ostéotomie distale (par exemple un chevron distal ou biplanaire) se facture 2069.

- Une correction avec ostéotomie proximale (par exemple un Ludloff, Scarf, ou par wedge ouvert) ou Lapidus se facture 18078
- L'addition d'une ostéotomie d'Akin se facture 9563 à un site différent.
- L'addition d'une greffe osseuse venant d'un site autre comme le calcanéum pour la correction avec ostéotomie à wedge ouvert se facture avec l'élément de contexte de prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse.
- Une reprise d'hallux valgus par une seconde ostéotomie ou par une arthrodèse de la première métatarso-phalangienne se facture 9565.

Correction d'Hallux Rigidus

- Un débridement incluant la cheilectomie se facture 9593.
- L'addition d'une ostéotomie à wedge fermé de dorsiflexion de la phalange proximale (Moberg) se facture 9563 à un site différent.
- Une arthrodèse de la première métatarso-phalangienne se facture 2946.

Louis-David Raymond, M.D.



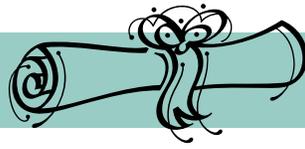
IN MEMORIAM



Dr André Perreault

1954 – 2019





PRIX LAVAL-LECLERC 2019 – La Malbaie, 26 septembre 2019



Dr Georges-H. Laflamme

Récipiendaire

Le 26 septembre dernier, dans le cadre de notre dernière Mise à jour annuelle à La Malbaie, le Dr Georges-H. Laflamme s'est vu remettre le Prix-Laval-Leclerc, soulignant l'ensemble de sa carrière de chirurgien orthopédiste.

Pour souligner l'occasion, le Dr Pierre Beaumont, collègue de longue date du Dr Laflamme, lui a rendu hommage.

Le Dr Georges Laflamme, qui est-il à part d'être entier? Pas de cachette avec Georges, on sait où on s'en va. Justement, d'où vient-il avec son accent parfois un peu suisse ou belge? Originaire de Bellechasse, il a fait ses études à Québec et comme c'était la mode à cette époque, il est allé s'entraîner à la Clinique Mayo; certainement un des meilleurs centres à ce moment-là. Il a reçu une excellente formation et avec sa fougue et son intelligence, il est devenu un super orthopédiste. Tellement que Québec n'était plus à sa mesure. C'est là qu'il a migré à Montréal, avec l'équipe de Sacré-Cœur qui venait de perdre la moitié de ses effectifs. Lui et Jean-Maurice Pagé sont venus prendre la relève avec brio.

C'est un gars intègre, au franc parler sans aucun doute, toujours à la recherche de la perfection dans son travail.

Pour un spécialiste de la hanche et du bassin, il était capable d'être minutieux comme un chirurgien de la main. Pas de grossièreté chirurgicale pour lui; l'orthopédie était aussi noble que la chirurgie vasculaire, la neurochirurgie ou la plastie.

Sa personnalité fait en sorte qu'il devait être chef, ce qu'il fut pendant plusieurs années, et il a su insuffler l'excellence dans notre groupe.

Doué, on l'est ou on ne l'est pas. Georges était un très bon athlète, l'est-il encore? Votre président et moi avons eu la chance de skier avec lui dans les Alpes et les Rocheuses et ce fut l'occasion non seulement de skier mais aussi de célébrer. Un bon scotch, une bonne bouffe et on s'amuse, aussi simple que ça avec Georges.

Vous direz qu'il est sans faute, certainement pas. On a les défauts de nos qualités, comme dit le dicton. À vous de les découvrir.

L'an dernier à pareille date, j'étais en chirurgie cardiaque et c'est ma merveilleuse fille qui a remercié l'Association en mon nom pour le Prix Laval-Leclerc. Je me suis bien remis de tout ça et je pète le feu, comme avant. Je tiens à vous remercier du fond du cœur, maintenant qu'il fonctionne bien. J'ai reçu beaucoup de beaux témoignages d'amitié qui me sont encore chers et le seront à jamais. C'est un peu comme les Oscars, c'est un vrai signe d'appréciation de la communauté orthopédique pour mon implication dans cette communauté qui me tient à cœur. J'en suis particulièrement fier et je l'apprécie.

*Pierre Beaumont, M.D.
Orthopédiste*

Monsieur le Président, Membres de l'AOQ, Mesdames, Messieurs,

Je suis très ému, flatté et honoré qu'on me remette ce soir le Prix Laval-Leclerc.

Que mes pairs reconnaissent ma carrière d'orthopédiste comme exceptionnelle me réjouit au plus haut point. C'est le rêve d'une vie! Je le reçois comme « l'Oscar » de ma vie d'orthopédiste universitaire.

Merci à tous ceux qui m'ont aidé à le faire: Un merci très spécial aux membres du Comité des nominations pour leur choix; un gros merci au Dr Beaumont venu me présenter ce prix malgré une blessure sérieuse au pouce il y a moins de 24 heures.

L'orthopédie a été pour moi le meilleur choix de ma vie, après Hélène bien sûr, ma femme

qui m'a toujours secondé, aidé, accompagné et qui partage ma vie depuis plus de 50 ans. Merci Hélène.

Lorsque résident à la Clinique Mayo, j'ai côtoyé de grands noms de l'orthopédie qui m'ont inspiré, modelé, formé, fait confiance. J'ai essayé de les imiter comme j'ai pu.

J'adore l'orthopédie comme profession, mais j'ai surtout adoré l'enseigner. J'ai eu la chance de le faire au CHUL à Québec pendant 11 ans et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pendant 25 ans. Le contact journalier avec les résidents, avides d'apprendre, m'a forcé à toujours être à jour, informé, conséquent aux principes enseignés, même la nuit.

Avec mes confrères, nous avons bonifié l'enseignement de l'orthopédie au Québec

en prodiguant de l'enseignement chaque matin là où je travaillais. Je vous remercie.

Donc un grand merci à vous tous qui m'avez aidé à me dépasser, à être vrai en tout temps. Le souvenir que vous gardez de moi me réjouit.

En héritage, je vous laisse un fils, Yves, qui rayonne déjà mieux que moi comme orthopédiste, professeur et chercheur à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Bientôt, un autre de mes descendants, actuellement externe à McGill, choisira cette magnifique carrière. Je suis fier d'avoir communiqué le goût de l'orthopédie à certains.

Encore une fois, merci mille fois à tous et chacun, et bonne soirée.

Georges-H. Laflamme, M.D.



PRIX BENOIT-MORIN 2019

Dr Patrick Tohmé

Université de Montréal

Récipiendaire

Pour son travail de recherche intitulé : « Post-Traumatic Growth Arrests of the Distal Radius in Children and Adolescents ».

À titre de récipiendaire, le Dr Tohmé reçoit un prix de 500 \$ en plus de bénéficier d'une bourse pouvant atteindre 1 500 \$ pour aller présenter son travail dans le cadre d'un congrès scientifique agréé au cours de la prochaine année.

Toutes nos félicitations!

PRIX D'EXCELLENCE EN SOINS – Québec, 15 novembre 2019



Dr Pascal-André Vendittoli

Le Dr Vendittoli a remporté l'un des deux prix d'excellence en soins pour la mise en œuvre du « Programme de soins cliniques optimisés de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ».

Le Dr Vendittoli a mis sur pied une équipe interdisciplinaire dans le but de développer un programme péri-opératoire optimisé de remplacement articulaire de la hanche et du

genou permettant de réaliser l'intervention en chirurgie d'un jour. Ce programme permet une réduction significative du taux de complications, des durées de séjour et des coûts hospitaliers. Depuis, plus de 300 remplacements articulaires ont été réalisés en appliquant ce protocole et il est maintenant utilisé dans une quinzaine de centres hospitaliers au pays.

Le Dr Sam Daniel (à droite), directeur du DPC à la FMSQ, remet le Prix d'excellence en soins au Dr Pascal-André Vendittoli



Université de Sherbrooke

C'est avec fierté et un brin de nostalgie que nos trois R5 ont gradué du programme de résidence de l'Université de Sherbrooke en juin 2019 :

Dr Louis Rodrigue pratique maintenant à Granby;

Dr Nikeel Raval pratique maintenant à Saint-Jérôme;

Dre Andréanne Marmen fait un fellowship en médecine sportive à Sydney, en Australie.

Merci pour ces belles années et bonne chance dans vos carrières!

Le Dr Éric Désautels, R1, a débuté sa résidence avec nous en juillet 2019. Nous sommes bien heureux de pouvoir participer à la formation de ce futur orthopédiste.

La Dre Roxane Héroux-Legault (R5) a gagné le 2e prix pour la meilleure présentation par un résident lors de la Journée scientifique des départements de chirurgie et d'anesthésiologie pour son projet intitulé « Développement et validation de métriques de performance pour l'évaluation des compétences techniques lors de la formation sur simulateur : l'impact de la posture ».

Le Dr David Yin (R2) a publié un article au mois d'octobre 2019 :

Yin D, Cabana F, Tousignant-Laflamme Y, Bédard S, Tousignant M. Can a physiotherapy student assume the role of an advanced practice physiotherapist in orthopaedic surgery triage? A prospective observational study. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2019; 20(1):498 DOI 10.1186/s12891-019-2864-x.

*Philippe Hugo Champagne, M.D.,
Directeur du programme d'orthopédie
Université de Sherbrooke*

Université Laval

La Division d'orthopédie de l'Université Laval est fière de souligner la nomination du Dr Marc Bouchard à la tête du programme de médecine du 1er cycle de l'Université Laval. Il assume ses fonctions depuis le 1^{er} novembre 2019.

Nous soulignons également la nomination du Dr Norbert Dion au titre de co-président du Comité d'examen de fin de formation en orthopédie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

La Dre Patricia Larouche a quant à elle obtenu une bourse de leadership en éducation du Collège royal qui lui permettra d'assister au 52^e Cours annuel de l'AAOS sur l'éducation médicale en orthopédie.

Enfin, nous félicitons le Dr Jean-Thomas Leclerc pour sa nomination au CHU de Québec. Il effectue actuellement une formation complémentaire à Lille en France en reconstruction articulaire.

Merci à tous pour votre implication à l'avancement de l'orthopédie et au rayonnement de votre programme.

*Jean Lamontagne M.D., FRCSC
Responsable de la Division
Chirurgie Orthopédique
Université Laval*

VOUS AVEZ UNE INCIDENCE VOUS FAITES BOUGER LES CHOSSES

Tous les professionnels de la communauté orthopédique peuvent adhérer à l'ACO, et ce, durant toute leur carrière. Diverses catégories sont proposées afin d'accommoder les résidents et boursiers, les orthopédistes en exercice et les scientifiques oeuvrant dans le domaine de la recherche orthopédique.

Êtes-vous prêt à vous joindre à nous?

Communiquez avec Lexie Bilhete à lexie@canorth.org ou au 514-874-9003, poste 6.

En effet, votre cotisation a joué un rôle clé dans de nombreuses initiatives de l'ACO, dont voici quelques exemples récents :



DIVERSIFICATION DE NOTRE SPÉCIALITÉ

Des étudiantes en médecine et d'autres étudiantes universitaires participent à une séance interactive avec des leaders en orthopédie. Nous espérons ainsi accroître le nombre de candidatures de femmes pour les places en résidence en les exposant plus tôt et plus exhaustivement à la spécialité.

PROGRAMME DE MENTORAT

Les résidents et fellows sont jumelés à des membres actifs pendant une journée à la Réunion annuelle. Ce programme favorise le perfectionnement et la planification de carrière, en plus de constituer une occasion d'exercer son leadership et d'être un exemple.



LUTTE POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS

Soutenir les associations provinciales d'orthopédie dans leurs efforts de défense des droits et intérêts par l'intermédiaire d'un lobbyiste spécialisé dans les réunions gouvernementales, la rédaction de notes d'information et d'autres messages et la collecte de renseignements, et offrir un soutien national à des initiatives provinciales existantes de défense des droits et intérêts.

SITUATION D'EMPLOI DES ORTHOPÉDISTES

On a recueilli et analysé des données sur l'embauche et la situation d'emploi sur une période de 5 ans à des fins de discussion stratégique sur la crise persistante du sous-emploi avec les responsables des programmes de formation en orthopédie, le Collège royal et les médias.

JOBS



ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE À L'ANNÉE

Des possibilités de formation agréée grâce à des webinaires et aux résumés de travaux de recherche fondés sur des données probantes publiés dans OrthoEvidence, accessibles toute l'année.

RESPONSABILITÉ SOCIALE

L'ACO et le Centre for Evidence-Based Orthopaedics de l'Université McMaster collaborent afin d'offrir aux membres l'accès au programme EDUCATE, qui enseigne aux professionnels de la santé œuvrant dans les cliniques de traitement des fractures à repérer les victimes de violence conjugale et à les aider.



COLLABORATIONS INTERNATIONALES

Des programmes d'échange à des fins de formation et des collaborations en recherche ont été établis entre l'ACO et des associations d'orthopédie en Inde et en Europe, et les partenariats du genre sont en croissance partout dans le monde. L'ACO et ses membres jouent un rôle actif sur la scène mondiale.

ENSEMBLE, NOUS AVONS UNE INCIDENCE

Votre adhésion à l'ACO est importante, et votre contribution a une incidence. Ces améliorations ne seraient pas possibles sans votre soutien.

www.coa-aco.org/fr

Présidente: Dre Monika Volesky

Membres : Drs Frédéric Balg, Luc Bédard, Maxime Charbonneau, Marie-Pier Nolet, Émilie Sandman et Pascale Thibaudeau

Chers collègues,

Depuis mon compte rendu dans l'Orthopode en mai 2019, votre comité de DPC s'est rencontré plusieurs fois pour continuer à vous offrir une programmation de qualité. Je tiens à remercier de tout cœur les membres de mon comité qui passent des heures dans les coulisses à élaborer les programmes et à contacter des présentateurs pour ensuite pondre une programmation finale qui répond à vos besoins de formation. Nous continuerons à vous offrir des activités classiques de formation telles que les conférences, mais nous espérons également profiter des nouvelles technologies et offres pour piquer votre intérêt et rehausser votre apprentissage. Petit cadeau de Noël pour vous... l'Exécutif a approuvé l'accès pour tous nos membres à MyOrthoEvidence, leader en « evidence-based medicine ». Pour ceux qui n'ont jamais visité le site, www.myorthoEvidence.com, ça vaut le détour! Vous verrez bientôt dans vos courriels le lien qui assurera votre accès gratuit en tant que membre de l'AOQ. En plus, vos lectures sur le site sont comptabilisées et admissibles pour des crédits de Section 2 au Collège royal.

Au cours des trois derniers mois, nous avons eu deux activités de formation, la première étant la MAJA de l'AOQ à La Malbaie en septembre 2019, intitulée « L'arthroplastie en 2019 : on remplace tout, ou presque », avec le professeur invité Dr Xavier Flécher de Marseille. Les présentations du Dr Flécher étaient complétées par la contribution de conférenciers exceptionnels qui ont assuré une mise à jour en arthroplastie. Nous espérons que ça vous a permis de ramener à votre pratique des recommandations récentes ainsi que des nouveaux trucs et astuces sur ce sujet.

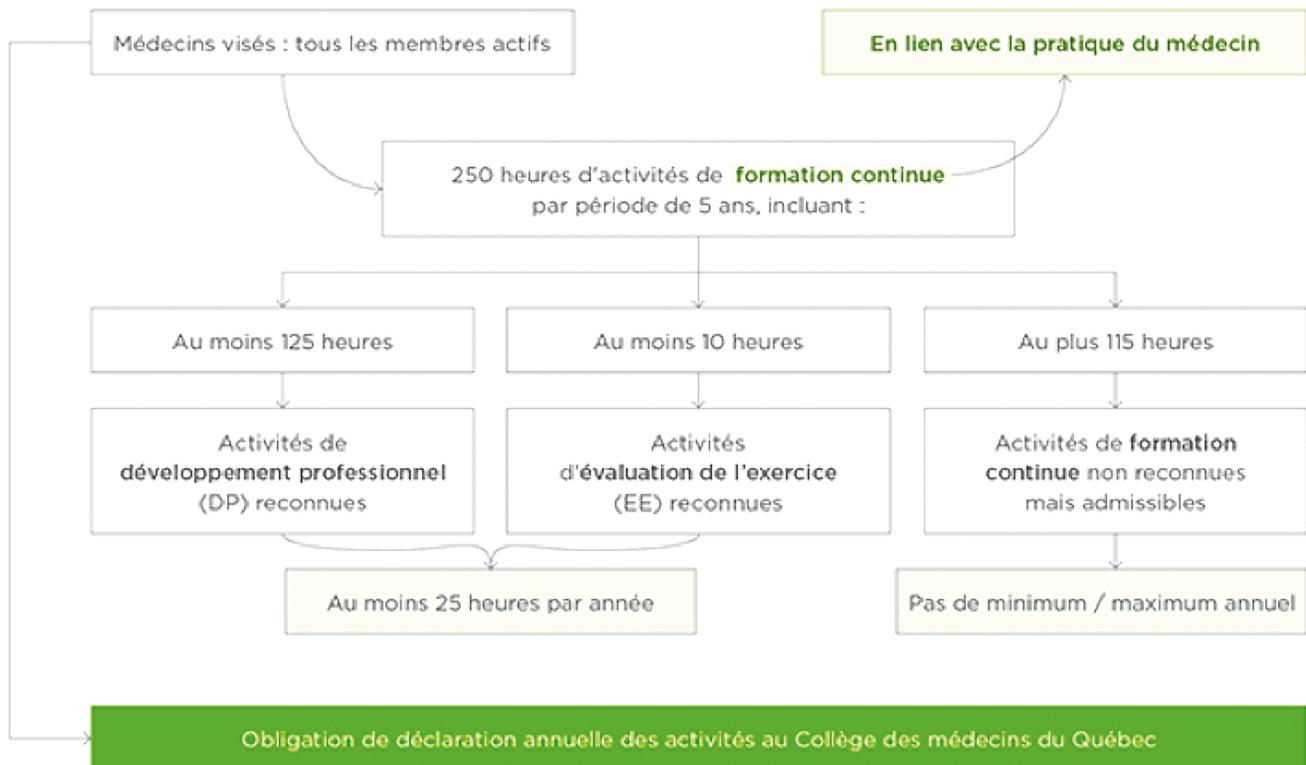
La deuxième activité de formation fut la journée conjointe avec les physiatres et les radiologistes aux JFI (Journées de Formation Interdisciplinaires) gérées par la FMSQ, intitulée « Blessures sportives : l'évaluation et le traitement des conditions musculosquelettiques courantes ». Cette journée tenue le 15 novembre 2019 visait principalement à établir une vision multidisciplinaire et à améliorer les soins prodigués aux athlètes de tous les niveaux. Dans une première aux JFI, la journée se déroulait avec des séries de vignettes cliniques qui étaient présentées par des cliniciens et ensuite, l'évaluation clinique et radiologique du patient était abordée, de même que les options de traitement non chirurgical et chirurgical. L'interactivité avec les participants était encouragée au moyen des télévotants (avec une application sur les téléphones et tablettes) et d'une bonne période de questions. Pour la centaine de participants à la session, cette journée a permis de prendre conscience des différents enjeux auxquels font face les médecins évaluant les blessures musculosquelettiques des sportifs, de même que leur rôle dans la prévention, le traitement et la réadaptation physique de ces derniers, ainsi que de recueillir des crédits des sections 1 et 3.

Comme je l'avais expliqué auparavant, le Collège royal privilégie l'interdisciplinarité, si bien que la FMSQ nous a fortement encouragés à migrer notre conférence automnale annuelle sous le volet des JFI (Journées de Formation Interdisciplinaires) gérées par la FMSQ. Notre session basée sur des cas de blessures sportives avait lieu en parallèle avec d'autres conférences multidisciplinaires de la FMSQ, qui incluent des séances fédératives telles que des sessions sur le consentement éclairé et l'amélioration

de la qualité des avis médicaux. Il y avait également plusieurs sessions de simulation qui offrent des crédits de section 3 pour combler vos besoins de formation. Tout dernièrement, nous avons publié un court sondage pour mieux comprendre comment notre participation aux JFI vous a servi. Veuillez nous aider à répondre à vos besoins en le complétant : <https://fr.surveymonkey.com/r/VCYMS2Y>

Nous planifions déjà activement vos prochaines réunions scientifiques pour 2020. Comme d'habitude, nous vous attendons en grand nombre le 24 et 25 septembre 2020 au Fairmont Tremblant pour la Mise à jour annuelle (MAJA 2020). Le Dr Claude Sagi, directeur des traumatismes pelviens à l'hôpital Harborview et professeur d'orthopédie à l'University of Washington à Seattle sera notre professeur invité pour la réunion, qui aura comme thème « La trauma et son avalanche de fractures ». Un sujet parfait pour cette destination magnifique! Nous cherchons toujours des nouveaux présentateurs, alors si ça vous intéresse, faites-nous signe. Au printemps de 2020, ce sera au tour de McGill de vous présenter la Réunion scientifique conjointe. Le 16 mai 2020, le D. Charles Fisher de l'Université de Colombie-Britannique, chirurgien de la colonne, sera présent comme professeur invité pour cette journée de formation qui aura lieu à l'Hôtel Westin Montréal.

Le Collège des médecins du Québec a mis en place, le 1er janvier 2019, un nouveau règlement en lien avec votre la gestion de vos heures et crédits de DPC.



À la demande de la FMSQ, les cycles de cinq ans du CMQ et du Collège royal seront arrimés pour permettre de mieux gérer les crédits (les deux seront du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023 pour les médecins en pratique le 1^{er} janvier 2019). Pour ceux qui utilisent le Mainport du Collège royal, le transfert des crédits devrait être automatique. Sur le site du CMQ, il existe des capsules d'information sur le sujet, ainsi que l'accès à un Webinaire qui sera disponible sur Méduse. Vous y trouverez une rediffusion du Webinaire intitulé La plateforme du CMQ : ce que vous devez savoir pour y consigner vos activités de DPC.

Les crédits de section 3 (activités d'évaluation de l'exercice) sont toujours les plus difficiles à accumuler. Allez chercher ces crédits en complétant nos modules d'auto-évaluation basés sur nos conférences antérieures, disponibles sur la plateforme Méduse de la FMSQ. Pour avoir accès à la plateforme, vous devez accéder au site internet de la FMSQ au www.fmsq.org et cliquer sur l'icône de la plateforme Méduse (voir procédure illustrée dans l'Orthopode de décembre 2017). Il y a également des crédits de section 3 disponibles aux JFI, alors profitez de cette réunion multidisciplinaire pour combler vos besoins éducatifs.

En terminant, je tiens encore à remercier les membres du comité de DPC qui ont tous œuvré très fort au cours de la dernière année, ainsi que notre Exécutif qui nous appuie dans nos démarches, et Lise Guindon, sans qui nous ne pourrions jamais réaliser nos projets. Joyeuses Fêtes et nous avons hâte de vous voir en grand nombre en 2020!

Monika Volesky, M.D.

Chères collègues,
Chers collègues,

Au nom de mon équipe, je vous félicite pour votre belle contribution au programme de la 12^e JFI de la Fédération des médecins spécialistes du Québec ! C'est grâce au travail ardu de votre comité de DPC et de vos collègues que la JFI fut encore un véritable succès. D'ailleurs je tiens à souligner que l'Association d'orthopédie du Québec a toujours été à l'avant-garde du DPC.

Cette année a été marquée au Québec par l'entrée en vigueur du nouveau règlement sur la formation continue obligatoire des médecins. Ce dernier exige de tous les médecins inscrits au tableau du Collège à titre de membre actif de participer à un minimum de :

250 heures d'activités de formation continue par période de référence de cinq ans, incluant :

- au moins 125 heures d'activités de développement professionnel reconnues;
- au moins 10 heures d'activité d'évaluation de l'exercice reconnues.
- 25 heures par années d'activités de formation continue reconnues.

Il serait donc très important que tous les membres qui utilisent Mainport s'assurent que dans leur minimum annuel de 40 crédits pour l'année 2019, figurent au moins 25 heures de formation accréditées en section 1 ou 3.

Les activités accréditées de section 1 incluent la participation comme apprenant à :

- Des conférences, des cours, des séminaires et des ateliers approuvés par un prestataire de DPC agréé par le Collège royal (en direct ou en ligne). Ces prestataires incluent votre association en partenariat avec la FMSQ, les universités, et certaines sociétés savantes. Pour savoir si un programme se qualifie, la déclaration suivante doit être indiquée: « La présente activité est une activité d'apprentissage collectif agréée (section 1), conformément à la définition du programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, approuvée par (nom du prestataire agréé) »;
- Des activités agréées par l'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME);
- Des conférences en milieu hospitalier, des comités des thérapies du cancer, des séances sur la morbidité et la mortalité, des clubs de lecture et des activités d'apprentissage en groupes restreints satisfaisant aux normes d'agrément établies par le Collège royal et inscrites auprès de celui-ci
- Des activités d'apprentissage collectif en direct élaborées par une université, une académie, un collège, ou une institution universitaire à l'extérieur du Canada;
- Des activités d'apprentissage collectif qui se déroulent dans l'Union européenne et qui sont agréées par l'UEMS-EACCME®

Les activités de section 3 incluent des activités d'évaluation des connaissances agréées ou celles d'évaluation du rendement telles la simulation, la vérification des dossiers et rétroaction, la rétroaction multisources, l'observation directe, la rétroaction sur l'enseignement, l'évaluation annuelle du rendement, et l'évaluation de la pratique.

Il vous manque encore des heures de formation en 2019? Je vous invite à vous connecter à MÉDUSE, notre plateforme d'apprentissage en ligne, qui a reçu le prestigieux Prix de l'innovation des prestataires agréés de DPC du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Elle offre gratuitement aux membres de la FMSQ des activités de formation de sections 1, 2 et 3, et compte déjà plus de 35 000 inscriptions. Si vous souhaitez partager avec nous votre opinion sur Méduse ou nous faire des suggestions de formations à développer, n'hésitez pas à nous écrire à dpc@fmsq.org.

En mon nom et en celui de toute l'équipe de la direction du DPC, il nous fera grandement plaisir de vous épauler dans tous vos besoins en DPC. Au plaisir de vous rencontrer en personne à la prochaine édition de la JFI qui se tiendra au Palais des congrès de Montréal le 20 novembre 2020.

Sam J. Daniel, M.D.

Jérôme Couture MD FRCS
Chirurgie du rachis
CIUSSS de l'Estrie CHUS
Université de Sherbrooke

Mise à jour sur le rôle de la vertébroplastie et de la kyphoplastie

Introduction

Les fractures vertébrales chez la personne âgée font partie du quotidien des demandes de consultations en traumatologie orthopédique¹. Elles figurent aussi parmi les demandes de consultations les plus fréquentes en chirurgie spinale. Leur impact sur la qualité de vie des patients surpasse celui lié aux fractures de hanche, poignet et humérus proximal².

La vertébroplastie et la kyphoplastie ont connu un gain de popularité durant les années 2000 pour le traitement des fractures ostéoporotiques. En 2009, deux études randomisées contrôlées publiées dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM) ont toutefois mis en doute l'efficacité de la vertébroplastie par rapport au placebo^{3,4}. L'engouement pour ces techniques s'est par la suite estompé, poussant l'industrie et la communauté scientifique à revoir les applications pour ce type de traitement⁵. Depuis, de nouvelles études ont démontré des résultats positifs, ce qui semble faire basculer le pendule en faveur de certaines indications.

La vertébroplastie et la kyphoplastie sont des techniques d'augmentation du corps vertébral par l'injection percutanée d'un ciment de polyméthylmétacrylate. La vertébroplastie fut la première technique développée, initialement dans le traitement des hémangiomes agressifs. Elle consiste en l'injection directe du ciment dans le corps vertébral via une approche transpédiculaire. La kyphoplastie utilise un ballonnet afin de

créer un espace et de restaurer la hauteur du corps vertébral avant l'injection du même ciment.

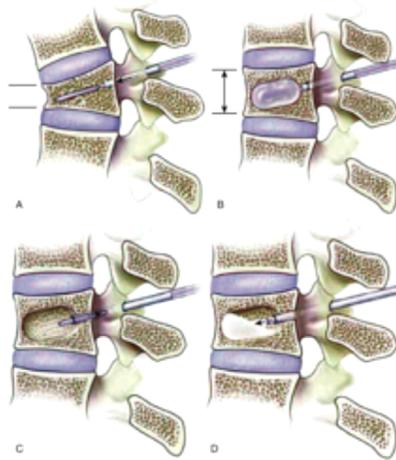


Fig1 : Kyphoplastie 6

Ces techniques ont été développées pour l'injection de vertèbres thoraciques et lombaires et doivent être pratiquées sous guidance fluoroscopique ou tomographique. Au Québec, la majorité de celles-ci sont pratiquées par les radiologistes d'intervention.

Évaluation initiale

La base de l'évaluation consiste en une radiographie simple en charge (debout ou assise), ce qui permet d'évaluer la cyphose et la perte de hauteur du corps vertébral atteint. Un complément par tomodensitométrie est utilisé dans le cas d'une fracture pathologique ou d'une lésion bénigne-agressive afin de mieux définir la qualité osseuse et le pourcentage d'atteinte du corps vertébral. La résonance magnétique permet quant à elle de repérer des traumatismes occultes et d'évaluer la chronicité de la fracture. Une fracture aiguë aura une hypercaptation en pondération STIR ou T2, tandis qu'elle

émettra un signal plus faible lorsqu'elle sera consolidée. La scintigraphie osseuse demeure une option, mais reste moins précise que l'IRM, puisque même une fracture consolidée peut demeurer métaboliquement active et donc capter à la scintigraphie osseuse.

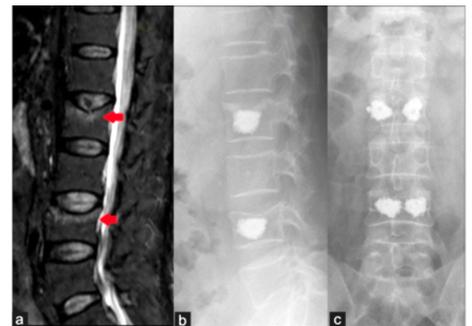


Fig.3 Hypersignal T2 témoignant du caractère aigu de fractures compressives. Traitement par kyphoplastie.

Indications

La majorité de ces techniques sont utilisées dans le contexte de fractures ostéoporotiques compressives du rachis thoraco-lombaire chez la personne âgée qui ne répondent pas au traitement conservateur⁷. L'indication clinique principale est une douleur axiale persistante. L'objectif est de stabiliser la vertèbre fracturée en offrant un support antérieur et également de tenter de restaurer la hauteur du corps vertébral.

L'autre sous-groupe de patients, plus rare cette fois-ci, sont les lésions osseuses bénignes à caractère localement agressif (hémangiomes, tumeurs à cellules géantes) ainsi que les implants métastatiques à risques de fracture pathologiques⁸. L'augmentation par ciment est également utilisée dans le cas de non-union ou de nécrose avasculaire douloureuse du rachis thoraco-lombaire (maladie de Kümmell)⁹.



Fig 2 : Un hémangiome traité par vertébroplastie.
Notez l'invasion intracanaulaire à l'IRM
témoignant du caractère localement agressif.

Vertébroplastie ou kyphoplastie?

Les deux techniques sont encore largement utilisées et étudiées dans la littérature. L'avantage rapporté de la kyphoplastie sur son précurseur permet une certaine correction radiologique de la cyphose par le gonflement d'un ballonnet qui offre de meilleures chances de restaurer la hauteur du corps vertébral.

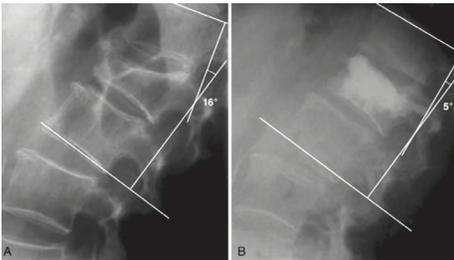


Fig XX : Correction partielle de la cyphose
lors d'une kyphoplastie
Rothman-Simeone and Herkowitz's
The Spine, 7th Edition

Puisqu'une cavité est ainsi créée, le ciment aurait également une meilleure propension à demeurer dans le corps vertébral, limitant ainsi le risque d'extravasation intracanaulaire/foraminale et d'embolisation intravasculaire¹⁰. Cela ne se traduit toutefois pas par un bénéfice cliniquement prouvé par rapport à la vertébroplastie. Une récente étude parue plus tôt cette année s'est intéressée au lien entre le regain de hauteur vertébral obtenu par la kyphoplastie et le score fonctionnel des patients¹¹. La majorité

des patients ont rapporté une amélioration de leurs symptômes, peu importe le degré de correction obtenu. Il faut également mentionner que la majorité du regain de hauteur est obtenu par la position en décubitus ventral des patients, cela corrige alors une partie de la cyphose. Aucune étude à ce jour n'a établi de lien entre la correction de la hauteur vertébrale et le bénéfice clinique chez les patients. Cependant, plusieurs de ces études étaient financées par l'industrie et n'avaient pas la puissance nécessaire pour démontrer ou infirmer une différence de résultat clinique.

Résultats cliniques

Avant 2009, aucune étude randomisée-contrôlée n'avait été publiée pour évaluer les résultats des techniques de cimentation vertébrales. Deux études publiées dans le NEJM^(3,4) ont par la suite remis en question l'utilisation de la vertébroplastie dans le traitement des fractures compressives ostéoporotiques, n'y démontrant aucun bénéfice. Ces résultats ont eu un impact significatif sur la pratique et ont même poussé l'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) à revoir son algorithme de traitement des fractures ostéoporotiques vertébrales en émettant une forte recommandation contre l'utilisation de la vertébroplastie¹². Toutefois les critiques de ces études dénonçaient le fait que la vertébroplastie était comparée à une fausse procédure «sham» et non au traitement conservateur. L'inclusion de fractures anciennes allant jusqu'à 12 mois et l'absence d'utilisation d'investigation poussées (ex : IRM ou scintigraphie pour confirmer la non-consolidation de la fracture) étaient également mises en cause¹³.

Quelques études de niveau I et II ont ensuite démontré des résultats intéressants¹⁴⁻²¹ et ont incité l'AAOS à revoir ses recommandations de prise en charge pour le traitement des fractures ostéoporotiques compressives chez la personne âgée¹³.

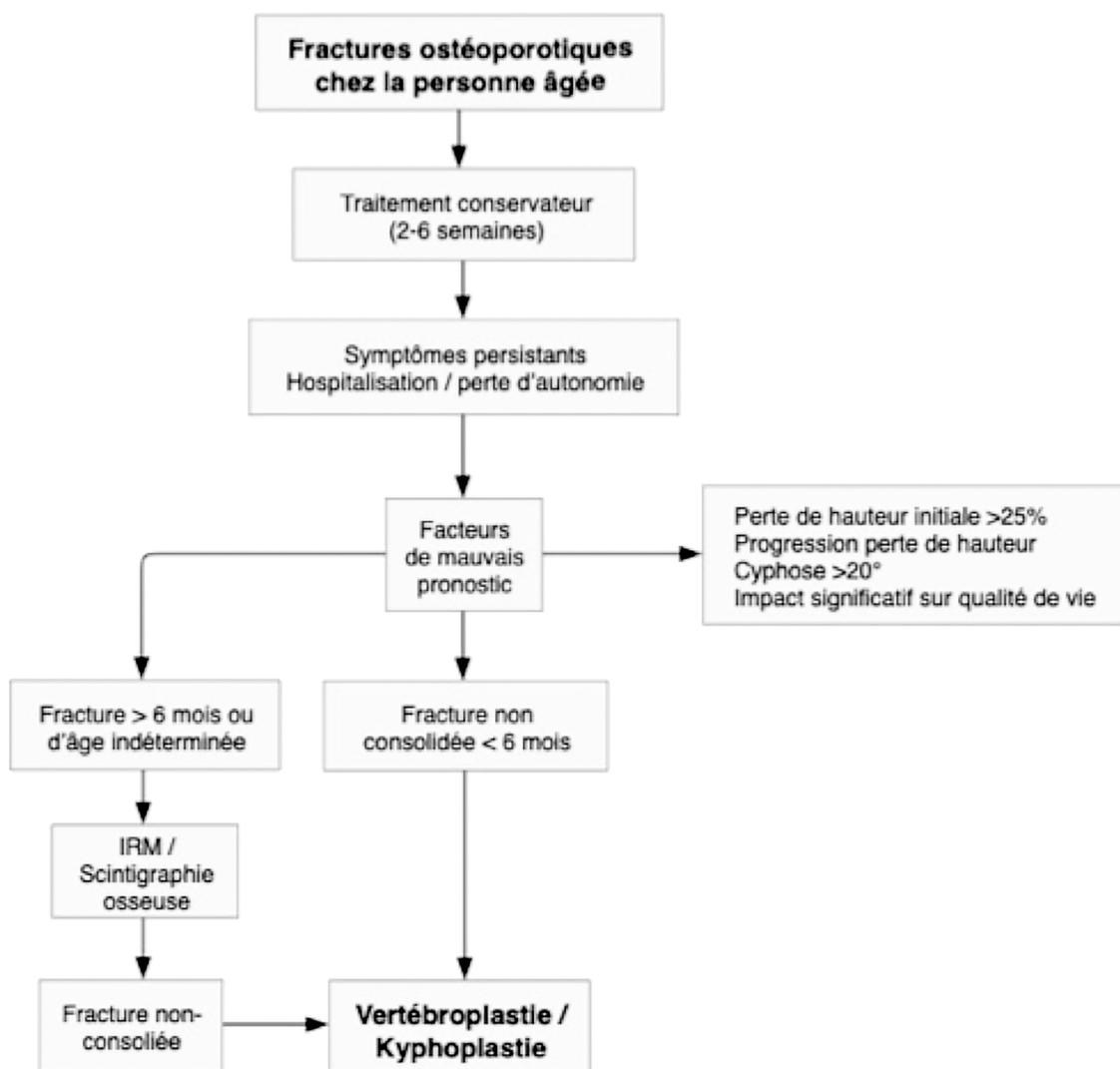
Les publications étudient maintenant des sous-groupes plus précis et des résultats plus ciblés en termes de rapport coûts-

bénéfices. Une méta-analyse incluant six études a favorisé la vertébroplastie, technique la plus étudiée, comme supérieure au traitement conservateur en termes de regain de fonction, réduction de la douleur perçue par les patients et amélioration globale de leur qualité de vie²². Ces résultats se sont avérés positifs à 6 et à 12 mois de suivi. Les auteurs concluent donc que ce traitement pourrait s'avérer efficace lorsque le traitement conservateur échoue, mais ne peuvent s'avancer sur le délai-cible idéal pour cette intervention.

Le délai accordé au traitement conservateur varie dans la littérature. La majorité des publications mentionnent que le bénéfice du traitement serait dans la fenêtre entre la 2^e ou la 3^e semaine et jusqu'à 2 à 3 mois suivant le trauma initial. Outrepassé cette période, ces fractures auront franchi le stade de consolidation et les symptômes, s'ils persistent, auront tendance à se chroniciser.

Un groupe d'experts provenant de plusieurs spécialités a récemment publié un algorithme de prise en charge des fractures de fragilité vertébrales²³. Basé sur la littérature récente, le groupe a statué que l'augmentation vertébrale par ciment était une option de traitement chez les patients ayant 2 de 4 facteurs de mauvais pronostic, soit la progression de la perte de hauteur vertébrale, une perte de hauteur initiale au-delà de 25 %, une difformité cyphotique associée et un impact significatif sur la qualité de vie. À noter que le temps écoulé depuis l'apparition de la fracture n'était pas un critère jugé primordial.

Suivant l'analyse de la littérature récente, voici un algorithme proposé pour la référence des patients vers une technique d'augmentation vertébrale cimentée. L'offre de cette technique au Québec est actuellement limitée pour rencontrer ces délais, ce pourquoi nous devons prioriser une clientèle-cible. Les patients hospitalisés, en perte d'autonomie et ceux qui montrent une progression de leurs symptômes pendant le traitement conservateur seraient à prioriser.



Conclusion et défis

En résumé, la littérature actuelle soutient l'utilisation des techniques d'augmentation vertébrale par ciment chez les patients avec une fracture compressive aigüe de la colonne thoraco-lombaire avec symptômes persistants suite à une période raisonnable d'essai du traitement conservateur. Le délai

de référence idéal serait entre 2 à 6 semaines de traitement conservateur et jusqu'à 3 mois du traumatisme initial. Outre passé ce délai, si le patient demeure symptomatique, il est prudent d'exclure d'autres causes de dorsalgie/lombalgie en confirmant l'activité de la fracture par de l'œdème vertébral sur la résonance magnétique. Le délai maximal jusqu'auquel le traitement

serait bénéfique demeure controversé. De plus, la vertébroplastie et la kyphoplastie sont des procédures à considérer pour le traitement des lésions bénignes agressives ou métastatiques de la colonne thoracique et lombaire. Comme l'accès à cette technique demeure limité, une sélection rigoureuse des candidats s'impose.

Références

1. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon DH, Wong JB, King A, Tosteson A: Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005-2025. *J Bone Miner Res* 2007;22(3):465-475.
2. Ekman EF: The role of the orthopaedic surgeon in minimizing mortality and morbidity associated with fragility fractures. *J Am Acad Orthop Surg* 2010;18(5):278-285.
3. Kallmes DF, Comstock BA, Heagerty PJ, et al: A randomized trial of vertebroplasty for osteoporotic spinal fractures. *N Engl J Med* 2009;361(6):569-579.
4. Buchbinder R, Osborne RH, Ebeling PR, et al: A randomized trial of vertebroplasty for painful osteoporotic vertebral fractures. *N Engl J Med* 2009;361(6):557-568.
5. Long SS, Morrison WB, Parker L: Vertebroplasty and kyphoplasty in the United States: Provider distribution and guidance method, 2001-2010. *AJR Am J Roentgenol* 2012;199(6):1358-1364.
6. Rothman-Simeone and Herkowitz's *The Spine*, 7th Edition chap. 89.
7. Rölinghoff M, Zarghooni K, Schlüter-Brust K, et al: Indications and contraindications for vertebroplasty and kyphoplasty. *Arch Orthop Trauma Surg* 2010;130(6):765-774.
8. Berenson J, Pflugmacher R, Jarzem P, et al; Cancer Patient Fracture Evaluation (CAFE) Investigators: Balloon kyphoplasty versus non-surgical fracture management for treatment of painful vertebral body compression fractures in patients with cancer: A multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011;12(3):225-235.
9. Nieuwenhuijse MJ, van Rijswijk CS, van Erkel AR, Dijkstra SP: The intravertebral cleft in painful long-standing osteoporotic vertebral compression fractures treated with percutaneous vertebroplasty: Diagnostic assessment and clinical significance. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012;37(11):974-981
10. Cement directed kyphoplasty reduces cement leakage as compared with vertebroplasty: results of a controlled, randomized trial. Vogl TJ, Pflugmacher R, Hierholzer J, Stender G, Gounis M, Wakhloo A, Fiebig C, Hammerstingl R. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Sep 15;38(20):1730-6
11. Mooney JH, Amburgy J, Self M, Agee BS, Schoel L, Pritchard PR, Chambers MR. Vertebral height restoration following kyphoplasty. *J Spine Surg*. 2019 Jun;5(2):194-200.
12. Esses SI, McGuire R, Jenkins J, et al: The treatment of symptomatic osteoporotic spinal compression fractures. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19(3):176-182.
13. Savage JW, Schroeder GD, Anderson PA. Vertebroplasty and kyphoplasty for the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures. *J Am Acad Orthop Surg*. 2014 Oct;22(10):653-64.
14. Wardlaw D, Cummings SR, Van Meirhaeghe J, et al: Efficacy and safety of balloon kyphoplasty compared with non-surgical care for vertebral compression fracture (FREE): A randomised controlled trial. *Lancet* 2009;373(9668):1016-1024.
15. Boonen S, Van Meirhaeghe J, Bastian L, et al: Balloon kyphoplasty for the treatment of acute vertebral compression fractures: 2-year results from a randomized trial. *J Bone Miner Res* 2011;26(7):1627-1637.
16. Van Meirhaeghe J, Bastian L, Boonen S, Ranstam J, Tillman JB, Wardlaw D; on behalf of the FREE investigators: A randomized trial of balloon kyphoplasty and non-surgical management for treating acute vertebral compression fractures: Vertebral body kyphosis correction and surgical parameters. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;38:971-893.

17. Farrokhi MR, Alibai E, Maghami Z: Randomized controlled trial of percutaneous vertebroplasty versus optimal medical management for the relief of pain and disability in acute osteoporotic vertebral compression fractures. *J Neurosurg Spine* 2011;14(5):561-569.
18. Klazen CA, Lohle PN, de Vries J, et al: Vertebroplasty versus conservative treatment in acute osteoporotic vertebral compression fractures (Vertos II): An open-label randomised trial. *Lancet* 2010;376(9746):1085-1092.
19. Rousing R, Andersen MO, Jespersen SM, Thomsen K, Lauritsen J: Percutaneous vertebroplasty compared to conservative treatment in patients with painful acute or subacute osteoporotic vertebral fractures: Three-months follow-up in a clinical randomized study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009;34(13):1349-1354.
20. Rousing R, Hansen KL, Andersen MO, Jespersen SM, Thomsen K, Lauritsen JM: Twelve-months follow-up in forty-nine patients with acute/semiacute osteoporotic vertebral fractures treated conservatively or with percutaneous vertebroplasty: A clinical randomized study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010;35(5): 478-482.
21. Blasco J, Martinez-Ferrer A, Macho J, et al: Effect of vertebroplasty on pain relief, quality of life, and the incidence of new vertebral fractures: A 12-month randomized follow-up, controlled trial. *J Bone Miner Res* 2012;27(5):1159-1166.
22. Han S, Wan S, Ning L, Tong Y, Zhang J, Fan S: Percutaneous vertebroplasty versus balloon kyphoplasty for treatment of osteoporotic vertebral compression fracture: A meta-analysis of randomised and non-randomised controlled trials. *Int Orthop* 2011;35(9):1349-1358.
23. Management of vertebral fragility fractures: a clinical care pathway developed by a multispecialty panel using the RAND/UCLA Appropriateness Method. Hirsch JA, Beall DP, Chambers MR, Andreshak TG, Brook AL, Bruel BM, Deen HG, Gerszten PC, Kreiner DS, Sansur CA, Tutton SM, van der Meer P, Stoevelaar HJ. *Spine J*. 2018 Nov;18(11):2152-2161.

Président : Dr Serge Tohmé

Membres : Docteurs Marie Gdalevitch, Garry Greenfield, Jean Cournoyer, François Morin, H. Servantes Gaspard

Les faits et le savoir dans la pratique de l'orthopédie

À travers le monde, il existe une multitude d'organisations qui produisent des lignes directrices (guidelines) et recommandations pour les soins de santé basés sur les évidences cliniques (AAOS, COA, NICE, NHS ...).

Un des objectifs de ces lignes directrices est de réduire la variabilité dans la pratique et diminuer les différences dans la qualité de la prestation des soins.

Le problème reste l'implantation de ces lignes directrices.

L'utilisation de ces lignes directrices cliniques est souvent insuffisante pour changer le comportement clinique de tous et chacun et par le fait même, de standardiser les pratiques.

À cause de contextes organisationnels différents, la simple collection de ces lignes directrices peut ne pas garantir leur usage dans l'arbre décisionnel clinique.

Une recherche récente (soutenue par le National Health Service, soit le NHS britannique, avec la participation de trois hôpitaux anglais) s'est penchée sur les causes de ces difficultés...

Cette recherche a pour but d'identifier où, quand et comment les faits et le savoir sont utilisés dans l'arbre décisionnel orthopédique et comment la variation de ces facteurs contribue à des approches différentes d'implantation de ces lignes directrices.

La recherche a identifié 17 sources de savoir et de faits qui influencent la décision clinique en chirurgie orthopédique élective.

On a trouvé que chaque établissement a des approches distinctes dans le processus décisionnel.

Le processus décisionnel est le résultat de la façon avec laquelle ces types de savoirs et de faits étaient privilégiés, comment on les fait interagir et comment ils changent avec le contexte.

L'implantation des lignes directrices se fait à travers quatre niveaux contextuels:

- L'arbre décisionnel individuel de l'orthopédiste
- Les groupes et réseaux de l'établissement
- L'établissement comme organisation
- L'environnement régulateur du système de santé

L'implantation peut être évaluée pour des chirurgiens individuels, un groupe de chirurgiens ou une organisation dans sa globalité.

La variabilité de la façon dont les faits et le savoir sont utilisés contribue à la différence de pratique selon ces lignes directrices.

Les 17 sources sont séparées en micro, meso et macro :

Micro :

- 1 - entraînement et enseignement formels
- 2 - apprentissage et éducation informels
- 3 - expérience de preuve informelle bâtie avec le temps
- 4 - expérience de savoir
- 5 - facteurs individuels (patients / chirurgiens)
- 6 - expérience de preuve reliée au « feel » inné de la pratique chirurgicale

Meso:

- 7 - savoir organisationnel
- 8 - preuves fournies par l'industrie
- 9 - socialisation et association avec collègues
- 10 - structure et localisation de l'hôpital
- 11 - le savoir administratif

Macro :

- 12 - savoir formel codifié
- 13 - médias et influence de la presse
- 14 - opinion des sociétés professionnelles
- 15 - preuves fournies par la hiérarchie professionnelle
- 16 - preuves externes élaborées par les organismes de régulation
- 17 - culture et influence politique du secteur

Conclusion :

Une variété de sources de faits et de savoirs complexes et concurrentielles existe et influence la pratique de l'orthopédiste.

La sélection dynamique et par combinaison des différents types de savoirs et de faits influence l'implantation et l'usage des lignes directrices cliniques dans la pratique orthopédique.

Une nouvelle approche pour l'implantation des lignes directrices nécessite une appréciation et une incorporation des diverses variétés de savoirs et de faits qui influencent les décisions cliniques et prend en considération les contextes changeants dans lesquels les décisions sont prises.

Serge Tohmé, M.D.

Dates	Activités	Lieu	Renseignements
30 mars au 3 avril 2020	40 ^e Journées d'orthopédie Outremer (JOO)	Hôtel Les Boucaniers, Sainte-Anne, Martinique	Renseignements : Volet scientifique – Christine Constantin Valbon (madinortho@chu-martinique.fr) Volet logistique – Meeting Outremer (contact@meetingoutremer.com) www.meeting-outremer.com/les-40e-journees-dorthopedie-outremer/
Samedi 16 mai 2020	Réunion scientifique conjointe AOQ et Université McGill	Hôtel Le Westin Montréal	Renseignements : aoq@fmsq.org
3 au 6 juin 2020	75 ^e Réunion annuelle de l'Association canadienne d'orthopédie	Halifax, N.-É.	Renseignements: www.coa-aco.org
24-25 septembre 2020	AOQ – Mise à jour annuelle	Fairmont Tremblant, Mont-Tremblant	Renseignements : Lise Guindon aoq@fmsq.org 514 844-0803 programme à venir