

Dépistage en prévention primaire des fractures de fragilisation

Combien de temps faut-il?

Roland Grad MDCM MSc CCFP FCFP Donna L. Reynolds MD MSc FCFP FRCPC Viola Antao MD CCFP MSc FCFP
Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP James A. Dickinson MBBS PhD CCFP FRACGP Minna Johansson MD PhD
Harminder Singh MD MPH FRCPC Olga Szafran MHSA Guylène Thériault MD MED CCFP

Les fractures sont une cause fréquente de morbidité chez les personnes âgées, et certaines sont causées par un impact mineur qui n'endommagerait pas un os normal. Ces blessures sont appelées fractures de fragilisation et touchent habituellement le poignet, la hanche, la colonne vertébrale ou l'épaule. De 2019 à 2020, la proportion annuelle de fractures de la hanche chez les Canadiens de 65 à 79 ans atteignait 169 par 100 000; chez les 80 ans et plus, ce taux s'élevait à 1038 par 100 000¹.

En mai 2023, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) publiait une nouvelle ligne directrice sur le dépistage pour la prévention primaire des fractures de fragilisation², qui se lit comme suit :

Nous recommandons le dépistage « d'abord l'évaluation des risques » pour la prévention des fractures de fragilité chez les femmes âgées de 65 ans et plus, avec l'application initiale de l'outil clinique canadien d'évaluation du risque de fracture (FRAX) sans densité minérale osseuse (DMO). Le résultat FRAX devrait être utilisé pour faciliter la prise de décision partagée sur les avantages et les inconvénients possibles de la pharmacothérapie préventive. Après cette discussion, si une pharmacothérapie préventive est envisagée, les cliniciens doivent demander une mesure de la DMO à l'aide de l'absorptiométrie à rayons X à double énergie (DXA) du col fémoral et réestimer le risque de fracture en ajoutant le T-score de la DMO dans FRAX (recommandation conditionnelle, données probantes de faible certitude). Nous déconseillons le dépistage

des femmes âgées de 40 à 64 ans et des hommes âgés de 40 ans et plus (recommandation forte, données probantes de très faible certitude)².

Un résumé de ce processus en 2 étapes à l'aide du FRAX se trouve à la **Figure 1**³.

La variabilité dans les préférences des patients concernant le traitement préventif a incité le GECSSP à suggérer aux cliniciens d'entreprendre une prise de décision partagée à ce sujet. Dans la série *Prévention en pratique du Médecin de famille canadien*, nous avons expliqué antérieurement les façons de mettre en application la prise de décision partagée dans le contexte des soins de santé préventifs⁴⁻⁶.

La ligne directrice du GECSSP ne recommande pas le dépistage du risque de fracture de fragilisation chez les femmes de moins de 65 ans ou chez les hommes de tout âge. Même si la ligne directrice présente des recommandations sur le dépistage du risque de fracture de fragilisation et leur prévention par une pharmacothérapie, le GECSSP reconnaît l'existence d'autres facteurs de risque, et une ligne directrice distincte sur la prévention des chutes est d'ailleurs en cours d'élaboration.

Description du cas

Patricia, 58 ans, vient à votre clinique. Vous vous connaissez bien et vous entretenez une relation de confiance. Patricia est une femme de race blanche qui ne prend aucun médicament, n'a jamais fumé, n'a jamais eu de fracture de fragilisation et est maintenant en postménopause. Elle vous demande poliment

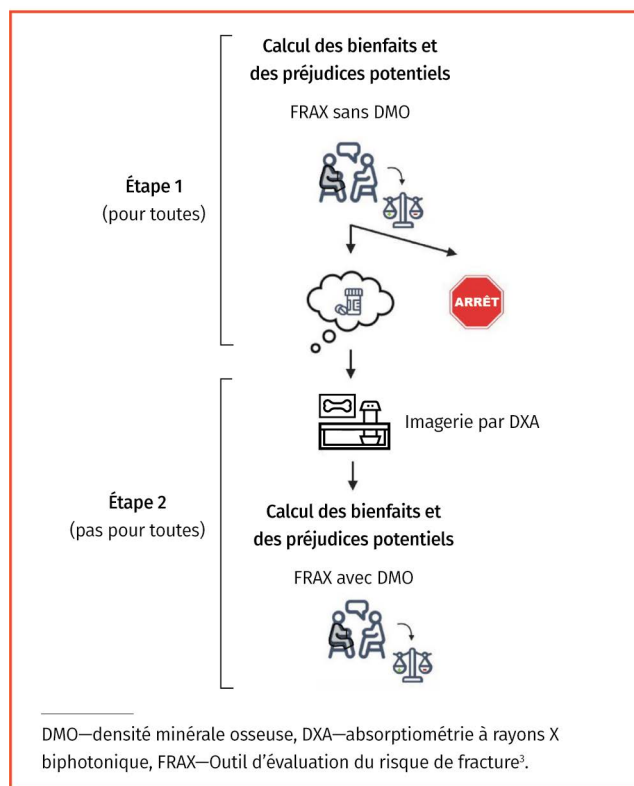
Points de repère

- ▶ Au sujet du dépistage pour la prévention des fractures de fragilisation chez les femmes de 65 ans et plus, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) recommande une stratégie débutant par une estimation du risque selon la version canadienne de l'outil d'évaluation du risque clinique de fracture.
- ▶ Le GECSSP recommande de ne pas faire de dépistage chez les femmes de 40 à 64 ans et chez les hommes de tout âge.
- ▶ Si les recommandations du GECSSP étaient suivies, moins d'ostéodensitométries seraient effectuées, et des ressources en soins de santé pourraient être redirigées vers des problèmes plus importants pour les patients.
- ▶ Une démarche débutant par une estimation du risque pourrait favoriser plus efficacement la prise de décision partagée entre les patients et les médecins; de plus, elle exigera moins de temps du clinicien.

s'il est temps de passer un test de la DMO pour ses os, car certaines de ses amies ont reçu un diagnostic d'ostéoporose et sont traitées pour cette condition. Est-elle dans une situation semblable?

Le dépistage de l'ostéoporose chez les patientes âgées de 50 à 64 ans est courant au Canada, et les données de 2018 à 2019 démontrent qu'environ le quart d'entre elles ont subi au moins 1 ostéodensitométrie⁷. L'ostéoporose désigne des déviations de 2,5 points ou plus en deçà de la moyenne d'une personne « normale », soit la densité osseuse d'un jeune adulte de 30 ans⁸. Par ailleurs, l'utilité d'étiqueter les personnes comme étant ostéoporotiques est incertaine, étant donné les multiples autres facteurs (p. ex. poids corporel, âge) qui contribuent au risque individuel de fractures de fragilisation. Dans une cohorte de personnes de race blanche de 60 ans ou plus, il a été démontré qu'il existait une relation continue entre la DMO et le risque de fracture⁹. Ces constatations indiquent que lorsque nous évaluons un patient, nous devrions intégrer la DMO comme variable continue de l'évaluation du risque de fracture, plutôt que de classer arbitrairement le patient comme étant à risque élevé ou à faible risque selon les valeurs seuils de la DMO⁹. Nous devrions aussi comprendre que la DMO améliore seulement marginalement l'évaluation du risque par rapport à d'autres facteurs de prédiction dans le FRAX^{10,11}.

Figure 1. Dépistage en 2 étapes pour prévenir les fractures de fragilisation chez les femmes de 65 ans ou plus



Pertinence des tests de routine

En 2020, l'équipe de Prévention en pratique a écrit à propos de la nécessité d'apporter des changements dans les soins préventifs cliniques concernant, par exemple, les examens à reprendre ou non après la pandémie et pourquoi¹². En 2023, nous estimons qu'il est temps de revenir à la question suivante : réfléchissons-nous suffisamment à la pertinence des tests soi-disant de routine? De tels examens peuvent détourner l'attention de problèmes plus importants pour la santé des patients. D'autres ont aussi appelé à la prudence dans l'utilisation de tests de faible utilité et ont identifié les mesures à répétition de la DMO comme un exemple parfait de ce problème en soins primaires au Canada¹³.

En 2023, Johansson et ses collègues ont expliqué comment la prescription systématique de tests comporte un coût d'opportunité pour les soins de santé¹⁴, défini comme un avantage tiré d'interventions ayant une efficacité démontrée, délaissées par certains usages des ressources¹⁵. Parallèlement, les cliniciens sont aux prises avec la multitude des recommandations de lignes directrices qui, dans leur ensemble, sont impossibles à mettre en pratique. Par exemple, les professionnels des soins primaires aux États-Unis devraient travailler 27 heures par jour juste pour se conformer à toutes les lignes directrices pertinentes¹⁶. Pour régler ce problème, une stratégie serait de prendre explicitement en considération le temps nécessaire pour appliquer chaque intervention recommandée. Une solution structurée, appelée « temps nécessaire pour traiter » a été proposée¹⁴. L'estimation du temps nécessaire pour traiter a pour objectif d'éviter que les cliniciens et les patients passent leur temps limité ensemble à discuter de recommandations de moins grande importance et d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes qui ont le plus besoin d'une attention médicale.

Stratégies pour prévenir les fractures de fragilisation

Prenons pour exemples 2 médecins de famille qui travaillent dans une clinique communautaire en équipe : le D^r DMO et le D^r FRAX. Nous estimons le temps qu'il faut à chacun pour faire le dépistage pour la prévention primaire des fractures de fragilisation chez des patients de 85 ans et moins. Ce faisant, nous abordons la question du temps nécessaire pour le dépistage et, en sous-ensemble, le temps requis pour discuter d'autres examens et de la pharmacothérapie pour prévenir les fractures de fragilisation.

Le D^r DMO suit la recommandation de 2010 d'Ostéoporose Canada selon laquelle les hommes et les femmes en postménopause de 50 à 64 ans ayant des risques cliniques de fracture (**Tableau 1**) et toutes les personnes de 65 ans ou plus devraient subir périodiquement une ostéodensitométrie¹⁷. Pour le D^r DMO, le temps nécessaire au dépistage inclut le temps de

Tableau 1. Facteurs de risque clinique de fractures de fragilisation

FACTEUR DE RISQUE	DESCRIPTION
Fracture de fragilisation après l'âge de 40 ans	Fractures de fragilisation résultant d'un impact mineur qui n'endommagerait pas un os normal et affectant le poignet, la hanche, la colonne vertébrale ou l'épaule
Utilisation prolongée de glucocorticoïdes	≥3 mois de thérapie cumulative durant l'année précédente à une dose équivalente à ≥7,5 mg de prednisone par jour
Utilisation d'autres médicaments à risque élevé	Aromatase inhibitors or androgen deprivation therapy
Parents ayant subi une fracture de la hanche	SO
Fracture vertébrale ou ostéopénie identifiée par radiographie	SO
Tabagisme actuel	SO
Forte consommation d'alcool	≥3 unités par jour
Arthrite rhumatoïde	<60 kg
Arthrite rhumatoïde	SO
Autres problèmes étroitement associés à l'ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète de type 1 • Ostéogenèse imparfaite chez l'adulte • Hyperthyroïdie de longue date non traitée • Ménopause précoce (<45 ans) • Malnutrition ou malabsorption chroniques • Maladie chronique du foie

SA—sans objet.
Adaptation avec la permission de Papaioannou et coll.¹⁷. Droit d'auteur 2010 Joule Inc.

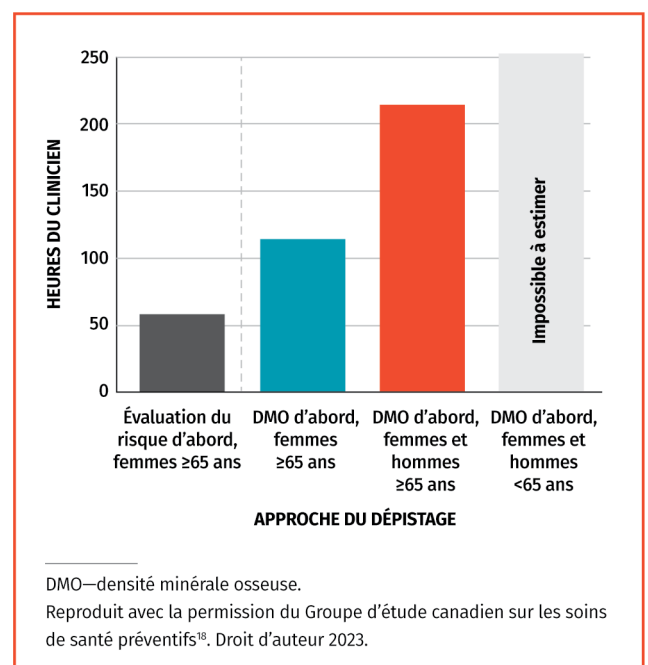
prescrire ces tests de la DMO, d'examiner leurs résultats et d'entamer des discussions avec les patients au sujet d'un traitement préventif.

D'autre part, le D^r FRAX a recours à une stratégie débutant par une estimation du risque chez les femmes de 65 ans et plus, comme le recommande le GECSSP². Après une discussion sur le risque de fracture, le D^r FRAX ne répète plus le processus avant un peu moins de 8 ans, puisqu'il n'y a pas de bonnes données probantes en faveur d'évaluations répétées du risque chez les patientes stables. Cependant, comme il s'agit de patientes de 65 ans ou plus, le D^r FRAX va éventuellement discuter à nouveau du risque de fracture avec de nombreuses patientes au cours des 2 prochaines décennies, jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de 85 ans.

Quel médecin passe le plus de temps à prévenir les fractures de fragilisation? Une stratégie débutant par une évaluation du risque en utilisant le FRAX demande moins de temps du clinicien qu'une approche qui commence par une tomodensitométrie (Figure 2)¹⁸. En nous fondant sur des études sur le dépistage, nous savons que les stratégies qui débutent par une évaluation du risque sont efficaces¹⁹. Par ailleurs, nous n'avons pas de données de grande qualité qui comparent directement les approches commençant par la mesure de la DMO avec celles débutant par une évaluation du risque sur le plan de la prévention des fractures.

Des renseignements détaillés sur la façon dont les estimations de temps à la Figure 2 ont été calculées se trouvent en ligne, en anglais^{18,20}. Il n'a pas été possible

Figure 2. Temps requis du clinicien pour appliquer les stratégies de dépistage en vue de prévenir les fractures de fragilisation dans un échantillon de population d'une pratique sur 25 ans : Les estimations présument une population de pratique de 1200 patients adultes. Les estimations du temps de dépistage par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs se fondent sur un sondage de convenance distribué en avril 2023.



d'estimer le temps nécessaire pour une stratégie débutant par une ostéodensitométrie pour les femmes et les hommes de 50 à 64 ans, parce que la prévalence des facteurs de risque cliniques de fracture énoncés dans le **Tableau 1**, exception faite du tabagisme, est inconnue¹⁷.

Résolution du cas

Présumons que Patricia est suivie par le D^r FRAX. Lorsque Patricia pose des questions au sujet de la mesure de la DMO, le D^r FRAX l'informe que la recommandation du GECSSP est de ne pas faire de dépistage dans son groupe d'âge². Ensuite, pour lui donner une brève explication, le D^r FRAX utilise la nouvelle aide à la décision mentionnée dans la ligne directrice²¹. À l'âge de 58 ans, 6 patientes comme Patricia sur 100 subiront une fracture au cours des 10 prochaines années, dont 1 de la hanche. En prenant des bisphosphonates pendant 5 ans, seulement 1 de ces patientes évitera une fracture (autre que de la hanche).

Étant donné la faible probabilité de bienfaits et les effets indésirables potentiels du traitement, Patricia ne souhaite pas suivre une thérapie préventive pour le moment. Par conséquent, une tomodynamométrie n'est pas prescrite. Puisque le D^r FRAX assure la continuité de ses soins, ils reverront cette question ensemble lorsque Patricia aura atteint 65 ans. Si cette réévaluation se produisait à l'âge de 68 ans, par exemple, à ce moment, environ 10 patientes comme Patricia sur 100 auraient chacune subi une fracture sur une période subséquente de 10 ans, dont 2 seraient des fractures de la hanche. À ce degré de risque de fracture, Patricia serait réceptive à l'idée un traitement préventif. Par conséquent, une tomodynamométrie serait effectuée et un suivi serait prévu pour réestimer le risque de fracture à l'aide du score T du col fémoral. Ces renseignements orienteraient la décision finale de Patricia quant à l'amorce d'un traitement.

Les **Figures 3** et **4** illustrent la probabilité de fractures de fragilisation (aussi appelées *fractures ostéoporotiques majeures*) et de fractures de la hanche par 100 patientes comme Patricia, âgées de 55 à 80 ans²¹. Ces figures révèlent aussi l'ampleur des bienfaits qui peuvent être attendus d'un traitement préventif. Patricia pèse 65,5 kg et mesure 170 cm, et ces 2 variables demeurent stables avec le temps. Elle n'a aucun facteur de risque clinique de fracture de fragilisation. Avant l'âge de 65 ans, Patricia peut s'attendre à ne retirer presque aucun bienfait d'un traitement par bisphosphonates sur le plan de la prévention des fractures de fragilisation. Pour prévenir une fracture de la hanche chez les patientes comme Patricia, des bienfaits sont possibles, mais seulement après l'âge de 70 ans.

Dans notre scénario clinique, Patricia s'est informée à propos de la mesure de la DMO. C'est pourquoi le D^r FRAX s'est enquis de ses préférences quant à un

Figure 3. Effets du traitement par rapport à aucun traitement sur le taux de fractures de fragilisation cliniques sur 10 ans chez des femmes comme Patricia âgées de 55 à 80 ans : Il convient de signaler que les données sur les effets du traitement chez les femmes de moins de 55 ans ou de plus de 80 ans sont limitées et incertaines.

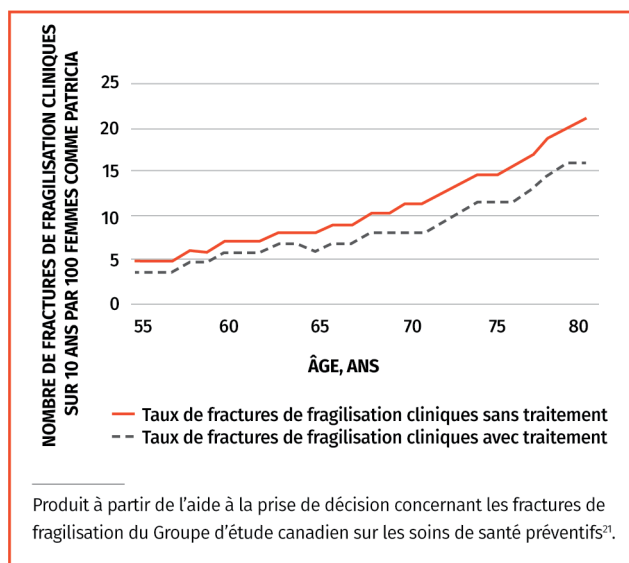
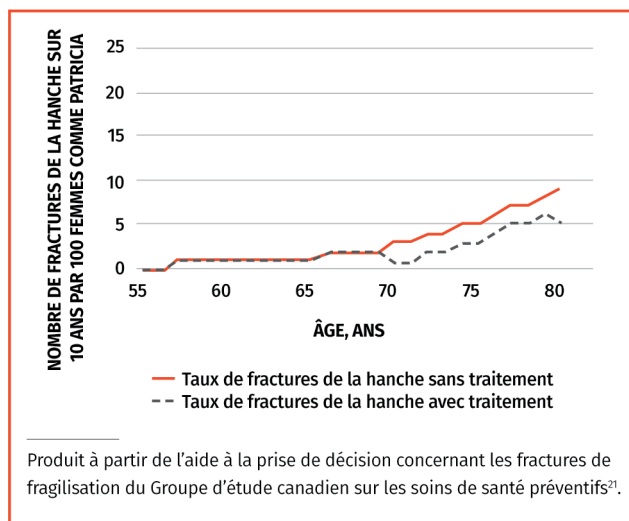



Figure 4. Effets du traitement par rapport à aucun traitement sur les taux de fractures de la hanche sur 10 ans chez des femmes comme Patricia âgées de 55 à 80 ans : Il convient de signaler que les données sur les effets du traitement chez les femmes de moins de 55 ans ou de plus de 80 ans sont limitées et incertaines.



traitement préventif, et ce, d'une manière centrée sur la patiente. Au moyen d'une aide à la décision, ils se sont entendus sur ce qui peut être accompli en prévention des fractures de fragilisation. À 58 ans, Patricia a décidé de ne pas subir de tomodynamométrie, car les bienfaits d'un traitement préventif sont presque nuls (et des préjudices sont possibles). Après l'âge de 65 ans, l'adoption d'une stratégie débutant par une estimation

du risque est sensée, tant pour les médecins que pour les patientes. D'abord, le temps épargné grâce à cette approche peut être utilisé pour aborder des problèmes qui revêtent plus d'importance pour les patientes. Deuxièmement, une stratégie débutant par une estimation du risque évitera l'étiquetage des patientes comme souffrant d'ostéoporose, ce qui pourrait, paradoxalement, nuire à la qualité de vie et en inciter certaines à réduire leur activité physique^{22,23}.

Conclusion

Sur le plan populationnel, le dépistage chez 1000 Canadiennes après l'âge de 65 ans à l'aide d'une stratégie débutant par une estimation du risque devrait prévenir 4 fractures de la hanche et 12 fractures de fragilisation sur une période de suivi de 3 à 5 ans¹⁹. Par conséquent, si vous avez 250 patientes de 65 à 85 ans dans votre pratique, le dépistage auprès d'elles au moins une fois au moyen d'une approche commençant par une estimation du risque pourrait prévenir 1 fracture de la hanche et 3 fractures de fragilisation cliniques. 

Le **D^r Roland Grad** est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université McGill à Montréal (Québec). La **D^{re} Donna L. Reynolds** est professeure adjointe au Département de médecine familiale et communautaire et à l'École Dalla Lana de santé publique de l'Université de Toronto (Ontario). La **D^{re} Viola Antao** est professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. Le **D^r Neil R. Bell** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D^r James A. Dickinson** est professeur au Département de médecine familiale et au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Calgary (Alberta). La **D^{re} Minna Johansson** est médecin de famille, directrice du Centre mondial pour des soins de santé durables et chargée de cours universitaires adjointe à l'École de santé publique et de médecine communautaire de l'Université de Gothenburg en Suède. Le **D^r Harminder Singh** est professeur agrégé au Département de médecine interne et au Département des sciences de la santé communautaire à l'Université du Manitoba à Winnipeg, et au Département d'hématologie et d'oncologie médicale à ActionCancer Manitoba. **Olga Szafran** est directrice associée de la recherche au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La **D^{re} Guylène Thériault** est directrice du volet Rôle du médecin et directrice de la Pédagogie au Campus Outaouais de la Faculté de médecine de l'Université McGill.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Roland Grad; courriel roland.grad@mcgill.ca

Références

1. Système canadien de surveillance des maladies chroniques. *Tableau sommaire : Fracture liée à l'ostéoporose—hanche (annuelle), taux brut, pour 100 000, 2019-2020 (année financière)*, Canada. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2021. Accessible à : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/Age?G=00&V=20&M=6&Y=2019>. Réf. du 30 juin 2023.
2. Thériault G, Limburg H, Klarenbach S, Reynolds DL, Riva JJ, Thoms BD et coll. Recommendations on screening for primary prevention of fragility fractures. *CMAJ* 2023;195(18):E639-49.
3. Centre for Metabolic Bone Diseases. *Fracture risk assessment tool: calculation tool* [Canada]. Sheffield, R.-U.: University of Sheffield; 2019. Accessible à : <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=19>. Réf. du 30 juin 2023.
4. Grad R, Lègare F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE et coll. Prise de décision partagée en soins de santé préventifs. Ce que c'est, ce que ce n'est pas. *Can Fam Physician* 2017;63:682-4 (ang), e377-80 (fr).

5. Lang E, Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Kasperavicius D, Moore AE et coll. Clarifier les valeurs et préférences des patients pour éclairer la prise de décision partagée sur le dépistage préventif. *Can Fam Physician* 2018;64:28-31 (ang), e13-6 (fr).
6. Thériault G, Grad R, Dickinson JA, Breault P, Singh H, Bell NR et coll. Faut-il partager ou non? Quand la décision partagée est-elle la meilleure option? *Can Fam Physician* 2020;66:327-31 (ang), e149-54 (fr).
7. Système canadien de surveillance des maladies chroniques. *Tableau sommaire : Fracture liée à l'ostéoporose—hanche (annuelle), taux brut, pour 100 000, 2019-2020 (année financière)*, Canada. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2021. Accessible à : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/Age?G=00&V=20&M=6&Y=2019>. Réf. du 3 juillet 2023.
8. National Institutes of Health Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 285(6):785-95.
9. Mai HT, Tran TS, Ho-Le TP, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV. Two-thirds of all fractures are not attributable to osteoporosis and advancing age: implications for fracture prevention. *J Clin Endocrinol Metab* 2019;104(8):3514-20.
10. Dhiman P, Andersen S, Vestergaard P, Masud T, Qureshi N. Does bone mineral density improve the predictive accuracy of fracture risk assessment? A prospective cohort study in northern Denmark. *BMJ Open* 2018;8(4):e018898.
11. Leslie WD, Lix LM, Johansson H, Oden A, McCloskey E, Kanis JA et coll. Independent clinical validation of a Canadian FRAX tool: fracture prediction and model calibration. *J Bone Miner Res* 2010;25(11):2350-8. Erratum dans : *J Bone Miner Res* 2017;32(11):2319. Publ. en ligne du 4 oct. 2017.
12. Dickinson JA, Thériault G, Singh H, Szafran O, Grad R. Rethinking screening during and after COVID-19. Should things ever be the same again? *Can Fam Physician* 2020;66:571-5.
13. Pendrith C, Bhatia M, Ivers NM, Mecredy G, Tu K, Hawker GA et coll. Frequency of and variation in low-value care in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2017;5(1):E45-51.
14. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023;380:e072953.
15. Palmer S, Raftery J. Economics notes: opportunity cost. *BMJ* 1999;318(7197):1551-2.
16. Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med* 2023;38(1):47-55. Publ. en ligne du 1^{er} juill. 2022.
17. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S et coll. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ* 2010;182(17):1864-73. Publ. en ligne du 12 oct. 2010.
18. *Screening to prevent fragility fractures. How much time does it take?* Montréal, QC: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2023. Accessible à : https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2023/05/CTFPHC_FF_ClinicianCommunication_Tool_v15_FINAL.pdf. Réf. du 29 mai 2023.
19. Gates M, Pillay J, Nuspl M, Wingert A, Vandermeer B, Hartling L. Screening for the primary prevention of fragility fractures among adults aged 40 years and older in primary care: systematic reviews of the effects and acceptability of screening and treatment, and the accuracy of risk prediction tools. *Syst Rev* 2023;12(1):51.
20. *How was this calculation made?* Montréal, QC: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2023. Accessible à : <https://canadiantaskforce.ca/how-was-this-calculation-made/>. Réf. du 9 mai 2023.
21. *Fractures de fragilisation. Outils d'aide pour une prise de décision partagée*. Montréal, QC: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2023. Accessible à : <https://frax.groupeetudecanadien.ca/>. Réf. du 21 mai 2023.
22. Reventlow SD. Perceived risk of osteoporosis: restricted physical activities? Qualitative interview study with women in their sixties. *Scand J Prim Health Care* 2007;25(3):160-5.
23. Gao S, Zhao Y. Quality of life in postmenopausal women with osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res* 2023;32(6):1551-65. Publ. en ligne du 16 nov. 2022.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés

Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician 2023;69:537-41 (ang), e165-9 (fr). DOI: 10.46747/cfp.6908e165

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the August 2023 issue on page 537.

Lectures suggérées

Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023;380:e072953.

Thériault G, Limburg H, Klarenbach S, Reynolds DL, Riva JJ, Thoms BD et coll. Recommendations on screening for primary prevention of fragility fractures. *CMAJ* 2023;195(18):E639-49.