

# Autres modèles de soins de l'ostéoporose post-fracture

L'examen systématique des modèles de soins axés sur la prévention des fractures secondaires ostéoporotiques qui a été effectué par Ganda et ses collaborateurs fournit un cadre utile pour la classification des modèles de soins<sup>1</sup>. Ceux-ci sont classés de type A à type D, le type A étant le plus intensif, et le type D, le moins intensif. Les objectifs premiers d'un service de liaison pour fractures (Fracture Liaison Services - FLS) sont d'identifier les patients présentant une fracture, de mener des investigations pour diagnostiquer l'ostéoporose et évaluer le risque de fractures subséquentes et, le cas échéant, d'initier un traitement de l'ostéoporose. L'annexe C a examiné les modèles de type A et de type B. **Ostéoporose Canada recommande l'implantation dans l'ensemble du Canada de modèles de soins de type A**, car ils constituent le modèle de soins le plus efficace. Cependant, nous reconnaissons que les modèles de type B représentent également une amélioration significative en matière de prestation des soins post-fracture.

La présente annexe se penche sur les modèles de soins post-fracture de type C (1i) et de type D (sans i) dont les caractéristiques sont les suivantes :

- **Modèles de type C** : Les patients ayant subi une fracture reçoivent de l'information sur l'ostéoporose ainsi que des conseils sur les habitudes de vie, y compris la prévention des chutes. Un élément clé de ce modèle est la recommandation aux patients de consulter son médecin de famille pour une évaluation pour

l'ostéoporose. De plus, le médecin de famille est informé que son patient a subi une fracture et que d'autres examens sont nécessaires. La structure de ce modèle ne prévoit pas le test de DMO ni l'évaluation de la nécessité d'un traitement de l'ostéoporose.

- **Modèles de type D** : Le patient ayant subi une fracture ne reçoit que de l'information sur l'ostéoporose. Le modèle de type D ne prévoit aucune éducation ni information au médecin de famille.

Les sections suivantes contiennent une description des modèles de service et des résultats cliniques clés pour les modèles de type C et de type D au Canada. Les études de modèles publiées comportant un groupe soins courants ou groupe témoin suivent le format standard ci-dessous :

- Le groupe soins courants ou groupe témoin est décrit en premier, suivi de la description des groupes d'intervention.
- En ce qui concerne le groupe d'intervention des modèles de type C, le processus d'identification est décrit.
- Les résultats des différents groupes évalués sont compilés aux fins de comparaison selon un format standard.

Un message clair se dégage de ces études : malgré le fait que les interventions axées sur l'éducation et l'information réduisent quelque peu l'écart thérapeutique dans le traitement de l'ostéoporose post-fracture, elles sont considérablement moins efficaces que les modèles intensifs de types A et

Annexe H, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

**1 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS**

B. Ces conclusions sont appuyées par les résultats d'un examen systématique mené par des chercheurs canadiens sur les interventions visant à améliorer les soins post-fracture<sup>2</sup> :

« *La comparaison de différents types d'interventions et la démonstration de la supériorité de la coordination des soins systématique constituent l'une des principales constatations de cette étude. Le mauvais rendement des programmes d'éducation, de sensibilisation générale et de couverture des médicaments souligne l'inefficacité de ces interventions à atteindre de hauts rendements.* »

## Modèles de type C

### Alberta : Capital Health, Edmonton

#### Soins après une fracture du poignet

Les soins de l'ostéoporose post-fracture ont été évalués dans le cadre d'une étude contrôlée menée auprès de patients se présentant aux hôpitaux affiliés au système Capital Health à Edmonton, en Alberta, avec une fracture du poignet<sup>3</sup>. Les soins prodigués aux patients du groupe d'intervention et à ceux du groupe témoin différaient de la façon suivante :

- **Groupe soins courants** : Au moment de l'étude, les soins courants au Canada consistaient à aviser le médecin de famille que le patient avait été vu et traité pour une fracture du poignet (avec chirurgie et/ou plâtre), et à lui transmettre les détails de tout plan de suivi. Un point important à noter, le médecin de famille n'a **pas** été informé que la fracture du poignet évoquait la présence d'une ostéoporose sous-jacente. Les soins courants ont été rehaussés pour le groupe témoin grâce à l'ajout de documents éducatifs et de services de consultation téléphonique sur la prévention des chutes et la sécurité à la maison, mais pas sur l'ostéoporose. On a invité les patients à

prendre rendez-vous avec leur médecin de famille pour obtenir des conseils plus précis et passer en revue leur médication. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (sans i)**.

- **Groupe d'intervention** : Les patients ont été identifiés lorsqu'ils se présentaient à l'un des deux plus importants services d'urgence de la région avec une fracture du poignet. L'intervention comportait trois composantes :
  - **Éducation du patient** : Des documents ont été remis au patient et un bref suivi téléphonique pour parler d'ostéoporose a été effectué. On a suggéré aux patients de consulter leur médecin de famille pour obtenir de plus amples renseignements et des conseils.
  - **Rappels au médecin** : Le médecin de famille a été informé de la fracture au poignet de son patient et du risque plus élevé d'ostéoporose.
  - **Lignes directrices en matière de traitement** : Le médecin de famille a reçu un rappel comportant de brèves recommandations thérapeutiques fondées sur des résultats cliniques qui soulignent que (i) le patient devrait passer un test de DMO si cela n'a pas été fait au courant de l'année précédente, que (ii) sans traitement d'autres fractures peuvent survenir au cours de la prochaine année, et que (iii) le traitement au bisphosphonate permettra de réduire le risque de fractures de moitié environ (des médicaments de deuxième choix ont également été mentionnés). Des « leaders d'opinion » locaux ont signé ces lignes directrices.

Il s'agit d'un **modèle de type C (1i)**.

Les résultats six mois après la fracture du poignet sont illustrés au tableau 1.

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

## 2 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

Tableau 1. Résultats six mois après la fracture du poignet

Résultats	Soins courants – Modèle sans i (%)	Intervention - Modèle à 1i (%)
Test de DMO	17	62 <sup>a</sup>
Le médecin a diagnostiqué une ostéoporose	13	36 <sup>b</sup>
Traitement ostéoporotique	10	40 <sup>c</sup>

a. P<0,001 comparativement au groupe soins courants

b. P = 0,006 comparativement au groupe soins courants

c. P = 0,002 comparativement au groupe soins courants

Les auteurs de l'étude ont tenté de comprendre pourquoi, dans le modèle de type C (1i), environ 40 % des patients du groupe d'intervention n'ont pas subi un test de DMO, lequel était facile d'accès et gratuit pour les patients de la région. Bien que les médecins de famille de certains patients aient probablement fondé leur décision en matière de traitement sur les résultats d'un test de DMO effectué une ou deux années auparavant, le test de DMO a été écarté pour 20 % à 30 % des patients du groupe d'intervention qui étaient admissibles. Le fait que 60 % des patients du groupe d'intervention n'ont pas reçu de traitement pour l'ostéoporose démontre que les médecins de famille ne perçoivent pas la prévention des fractures secondaires comme une norme de pratique.

Ces chercheurs ont évalué un autre modèle de type C dans le cadre d'un essai clinique randomisé (ECR) mené en 2008<sup>4</sup>. Les patients ayant subi une fracture du poignet ont tous reçu une trousse contenant des renseignements sur l'étude et sur la façon d'entretenir un plâtre. La trousse contenait également un dépliant éducatif d'Ostéoporose Canada. Les patients ont ensuite été répartis de façon aléatoire dans deux groupes :

- **Groupe témoin ou soins courants** : Ces patients ont reçu par la poste un deuxième exemplaire du dépliant d'Ostéoporose Canada

accompagné d'une note les invitant à lire le dépliant et à en discuter avec leur médecin de famille. Conformément aux soins courants en place au Canada, les médecins de famille ont été informés que leur patient avait subi une fracture du poignet et on leur a transmis les détails de tout plan et rendez-vous de suivi. Un point important à noter, le médecin de famille n'a pas été informé que la fracture du poignet pouvait évoquer la présence d'une ostéoporose. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (sans i)**.

- **Groupe d'intervention** : Une infirmière d'expérience ayant reçu une formation supplémentaire avec expertise dans le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose a été chargée d'interagir avec les patients du groupe d'intervention. Cependant, elle n'a pas interagi directement avec le médecin de famille. L'objectif était de transmettre les trois messages clés suivants à ce groupe de patients ainsi qu'à leur médecin de famille :
  - Le patient ayant subi une fracture présente un risque élevé d'ostéoporose et un test de DMO est requis.
  - Sans traitement ostéoporotique, le patient pourrait être à risque de subir d'autres fractures au cours de la prochaine année.
  - Un traitement au bisphosphonate peut réduire de moitié le risque de fractures subséquentes.

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

### 3 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

L'intervention comportait trois composantes:

- **Éducation du patient** : Une brève séance de counselling téléphonique visant à renforcer les messages contenus dans le dépliant.
- **Rappels au médecin** : Le médecin de famille a reçu un rappel que la fracture de son patient mettait ce dernier à risque d'ostéoporose.
- **Lignes directrices en matière de traitement** : Un résumé des lignes directrices probantes sur l'ostéoporose pouvant se traduire en mesures réalisables a également été envoyé au médecin de famille.

Il s'agit d'un modèle de type C (1i).

Les résultats six mois après la fracture du poignet sont montrés au tableau 2.

**Tableau 2. Résultats six mois après la fracture du poignet**

Résultats	Groupe témoin - Modèle sans i (%)	Intervention - Modèle à 1i (%)
Test de DMO	18	52 <sup>a</sup>
Traitement ostéoporotique	7	22 <sup>b</sup>
Soins appropriés*	11	38 <sup>a</sup>

a.  $P < 0,001$  par rapport au groupe témoin

b.  $P = 0,008$  par rapport au groupe témoin

\* Les soins appropriés dans le cadre de cette étude comprenaient un test de DMO et un traitement au bisphosphonate si la densité osseuse était faible (score T < -1).

Les auteurs ont conclu qu'il serait avantageux d'explorer d'autres stratégies car plus de la moitié des patients du groupe d'intervention n'avaient pas reçu des soins appropriés six mois après la survenue de leur fracture.

## Recherche de cas de fracture vertébrale

La vaste majorité des cas de fractures de fragilisation non vertébrales sont des patients qui se présentent aux services de soins d'urgence. C'est l'occasion pour les FLS établis de répondre à la première fracture, de prévenir la deuxième ainsi que les fractures subséquentes. Cependant, la majorité des fractures vertébrales (colonne) ne sont pas décelées par un professionnel de la santé, ou lorsqu'elles le sont, elles ne sont pas reconnues comme telles et aucune évaluation ni aucun traitement de l'ostéoporose ne sont effectués<sup>5-7</sup>. Cette constatation est importante puisque toutes les fractures vertébrales, y compris celles qui ne causent pas de symptômes aigus, sont associées à une augmentation du risque de fractures subséquentes (2 à 5 fois), ainsi qu'à des effets indésirables comme la difformité physique, la perte de taille, les douleurs chroniques, une réduction de la qualité de vie et une hausse des taux de morbidité et de mortalité<sup>8-10</sup>. Dans le cadre d'une tentative innovatrice d'amélioration de repérage de cas de fractures vertébrales, le groupe d'Edmonton a cherché à accroître la qualité des soins de l'ostéoporose prodigués aux patients plus âgés chez qui on a par ailleurs identifié une fracture vertébrale au moyen de radiographies pulmonaires, lesquelles avaient été demandées pour des raisons cliniques autres que l'ostéoporose<sup>11</sup>.



Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

## 4 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

Les patients admis à l'étude provenaient de deux centres d'Edmonton dotés de systèmes informatisés permettant le triage électronique, le suivi des patients, la gestion des dossiers médicaux électroniques et l'archivage numérique des radiographies. Les patients ayant passé une radiographie pulmonaire pour toute raison clinique étaient admis à l'étude s'ils avaient 60 ans et plus et s'ils avaient subi une fracture vertébrale confirmée par un radiologiste spécialiste. Les objectifs de l'étude consistaient, en premier lieu, à définir les coûts des soins courants de l'ostéoporose après une fracture vertébrale et, en second lieu, à comparer, suivant un concept d'étude pragmatique contrôlée, les soins courants à une intervention auprès du médecin de famille seulement et à une intervention auprès du médecin de famille et du patient. Au départ, les patients ont été assignés au groupe soins courants ou au groupe d'intervention auprès du médecin de famille selon le calendrier d'alternance (actif ou inactif) hebdomadaire du service d'intervention. Les soins prodigués aux trois groupes étaient les suivants :

- **Soins courants** : Le personnel de l'étude s'est assuré que, dans la semaine qui a suivi la visite au service d'urgence, le médecin de famille a reçu tous les documents liés à la visite, les suivis prévus ainsi qu'une copie du rapport officiel de la radiographie pulmonaire. Les radiologistes n'étaient pas au courant de l'étude et les rapports qu'ils ont produits faisaient partie des soins cliniques courants. Ces patients ont reçu des soins courants pendant trois mois. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (aucun i)**.
- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille** : Outre le fait que les patients ont reçu des soins courants, le médecin de famille a reçu un rappel propre au patient comportant un résumé des preuves approuvées par les « leaders d'opinion » locaux qui mettait en évidence trois éléments clés :

- Les patients présentant une fracture vertébrale et une ostéoporose ont un risque 20 fois plus élevé de fractures subséquentes comparativement aux patients qui n'ont jamais subi de fracture vertébrale et dont les os sont en santé.
- Le risque d'une autre fracture pour ce patient est d'environ 20 % au cours de la prochaine année.
- Les traitements reposant sur des données factuelles peuvent réduire le risque de fracture de 50 %.
- Il s'agit d'un **modèle de type C (1i)**.
- **Groupe d'intervention auprès du patient et du médecin de famille** : Trois mois après la visite au service d'urgence, les patients du groupe soins courants qui n'avaient pas encore commencé un traitement ostéoporotique ont été réaffectés à ce groupe (nota : seulement deux patients du groupe soins courants ont reçu une ordonnance pour un traitement ostéoporotique dans les trois premiers mois, c'est donc 98 % des patients du groupe soins courants qui ont été réaffectés). Ces patients ont reçu des soins courants, l'intervention du médecin de famille décrite ci-dessus ainsi qu'une « stratégie d'activation propre au patient ». Celle-ci incluait l'envoi par la poste du matériel éducatif d'Ostéoporose Canada ainsi que des conseils au téléphone prodigués par une infirmière praticienne qui visaient à renforcer le contenu des documents d'Ostéoporose Canada et à suggérer une visite chez le médecin de famille. Il s'agit d'un **modèle de type C (1i)**.

Les résultats du groupe d'intervention auprès du médecin de famille ont été comparés à ceux du groupe soins courants après trois mois. Après trois mois d'exposition à la stratégie combinée d'intervention auprès du médecin de famille et du patient, les résultats de ce « groupe soins courants réaffecté » ont été comparés au groupe

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

## 5 *Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS*

d'intervention auprès du médecin de famille seulement. Les résultats sont illustrés au tableau 3.

Notons que 58 % des patients de l'étude présentaient des fractures reconnues cliniquement avant de passer une radiographie pulmonaire, ce qui met en évidence l'écart thérapeutique à combler dans le traitement de l'ostéoporose post-fracture et le fait que le niveau de risque de cette population était déjà très élevé. Pour les patients chez qui l'on a identifié une fracture vertébrale, le ratio interventions/bénéfices (RIB) pour améliorer le dépistage ou le traitement de l'ostéoporose était seulement de 2.

**Tableau 3. Résultats à trois mois pour le groupe soins courants et à trois mois après l'exposition aux interventions**

Résultats	Soins courants Modèle sans i (%)	Intervention du médecin de famille Modèle à 1i (%)	Groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient Modèle à 1i (%)
Test de DMO	4	44 <sup>a</sup>	57 <sup>b</sup>
Traitement ostéoporotique	2	17 <sup>a</sup>	22 <sup>c</sup>
Test de DMO et traitement	6	49 <sup>a</sup>	65 <sup>d</sup>

a. P < 0,001 par rapport au groupe soins courants

b. P = 0,038 par rapport au groupe d'intervention auprès du médecin de famille

c. P = 0,39 par rapport au groupe d'intervention auprès du médecin de famille

d. P = 0,01 par rapport au groupe d'intervention auprès du médecin de famille

L'intervention auprès du médecin de famille a nécessité, en moyenne, 34 minutes par patient et a coûté 34 \$. L'intervention auprès du médecin de famille et du patient a nécessité 42 minutes par patient et a coûté 42 \$. Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'une analyse coût-efficacité

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

officielle subséquente<sup>12</sup>. Les résultats pour les deux groupes étaient les suivants :

- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille :** Par rapport au groupe soins courants, pour chaque tranche de 1 000 patients qui a bénéficié de l'intervention auprès du médecin de famille, il y a eu :
  - 4 fractures en moins;
  - 8 QALY gagnées;
  - des économies de 282 000 \$.
- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient :** Par rapport au groupe d'intervention auprès du médecin de famille seulement, pour chaque tranche de 1 000 patients qui a bénéficié de l'intervention auprès du médecin de famille et du patient, il y a eu :
  - 6 fractures en moins;
  - 6 QALY gagnées;
  - des économies de 339 000 \$.

Il s'avère donc que le groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient était plus rentable que le groupe d'intervention auprès du médecin de famille seulement, dont le coût était légèrement moins élevé. Comme il a été démontré dans d'autres études menées sur des patients présentant des fractures non vertébrales, ces études permettent de constater les importantes économies qui peuvent être réalisées grâce à des interventions pragmatiques et peu coûteuses d'amélioration des soins de l'ostéoporose chez les patients victimes de fractures vertébrales.

## Manitoba

Un essai clinique randomisé basé sur une population a évalué l'impact de l'envoi postal d'un avis sur les soins de l'ostéoporose post-fracture aux médecins de famille, et aux patients et médecins de famille<sup>13</sup>. Les femmes et les hommes âgés de 50 ans et plus qui avaient subi une

## 6 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

fracture de la hanche, de la colonne, de l'humérus ou de l'avant-bras ont été identifiés grâce aux données administratives recueillies par Santé Manitoba. Les patients ont été répartis de façon aléatoire dans trois groupes :

- **Groupe soins courants** : Aucun avis ciblé n'a été envoyé aux médecins ou aux patients. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (aucun i)**.
- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille** : Une lettre a été envoyée au médecin de famille des patients pour l'aviser de la survenue de la fracture et l'inviter à consulter les lignes directrices provinciales concernant le test de DMO et la prise en charge de l'ostéoporose. De plus, on a inclus un formulaire de demande d'un test de DMO ainsi qu'un graphique expliquant la prise en charge des soins. Il s'agit d'un **modèle de type C (1i)**.
- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient** : En plus de la lettre envoyée au médecin de famille, une lettre a été envoyée aux patients. La lettre au patient expliquait que les fractures chez les personnes plus âgées peuvent être un signe d'ostéoporose et les encourageait à consulter leur médecin de famille pour discuter de la nécessité d'un test de dépistage de l'ostéoporose et d'options de traitement. Aux patients sans médecin de famille, on a offert d'autres options de soutien. Il s'agit d'un **modèle de type C (1i)**.

Pour les 4 000 personnes et plus qui ont pris part à cette étude, les principales conclusions après 12 mois sont présentées au tableau 4.

Tableau 4. Soins post-fracture chez les femmes et les hommes des trois groupes à l'étude

Résultats	Soins courants Modèle sans i (%)	Groupe d'intervention auprès du médecin de famille Modèle à 1i (%)	Groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient Modèle à 1i (%)
<b>Femmes seulement</b>			
Test de DMO	5,7	18,6	21,9
Traitement ostéoporotique	12,2	17	19,4
Test de DMO et traitement	15,8	30,3	34
<b>Hommes seulement</b>			
Test de DMO	0,4	11,9	11
Traitement ostéoporotique	7,3	9,9	10,8
Test de DMO et traitement	7,6	19	19,8

Les faibles taux de soins post-fracture dans le groupe soins courants, particulièrement chez les hommes, servent à mettre en évidence l'ampleur de l'écart thérapeutique dans les soins de l'ostéoporose post-fracture qui existe actuellement dans la pratique courante au Manitoba. L'absence de différence entre les résultats du groupe d'intervention auprès du médecin de famille et ceux du groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient suggère qu'il n'y a plus aucun autre avantage à aviser les patients ainsi que leur médecin de famille. Les auteurs concluent que l'envoi de ce simple avis réduit l'écart thérapeutique dans les soins de l'ostéoporose post-fracture, sans toutefois le combler; plus de 60 % des patients dans le groupe proposant l'intervention la plus intensive n'ont pas reçu les soins appropriés (test de DMO et traitement).

Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'une analyse coût-efficacité officielle subséquente<sup>14</sup>. L'intervention auprès du médecin de famille a coûté 7,12 \$ par patient et celle auprès du médecin de famille et des patients a coûté 8,45 \$ par patient. Les résultats pour les deux groupes d'intervention étaient les suivants :

- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille :** Par rapport au groupe soins courants, pour chaque tranche de 1 000 patients qui a reçu l'intervention du médecin de famille, il y a eu :
  - 2 fractures en moins;
  - 2 QALY gagnées;
  - des économies de 22 000 \$.
- **Groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient :** Par rapport au groupe d'intervention auprès du médecin de famille seulement, pour chaque tranche de 1 000 patients qui a reçu l'intervention auprès du médecin de famille et des patients, il y a eu :
  - 1 fracture en moins;
  - 1 QALY gagnée;
  - des économies de 18 000 \$.

Il s'avère donc que le groupe d'intervention auprès du médecin de famille et du patient était plus rentable que le groupe d'intervention du médecin de famille seulement, dont le coût était légèrement moins élevé. Les auteurs ont conclu que ces interventions pragmatiques étaient très rentables et supérieures aux soins courants. Cependant, elles laissent encore un énorme écart thérapeutique car plus de 60 % des patients victimes de fractures n'ont pas reçu les soins appropriés pour leur ostéoporose.



### Ontario : Petits hôpitaux communautaires du réseau Télémédecine Ontario

Un essai randomisé en grappe a été mené pour évaluer l'impact d'un coordonnateur des soins de l'ostéoporose centralisé sur la prise en charge post-fracture des patients qui se présentent dans de petits hôpitaux communautaires en Ontario<sup>15</sup>. Participaient à cet essai des hôpitaux qui n'employaient pas de coordonnateur dédié au dépistage de l'ostéoporose et qui traitaient plus de 60 patients par année dans leur service d'urgence et étaient membres du réseau Télémédecine Ontario. Les hôpitaux qui acceptaient de participer à l'essai étaient répartis aléatoirement dans le groupe d'intervention ou le groupe témoin « Attention » comme suit :

- **Groupe témoin « Attention » :** Dans les trois mois qui ont suivi la visite au service d'urgence, les patients des hôpitaux de contrôle ont reçu du coordonnateur centralisé du matériel éducatif ainsi que des conseils téléphoniques sur la prévention des chutes et la sécurité à la maison. On a invité les patients à prendre rendez-vous avec leur médecin de famille pour obtenir des conseils supplémentaires, mais ils n'ont reçu ni matériel éducatif, ni conseils liés à l'ostéoporose. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (aucun i)**.
- **Groupe d'intervention :** Le coordonnateur centralisé a effectué un suivi auprès des patients victimes de fractures et leur médecin de famille dans le but d'offrir des recommandations sur les risques de fractures

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

## 8 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS



et de discuter de traitement de l'ostéoporose. Le coordonnateur centralisé a également pris les dispositions nécessaires pour une consultation en télésanté dans le cadre du programme de recherche multidisciplinaire sur l'ostéoporose<sup>16</sup> pour les cas de patient complexes, si nécessaire. Les composantes patient et médecin de famille se définissaient comme suit :

- **Composante patient :** Le coordonnateur centralisé a téléphoné aux patients avec fractures pour leur donner des conseils sur les risques de fractures, leur recommander de faire un suivi auprès de leur médecin de famille afin de discuter de l'ostéoporose et de la nécessité d'un test de DMO et leur offrir des renseignements sur la prise en charge de l'ostéoporose. Un rappel téléphonique a été effectué à trois mois.
- **Composante médecin de famille :** Le coordonnateur centralisé a envoyé au médecin de famille une lettre l'informant que son patient avait subi une fracture. La lettre était adaptée à chaque patient et mettait en évidence les points suivants :
  - Le risque élevé d'ostéoporose chez le patient et la nécessité d'effectuer un test de DMO si cela n'a pas été fait dans les six mois précédents.
  - Un risque élevé de fracture au cours de la prochaine année si un traitement n'est pas offert à ceux qui présentent un score T  $\leq$  moins 1,5.
  - L'efficacité du traitement de première ligne au moyen de bisphosphonates par rapport à la réduction des risques de fractures.
  - La possibilité d'une consultation, si nécessaire, avec un spécialiste dans le cadre du programme de recherche multidisciplinaire sur l'ostéoporose.

Il s'agit d'un modèle de type C (1i).

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

Les résultats six mois après la fracture sont illustrés au tableau 5. Les soins appropriés consistaient, par définition, à la prise d'un médicament contre l'ostéoporose ou, si le test de DMO était normal, à recevoir des conseils préventifs.

Tableau 5. Résultats six mois après la fracture

Résultats	Groupe témoin – Modèle sans i (%)	Intervention - Modèle à 1 i %
Discussion sur l'ostéoporose avec le médecin de famille	55	82 <sup>a</sup>
Test de DMO prévu ou effectué	21	57 <sup>b</sup>
Soins appropriés	26	45 <sup>c</sup>

a. P < 0,0001 par rapport au groupe témoin

b. P < 0,0001 par rapport au groupe témoin

c. P = 0,003 par rapport au groupe témoin

### Ontario : Hôpitaux communautaires, Grand Toronto

Une étude avant et après a été menée pour évaluer l'impact d'une simple intervention clinique sur le diagnostic et le traitement des patients se présentant à des cliniques de fracture communautaires dans la région du Grand Toronto<sup>17</sup>. Ce programme n'a pas été évalué dans le cadre d'un essai clinique randomisé avec un groupe témoin/soins courants concurrent. Le groupe témoin utilisé était un groupe témoin historique composé de patients des cliniques de fracture dans les six à neuf mois précédant l'intervention [modèle de type D (aucun i)]. Le groupe d'intervention a été déterminé par un coordonnateur de l'étude à partir des dossiers de

## 9 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

femmes et d'hommes âgés de plus de 40 ans de la clinique de fracture. Un chirurgien orthopédique s'est assuré que les patients se conformaient aux critères de l'étude. Pour les patients ne recevant aucune intervention ostéoporotique au moment de la survenue de la fracture, le chirurgien orthopédique les a informés des risques d'ostéoporose et de fractures subséquentes auxquels ils étaient exposés. On a encouragé les patients à discuter avec leur médecin de famille de la nécessité d'une investigation et d'un traitement d'une possible ostéoporose. Le chirurgien orthopédique a également donné au patient une lettre standard à l'attention du médecin de famille. Dans cette lettre, on soulignait le risque de fractures du patient et on y recommandait d'autres examens. Il s'agit d'un **modèle de type C (1i)**.

L'impact de l'intervention a été évalué au moyen d'une entrevue téléphonique qui s'est déroulée trois mois après la fracture. Les résultats sont illustrés au tableau 6.

**Tableau 6. Résultats trois mois après la fracture**

Résultats	(Historique) Soins courants Modèle sans i (%)	Intervention Modèle à 1i (%)
Suivi avec un médecin de famille <sup>a</sup>	50	65
Test de DMO demandé <sup>b</sup>	22	67
Test de DMO effectué <sup>c</sup>	92	82
Traitement ostéoporotique	16	17

a. Le patient a fait un suivi auprès d'un médecin d'une clinique non spécialisée dans les fractures (Nota : Parmi les patients qui ont fait un suivi auprès d'un médecin, plus de 90 %, dans les deux groupes, ont fait un suivi auprès de leur médecin de famille).

b. Parmi ceux qui ont fait un suivi auprès de leur médecin de famille.

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

c. Parmi ceux à qui l'on a prescrit un test de DMO.

Par conséquent, bien que l'intervention se soit traduite par un nombre accru de patients obtenant un suivi auprès de leur médecin de famille et la proportion doublée de patients à qui l'on a prescrit un test de DMO, il n'y avait **aucune différence** dans la proportion de patients à qui un traitement ostéoporotique a été recommandé.

### **Ontario : Unités de médecine familiale, Kingston et région du sud-est de l'Ontario**

Un essai randomisé en grappe a été mené pour évaluer une intervention à multiples facettes visant à améliorer le traitement de l'ostéoporose chez les femmes se présentant avec une fracture du poignet dans les services d'urgence des hôpitaux de la région du sud-est de l'Ontario<sup>18</sup>. Les unités de médecine familiale où pratiquaient les médecins de famille des patients avec fractures ont été réparties aléatoirement dans le groupe d'intervention ou le groupe témoin de la façon suivante :

- **Groupe témoin** : Aucune correspondance n'a été envoyée aux médecins de famille ou aux patients durant l'essai. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (aucun i)**. (À la fin de l'essai, tous les médecins de famille et les patients ont reçu la même lettre que les participants du groupe d'intervention. Cette méthode est connue sous le nom d'essai croisé. Il s'agit d'une bonne pratique clinique utilisée à la fin d'un essai clinique qui permet de maintenir le groupe témoin de patients - qui n'ont reçu aucune information en ce qui a trait à leur risque de fracture - qui recevront du matériel éducatif pour combler cette lacune).
- **Groupe d'intervention** : L'intervention visait le patient et le médecin de famille :
  - **Composante patient** : Une lettre a été envoyée aux femmes du groupe à deux

## **10 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS**

semaines et à deux mois. La lettre recommandait un suivi auprès du médecin de famille et comportait une liste de contrôle permettant à la femme de calculer avec son médecin son risque de fracture sur cinq ans ainsi qu'une brochure éducative sur l'ostéoporose.

- **Composant médecin de famille :** Le coordonnateur de l'étude a envoyé une lettre au médecin de famille à deux semaines et à deux mois. Cette lettre informait le médecin que son patient avait subi une fracture du poignet, mettait en évidence le lien avec l'ostéoporose et recommandait qu'une évaluation soit faite. Un outil éducatif ainsi qu'une copie de l'algorithme de traitement extrait des *Lignes directrices de pratique clinique d'Ostéoporose Canada* étaient également inclus.

Il s'agit d'un modèle de type C (1i).

Les résultats six mois après la fracture du poignet sont illustrés au tableau 7.

Tableau 7. Résultats six mois après la fracture du poignet

Résultats	Témoin Modèle sans i (%)	Intervention Modèle à 1i (%)
Conseils sur l'ostéoporose offerts par le médecin de famille	43	71 <sup>a</sup>
Test de DMO	26	54 <sup>b</sup>
Traitement ostéoporotique	10	28 <sup>c</sup>

a. P < 0,001 par rapport au groupe témoin

b. P < 0,0001 par rapport au groupe témoin

c. P = 0,002 par rapport au groupe témoin

Notons que, outre ces résultats, les scores de connaissance de l'ostéoporose ne différaient pas

grandement entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, comme il a également été noté ci-haut par les chercheurs de l'Alberta<sup>4</sup>. Les auteurs ont conclu qu'environ 40 % des femmes qui étaient admissibles au traitement n'en ont pas reçu. Il a également été noté que l'absence d'impact sur le niveau de connaissance des patients peut suggérer que l'éducation des patients ne joue pas un rôle significatif dans l'initiation des traitements de l'ostéoporose.

## Modèles de type D

### Québec

Un essai clinique randomisé basé sur une population a évalué au Québec l'impact de deux interventions éducatives sur les soins de l'ostéoporose post-fracture de six à huit mois suite à une fracture de fragilisation<sup>19</sup>. Les patientes avec fracture ont été réparties aléatoirement dans trois groupes : le groupe témoin, le groupe recevant de la documentation et le groupe recevant une vidéocassette et de la documentation :

- **Groupe témoin :** Aucune intervention. Il s'agit ici d'un modèle de type D (aucun i).
- **Groupe d'intervention recevant de la documentation :** Les femmes ont reçu par la poste de la documentation sur l'ostéoporose selon le dépliant d'Ostéoporose Canada et les *Lignes directrices de pratique clinique 2002* pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. Les participantes ont été invitées à remettre un sommaire des *Lignes directrices de pratique clinique 2002* à leur médecin de famille. De plus, les médecins de famille ont reçu une lettre expliquant les objectifs de l'étude Reconnaître l'ostéoporose et ses conséquences au Québec<sup>20</sup> ainsi qu'une invitation à considérer, le cas échéant, une investigation et un traitement. Il s'agit ici d'un modèle de type D (aucun i).

- **Groupe d'intervention recevant une vidéocassette et de la documentation** : Les femmes ont reçu de la documentation, comme pour le groupe précédent, ainsi qu'une vidéo éducative de 15 minutes sur l'ostéoporose. Il s'agit ici d'un **modèle de type D (aucun i)**.

Les résultats à environ 12 mois après la randomisation sont illustrés au tableau 8.

**Tableau 8. Soins post-fracture parmi les femmes 12 mois après la randomisation**

Résultats	Témoin Modèle sans i (%)	Groupe d'intervention recevant de la documentation Modèle sans i (%)	Groupe d'intervention recevant une vidéocassette et de la documentation Modèle sans i (%)
<b>Femmes sans diagnostic et traitement au moment de la randomisation</b>			
Diagnostic d'ostéoporose confirmé	12	15 <sup>a</sup>	16 <sup>b</sup>
Traitement ostéoporotique	8	12 <sup>c</sup>	11 <sup>d</sup>
<b>Femmes ne recevant pas de traitement au moment de la randomisation</b>			
Traitement de l'ostéoporose commencé	10	13 <sup>e</sup>	13 <sup>f</sup>

- a. P = 0,073 par rapport au groupe témoin  
 b. P = 0,036 par rapport au groupe témoin  
 c. P = 0,052 par rapport au groupe témoin  
 d. P = 0,157 par rapport au groupe témoin  
 e. P = 0,238 par rapport au groupe témoin  
 f. P = 0,107 par rapport au groupe témoin
- Pas statistiquement significatif

Les auteurs ont conclu que ces interventions éducatives ne permettent pas d'augmenter de façon significative le diagnostic ou le traitement de l'ostéoporose chez les femmes présentant une fracture récente.

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

## 12 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

## Références

1. GANDA, K., M. Puech, J.S. Chen et coll. *Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis*, *Osteoporos Int.*, février 2013, vol. 24, n° 2, p. 393-406.
2. SALE, J.E., D. Beaton, J. Posen, V. Elliot-Gibson, E. Bogoch. *Systematic review on interventions to improve osteoporosis investigation and treatment in fragility fracture patients*, *Osteoporos Int.*, juillet 2011; vol. 22, n° 7, p. 2067-2082.
3. MAJUMDAR, S.R., B. H. Rowe, D. Folk et coll. *A controlled trial to increase detection and treatment of osteoporosis in older patients with a wrist fracture*, *Ann Intern Med.*, 7 septembre 2004, vol. 141, n° 5, p. 366-373.
4. MAJUMDAR, S.R., J.A. Johnson, F.A. McAlister et coll. *Multifaceted intervention to improve diagnosis and treatment of osteoporosis in patients with recent wrist fracture: a randomized controlled trial*, *CMAJ*, 26 févr. 2008, vol. 178, n° 5, p. 569-575.
5. LEMS, W.F. *Clinical relevance of vertebral fractures*, *Ann Rheum Dis.*, janvier 2007, vol. 66, n° 1, p. 2-4.
6. COOPER, C., E.J. Atkinson, W.M. O'Fallon, L.J. Melton. *3rd. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989*, *J Bone Miner Res.*, février 1992, vol. 7, n° 2, p. 221-227.
7. DELMAS, P.D., L. van de Langerijt, N.B. Watts et coll. *Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study*, *J Bone Miner Res.*, avril 2005, vol. 20, n° 4, p. 557-563.
8. SCHOUSBOE, J.T., T. Vokes, S.B. Broy et coll. *Vertebral Fracture Assessment: the 2007 ISCD Official Positions*, *J Clin Densitom.*, janv-mars 2008, vol. 11, n° 1, p. 92-108.
9. LENTLE, B.C., J.P. Brown, A. Khan et coll. *Recognizing and reporting vertebral fractures: reducing the risk of future osteoporotic fractures*, *Can Assoc Radiol J.*, fév. 2007, vol. 58, n° 1, p. 27-36.
10. ENSRUD, K.E., J.T. Schousboe. *Clinical practice. Vertebral fractures*, *N Engl J Med.*, 28 avril 2011, vol. 364, n° 17, p. 1634-1642.
11. MAJUMDAR, S.R., F.A. McAlister, J.A. Johnson et coll. *Interventions to increase osteoporosis treatment in patients with 'incidentally' detected vertebral fractures*, *Am J Med.*, sept. 2012, vol. 125, n° 9, p. 929-936.
12. MAJUMDAR, S.R., D.A. Lier, F.A. McAlister et coll. *Cost-effectiveness of osteoporosis interventions for 'incidental' vertebral fractures*, *Am J Med.*, fév. 2013, vol. 126, n° 2, p. 169 e169-117.
13. LESLIE, W.D., L. LaBine, P. Klassen, D. Dreilich, P.A. Caetano. *Closing the gap in postfracture care at the population level: a randomized controlled trial*, *CMAJ*, 21 février 2012, vol. 184, n° 3, p. 290-296.
14. MAJUMDAR, S.R., D.A. Lier, W.D. Leslie. *Cost-effectiveness of two inexpensive postfracture osteoporosis interventions: results of a randomized trial*, *J Clin Endocrinol Metab.*, mai 2013, vol. 98, n° 5, p. 1991-2000.
15. JAGLAL, S.B., O.S. Donescu, V. Bansod et coll. *Impact of a centralized osteoporosis coordinator on post-fracture osteoporosis management: a cluster randomized trial*, *Osteoporos Int.*, janvier 2012, vol. 23, n° 1, p. 87-95.
16. DICKSON L., C. Cameron, G. Hawker et coll. *Development of a multidisciplinary osteoporosis telehealth program*, *Telemed J E Health*, juin 2008, vol. 14, n° 5, p. 473-478.
17. HAWKER, G., R. Ridout, M. Ricupero, S. Jaglal, E. Bogoch. *The impact of a simple fracture clinic intervention in improving the diagnosis and treatment of osteoporosis in fragility fracture patients*, *Osteoporos Int.*, avril 2003, vol. 14, n° 2, p. 171-178.
18. CRANNEY, A., M. Lam, L. Ruhland et coll. *A multifaceted intervention to improve treatment of osteoporosis in postmenopausal women with wrist fractures: a cluster randomized trial*, *Osteoporos Int.*, déc. 2008, vol. 19, n° 12, p. 1733-1740.
19. BESSETTE, L., K.S. Davison, S. Jean, S. Roy, L.G. Ste-Marie, J.P. Brown. *The impact of two educational interventions on osteoporosis diagnosis and treatment after fragility fracture: a population-based randomized controlled trial*, *Osteoporos Int.*, déc. 2011, vol. 22, n° 12, p. 2963-2972.
20. BESSETTE, L., L.G. Ste-Marie, S. Jean et coll. *Recognizing osteoporosis and its consequences in Quebec (ROCQ): background, rationale, and methods of an anti-fracture patient health-management programme*, *Contemp Clin Trials*, mars 2008, vol. 29, n° 2, p. 194-210.

Annexe D, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à [osteoporosis.ca/FLS](http://osteoporosis.ca/FLS).

## 13 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS