

OSTÉOPOROSE



Rapport d'Ostéoporose Canada sur le premier audit national de FLS : assurer l'amélioration des FLS au Canada



Septembre 2018

Table des matières

Sommaire	3
Préambule	5
Méthodologie	5
Taux de participation à l'audit	6
Leçons importantes tirées de ce premier audit national de FLS.....	7
Résultats d'audit de FLS	8
Statu quo	8
Aperçu	8
Résultats selon le type de FLS.....	9
Obstacles à la réussite auxquels se heurtent souvent les FLS	10
Prochaines étapes.....	14
Références.....	15
Annexe A : Plan d'action ontarien contre l'ostéoporose (PAOO) – Programme de dépistage et de prévention des fractures (PDPF)	17

Sommaire

Contexte

Le principal objectif de tout service de liaison pour fractures (Fracture Liaison Service - FLS) est de combler l'immense écart thérapeutique dans les soins post-fracture et de veiller à ce que tous les patients ayant subi une fracture de fragilité reçoivent les soins ostéoporotiques dont ils ont besoin pour prévenir d'autres fractures.

Malgré la mise en place de processus internes méticuleux, les FLS font face à de nombreux obstacles extérieurs et de nombreux patients sont malencontreusement « laissés pour compte ». Il est donc indispensable que le FLS se dote d'un programme rigoureux d'amélioration de la qualité afin d'optimiser les résultats pour les patients.

En 2017, Ostéoporose Canada (OC) a publié la toute première itération de ses indicateurs de performance clés à l'intention des FLS¹. Les indicateurs fondamentaux jugés absolument essentiels comprennent :

- **Premier « i »** : Identification
 - Parmi les patients qui se présentent à un type précis de FLS (FLS pour patients hospitalisés, FLS pour patients externes ou FLS combinés pour patients hospitalisés et externes), la proportion de patients présentant une fracture de fragilité que le FLS a identifiée ou saisie.
- **Second « i »** : Investigation
 - La proportion de patients du FLS chez qui l'on a procédé à une première évaluation du risque de fracture dans les trois mois suivant l'inscription.
- **Troisième « i »** : Initiation du traitement
 - Parmi les patients du FLS considérés comme à haut risque, la proportion qui a entamé un traitement efficace contre l'ostéoporose dans les six mois suivant l'inscription.



Résultats d'audit

Le présent rapport fournit un aperçu des résultats du premier audit national de FLS mené par OC pour la cohorte de patients inscrits dans les FLS canadiens entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2017. Le programme d'amélioration continue de la qualité du Plan d'action ontarien contre l'ostéoporose (PAOO) est fourni séparément à l'annexe A.

L'immense écart thérapeutique post-fracture a été clairement démontré dans de nombreuses régions canadiennes²⁻⁴. Sans FLS, moins de 25 % des patients présentant une fracture de fragilité recevront un diagnostic d'ostéoporose et/ou seront traités pour leur ostéoporose sous-jacente.

Les résultats de ce premier audit national de FLS démontrent l'amélioration des soins ostéoporotiques que reçoivent les patients pris en charge par un FLS :

- **Premier « i »** : Identification
 - 57 % des patients ayant subi une fracture qui se présentent au service approprié (patients hospitalisés seulement, patients externes seulement ou les deux, selon le FLS) sont inscrits au FLS.
- **Second « i »** : Investigation
 - 89 % des patients ont subi, dans les trois mois suivant leur inscription, les investigations nécessaires pour déterminer leur niveau de risque de fracture, ce qui aide à déterminer les besoins du patient en matière de traitement médicamenteux contre l'ostéoporose.
- **Troisième « i »** : Initiation du traitement
 - Parmi les patients à haut risque (ceux qui ont besoin d'un traitement), 49 % ont entamé un traitement médicamenteux de première intention contre l'ostéoporose dans les six mois suivant leur inscription au FLS.

Ces résultats démontrent l'impact très positif des FLS canadiens sur la vie des patients présentant une fracture de fragilité. En améliorant la qualité des soins ostéoporotiques de façon significative, les FLS aident à prévenir les nouvelles fractures, à réduire les souffrances de ces patients et à accroître leur indépendance.



1. Planifier
2. Exécuter
3. Étudier
4. Agir

Comme on s'y attendait, les résultats de l'audit national révèlent également qu'il y a place à l'amélioration pour tous les FLS. La capacité d'examiner ces résultats et de les comparer avec le rendement de FLS canadiens similaires constituera un atout précieux pour tout FLS qui applique une culture de réflexion constante et d'amélioration continue de la qualité.

Les FLS ayant participé à l'audit ont reçu leur rapport individuel qui contient les détails de leur rendement pour les trois « i » ainsi qu'une comparaison avec des FLS canadiens similaires. Grâce à ces renseignements, ils seront en mesure de réviser leurs résultats, de déterminer leurs forces et leurs faiblesses et de préparer un plan d'amélioration.

On prévoit que d'ici à ce qu'OC procède au second audit national de FLS (prévu en 2019-2020), les FLS parviendront à démontrer des résultats encore meilleurs pour les patients.

Faire de leur PREMIÈRE fracture la DERNIÈRE!

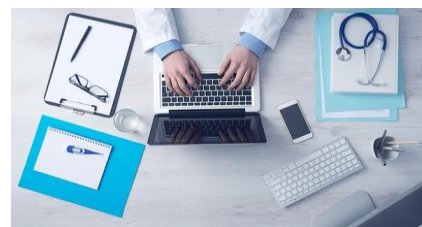
Préambule

Comme il a été promis lors de la publication du document intitulé *Indicateurs clés à l'intention des FLS canadiens : établir les bases d'une pratique réfléchie et d'une démarche d'amélioration pour tous les FLS*¹, Ostéoporose Canada a procédé au premier audit national de FLS jamais effectué au pays.

OC a recueilli des données de FLS canadiens qui aideront à établir les bases de la prestation de soins de qualité dans les FLS du pays. Ces connaissances aideront OC à cerner les obstacles auxquels les FLS sont souvent confrontés et, nous l'espérons, permettront de les éliminer, si possible.

Plus important encore, cet audit de FLS représente une occasion pour les FLS de comparer leur rendement à celui de FLS canadiens similaires (FLS pour patients hospitalisés, FLS pour patients externes, FLS combinés pour patients hospitalisés et externes) à partir des mêmes indicateurs. L'évaluation du rendement est un exercice essentiel à la détermination des forces et des faiblesses pertinentes d'un FLS.

Seulement, les FLS sont encore très rares au pays. Le Canada compte des centaines d'hôpitaux offrant des soins orthopédiques et de traitement des fractures, mais on ne comptait que 45 FLS au pays au moment de l'audit. La vaste majorité des Canadiens qui subissent une fracture de fragilité n'a toujours pas accès à un FLS!



Méthodologie

Nous avons demandé aux FLS de fournir des données qualitatives et quantitatives pour la cohorte de patients inscrits au FLS entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2017, avec une période de suivi de six mois à compter de la date d'inscription au FLS (jusqu'à la fin de mars 2018 pour les patients de la cohorte inscrits à la fin de septembre 2017).

Ce premier audit national de FLS se limitait à une évaluation des indicateurs fondamentaux de FLS tel qu'ils sont définis dans le document *Indicateurs clés à l'intention des FLS canadiens : établir les bases d'une pratique réfléchie et d'une démarche d'amélioration pour tous les FLS*¹. Les indicateurs fondamentaux de FLS mettent l'accent sur les fonctions principales d'un FLS : identification, investigation et initiation d'un traitement contre l'ostéoporose.

La limite de cet audit est que les données fournies sont des données autodéclarées par les FLS plutôt que des données recueillies directement auprès des patients. OC n'est pas en mesure de vérifier l'exactitude des données soumises.

Taux de participation à l'audit

La participation à cet audit était volontaire, et nous apprécions au plus haut point le travail assidu accompli par les nombreux professionnels de la santé et administrateurs qui ont contribué à cet exercice.

Au moment de l'audit, nous avons dénombré 45 FLS dans le répertoire de FLS d'OC⁵, dont 30 faisaient partie du Programme de dépistage et de prévention des fractures du Plan d'action ontarien contre l'ostéoporose (PAOO) et 15 qui n'en faisaient pas partie. Les responsables du Programme de dépistage et de prévention des fractures du PAOO mènent un vaste programme de FLS depuis 2007, accueillant environ 8 000 personnes par année dans 36 hôpitaux. Le programme gère son propre programme d'amélioration continue de la qualité. Vous en trouverez le rapport à l'annexe A.

Parmi les 15 FLS admissibles qui ne relèvent pas du PAOO :

- onze FLS ont fourni des données d'audit complètes;
- un FLS a fourni des données d'audit partielles. Ce FLS était sans coordonnateur de FLS pour une bonne partie de la période de suivi de la cohorte d'audit et n'était pas en mesure de fournir les données de suivi pour le troisième « i »;
- les données sur les patients de deux FLS sont intégrées aux dossiers médicaux électroniques (DME) de l'hôpital. Malheureusement, les deux sont en cours d'une importante fusion et il est impossible d'accéder aux DME en ce moment. Ces deux FLS n'ont pu fournir à OC que des données qualitatives;
- un FLS n'a fourni aucune donnée.

Dans le corps du présent document, nous faisons rapport des résultats des 12 FLS nous ayant fourni des données quantitatives. Cela représente un taux de participation de 80 % dans le groupe des FLS qui ne relèvent pas du PAOO.



Leçons importantes tirées de ce premier audit national de FLS

Même si l'objectif premier de l'audit était d'aider les FLS à évaluer leur propre efficacité, il s'agissait aussi d'un premier test pour les nouveaux indicateurs clés de FLS d'OC qui ont été lancés à l'automne 2017 par le comité d'audit de FLS.

Le comité d'audit de FLS d'OC a étudié les résultats de l'audit avec grand intérêt. Quelques problèmes ont été soulevés, lesquels pourraient avoir involontairement abaissé les résultats de certains FLS :

- Il semblait raisonnable d'allouer trois mois pour effectuer le test de DMO, puis une autre période de trois mois pour permettre au fournisseur de soins de santé primaire d'initier le traitement contre l'ostéoporose. Les délais pour les indicateurs du second et du troisième « i » ont donc été fixés à 3 mois et à 6 mois, respectivement. Malheureusement, cela a créé une situation où un patient qui a effectué un test de DMO à 4 mois s'est vu disqualifié de cet audit, même si son traitement a été initié cinq mois après la fracture. Ce problème sera résolu au moment de la prochaine itération des indicateurs de FLS qui sera bientôt publiée : le délai sera fixé à 6 mois pour le second et le troisième « i ». Entre-temps, les FLS ont fourni des données qui sont conformes aux indicateurs définis dans la version 2017 des indicateurs de FLS d'OC¹, et les résultats contenus dans le présent rapport peuvent désavantager les FLS où la période d'attente pour un test de DMO est plus longue.
- Conformément à d'autres pays qui effectuent un suivi du rendement des FLS, OC a estimé le dénominateur du premier « i » (le nombre total de fractures de fragilité probables) basé sur le nombre de fractures de la hanche signalées par l'hôpital (fractures de la hanche X 1,2 pour les FLS pour patients hospitalisés seulement; X 2,2 pour les FLS pour patients externes seulement; X 3,2 pour les FLS combinés pour patients hospitalisés et externes). Les multiplicateurs découlent d'un examen de la proportion relative de fractures du poignet, de l'épaule, du bassin et de la colonne vertébrale dans les services de soins orthopédiques par rapport aux fractures de la hanche. Aucun ajustement n'a été fait pour tenir compte des différents taux de fractures liées à des traumatismes plus graves qui sont observés dans les différents types de fracture. Les fractures de la hanche (~90 % sont des fractures de fragilité*) constituent le type de fracture le plus souvent observé dans les FLS pour patients hospitalisés seulement, alors que dans les FLS ayant une composante pour patients externes, ce sont les fractures du poignet (seulement ~75 % sont des fractures de fragilité*) qui sont les plus fréquentes. Les indicateurs actuels défavoriseront les FLS ayant une composante pour patients externes. OC réfléchira à des solutions d'amélioration pour cet indicateur lors de la prochaine itération.

Tous les FLS devront porter une attention particulière à leurs résultats afin de déterminer leurs forces et leurs faiblesses individuelles. TOUS les FLS constateront qu'il y a place à l'amélioration.

Il ne faut pas oublier que si certains indicateurs semblent faibles pour un FLS donné, cela est peut-être en raison de circonstances externes qui sont probablement hors du contrôle du FLS. Veuillez consulter la section intitulée « Obstacles à la réussite auxquels se heurtent souvent les FLS » plus bas dans ce document.

* Selon des données non publiées provenant de certains FLS canadiens

Résultats d'audit de FLS

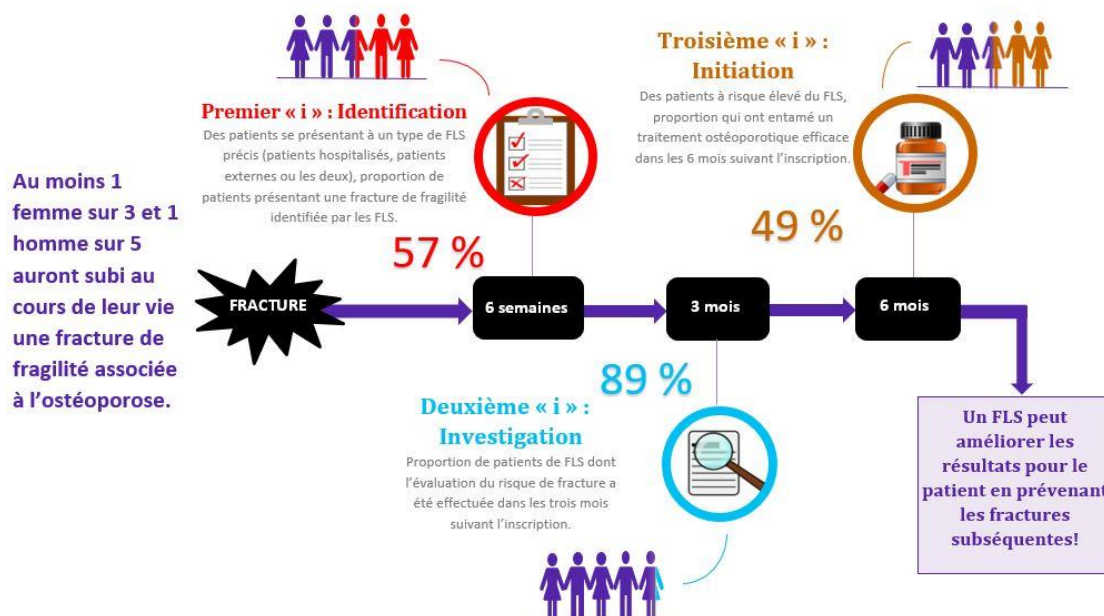
Statu quo : l'histoire naturelle des fractures de fragilité sans un FLS

Après la première fracture de fragilité, le risque d'une fracture subséquente est pratiquement doublé et toute nouvelle fracture risque de se produire au cours des deux années suivantes^{6,7}. Le risque d'une autre fracture est plus élevé et imminent. Dès la survenue de la première fracture, le temps presse, et un traitement médicamenteux efficace doit être entamé rapidement si l'on veut réduire le risque d'une autre fracture.

Malheureusement, moins de 20 % des Canadiens présentant une fracture de fragilité reçoivent les soins ostéoporotiques dont ils ont besoin pour prévenir la prochaine fracture²⁻⁴.

De nombreuses interventions ont été mises à l'essai, mais seuls les FLS ont été en mesure de démontrer une diminution très importante de l'écart thérapeutique post-fracture⁸⁻¹⁵, de l'incidence de fractures subséquentes^{9,16-18}, de la mortalité¹⁷ ainsi que de l'utilisation ou des coûts des ressources de soins de santé^{9,14,18-23}. La plupart des Canadiens qui subissent une fracture n'ont pas accès à un FLS.

Aperçu des résultats (combinant tous les FLS ne relevant pas de la Stratégie de l'Ontario en matière d'ostéoporose)



Résultats selon le type de FLS

Dans le tableau ci-dessous, nous avons divisé les résultats selon le type de FLS. Étant donné que l'audit ne comptait qu'un seul FLS pour patients externes seulement, nous avons supprimé les résultats de celui-ci à des fins de confidentialité.

Veillez prendre note que, pour l'indicateur du premier « i », tel qu'il est défini par les indicateurs de FLS d'OC de 2017, nous nous attendons à ce que les résultats des FLS ayant une composante pour patients externes seulement soient moins élevés en raison, en bonne partie, de ce qui suit :

- Il est beaucoup plus facile de repérer les patients hospitalisés pour une fracture de la hanche que de repérer des patients se présentant pour une fracture autre que de la hanche dans une unité de soins orthopédiques très achalandée.
- La proportion de cas de fractures autres que de fragilité est beaucoup plus élevée parmi les cas de fractures autres que de la hanche (p. ex. environ 25 % de fractures du poignet) comparativement aux fractures de la hanche (environ 10 %). Les FLS ne reçoivent que les patients présentant une fracture de fragilité.

Indicateurs de performance clés §	FLS pour patients hospitalisés : médiane nationale (portée)	FLS combinés pour patients hospitalisés et externes : médiane nationale (portée)
Premier « i » : identification	68 % (54-75 %)	54 % (36-87 %)
Deuxième « i » : investigation	100 %* (S.O.)	83 % (63-97 %)
Troisième « i » : initiation ou poursuite du traitement (pour les patients à haut risque)	46 % (24-86 %)	50 % (50-76 %)

§ Pour les définitions des indicateurs de FLS, veuillez vous reporter au document intitulé *Indicateurs clés 2017 à l'intention des FLS canadiens : établir les bases d'une pratique réfléchie et d'une démarche d'amélioration pour tous les FLS* (<http://fls.osteoporosis.ca/fr/key-indicators-for-canadian-fls/>).

* Les FLS comme ceux-ci qui ne traitent que les fractures de la hanche devraient atteindre 100 % pour cet indicateur étant donné qu'une fracture de fragilité de la hanche est automatiquement considérée à HAUT RISQUE selon les Lignes directrices de pratique clinique d'OC, peu importe les résultats de DMO (densité minérale osseuse).

Obstacles à la réussite auxquels se heurtent souvent les FLS

En mai 2018, OC a réuni les coordonnateurs de FLS des quatre coins du pays pour un exercice visant à cerner les obstacles à la réussite auxquels ils se heurtent souvent en matière de prise en charge des fractures de fragilité dans un contexte de FLS.

On peut classer les obstacles à la réussite comme suit :

- Internes : limitations inhérentes à des problèmes propres au FLS (p. ex. critères d'inclusion ou d'exclusion du FLS, algorithmes, processus, etc.)
- Externes : limitations inhérentes à des problèmes en dehors du contrôle du FLS (p. ex. accès limité aux tests de densité minérale osseuse (DMO), accès limité à des médicaments efficaces contre l'ostéoporose au sein du régime provincial d'assurance-maladie, etc.)

On dénombre aussi de nombreux obstacles spécifiques à l'un des trois principaux objectifs du FLS : identification, investigation en vue de déterminer le risque de fracture et initiation d'un traitement médicamenteux efficace contre l'ostéoporose chez les patients jugés à risque élevé (se reporter au tableau 1). Les coordonnateurs de FLS canadiens confirment que l'un de leurs plus grands défis est de convaincre les patients et/ou leurs fournisseurs de soins de santé que le recours aux médicaments contre l'ostéoporose est nécessaire et sûr. Malheureusement, cette situation est la conséquence d'une couverture médiatique répétée sur des effets secondaires très rares causés par les médicaments contre l'ostéoporose, tels que des fractures fémorales atypiques ou l'ostéonécrose de la mâchoire.

Certains obstacles majeurs auront de vastes répercussions négatives sur les résultats pour le patient. Le manque de ressources est le plus fréquent d'entre eux. Il est presque la norme pour les FLS canadiens de devoir fonctionner avec moins que le nombre minimal de ressources requises pour offrir des soins optimaux aux patients souffrant de fracture. Il ne reste aucun autre choix que de laisser certains patients pour compte. Une telle situation aura invariablement un effet négatif sur l'un ou sur plusieurs des indicateurs de ce FLS.

Les problèmes de langue et de traduction peuvent aussi représenter des défis majeurs pour un FLS; ils peuvent même s'avérer un problème plus important pour les hôpitaux situés dans des régions comptant une grande population multiethnique. Il est difficile d'expliquer les concepts de fragilité, de risque de fractures futurs, ainsi que les avantages et les risques liés au traitement ostéoporotique, même lorsque l'on a affaire à des patients anglophones ou francophones. Il est extrêmement difficile d'être en mesure de communiquer de tels concepts de manière efficace lorsque le coordonnateur de FLS et le patient ne parlent pas la même langue.

L'impact du manque de ressources :

Au Canada, bon nombre de FLS sont aux prises avec un manque de ressources. L'exemple le plus courant est le nombre insuffisant d'heures de travail ou d'équivalents temps plein (ETP) alloués au poste de coordonnateur de FLS. Dans ces FLS, des décisions très difficiles doivent être prises parce qu'il n'y a pas suffisamment de ressources pour prendre en charge de manière optimale tous les patients présentant des fractures de fragilité. Hélas, la question à laquelle ils doivent souvent répondre est « Quels patients devons-nous laisser pour compte? ».

Un coordonnateur de FLS travaillant à mi-temps dans un hôpital où le service de soins orthopédiques est achalandé et en opération cinq jours par semaine n'aura pas d'autre choix que de laisser pour compte tous les patients du jeudi, du vendredi et de la moitié du mercredi!

Il est important pour tous les FLS de cerner leurs obstacles internes et externes, car ils sont la clé qui les aidera à trouver des solutions et à garantir à leurs patients des résultats satisfaisants. De nombreux obstacles seront d'origine externe et seront complètement en dehors du contrôle du FLS. Cependant, le personnel du FLS peut souvent avoir une influence très positive sur les améliorations requises dans le système de santé. Avoir sous la main des données précises, objectives et pertinentes est essentiel lorsque l'occasion de relever le défi des obstacles externes se présente. Dans un environnement axé sur le patient, la santé, la qualité de vie et la sécurité du patient revêtiront une importance cruciale pour tous, y compris les professionnels de la santé et les administrateurs qui ne travaillent pas pour le FLS.

TABLEAU 1 : Exemples d'obstacles intrinsèques et extrinsèques

	Obstacles intrinsèques	Obstacles extrinsèques
Premier « i »	<ul style="list-style-type: none"> • Les critères d'inclusion du FLS sont trop restrictifs et/ou le FLS impose un trop grand nombre de critères d'exclusion (plus le nombre de critères d'exclusion est élevé, plus le nombre de patients « laissés pour compte » sera grand). • Le FLS ne propose pas une évaluation au point de service; le patient doit donc revenir à l'hôpital ou à la clinique communautaire pour un autre rendez-vous, distinct de ceux déjà prévus pour les soins orthopédiques dont il a besoin. • Un processus d'identification s'effectuant dans un contexte à portée limitée pour les patients présentant une fracture (p. ex. l'identification des patients présentant une fracture de fragilité qui est effectuée uniquement à l'unité de réhabilitation « laisserait pour compte » tous les patients présentant une fracture qui n'ont pas besoin d'un transfert à cette unité). • Le FLS passe à côté des patients qui sont admis à des unités de soins non chirurgicaux ou non orthopédiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de financement du FLS (p. ex. le FLS a besoin d'un coordonnateur de FLS à temps plein, mais le financement reçu ne couvre qu'un poste à temps partiel). • Manque de collaboration de la part des intervenants externes clés (p. ex. les rares chirurgiens orthopédiques qui n'accueillent peut-être pas favorablement un coordonnateur de FLS dans leur milieu de travail). • Difficulté à obtenir des renseignements et/ou le consentement de la part de patients qui souffrent de troubles cognitifs ou de démence. • Difficulté à obtenir des renseignements ou le consentement de la part de patients qui ne parlent ni anglais ni français. • Les patients hospitalisés pour une fracture sont mal codés et passent à côté du FLS. • Le coordonnateur de FLS n'est pas remplacé pendant les périodes de vacances ou les congés de maladie. • Problèmes de langue ou de traduction.
Deuxième « i »	<ul style="list-style-type: none"> • Le FLS ne peut pas procéder à la détermination du facteur de risque chez les patients qui ne peuvent se présenter à un rendez-vous pour mesurer la densité minérale osseuse (DMO) ou chez les patients pour qui la DMO du col du fémur n'est pas mesurable (p. ex. les arthroplasties bilatérales de la hanche). Cette situation touche les FLS qui utilisent l'outil CAROC comme outil de détermination du risque de fracture. L'outil FRAX est plus souple, permettant de déterminer le risque de fracture sans DMO, si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient refuse le test de DMO. • Le patient est incapable de comprendre l'importance du test de DMO en raison de problèmes liés à la langue. • Accès limité à l'appareil de densité minérale osseuse (DMO) (soit en raison de la distance géographique ou de longues périodes d'attente). • Le risque de fracture établi dans le rapport de DMO ne concorde pas avec le résultat de la détermination approfondie effectuée par le FLS. • Incapacité à offrir le test de DMO au point de service. • Dénî, de la part du patient, de la nature « fragile » de sa fracture; la plupart des patients sont convaincus que la fracture est survenue parce qu'ils sont tombés durement. • Incapacité d'effectuer un suivi avec les patients souffrant de troubles cognitifs ou de démence. • Problèmes de langue ou de traduction.

	Obstacles intrinsèques	Obstacles extrinsèques
Troisième « i »	<ul style="list-style-type: none"> Le FLS n'a qu'une interaction avec les patients présentant une fracture, ou très peu d'interactions (il faut en général plus d'une interaction pour permettre au coordonnateur de FLS d'éduquer et de rassurer les patients sur l'importance des médicaments contre l'ostéoporose et leur sécurité). Inversement, le FLS exige que les patients se présentent en personne à un trop grand nombre de visites ailleurs qu'au point de service (des patients pourraient dans un tel cas choisir de ne pas se présenter et seront perdus au suivi). Les coordonnées sur les patients que le FLS recueille sont limitées, et il peut s'avérer impossible d'entrer en communication avec eux pour un suivi s'ils déménagent (p. ex. s'ils passent quelques mois avec un proche pendant la convalescence ou qu'ils déménagent de façon permanente dans un établissement de soins de longue durée). Les patients obtiennent rapidement leur congé du service d'orthopédie de l'hôpital, et le FLS est incapable de faire un suivi avec les patients ou leur fournisseur de soins de première ligne afin de recommander qu'un traitement soit initié. 	<ul style="list-style-type: none"> Déni, de la part du patient, de la fracture de fragilité; la plupart des patients sont convaincus que la fracture est survenue parce qu'ils sont tombés durement et que, par conséquent, ils n'ont pas besoin de traitement contre l'ostéoporose. Des peurs exagérées, alimentées par les médias, des risques très rares associés aux médicaments ostéoporotiques, p. ex. fractures fémorales atypiques et ostéonécrose de la mâchoire, amènent les patients et leurs proches à craindre les médicaments contre l'ostéoporose. Certains médecins de famille et autres fournisseurs de soins de santé (p. ex. chirurgiens orthopédiques, gériatres, dentistes, pharmaciens, etc.) les déconseillent à leurs patients. On dénote des croyances mal informées de la part de certains fournisseurs de soins de première ligne, de membres de la famille et de patients eux-mêmes selon lesquelles les médicaments efficaces contre l'ostéoporose sont déconseillés pour les patients âgés; de plus, il subsiste des croyances obsolètes selon lesquelles il faut beaucoup de temps (de 5 à 10 ans) aux médicaments contre l'ostéoporose pour réduire de manière efficace le risque de fracture. Certains médecins de famille n'entreprendront pas de traitement médicamenteux contre l'ostéoporose pour tout patient souffrant de démence ou de troubles cognitifs et/ou pour des résidents d'établissement de soins de longue durée, malgré le fait que ces patients présentent le plus grand risque de fracture répétée et imminente et qu'ils sont ceux qui ont le plus besoin d'un traitement ostéoporotique. Des fournisseurs de soins de première ligne mal informés peuvent croire qu'il est toujours préférable d'interrompre le traitement ostéoporotique après cinq ans, aussi élevé que soit le niveau de risque de fracture imminente du patient. Accès limité à des médicaments efficaces contre l'ostéoporose dans le cadre du régime public d'assurance-maladie de la province. Accès limité aux cliniques de perfusion pour administrer certains des médicaments ostéoporotiques efficaces. Incapacité d'effectuer un suivi avec les patients souffrant de troubles cognitifs ou de démence. Incapacité d'effectuer un suivi avec les patients qui parlent une langue étrangère ou de leur fournir des renseignements. La plupart des médicaments contre l'ostéoporose sont contre-indiqués pour certains sous-groupes de patients (p. ex. les patients en dialyse rénale). Manque de financement du FLS, ce qui peut se traduire par une incapacité de faire suffisamment de suivis avec les patients du FLS pour mesurer l'indicateur de rendement clé du troisième « i ». Problèmes de langue ou de traduction.

Prochaines étapes

Il convient de féliciter les FLS canadiens pour leur intérêt à offrir des soins ostéoporotiques de qualité aux patients présentant des fractures de fragilité. Le fort taux de participation à cet audit **volontaire** témoigne de leur engagement.

Les équipes de FLS locales repasseront leurs résultats afin de cerner les points à améliorer et seront ainsi mieux outillées pour repérer les obstacles et mettre en place des solutions visant à améliorer les résultats pour les patients. Les résultats du rapport confidentiel sur l'état des indicateurs de performance clés (IPC) de leur FLS les aideront à élaborer un plan d'amélioration de la qualité afin d'aider leur FLS à atteindre son plein potentiel. Cet exercice dans son ensemble aidera les FLS à devenir plus efficaces et plus efficaces.

OC prévoit procéder à un deuxième audit national de FLS en 2019-2020, lequel pourrait apporter des signes d'amélioration progressive de nombreux FLS.

Enfin, nous tenons à souligner que les soins de qualité mis de l'avant dans ce rapport se limitent aux patients évalués et pris en charge par un FLS. Il y a des centaines d'hôpitaux canadiens qui offrent des soins orthopédiques pour les fractures. Or, avec seulement 47 FLS inscrits au répertoire de FLS d'OC en date du 1^{er} septembre 2018, on doit constater que la vaste majorité des patients présentant une fracture de fragilité au Canada n'a toujours pas accès à ce modèle de soins éprouvé. Sans FLS, il est bien établi que 80 % des patients présentant une fracture de fragilité ne recevront pas les soins ostéoporotiques dont ils ont besoin pour prévenir la prochaine fracture. Le Canada a besoin de nombreux autres FLS pour répondre aux besoins des Canadiens!

Faire de leur PREMIÈRE fracture la DERNIÈRE!

Références

1. OSTÉOPOROSE CANADA. *Indicateurs clés à l'intention des FLS canadiens*. <http://fls.osteoporosis.ca/fr/key-indicators-for-canadian-flss/>. Consulté le 8 août 2018.
2. BESSETTE, L., L.G. Ste-Marie, S. Jean et coll. *The care gap in diagnosis and treatment of women with a fragility fracture*. *Osteoporos Int.* 2008; vol. 19, n° 1, p. 79-86.
3. LESLIE, W.D., L.M. Giangregorio, M. Yogendran et coll. *A population-based analysis of the post-fracture care gap 1996-2008: The situation is not improving*. *Osteoporos Int.*, 2012; vol. 23, n° 5, p. 1623-1629.
4. JEAN, S., P. Gamache, J.P. Brown et coll. *Temporal trends analysis of post-fracture management: a population-based study*, p. 2002-2014. *J Bone Min Res.*, 2016; vol. 31, suppl. 1.
5. OSTÉOPOROSE CANADA. Répertoire de FLS. Carrefour FLS. <http://fls.osteoporosis.ca/fr/le-repertoire-des-fls-dosteoporose-canada/>. Publié en 2017. Consulté le 7 août 2018.
6. KANIS, J.A., O. Johnell, C. De Laet et coll. *A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk*. *Bone*, 2004, vol. 35, n° 2, p. 375-382.
7. HUNTJENS, K.M.B., S. Kosar, T.A.C.M. Van Geel et coll. *Risk of subsequent fracture and mortality within 5 years after a non-vertebral fracture*. *Osteoporos Int.*, 2010, vol. 21, n° 12, p. 2075-2082.
8. SALE, J.E.M., 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.*, 2011; vol. 22, n° 7, p. 2067-2082.
9. 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.*, 2013, vol. 24, n° 2, p. 393-406.
10. BOGOCH, E.R., V. Elliot-Gibson, D.E. Beaton, S.A. Jamal, R.G. Josse, T.M. Murray. *Effective initiation of osteoporosis diagnosis and treatment for patients with a fragility fracture in an orthopaedic environment*. *J Bone Jt Surg - Ser A.*, 2006, vol. 88, n° 1, p. 25-34.
11. MAJUMDAR, S.R., L.A. Beaupre, C.H. Harley et coll. *Use of a case manager to improve osteoporosis treatment after hip fracture: results of a randomized controlled trial*. *Arch Intern Med.*, 2007, vol. 167, n° 19, p. 2110-2115.
12. MAJUMDAR, S.R., J.A. Johnson, D. Bellerose et coll. *Nurse case-manager vs multifaceted intervention to improve quality of osteoporosis care after wrist fracture: Randomized controlled pilot study*. *Osteoporos Int.*, 2011, vol. 22, n° 1, p. 223-230.

13. MCLELLAN, A.R., S.J. Gallacher, M. Fraser, C. McQuillan. *The fracture liaison service: Success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture. Osteoporos Int.*, 2003, vol.14, n° 12, p. 1028-1034.
14. DELL, R., D. Greene, S.R. Schelkun, K. Williams. *Osteoporosis Disease Management: The Role of the Orthopaedic Surgeon. J Bone Jt Surg Am.*, 2008, vol. 90 (suppl. 4), p. 188-194.
15. BOUDOU, L., B. Gerbay, F. Chopin, E. Ollagnier, P. Collet, T. Thomas. *Management of osteoporosis in fracture liaison service associated with long-term adherence to treatment. Osteoporos Int.*, 2011, vol. 22, n° 7, p. 2099-2106.
16. LIH, A., H. Nandapalan, M. Kim et coll. *Targeted intervention reduces refracture rates in patients with incident non-vertebral osteoporotic fractures: A 4-year prospective controlled study. Osteoporos Int.*, 2011, vol. 22 n° 3, p. 849-858.
17. HUNTJENS, K.M.B., T.A.C.M. Van Geel, P.P. Geusens et coll. *Impact of guideline implementation by a fracture nurse on subsequent fractures and mortality in patients presenting with non-vertebral fractures. Injury.*, 2011, vol. 42, (suppl. 4), p. 539-543.
18. SANDER, B., V. Elliot-Gibson, D.E. Beaton, E.R. Bogoch, A. Maetzel. *A coordinator program in post-fracture osteoporosis management improves outcomes and saves costs. J Bone Jt Surg - Ser A.*, 2008, vol. 90, n° 6, p. 1197-1205.
19. MAJUMDAR, S.R., D.A. Lier, L.A. Beaupre et coll. *Osteoporosis case manager for patients with hip fractures: Results of a cost-effectiveness analysis conducted alongside a randomized trial. Arch Intern Med.*, 2009, vol. 169, n° 1, p. 25-31.
20. DELL, R. *Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California. Osteoporos Int.*, 2011, vol. 22 (suppl. 3), p. 457-460.
21. MCLELLAN, A.R., S.E. Wolowacz, E.A. Zimovetz et coll. *Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: A cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision. Osteoporos Int.*, 2011, vol. 22, n° 7, p. 2083-2098.
22. United Kingdom: Department of Health. *Fracture Prevention Services An Economic Evaluation.* HMSO 2009.
23. COOPER, M.S., A.J. Palmer, M.J. Seibel. *Cost-effectiveness of the Concord Minimal Trauma Fracture Liaison service, a prospective, controlled fracture prevention study. Osteoporos Int.*, 2012, vol. 23, n° 1, p. 97-107.

ANNEXE A : Plan d'action ontarien contre l'ostéoporose (PAOO) - Programme de dépistage et de prévention des fractures (PDPF)



Contexte et vue d'ensemble

Le Plan d'action ontarien contre l'ostéoporose (PAOO) est une approche multidisciplinaire axée sur le patient qui est intégrée dans tous les secteurs de soins de santé et dont l'objectif est de réduire la morbidité, la mortalité et les coûts associés aux fractures ostéoporotiques. Le Plan compte de multiples partenaires, y compris Ostéoporose Canada, et est structuré de manière à atteindre ses objectifs en changeant les pratiques à l'échelle des systèmes de santé (priorité *Prévention des fractures*), en sensibilisant les professionnels de la santé (priorité *Sensibilisation des professionnels de la santé*) ainsi qu'en informant et en responsabilisant les patients (priorité *Éducation et autogestion des patients*). Le financement opérationnel du PAOO est assuré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Le Programme de dépistage et de prévention des fractures (PDPF) a été lancé en 2007 sous la priorité *Prévention des fractures* en tant que modèle évolutif axé sur l'amélioration de la qualité dans les cliniques externes de soins orthopédiques, avec comme objectif prévu d'élargir le programme à tous les hôpitaux en Ontario. Le PDPF est maintenant en opération dans 36 cliniques de traitement des fractures à moyen ou à grand volume des hôpitaux de l'Ontario et a évolué, passant d'une initiative de dépistage et de sensibilisation de base à un FLS plus intensif qui tire profit du soutien clinique et diagnostique disponible dans chaque hôpital par l'intermédiaire des coordonnateurs de la prévention des fractures (CPF) qui sont formés de façon centrale et supervisés.

Chaque année, de 8 000 à 8 500 patients présentant une fracture sont inscrits au PDPF dans l'ensemble des 36 hôpitaux de la province, et la base de données du programme compte actuellement plus de 82 000 patients inscrits.

Protocole du programme et cheminements de dépistage

Le CPF identifie et filtre les patients souffrant d'une fracture de fragilité qui se présentent aux cliniques externes de traitement des fractures, offre de l'information aux patients sur la santé des os et fixe des rendez-vous de suivi clinique et diagnostique pour chaque patient conformément aux Lignes directrices de pratique clinique. Les patients (ou un proche aidant, un membre de la famille ou le subrogé en leur nom) doivent fournir leur consentement pour participer au programme de dépistage et pour autoriser l'utilisation des données recueillies aux fins d'amélioration de la qualité.

Les hommes et les femmes de 50 ans et plus qui se présentent à une clinique externe de traitement de fractures avec une fracture de fragilité au poignet, au coude, à l'épaule, à la clavicule, aux vertèbres, au bassin, au fémur proximal ou distal et au péroné sont admissibles au programme. Les patients sont exclus si la fracture est survenue plus d'un an avant l'identification ou s'ils ne sont pas disponibles ou refusent de participer.

Le programme prévoit deux cheminement distincts pour les patients soumis au dépistage. Les patients traités par pharmacothérapie au moment du dépistage sont référés à des spécialistes locaux de l'ostéoporose, selon la disponibilité, ou ils sont renvoyés à leur fournisseur de soins de première ligne avec en main un sommaire de dépistage et des recommandations en matière de soins de suivi.

Les patients qui ne recevaient pas de traitement par pharmacothérapie au moment du dépistage doivent passer un test de DMO, si ce test est disponible et que les patients y sont admissibles. Une fois que les rapports de DMO sont reçus du service d'imagerie diagnostique, y compris les évaluations de risque de fracture, ils sont saisis et vérifiés par rapport à l'algorithme CAROC/FRAX installé dans la base de données du PDPF. Par la suite, les patients à haut risque d'une nouvelle fracture sont référés à des spécialistes locaux de l'ostéoporose, selon la disponibilité, ou renvoyés à leur fournisseur de soins de première ligne. Les patients présentant un risque faible ou modéré de nouvelle fracture sont référés de nouveau à leur fournisseur de soins de première ligne.

Références aux fins de tests de diagnostic et pharmacothérapie

Les demandes de références à des spécialistes de l'ostéoporose ainsi que les demandes de tests de DMO, le cas échéant, sont normalement signées par le chirurgien orthopédiste à l'établissement où est offert le PDPF. Dans certains hôpitaux, ce sont les spécialistes de l'ostéoporose qui s'occupent des demandes de test de DMO. Bien que le programme accélère le processus de référence à un spécialiste de l'ostéoporose et de test de DMO, le consentement du patient est requis.

Les patients reçoivent de l'information sur les programmes locaux de prévention des chutes, les programmes d'autogestion des maladies chroniques ainsi que les programmes d'exercices et d'éducation pour personnes âgées, le cas échéant. Des partenariats régionaux avec des fournisseurs de soins de première ligne et communautaires sont en place et veillent à intégrer les soins post-fracture après le congé de l'hôpital. De plus, des collaborations éducatives sur la santé des os ainsi que des outils et des ressources conçus pour les professionnels de la santé, les patients et les fournisseurs de soins sont disponibles.

Collecte de données et évaluation du programme

Le CPF examine les dossiers de patient et organise les références à l'aide d'une base de données interactive dans le nuage constamment mise à jour à laquelle il accède par l'intermédiaire d'un réseau sécurisé à partir d'un appareil portable (tablette). Le dépistage électronique et l'usage de la base de

données de références permettent au PDPF d'intégrer des contrôles de qualité des données au sein du processus de dépistage même. Par exemple, des contrôles de validation sont incorporés de sorte que les erreurs de saisie des données ou les renseignements erronés, comme les données hors d'un domaine de référence, puissent être corrigés en temps réel.

Les données fournies par les patients sont recueillies au moment du dépistage initial (données de base). La base de données est dotée d'un algorithme qui dirige les patients vers le cheminement clinique approprié en fonction des réponses de ces derniers aux questions de dépistage et qui génère une lettre de référence appropriée. Le CPF effectue également des suivis directement avec des groupes de patients spécifiques après quelques semaines afin de déterminer si le diagnostic et les soins de suivi recommandés ont été reçus (données de suivi).

Forces et limites du programme

Des processus sont en place au sein du PDPF pour cerner, évaluer et corriger les écarts thérapeutiques tout au long du parcours d'intervention. Le programme est géré à l'échelle provinciale, où des comparaisons régionales et entre établissements sont analysées aux fins de commentaires constructifs pour améliorer le rendement du programme. L'affectation des ressources est réajustée périodiquement à l'échelle régionale ou provinciale afin d'accroître l'efficacité du programme. Le PDPF a ajouté également le dépistage par téléphone et télémédecine, ce qui peut s'avérer une approche rentable dans les régions éloignées ou moins peuplées.

Le PDPF comporte des limites dont la plus importante est qu'il effectue le dépistage des patients qui se présentent aux cliniques externes de traitement des fractures alors qu'aucune ressource ne procède au dépistage de tous les patients hospitalisés admis dans les établissements offrant le PDPF. Le CPF ne procède au dépistage que des patients hospitalisés qui se présentent à la clinique de traitement des fractures pour un rendez-vous de suivi. Dans certains établissements, d'autres dispositions sont prises pour dépister les patients hospitalisés qui ne se présentent pas (ou ne peuvent pas se présenter) à leur rendez-vous de suivi à la clinique externe de traitement des fractures. Le dépistage de ces patients hospitalisés peut se faire au téléphone ou par télémédecine.

Les patients ne peuvent être inscrits au programme sans leur consentement. Étant donné que le CPF n'est pas un employé de l'hôpital où il travaille, le programme a conclu des ententes avec chaque hôpital qui permettent au CPF de fonctionner selon certaines limites, tout particulièrement en ce qui concerne l'accès aux dossiers électroniques de l'hôpital.

Les données sur les résultats du programme comprises dans ce rapport se limitent aux données recueillies auprès des patients durant les suivis. Le PDPF a récemment commencé à obtenir le consentement écrit des patients, ce qui permettra le croisement avec les bases de données de patients provinciales pour un suivi à long terme de l'état des patients, du traitement et des taux de nouvelles fractures.

Programme de dépistage et de prévention des fractures**Données pour l'année financière 2016-2017 (du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017)**

Tableau A1 : Statistiques principales sur le programme pour la période de référence

	AF 2016-2017
Nombre d'établissements où le PDPF est en opération :	36
Nombre total de dépistages et inscriptions au PDPF :	8 065
- pour une fracture de la hanche	18,16 % (1 465/8 065)
État du traitement à l'évaluation initiale :	
- sous traitement à l'évaluation initiale	19,99 % (1 612/8 065)
Patients référés pour un test de DMO ¹ :	2 351
Patients sans fournisseur de soins de première ligne (%) :	3,06 % (247/8 065)

Nota :

1. Représente les demandes effectuées pour les patients qui ne suivaient pas une pharmacothérapie au moment du dépistage, qui étaient admissibles à un test de DMO selon les règles de remboursement provinciales et qui pouvaient compter sur un médecin de famille pour les suivis.

Tableau A2 : Les résultats du programme sont fondés sur les données de suivi fournies par les patients six mois après l'évaluation initiale :

	AF 2016-2017
A. Nombre total de patients ayant fourni des données de suivi¹	n = 3 224*
Taux global d'ordonnances de pharmacothérapie ²	36,97 % (1 192/3 224)
- Taux d'ordonnances parmi les patients référés à un spécialiste de l'ostéoporose	53,38 % (585/1 096)
- Taux d'ordonnances parmi les patients vus par leur fournisseur de soins de première ligne	29,07 % (605/2 081)

	AF 2016-2017
B. Nombre de patients présentant une fracture de la hanche et ayant fourni des données de suivi³	n = 404*
Taux d'ordonnances de pharmacothérapie chez les patients présentant une fracture de la hanche :	50,74 % (205/404)
- Taux d'ordonnances chez les patients présentant une fracture de la hanche qui ont été référés à un spécialiste de l'ostéoporose	71,33 % (107/150)
- Taux d'ordonnances chez les patients présentant une fracture de la hanche qui ont été vus par leur fournisseur de soins de première ligne	39,51 % (98/248)

* Comprend 47 patients (dont 6 présentant une fracture de la hanche) pour lesquels il manque des données sur le cheminement vers le fournisseur de soins de première ligne ou le spécialiste de l'ostéoporose.

Nota :

1. Données recueillies lors de suivis avec des patients évalués au dépistage durant l'année financière 2016-2017 qui n'étaient pas sous pharmacothérapie à l'évaluation initiale. Elles comprennent les patients ayant fourni n'importe quelle donnée de suivi.
2. Les taux d'ordonnances sont ceux des patients dans toutes les catégories de risque de fracture combinées. Ils incluent les patients classés comme étant à risque élevé, modéré ou faible selon l'outil CAROC/FRAX.
3. Analyse d'un sous-groupe à partir de l'ensemble des données de suivi (A).