

# OSTÉOPOROSE



## Rapport d'Ostéoporose Canada sur le deuxième audit national de FLS (2020) : aider les FLS canadiens à atteindre leur plein potentiel



Septembre 2020

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Glossaire des termes et acronymes utilisés dans ce document</b> .....	<b>6</b>
<b>Histoire naturelle des fractures de fragilité <u>sans</u> FLS</b> .....	<b>7</b>
<b>Recalcul des résultats du premier audit national de FLS</b> .....	<b>7</b>
<b>Deuxième audit national de FLS d'OC : aperçu</b> .....	<b>7</b>
<b>Deuxième audit national de FLS d'OC : participation</b> .....	<b>8</b>
<b>Deuxième audit national de FLS d'OC : collecte et gestion des données</b> .....	<b>9</b>
<b>NOUVEAU cette année</b> :.....	<b>10</b>
Niveaux de réalisation .....	<b>10</b>
Évolution au fil du temps .....	<b>11</b>
<b>Résultats d'audit de FLS</b> .....	<b>12</b>
Résultats agrégés .....	<b>12</b>
Médianes et plages des KPI fondamentaux des FLS canadiens individuels.....	<b>13</b>
Niveaux de réalisation des FLS .....	<b>14</b>
Aucun FLS n'est parfait! .....	<b>14</b>
<b>Audits nationaux de FLS : cultiver l'amélioration des soins aux patients</b> .....	<b>15</b>
<b>Prochaines étapes</b> .....	<b>16</b>
<b>Annexe A : Justification des seuils de « niveau de réalisation »</b> .....	<b>17</b>
<b>Références</b> .....	<b>19</b>

## Sommaire

Après une 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.<sup>1-4</sup> Malgré la disponibilité de médicaments peu coûteux qui sont efficaces pour réduire le risque de ces fractures secondaires, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a récemment démontré que moins de 20 % des Canadiens qui présentent une nouvelle fracture de fragilité seront diagnostiqués et/ou traités pour leur ostéoporose sous-jacente dans l'année suivant cette fracture.<sup>5</sup>

Un modèle de soins appelé Service de liaison pour fractures (Fracture Liaison Service - FLS) est, de loin, la méthode de prévention secondaire des fractures la plus efficace pour garantir que les patients souffrant de fractures reçoivent les soins contre l'ostéoporose dont ils ont besoin pour éviter de nouvelles fractures.<sup>6-8</sup> Les FLS ont démontré qu'ils peuvent de manière efficace :

- améliorer les soins aux patients en comblant l'écart thérapeutique post-fracture;<sup>6-19</sup>
- réduire l'incidence des fractures subséquentes (y compris les fractures de la hanche);<sup>7,9-11,19,20</sup>
- réduire la mortalité chez cette population de patients;<sup>9,20</sup>
- réduire l'utilisation des soins de santé et les coûts associés.<sup>7,10,12,17,21-25</sup>

Mesurer et contrôler l'efficacité des processus constituent des fonctions indispensables de tout FLS. Ceux-ci font fréquemment face à divers obstacles internes et/ou externes qui peuvent venir entraver leur travail, et de nombreux patients peuvent ainsi être malencontreusement « laissés pour compte ». Les audits nationaux de FLS d'Ostéoporose Canada (OC) sont une composante essentielle de la démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ) de chaque FLS. Les audits d'OC s'adressent à tous les FLS canadiens, à l'exception de ceux qui relèvent de la Stratégie de l'Ontario en matière d'ostéoporose, car ces derniers effectuent leurs propres audits internes.

Les audits nationaux de FLS d'OC reposent sur les indicateurs de performance clés (KPI) d'OC v2.0<sup>26</sup> qui définissent un ensemble de mesures clairement établies en fonction de la proportion de patients qui bénéficient d'une prise en charge optimale de l'ostéoporose après une fracture. Les principaux KPI jugés absolument essentiels pour tous les FLS sont les suivants :

- **Premier « i »** : Identification
  - Parmi les patients qui se présentent dans un milieu clinique couvert par le FLS (p. ex. FLS pour patients hospitalisés seulement, FLS pour patients externes seulement ou FLS combinés pour patients hospitalisés et externes), la proportion de patients présentant une fracture de fragilité que le FLS a identifiée ou saisie.
    - Premier « i », hanches - permet de mieux comprendre les obstacles propres au milieu pour patients hospitalisés.
    - Premier « i », non vertébrales autres qu'à la hanche (NVAH) - permet de mieux comprendre les obstacles propres au milieu pour patients externes.
- **Deuxième « i »** : Investigation
  - La proportion de patients du FLS chez qui l'on a procédé à une évaluation du risque de fracture.
- **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 26 semaines suivant la fracture.



### Résultats d'audit

Le présent rapport fournit un aperçu des résultats du deuxième audit national de FLS mené par OC (cohorte de patients de FLS entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 2019). Ces résultats sont comparés à ceux du premier audit national d'OC (cohorte de patients de FLS entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 2017).

Des 17 FLS canadiens admissibles, 15 ont participé à ce deuxième audit (taux de participation de 88 %). Les résultats globaux sont présentés ci-dessous.

KPI	Premier audit 1 398 patients au total	Deuxième audit 1 870 patients au total
Premier « i », hanches	73 %	↑79 %
Premier « i », NVAH	56 %	↑73 %
Deuxième « i »	90 %	↑95 %
Troisième « i »	49 %	↑57 %

Les résultats de ce deuxième audit national de FLS démontrent une fois de plus l'efficacité des FLS canadiens à combler l'écart thérapeutique post-fracture. On observe également une tendance encourageante au fil du temps qui démontre une amélioration par rapport au premier audit national de FLS. Cela est particulièrement remarquable pour les KPI qui ont obtenu les plus mauvais résultats lors du premier audit. Il ressort clairement de cela que nos FLS canadiens ont mis en œuvre des changements qui se sont traduits par de meilleurs résultats pour les patients.

« Les audits nationaux de FLS nous ont été très utiles puisqu'ils nous ont permis de repérer les secteurs susceptibles d'être améliorés. En éliminant les obstacles, nous avons pu améliorer les résultats des KPI de notre FLS. Nos patients sont les véritables gagnants, car ils bénéficient de résultats cliniques améliorés. »

**Carla Purcell**

**Coordonnatrice de FLS, Dartmouth (N.-É.)**

Les résultats de ce deuxième audit national de FLS soulignent l'engagement continu et inébranlable des FLS canadiens envers l'ACQ et l'amélioration des soins ostéoporotiques pour les Canadiens souffrant de fractures de fragilité.

***Faire de leur PREMIÈRE fracture la DERNIÈRE!***

## Glossaire des termes et acronymes utilisés dans ce document

<b>Service de liaison pour fractures :</b> Un service de liaison pour fractures (FLS) est un modèle de soins précis sur la prévention des fractures secondaires, à l'échelle du système, dirigé par un coordonnateur dédié qui :	
<b>IDENTIFICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifie systématiquement et proactivement les patients de 50 ans et plus qui se présentent à l'hôpital avec une nouvelle fracture de fragilité et/ou une fracture vertébrale nouvellement signalée;</li> </ul>
<b>INVESTIGATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>organise les investigations nécessaires à la détermination du risque de fracture pour le patient;</li> </ul>
<b>INITIATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>facilite l'initiation d'un traitement médicamenteux adéquat contre l'ostéoporose.</li> </ul>
Les FLS ont obtenu des résultats supérieurs à toutes les autres interventions post-fracture contre l'ostéoporose au chapitre des résultats pour les patients et de la réduction des coûts de soins de santé. <sup>6-8</sup>	

### Les « trois i »

Les termes **Identification**, **Investigation** et **Initiation** du traitement sont souvent appelées les trois « i » du FLS : identification étant le premier « i », investigation le deuxième et initiation le troisième.

### Fracture de fragilité

Une fracture de fragilité survient spontanément ou à la suite d'un traumatisme mineur, comme par exemple une chute de la position debout ou d'une hauteur moindre. Dans ce document, nous nous concentrons sur les fractures de fragilité non vertébrales dont la surveillance est recommandée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) : hanche (fémur proximal), poignet (radius distal), épaule (humérus proximal) et bassin. Ces trois derniers sites de fractures sont appelés des fractures non vertébrales autres qu'à la hanche (NVAH).

### Types de FLS

- **FLS pour patients hospitalisés seulement** : FLS qui n'accepte que les patients ayant subi des fractures de fragilité admis à l'hôpital. La plupart des FLS pour patients hospitalisés seulement sont également des FLS réservés aux fractures de la hanche.
- **FLS pour patients externes seulement** : FLS qui n'accepte que les patients ayant subi une fracture de fragilité qui ont été vus à la clinique externe de soins orthopédiques.
- **FLS combiné (pour patients hospitalisés et patients externes)** : FLS qui accepte les patients ayant subi des fractures de fragilité admis à l'hôpital et ceux qui ont été vus à la clinique externe de soins orthopédiques.

## Acronymes

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

ACQ : Amélioration continue de la qualité

FLS : Service de liaison pour fractures

KPI : Indicateur de performance clé

NVAH : Patients souffrant d'une fracture non vertébrale autre qu'à la hanche

OC : Ostéoporose Canada

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

## Histoire naturelle des fractures de fragilité sans FLS

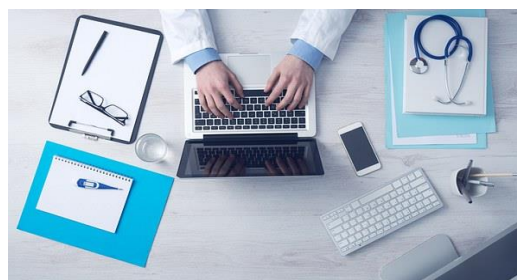
Après la première fracture de fragilité, le risque d'une fracture subséquente est pratiquement doublé et toute nouvelle fracture risque de se produire au cours des deux années suivantes.<sup>1-4</sup> Le risque d'une nouvelle fracture est à la fois élevé et imminent. Les minutes sont comptées dès que la première fracture se produit. Voilà pourquoi il est important de mettre rapidement en place une gestion appropriée de l'ostéoporose afin de réduire le risque imminent d'une autre fracture chez le patient.

Malheureusement, sans accès à un FLS, moins de 20 % des Canadiens qui souffrent d'une fracture de fragilité reçoivent les soins contre l'ostéoporose dont ils ont besoin pour prévenir la prochaine fracture.<sup>5,27-29</sup>

De nombreuses interventions ont été tentées, mais seul le FLS a démontré une réduction très significative de l'écart thérapeutique post-fracture<sup>6-19</sup>, de l'incidence des fractures répétées<sup>7,9-11,19,20</sup>, de la mortalité<sup>9,20</sup> ainsi que de l'utilisation et des coûts des ressources de santé.<sup>7,10,12,17,21-25</sup> Il est choquant de constater qu'il y a très peu de FLS au Canada et que la plupart des Canadiens ayant subi une fracture n'ont toujours pas accès à un FLS à ce jour.

## Recalcul des résultats du premier audit national de FLS

Pour pouvoir comparer les résultats du deuxième audit national de FLS, les résultats du premier audit national de FLS d'OC ont été recalculés en se fondant sur la version actuelle des KPI de FLS d'OC (v2.0)<sup>26</sup> dans laquelle la méthode d'estimation du dénominateur du premier « i » a été modifiée.



## Deuxième audit national de FLS d'OC : aperçu

Cet audit national de FLS s'adresse à tous les FLS canadiens, à l'exception de ceux qui relèvent de la Stratégie de l'Ontario en matière d'ostéoporose, car ces derniers effectuent leurs propres audits internes.

Cet audit étant effectué sur une base volontaire, nous sommes très reconnaissants envers les nombreux professionnels et administrateurs du secteur de la santé qui ont contribué à cet effort.

Le deuxième audit national de FLS évalue la performance des FLS sur la base des KPI fondamentaux de FLS établis par OC, tels qu'ils sont définis dans le document intitulé *Indicateurs de performance clés (KPI) à l'intention des FLS canadiens v2.0 : établir les bases d'une pratique réfléchie et d'une démarche d'amélioration pour tous les FLS*<sup>26</sup> :

- Premier « i », hanches
- Premier « i », non vertébrales autres qu'à la hanche (NVAH)
- Deuxième « i »
- Troisième « i »

Bien que les audits nationaux d'OC n'évaluent que le FLS et ses processus, nous reconnaissons que le système plus large dans lequel les FLS évoluent est également important. Par exemple, un FLS pour patients hospitalisés seulement/fractures de la hanche seulement sera évalué sur la base d'une composante du premier « i », (premier « i », hanches) plutôt que sur la base de deux composantes comme ce serait le cas pour un FLS combiné (pour patients hospitalisés et patients externes). Il est tout à fait possible que ce FLS pour fractures de la hanche seulement obtienne un bon score pour le KPI du premier « i », hanches. Cependant, il est noté dans le rapport de performance individuel du FLS que l'absence de FLS pour les patients ayant subi une fracture autre que la hanche constitue une lacune majeure dans les soins ostéoporotiques à cet hôpital.

## Deuxième audit national de FLS d'OC : participation

Dix-sept FLS pouvaient participer à cet audit.

Des 17 FLS admissibles, la participation est la suivante :

- 15 FLS ont fourni des données complètes (taux de participation à l'audit de 88 %);
- 2 FLS n'ont pas été en mesure de fournir leurs données, car leurs FLS ont été temporairement fermés en raison de la pandémie de COVID-19.

Types de FLS ayant participé	Nombre de FLS
Combiné (pour patients hospitalisés et patients externes)	5
FLS pour patients hospitalisés seulement	9
FLS pour patients externes seulement	1



Les FLS demeurent des entités très rares dans ce pays. Des centaines d'hôpitaux canadiens offrent des soins pour les fractures orthopédiques, mais il n'y avait que 41 FLS au moment de l'audit. Malgré les preuves scientifiques et économiques convaincantes à l'appui des FLS, la grande majorité des Canadiens ayant subi des fractures de fragilité n'ont toujours pas accès à un FLS en 2020!

## Deuxième audit national de FLS d'OC : collecte et gestion des données

Tous les FLS sauf un ont fourni des données sur la cohorte de patients admis par les FLS du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2019. Chacun de ces patients a été suivi pendant une période de six mois, se terminant au plus tard le 31 mars 2020.

Exceptionnellement, un FLS était sans coordonnateur pendant toute la période de cohorte d'audit. Afin de promouvoir la participation à l'audit, et avec le consentement du comité d'audit de FLS d'OC, une cohorte de patients de six mois, du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre 2018, a été soumise à la place par ce FLS, la période de suivi ayant été modifiée en conséquence. Les résultats devraient être comparables.

Les FLS soumettent des données agrégées plutôt que des données sur les patients; par conséquent, OC n'est pas en mesure de vérifier l'exactitude des données soumises.

Les KPI pour le premier « i » dépendent entièrement de notre capacité à établir un dénominateur valide à partir d'une base de données indépendante du FLS. En raison de circonstances inhabituelles dans deux hôpitaux (et sans aucun rapport avec les FLS eux-mêmes), un dénominateur valide ne peut être estimé pour l'un de leurs KPI de premier « i » (un pour le premier « i », hanches, et l'autre pour le premier « i », NVAH). Les deux FLS ont été exclus de ces KPI (ils ont été inclus dans l'analyse pour tous les autres KPI).

Toutes les données ont été analysées conformément aux KPI de FLS d'OC v2.0.<sup>26</sup>

## NOUVEAU cette année : niveaux de réalisation

Le comité d'audit de FLS a établi des niveaux de réalisation par code de couleur pour les KPI fondamentaux de FLS en se fondant sur les principes suivants :

- Déterminer d'abord le niveau quasi optimal pour l'indicateur de performance clé précis. Celui-ci sera considéré comme le seuil pour la zone VERTE.
- Compte tenu du fait que la plupart des FLS commenceront à un niveau de performance plus faible et s'amélioreront progressivement au fil du temps, prévoir un large écart de 30 points de pourcentage pour la zone JAUNE, signifiant que le rendement est « Bien, amélioration possible ».
- Toute performance inférieure au niveau de la zone JAUNE sera codée ROUGE et signifie qu'il faut accorder la « Priorité absolue à l'amélioration des services ».



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

Le comité d'audit de FLS a établi les seuils suivants pour le présent audit :

Niveaux à atteindre		Couleur	Interprétation
Premier et troisième « i »	Deuxième « i »		
0 à 49 %	0 à 64 %	<b>ROUGE</b>	Priorité absolue à l'amélioration des services
50 à 79 %	65 à 94 %	<b>JAUNE</b>	Bien, amélioration possible
≥ 80 %	≥ 95 %	<b>VERT</b>	Excellent, niveau optimal ou presque

Les seuils seront revus périodiquement par le comité d'audit de FLS, car la performance des FLS devrait s'améliorer progressivement au fil du temps. Pour plus d'informations sur ces seuils, veuillez consulter l'annexe A.

## NOUVEAU cette année : évolution au fil du temps

Pour la première fois, il y a deux points de données (audits de 2018 et de 2020). C'est l'occasion pour les FLS de prendre connaissance des résultats de leurs démarches d'ACQ en surveillant leur évolution au fil du temps.

Par consensus, le comité d'audit de FLS a déterminé que les changements absolus de 5 % seront mis en évidence comme suit :

- ↑ indique une augmentation absolue de 5 % ou plus;
  - ↓ indique une diminution absolue de 5 % ou plus;
  - ↔ pas de changement significatif, c'est-à-dire un changement inférieur à 5 %.
- Veillez noter que tout changement, aussi important soit-il, qui se situe entièrement dans la zone VERTE en 2018 et 2020 est considéré comme non significatif, car il est déjà optimal ou presque sur les deux mesures.



## Résultats d'audit de FLS

### Résultats agrégés

Les résultats ci-dessous doivent être interprétés en tenant compte de l'écart thérapeutique post-fracture. L'ASPC a récemment rapporté que moins de 20 % des Canadiens qui présentent une fracture de fragilité reçoivent une ordonnance pour un médicament contre l'ostéoporose dans les 12 mois suivant leur fracture.<sup>5</sup>

**2018****2020**

### Premier « i » : Identification

Parmi les patients se présentant dans un milieu clinique couvert par le FLS (FLS pour patients hospitalisés seulement, FLS pour patients externes seulement ou FLS combinés), proportion de patients présentant une fracture de fragilité que le FLS a identifiée.

**Premier « i » - hanches****73 %****Premier « i » - NVAH****56 %****Premier « i » - hanches****↑79 %****Premier « i » - NVAH****↑73 %**

### Deuxième « i » : Investigation

Proportion de patients du FLS chez qui l'on a procédé à une évaluation du risque de fracture.

**90 %****↑95 %**

### Troisième « i » : Initiation

Parmi les patients du FLS considérés comme à haut risque, proportion ayant entamé un traitement efficace contre l'ostéoporose dans les 26 semaines suivant la fracture.

**49 %****↑57 %**










**Médianes et plages des KPI fondamentaux des FLS canadiens individuels**

<b>KPI (Nombre de FLS au deuxième audit)</b>	<b>Médianes du 1<sup>er</sup> audit (plage) N ≤ 12 FLS</b>	<b>Médianes du 2<sup>ème</sup> audit (plage) N ≤ 15 FLS</b>
<b>Premier « i », hanches (14 FLS)</b>	<b>77 %</b> (54 % à 100 %)	<b>79,5 % ↔</b> (52 % à 100 %)
<b>Premier « i », NVAH (5 FLS)</b>	<b>61 %</b> (54 % à 96 %)	<b>74 % ↑</b> (52 % à 100 %)
<b>Deuxième « i » (15 FLS)</b>	<b>98,5 %</b> (63 % à 100 %)	<b>100 % ↔</b> (68 % à 100 %)
<b>Troisième « i » (15 FLS)</b>	<b>50 %</b> (24 % à 86 %)	<b>60 % ↑</b> (38 % à 83 %)

**Les résultats de ce deuxième audit national de FLS démontrent l'efficacité des FLS canadiens à combler l'écart thérapeutique post-fracture. On observe également une tendance encourageante au fil du temps qui démontre une amélioration par rapport au premier audit national de FLS.**



### Niveaux de réalisation des FLS

	Pourcentage de FLS atteignant chaque niveau	
	Premier audit	Deuxième audit
<b>Premier « i », hanches</b>	45 %	50 % 
	55 %	50 % 
	0	0
<b>Premier « i », NVAH</b>	20 %	40 % 
	80 %	60 % 
	0	0
<b>Deuxième « i »</b>	67 %	87 % 
	25 %	13 % 
	8 %	0
<b>Troisième « i »</b>	9 %	13 % 
	45 %	60 % 
	45 %	27 % 

Les flèches courbes indiquent les endroits où un mouvement s'est produit entre le premier et le deuxième audit. Il y a eu une amélioration, avec moins de « drapeaux » ROUGES et un mouvement général du JAUNE au VERT.

### Aucun FLS n'est parfait!

FLS atteignant le niveau de réalisation VERT

	Parmi les 15 FLS
Atteint le niveau VERT pour les 4 KPI	0
Atteint le niveau VERT pour 3 des 4 KPI	1
Atteint le niveau VERT pour 2 des 4 KPI	8
Atteint le niveau VERT pour 1 des 4 KPI	5
N'a atteint le niveau VERT pour aucun des 4 KPI	1

FLS ayant obtenu des « drapeaux » ROUGES

	Parmi les 15 FLS
N'a reçu aucun « drapeau » ROUGE	11
A reçu un seul « drapeau » ROUGE	4*
A reçu plus d'un « drapeau » ROUGE	0

\*Les 4 « drapeaux » ROUGES étaient liés au troisième « i ».

## Audits nationaux de FLS : cultiver l'amélioration des soins aux patients

Le premier audit national de FLS avait déjà permis de constater que l'initiation d'un traitement chez les patients à haut risque (troisième « i ») constitue un défi pour la plupart des FLS.

Malgré une amélioration significative au troisième « i », le deuxième audit démontre encore clairement que l'initiation d'un traitement approprié contre l'ostéoporose après une fracture reste un défi. Pour les patients et certains fournisseurs de soins primaires, l'avantage des médicaments contre l'ostéoporose dans la prévention d'une nouvelle fracture imminente est très souvent éclipsé par leur crainte disproportionnée à l'égard d'effets secondaires extrêmement rares. Ce phénomène est reconnu comme étant la cause de l'élargissement de l'écart thérapeutique post-fracture qui a été démontré depuis 2009 au Canada.<sup>5</sup>

Depuis le premier audit national, les efforts collectifs suivants ont été déployés afin d'améliorer l'initiation du traitement chez les patients à haut risque :

- OC s'est associé aux coordonnateurs canadiens de FLS pour développer de nouveaux outils éducatifs destinés aux patients afin de répondre à leurs préoccupations concernant les effets secondaires des médicaments contre l'ostéoporose à l'aide de données factuelles. Ces outils sont déjà en usage dans de nombreux FLS.
- Un webinaire traitant de l'importance d'une prise en charge appropriée de l'ostéoporose chez les personnes âgées présentant des fractures de fragilité.
- À l'échelle locale :
  - les FLS plaident auprès des régimes d'assurance-médicaments provinciaux afin d'obtenir une couverture plus complète des thérapies contre l'ostéoporose;
  - des séances de formation ont été proposées aux fournisseurs de soins primaires et aux médecins qui traitent des résidents en soins de longue durée;
  - des affiches offrant des conseils sur la bonne administration des bisphosphonates oraux ont été distribuées aux établissements de soins de longue durée.

Il est donc très satisfaisant de constater l'amélioration notable du troisième « i » dans ce deuxième audit par rapport au premier (la médiane des différents FLS s'est améliorée de 50 % à 60 %; les résultats nationaux globaux se sont améliorés de 49 % à 57 %). Malgré cette amélioration, le troisième « i » reste le plus grand défi auquel sont confrontés la plupart des FLS canadiens. Des efforts plus intenses sont encore nécessaires pour combler cet écart et garantir le plus grand bénéfice pour les patients souffrant de fractures de fragilité.

## Prochaines étapes

Il faut féliciter les FLS canadiens pour leur engagement envers la prestation de soins de qualité aux patients souffrant de fractures de fragilité. Le taux élevé de participation à cet audit volontaire témoigne de cet engagement, tout comme l'amélioration notable des résultats de ce deuxième audit par rapport à ceux du premier.

Les équipes locales de FLS étudieront les résultats présentés dans les rapports confidentiels sur les KPI de leur FLS afin de cerner les domaines d'amélioration. Elles bénéficieront d'un soutien lorsqu'elles commenceront à s'attaquer aux obstacles à la réussite et à mettre en place des solutions qui contribueront à améliorer les résultats pour les patients. Les résultats de l'audit les aideront à élaborer un plan d'amélioration de la qualité afin de rendre les processus de leur FLS plus efficaces, optimisant ainsi les soins aux patients. Les FLS développeront progressivement une plus grande efficacité et une plus grande efficience.

Compte tenu de la situation sans précédent découlant de la pandémie de COVID-19, Ostéoporose Canada prolongera exceptionnellement le prochain cycle d'audit à 3 ans au lieu des 2 ans habituels. Par conséquent, le prochain audit national de FLS portera sur la cohorte de patients admis dans les FLS canadiens entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 2022. Cette année supplémentaire permettra aux FLS de se concentrer sur des priorités plus immédiates liées à la pandémie et de s'adapter à la « nouvelle normalité » en matière de prestation de soins de santé dans les différentes provinces.

Enfin, il convient de souligner à nouveau que les soins de qualité mis en évidence dans ce rapport sont limités aux patients évalués et gérés par un FLS. Des centaines d'hôpitaux canadiens offrent des services de soins orthopédiques, mais avec seulement 41 FLS inscrits au registre des FLS d'OC au 30 juin 2020, l'écrasante majorité des patients souffrant de fractures de fragilité au Canada n'ont toujours pas accès à ce modèle de soins éprouvé. Sans FLS, il est bien documenté que 80 % des patients ayant subi une fracture de fragilité ne recevront pas les soins contre l'ostéoporose dont ils ont besoin pour prévenir la prochaine fracture. Le Canada a besoin de beaucoup plus de FLS pour répondre aux besoins des Canadiens!

***Faire de leur PREMIÈRE  
fracture la DERNIÈRE!***

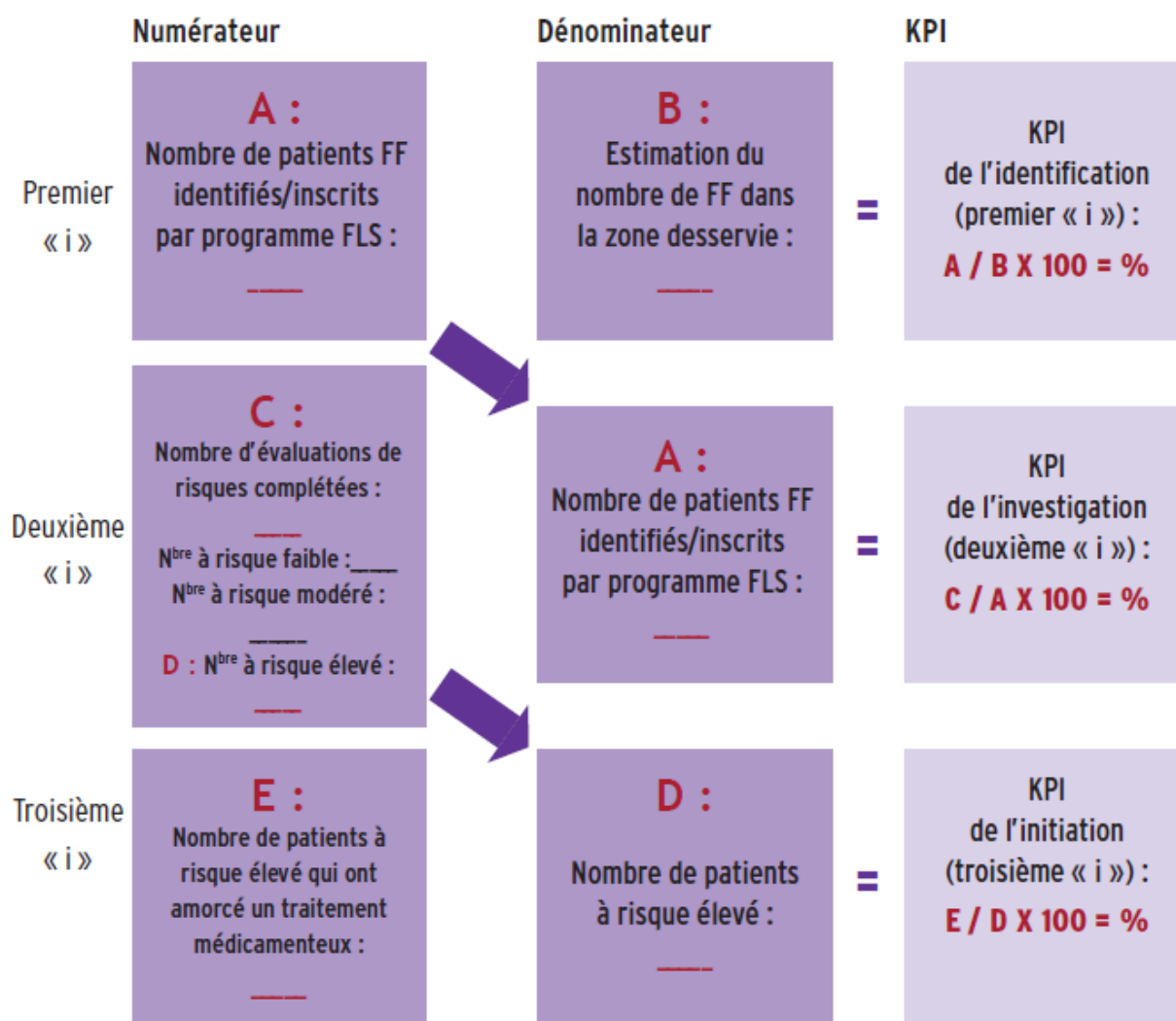




## Annexe A : Justification des seuils de « niveau de réalisation »

Le comité d'audit de FLS reconnaît que les seuils retenus pour les niveaux de réalisation de ce cycle d'audit sont arbitraires. Néanmoins, il peut être utile d'expliquer pourquoi différents niveaux ont été sélectionnés pour différents KPI. Tout d'abord, voici un rappel de la manière dont le numérateur et le dénominateur de chaque KPI sont déterminés :

### Aperçu des KPI fondamentaux



Déterminer la performance optimale du premier « i » était le plus difficile. Le dénominateur du premier « i » est une estimation du nombre total de fractures de fragilité survenues dans la région desservie par le FLS. Cette estimation est dérivée du nombre de patients ayant subi une fracture de la hanche reçus à l'hôpital, nombre qui provient généralement des données fournies par l'hôpital même à l'Institut canadien d'information

sur la santé (ICIS). Les hôpitaux comptent leurs patients ayant une fracture de la hanche au moment de la sortie, tandis que les FLS comptent ces patients (et tous les autres patients ayant une fracture) au moment de l'admission. Il y a donc un « décalage temporel » inévitable entre le numérateur et le dénominateur de ce KPI.

De plus, le nombre de fractures de la hanche fourni par l'hôpital comprend toutes les fractures de la hanche (traumatiques et de fragilité) alors que les FLS n'inscrivent que les patients souffrant de fractures de fragilité. Ainsi, contrairement aux KPI suivants, dont le dénominateur est très précis, il y a une incertitude inévitable par rapport au dénominateur du premier « i ». Un seuil raisonnablement difficile de 80 % a été choisi pour le niveau « optimal ou presque » en partie en raison du rôle essentiel que joue ce KPI dans l'identification du nombre de patients « laissés pour compte » dès le départ.

On ne s'attendrait normalement pas à ce qu'un FLS atteigne 100 % pour son premier « i », mais cela arrive parfois en raison :

- du « décalage temporel » décrit ci-dessus entre le numérateur et le dénominateur;
- du fait que certains hôpitaux de soins tertiaires reçoivent des patients référés pour une fracture de la hanche qui ont été opérés dans un autre hôpital (et donc cette fracture de la hanche a été comptée dans les données ICIS de cet autre hôpital plutôt que dans celles de l'hôpital où se trouve le FLS).

Dans ce rapport, tout KPI du premier « i » qui dépasse 100 % est considéré comme une aberration artificielle au sens de ce qui précède et sera donc rapporté comme étant à 100 %.

Seul le deuxième « i » permet aux FLS d'atteindre une performance de 100 % (ou très proche). Les FLS accueillant seulement des patients hospitalisés ayant subi une fracture de la hanche ont un avantage significatif pour ce KPI, car les fractures de la hanche sont par définition à haut risque (selon les lignes directrices de pratique clinique actuelles d'OC).<sup>31</sup> Dans cette optique, un niveau « optimal ou presque » très élevé de 95 % a été établi comme seuil pour la zone VERTE du deuxième « i ».

Pour le troisième « i », nous ne pouvons nous attendre à ce qu'un FLS atteigne 100 %, car le dénominateur découle du numérateur du deuxième « i » et il comprendra les patients décédés et les patients pour lesquels tous les médicaments contre l'ostéoporose sont contre-indiqués. Bien que cela réduise la précision de ce KPI, cela permet d'uniformiser les règles du jeu lors de la comparaison des FLS. Un seuil de 80 % a été choisi comme niveau « optimal ou presque » sur la base de ce qui est déjà documenté comme étant possible lorsque tous les patients présentant des fractures de fragilité sont pris en charge par un spécialiste de l'ostéoporose (c'est-à-dire la norme d'excellence).

## Références

1. KANIS, J.A., O. Johnell, C. De Laet et coll. *A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk*. *Bone*, 2004, vol. 35, no 2, p. 375-382. doi:10.1016/j.bone.2004.03.024
2. 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, no 12, p. 2075-2082. doi:10.1007/s00198-010-1178-5
3. KANIS, J.A., H. Johansson, A. Odén A et coll. *Characteristics of recurrent fractures*. *Osteoporos Int.*, 2018, vol. 29, no 8, p. 1747-1757. doi:10.1007/s00198-018-4502-0
4. JOHANSSON, H., K. Siggeirsdóttir, N.C. Harvey et coll. *Imminent risk of fracture after fracture*. *Osteoporos Int.* 2017, vol. 28, no 3, p. 775-780. doi:10.1007/s00198-016-3868-0
5. MORIN, S. N., S. O'Donnell, S. Jean et coll. *Post-fracture care gap in Canada from 2000-2011: a nationwide population-based analysis*. Présenté lors de la réunion annuelle de l'American Society of Bone and Mineral Research, 2018.
6. 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, no 7, p. 2067-2082. doi:10.1007/s00198-011-1544-y
7. 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, no 2, p. 393-406. doi:10.1007/s00198-012-2090-y
8. WU, C, S. Tu, Y. Chang et coll. *Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures: a systematic literature review and meta-analysis*. *Bone*, 2018, vol. 111, no 138, p. 92-100. doi:10.1016/j.bone.2018.03.018
9. 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. doi:10.1016/S0020-1383(11)70011-0
10. 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, no 6, p. 1197- 1205. doi:10.2106/JBJS.G.00980

11. AXELSSON, K. F., H. Johansson, D. Lundh, M. Möller, M. Lorentzon. *Association between recurrent fracture risk and implementation of fracture liaison services in four Swedish hospitals: a cohort study. J Bone Miner Res.*, 2020, vol. 35, no 7, p.1216-1223. doi:10.1002/jbmr.3990
12. BEAUPRE, L. A., D. Lier, C. Smith et coll. *A 3i hip fracture liaison service with nurse and physician co-management is cost-effective when implemented as a standard clinical program. Arch Osteoporos*, 2020 , vol. 15, no 1. doi:10.1007/s11657-020-00781-w
13. MAJUMDAR, S.R., L.A. Beupre, 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, no 19, p. 2110-2115. doi:10.1001/archinte.167.19.2110
14. 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, no 1, p. 25-34. doi:10.2106/JBJS.E.00198
15. 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, no 1, p. 223-230. doi:10.1007/s00198-010-1212-7
16. MCLELLAN, A.R., S.J. Gallacher, M. Fraser, C. McQuillian. *The fracture liaison service: Success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture. Osteoporos Int.*, 2003, vol.14, no 12, p. 1028-1034.
17. 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. doi:10.2106/JBJS.H.00628
18. 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, no 7, p. 2099-2106. doi:10.1007/s00198-011-1638-6
19. 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 no 3, p. 849-858. doi:10.1007/s00198-010-1477-x
20. WU, C.H., C.H. Chen, P.H. Chen et coll. *Identifying characteristics of an effective fracture liaison service: systematic literature review. Osteoporos Int.*, 2018, vol. 29, no 5. doi:10.1007/s00198-017-4370-z
21. MAJUMDAR, S.R., D.A. Lier, L.A. Beupre 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, no 1, p. 25-31. doi:10.1001/archinte.169.1.25

22. DELL, R. *Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California. Osteoporos Int.*, 2011, vol. 22 (suppl. 3), p. 457-460. doi:10.1007/s00198-011-1712-0
23. 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, no 7, p. 2083-2098. doi:10.1007/s00198-011-1534-0
24. United Kingdom: Department of Health. *Fracture Prevention Services An Economic Evaluation*. HMSO 2009
25. 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, no 1, p. 97-107. doi:10.1007/s00198-011-1802-z
26. OSTÉOPOROSE CANADA. *Indicateurs clés à l'intention des FLS canadiens v 2.0.*, 2018. doi:http://fls.osteoporosis.ca/fr/key-indicators-for-canadian-flss/
27. 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, no 1, p. 79-86. doi:10.1007/s00198-007-0426-9
28. 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, no 5, p. 1623-1629. doi:10.1007/s00198-011-1630-1
29. 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.
30. MCLELLAN, A.R., S.J. Gallacher, M. Fraser, C. McQuillian. *The fracture liaison service: Success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture. Osteoporos Int.*, 2003, vol.14, no 12, p. 1028-1034. doi:10.1007/s00198-003-1507-z
31. PAPAIOANNOU, A., S. Morin, A. Cheung et coll. *2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. Can Med Assoc J.*, 2010, vol. 182, no 17, p. 1864-1873.