

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



**GUIDE D'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME
DE SOINS APPLIQUÉ À L'ÉVALUATION DU RISQUE
DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE**

Le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*, document de la Collection sur l'intégration de pratiques cliniques préventives, a été produit par la Direction générale adjointe de la santé publique, en collaboration avec la Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Coordination des travaux

Christine Pakenham, Direction générale adjointe de la santé publique

Auteure

Sylvie Dodin, médecin-conseil, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Groupe de travail

André Bélanger, médecin omnipraticien, GMF Val-Bélair-Valcartier

Claudine Blanchet, kinésiologue, Université Laval

Johanne Blais, médecin de famille, CHUQ, Hôpital Saint-François d'Assise

Louis Bessette, rhumatologue, Centre de l'ostéoporose et de rhumatologie de Québec

Sylvie Dodin, médecin-conseil, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Brigitte Lachance, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, ministère de la Santé et des Services sociaux

Louise Moreault, médecin-conseil, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Denis Poirier, délégué médical en prévention, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Lectrice externe

Suzanne Morin, M.D. M. Sc., interniste, Centre universitaire de santé McGill

Secrétariat

Carole Thiebaut

Révision linguistique

Le juste mot

Mise en page

Alphatek

Référence suggérée

DODIN, S. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 66 p. (Collection « L'intégration de pratiques cliniques préventives »).

Note : Les recommandations 2010 de ce guide sont issues d'Ostéoporose Canada et peuvent être consultées en ligne à <http://www.osteoporosis.ca>.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66404-8 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
Objectif du guide.....	1
Professionnels visés par ce guide	1
Section 1 – Les fractures ostéoporotiques : un problème majeur de santé publique	3
Quelques définitions	3
L'ostéoporose.....	3
La fracture de fragilité est la conséquence directe de l'ostéoporose.	3
Quelques éléments clés	4
Répercussions des fractures de fragilité : des données fracassantes	4
Section 2 – Les recommandations en matière d'évaluation du risque de fracture ostéoporotique	7
Les catégories de recommandations selon Ostéoporose Canada pour les lignes directrices de pratique clinique 2010	7
Les recommandations en matière d'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.....	8
1 : Dépister les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité	9
2 : Évaluer le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans	11
Quelques éléments clés pour une utilisation appropriée de l'outil CAROC.....	12
Quelques éléments clés pour effectuer une utilisation appropriée de l'outil FRAX.....	12
3 : Prise en charge des patients selon le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans	13
Annexe 1 : Recommandations relatives à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.....	19
Références bibliographiques	21
Section 3 – La mise en place d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique	23
Une démarche de systématisation.....	23
Étape 1 : Passer à l'action : L'heure des choix	25
Étape 2 : Établir le portrait des pratiques actuelles	29
Étape 3 : Élaborer un protocole de soins préventifs.....	35
Étape 4 : Planifier la prestation des services	53
Étape 5 : Bien s'outiller pour bien travailler	57
Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner.....	59

INTRODUCTION

OBJECTIF DU GUIDE

L'objectif général de ce guide est de soutenir les milieux cliniques de première ligne dans leur adoption d'une démarche de systématisation des soins visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Plus spécifiquement, cette démarche de systématisation vise à identifier adéquatement les patients à risque élevé de fracture ostéoporotique et ainsi leur assurer une prise en charge optimale.

PROFESSIONNELS VISÉS PAR CE GUIDE

Ce guide de systématisation est destiné principalement aux professionnels de la santé qui œuvrent dans les milieux cliniques de première ligne. Il peut s'agir de médecins, d'infirmières, de diététistes et de kinésiologues.

Le guide comprend trois sections :

- La première section clarifie les éléments de définition en lien avec les fractures ostéoporotiques, les répercussions de ces fractures sur le plan épidémiologique, économique et en termes de mortalité et de morbidité.
- La deuxième présente les recommandations en matière de dépistage et de suivi des fractures ostéoporotiques issues des dernières lignes directrices émises par Ostéoporose Canada en octobre 2010¹.
- La troisième section présente la démarche de systématisation en quelques étapes, et offre plusieurs outils pouvant faciliter l'implantation d'un système de soins axé sur le dépistage et le suivi des fractures ostéoporotiques.

SECTION 1 – LES FRACTURES OSTÉOPOROTIQUES : UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

QUELQUES DÉFINITIONS

L'ostéoporose

Définition clinique

Selon le *National Institutes of Health (NIH)* aux États-Unis, l'ostéoporose est une affection du squelette se caractérisant par une perte de résistance des os prédisposant aux fractures. La *résistance osseuse* réside dans deux grandes propriétés : la densité et la qualité des os². Cette définition souligne l'importance de la résistance osseuse par rapport à la masse osseuse seule. La résistance osseuse dépend à la fois de la densité et de la qualité des os.

Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) basée sur l'ostéodensitométrie

L'OMS a développé une définition basée sur une mesure de la densité minérale osseuse (DMO). Cette définition est fondée sur la comparaison de la DMO du patient avec la DMO moyenne d'une population normale de jeunes adultes de même sexe et de même race^{3,4}. Le sujet se voit attribuer un score T, soit le nombre d'écarts-types en plus ou en moins par rapport à la DMO moyenne de jeunes adultes normaux :

- **La DMO normale** se définit comme un score T compris entre $<$ ou égal $+2,5$ ou toutes valeurs au-dessus de $+2,5$ et comprises entre $-1,0$, (elle se situe entre $2,5$ écarts-types (ET) au-dessus de la moyenne des jeunes adultes et 1 ET au-dessous de cette même moyenne, inclusivement).
- **L'ostéopénie** correspond à un score T compris entre $-1,0$ et $-2,5$.
- **L'ostéoporose** est définie par un score T de $-2,5$ ou au-dessous.

La fracture de fragilité est la conséquence directe de l'ostéoporose.

Définition de l'OMS

La fracture de fragilité est une fracture causée par une lésion qui ne suffirait pas à fracturer l'os dans son état normal, résultant d'une perte de résistance des os à la compression et (ou) à la torsion⁵. Une fracture de fragilité se définit cliniquement comme étant causée par un traumatisme minimal (chute d'une hauteur correspondant à la taille d'une personne ou moins ou ne s'expliquant par aucun traumatisme identifiable).

Définition de la fracture de fragilité⁶

Une fracture de fragilité est une fracture qui survient spontanément ou après un léger traumatisme tel que :

- une chute en position debout;
- une chute en position assise;
- une chute en position couchée (lit ou chaise pliante inclinée < 1 mètre de haut);
- une chute après avoir raté une à trois marches dans l'escalier;
- un faux mouvement ou la toux.

Quelques éléments clés

- Une DMO basse doit être vue comme un des nombreux facteurs de risque de fracture de fragilité.
- La présence d'une fracture de fragilité périphérique ou vertébrale augmente le risque d'une fracture future^{7, 8}, à l'exception des sites osseux suivants : le crâne et le visage, la rotule, la main ou les doigts, les orteils, la colonne cervicale, les métatarses.
- La majorité des fractures surviennent chez des sujets ayant une DMO normale ou ostéopénique^{9, 10}.

Répercussions des fractures de fragilité : des données fracassantes

Sur le plan épidémiologique

La fréquence des fractures de fragilité augmente avec l'âge pour les deux sexes¹¹, reflétant une combinaison d'une diminution de la qualité osseuse et d'une tendance augmentée aux chutes.

Il faut savoir que :

- Quatre-vingt pour cent des fractures chez les femmes de 50 ans et plus sont des fractures de fragilité¹².
- Une femme sur deux et un homme sur quatre ayant atteint l'âge de 50 ans subira une fracture de fragilité au cours de sa vie restante¹³.
- Chez la femme, le risque estimé à 10 ans de subir une fracture de fragilité est de 9,8 % à l'âge de 50 ans et augmente à 21,7 % à l'âge de 80 ans¹³.

En termes de mortalité et de morbidité

Toutes les fractures de fragilité sont associées à une morbidité significative^{14, 15}.

Les fractures de la hanche représentent la conséquence la plus dévastatrice de l'ostéoporose :

- L'incidence de la fracture de hanche augmente de façon exponentielle avec l'âge, et la majorité de ces fractures surviennent après une chute de sa hauteur¹⁶.
- La fracture de hanche nécessite dans la majorité des cas une hospitalisation, entraîne une augmentation de la mortalité et est une cause majeure de morbidité : une femme sur quatre et un homme sur trois mourront dans l'année suivant la fracture de hanche^{17, 18}.
- Le risque de mortalité et le risque d'institutionnalisation après une fracture de hanche sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes^{17, 18}.

Les fractures vertébrales comme les fractures de hanche entraînent une atteinte marquée de la qualité de vie (douleur, perte de mobilité)¹⁹⁻²⁶.

Sur le plan économique

- Chaque année au Canada, les fractures ostéoporotiques entraînent **30 000 admissions à l'hôpital**, 47 000 visites en clinique externe et 23 000 admissions en soins de longue durée²⁷.
- **68 % des hospitalisations** dictées par une fracture ostéoporotique sont associées à une fracture de la hanche²⁷.
- Les conséquences économiques des fractures de la hanche s'élevaient à 650 millions de dollars au Canada en 2001, et l'on prévoit une augmentation des coûts à 2,4 milliards de dollars en 2041¹⁴.
- En 2007, au Québec, les coûts de santé directs associés à la fracture de la hanche durant la première année étaient de 46 664 \$²⁸.

SECTION 2 – LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE

Note

Les recommandations de cette section sont issues des lignes directrices de pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada, émises par Ostéoporose Canada et publiées en octobre 2010¹. Ostéoporose Canada a défini ses propres critères qui sont cependant différents de ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), de la *US Preventive Services Task Force (USPSTF)* et du groupe consultatif canadien sur l'examen périodique. Toutes les interventions soutenues par un niveau d'évidence A ou B selon les critères d'Ostéoporose Canada ont été retenues. Quelques interventions soutenues par un niveau d'évidence moins élevé (C ou D) ont parfois été retenues en raison de leur pertinence dans la pratique clinique.

Pour obtenir davantage d'information, on pourra aussi consulter le site d'Ostéoporose Canada au <http://www.osteoporosis.ca>.

LES CATÉGORIES DE RECOMMANDATIONS SELON OSTÉOPOROSE CANADA POUR LES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE 2010

Ostéoporose Canada	
Niveau	Critère
A	Données probantes de niveau 1 ou 1+, plus consensus*
B	Données probantes de niveau 2 ou 2+, plus consensus*
C	Données probantes de niveau 3, plus consensus
D	Données probantes de tout niveau inférieur, plus consensus

* Un degré approprié de valeur probante était nécessaire, mais non suffisant, à l'attribution d'une catégorie à la recommandation; il fallait aussi le consensus.

LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE

*UN OBJECTIF CLINIQUE CLAIR :
RÉDUIRE LES FRACTURES OSTÉOPOROTIQUES ET LEURS CONSÉQUENCES
EN CIBLANT LES PATIENTS À RISQUE ÉLEVÉ*

La prise en charge de l'ostéoporose va bien au-delà du traitement d'une densité osseuse basse; il vise à prévenir et traiter les fractures de fragilité et leurs conséquences négatives (Ostéoporose Canada, 2010).

Compte tenu du fait que certains facteurs de risque cliniques augmentent le risque de fracture indépendamment de la DMO :

- La prise en charge de l'ostéoporose doit être guidée vers une évaluation du risque absolu de fracture reliée à l'ostéoporose.
- La fracture de fragilité augmente le risque de fracture ultérieure et doit être considérée dans la prise en charge.
- La modification des habitudes de vie et la prise en charge thérapeutique doivent être individualisées afin de maximiser l'observance sur le plan thérapeutique.

Trois étapes vous sont présentées pour l'identification des personnes à risque élevé de fractures ostéoporotiques et leur prise en charge :

1. Dépister les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité;
2. Évaluer le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans;
3. Prendre en charge les patients selon le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans.

1 : DÉPISTER LES FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE ET DE FRACTURE DE FRAGILITÉ

Chez qui

Chez toutes les femmes et les hommes de 50 ans et plus.

Comment

Un interrogatoire détaillé pour rechercher :
1. Antécédents personnels de fracture de fragilité
2. Fracture de hanche chez un parent
3. Emploi de corticostéroïdes, d'inhibiteurs de l'aromatase (femmes), traitement antiandrogène (hommes)
4. Statut tabagique
5. Consommation d'alcool
6. Polyarthrite rhumatoïde
7. Chute au cours des 12 mois précédents* (Voir Étape 5, outil n° 5 : <i>Aide-mémoire en prévention des chutes</i>)
8. Troubles de la démarche et de l'équilibre
*Pour les personnes âgées de 65 ans et plus
Un examen clinique orienté pour rechercher :
1. Toute perte de poids > 10 % du poids à 25 ans
2. Une perte de hauteur objectivée de plus de 2 cm sur une période de 2 ans ou une perte rapportée par le patient de plus de 6 cm**
3. Une distance côte bassin \leq 2 doigts**
4. Une distance occiput-mur > 5 cm**
5. La propension aux chutes : Test <i>Get up and go</i> ²⁴ <ul style="list-style-type: none">• Se lever d'une chaise sans appui-coude• Marcher en avant sur 3 mètres (10 pieds)• Faire demi-tour• Retourner s'asseoir après avoir fait le tour de la chaise
Durée totale de plus de 20 secondes : risque de chutes
**Les constatations cliniques 2, 3 et 4 justifient une radiographie latérale du rachis dorsolombaire afin d'identifier les fractures vertébrales non diagnostiquées.

Une mesure de la densité osseuse à l'aide de l'ostéodensitométrie :

1. Chez toutes les femmes et hommes de 65 ans et plus
2. En présence de facteurs de risque cliniques de fracture (femmes ménopausées, hommes de 50 à 64 ans) :
 - Fracture de fragilité après 40 ans
 - Utilisation prolongée de corticostéroïdes : au moins trois mois de traitement cumulatif au cours de l'année précédente à une dose quotidienne équivalente à 7,5 mg de prednisone ou plus
 - Autres médicaments à haut risque : inhibiteur de l'aromatase ou traitement antiandrogène
 - Fracture de hanche chez un parent (mère, père)
 - Fracture vertébrale ou ostéopénie sur la radiographie
 - Consommation élevée d'alcool (≥ 2 consommations/jour. Plus de 9 consommations pour les femmes et 14 consommations pour les hommes par semaine)
 - Tabagisme actif
 - Poids < 60 kg, ou perte de poids majeure $> 10\%$ par rapport au poids à l'âge de 25 ans
 - Polyarthrite rhumatoïde
3. En présence d'autres pathologies étroitement liées à l'ostéoporose :
 - Hyperparathyroïdie primaire
 - Diabète de type 1
 - Ostéogénèse imparfaite
 - Hyperthyroïdie de longue date non traitée
 - Hypogonadisme ou ménopause précoce (< 45 ans)
 - Maladie de Cushing
 - Malnutrition ou malabsorption chronique
 - MPOC
 - Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Une évaluation biochimique minimale :

Chez les patients dont le score T à l'ostéodensitométrie est de -2,5 ou au-dessous :

- Hémogramme complet
- Créatinine
- Calcium (valeur corrigée pour l'albumine)
- Phosphatase alcaline
- TSH
- Électrophorèse des protéines (patient(s) avec fractures vertébrales)
- 25-OH vitamine D sera dosée après 3 ou 4 mois de supplémentation adéquate en vitamine D et ne sera pas dosée de nouveau si le taux sérique optimal est atteint (≥ 75 nmol/l)

2 : ÉVALUER LE RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE MAJEUR À 10 ANS

Chez qui

Chez toutes les femmes et les hommes de 65 ans et plus.

En présence de facteurs de risque cliniques de fracture chez les femmes et les hommes de 50 à 64 ans.

Comment

Deux outils sont disponibles pour évaluer le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans et ont été validés auprès d'une population canadienne. Il existe une très grande concordance entre ces deux outils et le choix de l'un ou l'autre sera guidé par un choix personnel.

L'outil CAROC³⁰ : stratifie les femmes et les hommes de 50 ans et plus en fonction de l'âge et du score T du col fémoral selon trois catégories de risque :

- faible (< 10 %);
- modéré (10-20 %);
- élevé (> 20 %).

Outil CAROC : Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans chez les femmes

Âge	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
50	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,8	en dessous de -3,8
55	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,8	en dessous de -3,8
60	au-dessus de -2,3	-2,3 à -3,7	en dessous de -3,7
65	au-dessus de -1,9	-1,9 à -3,5	en dessous de -3,5
70	au-dessus de -1,7	-1,7 à -3,2	en dessous de -3,2
75	au-dessus de -1,2	-1,2 à -2,9	en dessous de -2,9
80	au-dessus de -0,5	-0,5 à -2,6	en dessous de -2,6
85	au-dessus de +0,1	+0,1 à -2,2	en dessous de -2,2

Source : Ostéoporose Canada 2010.

Outil CAROC : Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans chez les hommes

Âge	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
50	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,9	en dessous de -3,9
55	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,9	en dessous de -3,9
60	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,7	en dessous de -3,7
65	au-dessus de -2,4	-2,4 à -3,7	en dessous de -3,7
70	au-dessus de -2,3	-2,3 à -3,7	en dessous de -3,7
75	au-dessus de -2,3	-2,3 à -3,8	en dessous de -3,8
80	au-dessus de -2,1	-2,1 à -3,8	en dessous de -3,8
85	au-dessus de -2,0	-2,0 à -3,8	en dessous de -3,8

Source : Ostéoporose Canada, 2010.

Quelques éléments clés pour une utilisation appropriée de l'outil CAROC


- La fracture de fragilité après l'âge de 40 ans ou l'emploi récent et prolongé d'une corticothérapie systémique accroît le risque d'une catégorie.
- Les personnes qui présentent une fracture de fragilité aux vertèbres ou à la hanche ou qui ont plus d'une fracture de fragilité sont exposées à un risque élevé de fracture subséquente indépendamment de leur score T.
- Ces courbes s'appliquent aux patients qui n'ont jamais été traités et ne peuvent être utilisées pour le suivi des personnes recevant un traitement pour l'ostéoporose.

L'outil FRAX³¹ a été développé par l'OMS pour évaluer les risques de fractures des patients et permet une évaluation du risque de fracture à 10 ans basée sur un nombre plus complet de facteurs de risque (âge, sexe, facteurs de risque cliniques, DMO au col fémoral).

Quelques éléments clés pour effectuer une utilisation appropriée de l'outil FRAX³¹

- Peut être utilisé en absence des mesures de la densité minérale osseuse.
- FRAX calcule aussi la probabilité de fracture de la hanche seule sur 10 ans.
- Ce système a été validé au Canada.
- On peut accéder au calculateur FRAX en ligne et à des instructions détaillées à l'adresse suivante : www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=19

Outil FRAX : Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

Pays: Canada Nom/Identité: A propos des facteurs de risques 

Questionnaire :

1. Âge (entre 40 et 90 ans) ou Date de Naissance
Âge : Date de Naissance : A M J

2. Sexe Masculin Féminin

3. Poids (kg)

4. taille (cm)

5. Fracture Précédente Non Oui

6. Parent fracture de la hanche Non Oui

7. Actuellement Fumeur Non Oui

8. Glucocorticoïdes Non Oui

9. Polyarthrite rhumatoïde Non Oui

10. Ostéoporose secondaire Non Oui

11. Alcool 3 unités ou plus par jour Non Oui

12. DMO du Col Fémoral (g/cm²)
Choisissez DXA

Source : OMS, 2011.

3 : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SELON LE RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE MAJEUR À 10 ANS

Chez qui

Tous les hommes et les femmes de 50 ans et plus.

Comment

- **Encourager une bonne santé osseuse chez toutes les femmes et les hommes de 50 ans et plus, quel que soit le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans par :**
 - la pratique régulière d'activités physiques avec mise en charge;
 - l'apport quotidien de 1200 mg de calcium (apport alimentaire et supplément);
 - une dose quotidienne de vitamine D (vitamine D3) de 800 UI à 2000 UI;
 - des interventions universelles auprès des personnes âgées de 65 ans et plus (INSPQ, 2011).

• Individualiser la prise en charge en fonction du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

Niveau de risque	Recommandations
<p>Risque faible (risque de fracture ostéoporotique à 10 ans < 10 %)</p>	<p>Pas de bénéfice au traitement pharmacologique. Réévaluer le risque de fracture ostéoporotique dans 5 ans.</p>
<p>Risque modéré (risque de fracture ostéoporotique à 10 ans de 10 à 20 %)</p>	<p>Certains facteurs peuvent justifier l'emploi d'une pharmacothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédent de fracture du poignet chez les individus âgés > 65 ans et chez ceux ayant un Score-T $\leq -2,5$ • Score-T lombaire \ll Score-T col fémoral (différence de 1 écart type et plus) • Perte rapide de masse osseuse (entre deux mesures d'ostéodensitométrie) • Hommes sous antiandrogènes pour un cancer de la prostate • Femmes sous inhibiteurs de l'aromatase pour le cancer du sein • Prise de glucocorticoïdes à long terme ou répétée • Chutes à répétition (≥ 2 au cours des 12 derniers mois) <p>Réévaluer la DMO dans 1 à 3 ans et réévaluer le risque.</p>
<p>Risque élevé de fracture (risque de fracture ostéoporotique à 10 ans > 20 %, fracture de fragilité antérieure de la hanche ou des vertèbres, ou plus d'une fracture de fragilisation)</p>	<p><i>Justifie un traitement pharmacologique dans un contexte de prise de décision éclairée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte des préférences du patient • Informer sur l'efficacité, les risques et avantages potentiels des différents choix thérapeutiques (tableau 1)

- Offrir un traitement pharmacologique aux femmes et aux hommes exposés à un risque élevé de fracture ostéoporotique

Femmes ménopausées

Plusieurs approches médicamenteuses pouvant être offertes aux femmes ménopausées à risque élevé de fracture ostéoporotique (recommandation de type A) sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Thérapies et effets secondaires

Thérapies et effets secondaires							
Thérapies de première ligne avec évidence de prévention des fractures chez les femmes postménopausées*							
Types de fracture	Inhibiteurs de la résorption						Traitement de formation osseuse
	Bisphosphonates			Denosumab	Raloxifène	Estrogénothérapie de remplacement**	Tériparatide
	Alendronate	Risédrionate	Zolédrionate				
Vertébrale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hanche	✓	✓	✓	✓		✓	
Non vertébrale*	✓	✓	✓	✓		✓	✓

*Chez les femmes postménopausées, ✓ indique des traitements de première ligne et une recommandation de Grade A. Pour les hommes nécessitant un traitement, alendronate, risédronate, et zolédrionate peut être utilisé en traitement de première ligne pour la prévention des fractures (Grade D).

**Dans les essais cliniques, les fractures non vertébrales sont des critères retenus, incluant la hanche, le fémur, le pelvis, le tibia, l'humérus, le radius, et la clavicule.

**Estrogénothérapie de remplacement (estrogènes) peut être utilisé comme traitement de première ligne chez les femmes présentant des symptômes de ménopause.

Traduit et adapté de : Appendix to : Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, *et al.*; for the Scientific Advisory council of Osteoporosis Canada. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada : summary. CMJA 2010. DOI 10.1503/cmja. 100771. Copyright © 2010 Canadian Medical Association or its licensors

Hommes

- Les données probantes ne sont pas suffisantes pour formuler des recommandations spécifiques aux hommes.
- Thérapies de première ligne : alendronate, risédronate et zolédrionate (acide zolédronique) (recommandation de catégorie D).
- La testostérone n'est pas recommandée pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes (recommandation de catégorie D).

Patients de plus de 50 ans recevant un traitement prolongé aux glucocorticoïdes

- Amorcer un traitement d'emblée (alendronate, risédronate et zolédronate (acide zolédronique) pendant toute la durée de la corticothérapie (recommandation de catégorie A).
- Le téraparatide (Fortéo®) devrait être envisagé chez les patients à risque élevé de fracture ostéoporotique et recevant un traitement prolongé aux corticostéroïdes (recommandation de catégorie A).
- **Assurer un suivi adéquat en fonction du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans**

On ne dispose pas de données probantes pour formuler des recommandations sur le suivi (recommandation de catégorie D).

Niveau de risque	Recommandations
Risque faible	Réévaluer le risque de fracture dans 5 ans
Risque modéré	Réévaluer le risque de fracture ostéoporotique et mesurer de nouveau la DMO après 1 à 3 ans
Risque élevé, patient en traitement	Mesurer de nouveau la DMO après 2 ou 3 ans : <ul style="list-style-type: none"> • DMO augmentée ou stable : on considérera que le patient a bien répondu • Baisse continue de la DMO ou apparition d'une nouvelle fracture peut suggérer : <ul style="list-style-type: none"> – Mauvaise observance au traitement; – Absence de réponse au traitement; – Existence de causes secondaires non reconnues d'ostéoporose.

Congé thérapeutique

On ne dispose pas de données probantes pour formuler des recommandations pour le congé thérapeutique.

- Les personnes présentant une histoire antérieure de fracture de fragilité doivent poursuivre le traitement sans congé thérapeutique (recommandation de catégorie D).

Traitement combiné

On ne dispose pas de données probantes pour formuler des recommandations pour le traitement combiné.

- Il est recommandé d'éviter de prescrire simultanément plus d'un inhibiteur de la résorption osseuse (recommandation de catégorie D).

Référence à un médecin spécialiste

On ne dispose pas de données probantes pour formuler des recommandations quant à la référence à un médecin spécialiste (recommandation de catégorie D).

- Les patients suivants peuvent en tirer profit :
 - Nouvelle fracture ou baisse significative de la DMO en dépit d'une bonne observance à un traitement de première intention;
 - Intolérance aux traitements de première et deuxième intention;
 - Toute cause d'ostéoporose secondaire dépassant la compétence du médecin de famille;
 - DMO extrêmement basse;
 - Évaluation de la pertinence du congé thérapeutique;
 - Comorbidité associée : insuffisance rénale sévère.

ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION DU RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE

Groupe ou organisme	Intervention	Population ciblée	Niveau de recommandation
USPSTF (2011) ³²	Ostéodensitométrie ou ultrasons du talon	<ul style="list-style-type: none"> – Femmes de 65 ans et plus – Femmes de 50 à 64 ans dont le risque de fracture est au moins de 9,3 % (FRAX) – Pas de recommandation chez les hommes 	Recommandation B
National Osteoporosis Foundation (2008, révisé en 2010) ³³	Ostéodensitométrie	<ul style="list-style-type: none"> – Toutes les femmes de 65 ans et plus et tous les hommes de 70 ans et plus – Femmes ménopausées et hommes de 50 à 64 ans en fonction du profil de risque 	Non disponible
Société Ostéoporose Canada) ¹	Ostéodensitométrie	<ul style="list-style-type: none"> – Toutes les femmes et tous les hommes de 65 ans et plus – Femmes ménopausées et hommes de 50 à 64 ans en présence de facteurs de risque cliniques de fracture 	Recommandation A

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. PAPAIOANNOU A, MORIN S, CHEUNG AM *ET AL.* 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada : Summary. *CMAJ* 2010.
2. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 2001; 285 : 785-95.
3. KANIS JA, MELTON LJ, 3rd, CHRISTIANSEN C, JOHNSTON CC, KHALTAEV N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1994; 9 : 1137-41.
4. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis : Report of a WHO Study Group. Genève : OMS; 1994. Série de rapports techniques.
5. Guidelines for preclinical evaluation and clinical trials in osteoporosis. Genève : OMS; 1998 : 59.
6. BESSETTE L, STE-MARIE LG, JEAN S *ET AL.* Recognizing osteoporosis and its consequences in Quebec (ROCQ) : Background, rationale, and methods of an anti-fracture patient health-management programme. *Contemp Clin Trials* 2008; 29 : 194-210.
7. KLOTZBUECHER CM, ROSS PD, LANDSMAN PB, ABBOTT TA, 3rd, BERGER M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures : A summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res* 2000; 15 : 721-39.
8. FORMIGA F, RIVERA A, NOLLA JM, COSCUJUELA A, SOLE A, PUJOL R. Failure to treat osteoporosis and the risk of subsequent fractures in elderly patients with previous hip fracture : A five-year retrospective study. *Aging Clin Exp Res* 2005; 17 : 96-9.
9. SIRIS ES, CHEN YT, ABBOTT TA *ET AL.* Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. *Arch Intern Med* 2004; 164 : 1108-12.
10. MIDDLETON ET, STEEL SA. Routine versus targeted vertebral fracture assessment for the detection of vertebral fractures. *Osteoporos Int* 2008; 19 : 1167-73.
11. TENENHOUSE A, JOSEPH L, KREIGER N *ET AL.* Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population-specific DXA reference standard : The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Osteoporos Int* 2000; 11 : 897-904.
12. BESSETTE L, STE-MARIE LG, JEAN S *ET AL.* The care gap in diagnosis and treatment of women with a fragility fracture. *Osteoporos Int* 2008; 19 : 79-86.
13. VAN STAA TP, DENNISON EM, LEUFKENS HG, COOPER C. Epidemiology of fractures in England and Wales. *Bone* 2001; 29 : 517-22.
14. WIKTOROWICZ ME, GOEREE R, PAPAIOANNOU A, ADACHI JD, PAPADIMITROPOULOS E. Economic implications of hip fracture : Health service use, institutional care and cost in Canada. *Osteoporos Int* 2001; 12 : 271-8.
15. FINK HA, ENSRUD KE, NELSON DB *ET AL.* Disability after clinical fracture in postmenopausal women with low bone density : The fracture intervention trial (FIT). *Osteoporos Int* 2003; 14 : 69-76.
16. GALLAGHER JC, MELTON LJ, RIGGS BL, BERGSTRATH E. Epidemiology of fractures of the proximal femur in Rochester, Minnesota. *Clin Orthop Relat Res* 1980; 163-71.
17. PANDE I, SCOTT DL, O'NEILL TW, PRITCHARD C, WOOLF AD, DAVIS MJ. Quality of life, morbidity, and mortality after low trauma hip fracture in men. *Ann Rheum Dis* 2006; 65 : 87-92.
18. HOLT G, SMITH R, DUNCAN K, HUTCHISON JD, GREGORI A. Gender differences in epidemiology and outcome after hip fracture : Evidence from the Scottish Hip Fracture Audit. *J Bone Joint Surg Br* 2008; 90 : 480-3.

19. HASSERIUS R, KARLSSON MK, JONSSON B, REDLUND-JOHNELL I, JOHNELL O. Long-term morbidity and mortality after a clinically diagnosed vertebral fracture in the elderly - a 12 and 22-year follow-up of 257 patients. *Calcif Tissue Int* 2005; 76 : 235-42.
20. BORGSTROM F, ZETHRAEUS N, JOHNELL O *ET AL*. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporos Int* 2006; 17 : 637-50.
21. SALAFFI F, CIMMINO MA, MALAVOLTA N *ET AL*. The burden of prevalent fractures on health-related quality of life in postmenopausal women with osteoporosis : The IMOF study. *J Rheumatol* 2007; 34 : 1551-60.
22. CRANS GG, SILVERMAN SL, GENANT HK, GLASS EV, KREGG JH. Association of severe vertebral fractures with reduced quality of life : Reduction in the incidence of severe vertebral fractures by teriparatide. *Arthritis Rheum* 2004; 50 : 4028-34.
23. OLEKSIK AM, EWING S, SHEN W, VAN SCHOOR NM, LIPS P. Impact of incident vertebral fractures on health related quality of life (HRQOL) in postmenopausal women with prevalent vertebral fractures. *Osteoporos Int* 2005; 16 : 861-70.
24. COCKERILL W, LUNT M, SILMAN AJ *ET AL*. Health-related quality of life and radiographic vertebral fracture. *Osteoporos Int* 2004; 15 : 113-9.
25. ADACHI JD, IOANNIDIS G, PICKARD L *ET AL*. The association between osteoporotic fractures and health-related quality of life as measured by the Health Utilities Index in the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Osteoporos Int* 2003; 14 : 895-904.
26. FECHTENBAUM J, CROPET C, KOLTA S, HORLAIT S, ORCEL P, ROUX C. The severity of vertebral fractures and health-related quality of life in osteoporotic postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2005; 16 : 2175-9.
27. GOEREE R, PETTITT DB, CUDDY L, FERRAZ M, ADACHI JD. An assessment of the burden of illness due to osteoporosis in Canada. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1996; 18(suppl July) : 15-24.
28. BESSETTE L, JEAN S, LAPOINTE-GARANT MP *ET AL*. Direct medical costs attributable to peripheral fractures in Canadian post-menopausal women. *Osteoporosis international : A journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 2012; 23 : 1757-68.
29. PODSIADLO D, RICHARDSON S. The timed "Up & Go" : A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39 : 142-8.
30. LESLIE WD, BERGER C, LANGSETMO L *ET AL*. Construction and validation of a simplified fracture risk assessment tool for Canadian women and men : Results from the CaMos and Manitoba cohorts. *Osteoporos Int* 2011; 22 : 1873-83.
31. LESLIE WD, LIX LM, LANGSETMO L *ET AL*. Construction of a FRAX(R) model for the assessment of fracture probability in Canada and implications for treatment. *Osteoporos Int* 2011; 22 : 817-27.
32. Screening for osteoporosis : U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2011; 154 : 356-64.
33. National Osteoporosis Foundation. *Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis*, Washington, DC : National Osteoporosis Foundation, 2010.

SECTION 3 – LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SOINS APPLIQUÉ À L'ÉVALUATION DU RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUE

UNE DÉMARCHE DE SYSTÉMATISATION

La démarche proposée s'inspire du *Guide de systématisation des soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* (Bélanger, 2008). Ce guide a utilisé le modèle du programme américain *Put Prevention Into Practice* (AHRQ, 2002). Cette démarche divise la prestation de services en différentes étapes « gérables ». Elle peut être appliquée dans différents milieux cliniques et comprend des outils d'aide à la pratique à utiliser ou à adapter.

Les six étapes de la démarche systématique sont les suivantes :

1. Passer à l'action : L'heure des choix;
2. Établir le portrait des pratiques actuelles;
3. Élaborer un protocole de soins préventifs;
4. Planifier la prestation des services;
5. Bien s'outiller pour bien travailler;
6. Réexaminer, réajuster, peaufiner.

Dans un premier temps, le contenu de chacune des six étapes est décrit. Sont ensuite présentés, pour chacune des six étapes, les outils nécessaires à la prise de décision et au soutien à l'action.

Étape 1 : Passer à l'action : L'heure des choix

Objectifs

1. Déterminer si le milieu est prêt à mettre en place un système de soins préventifs afin d'optimiser les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique chez les personnes âgées de 50 ans et plus.
2. Désigner un porteur de dossier ou un petit groupe responsable du projet.
3. Établir les mécanismes de fonctionnement pour la démarche.

Prêt pour le changement?

L'outil n° 1 *Prêt pour un changement* peut être utilisé comme instrument de mesure. Il s'agit d'un questionnaire à faire remplir par tout le personnel du milieu clinique, y compris, par exemple, les techniciens et les secrétaires. Par la suite, la synthèse des résultats est présentée à l'équipe afin de déterminer si la majorité est prête ou non à s'engager dans un changement des pratiques reliées à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.

Quels seront les mécanismes de fonctionnement?

Le responsable ou les membres du comité responsable de la mise en place de la démarche de systématisation devraient convenir de modalités de fonctionnement :

- définir les rôles et responsabilités de chacun dans l'implantation de cette pratique préventive;
- déterminer la fréquence et la durée des rencontres;
- déterminer les mécanismes de prise de décision;
- mettre en place des conditions qui facilitent la participation de tous les membres pour l'avancement des travaux (mise en disponibilité des professionnels pour effectuer des tâches en lien avec la démarche, inscription à des formations, reconnaissance de leur participation).

Il est aussi souhaitable que le comité conserve des notes brèves ou un compte-rendu des rencontres afin de pouvoir s'y référer au besoin. De plus, ces documents seront fort utiles lors de l'appréciation du projet.

Qui fait quoi?

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• GMF ou autre milieu clinique : choisit un ou des responsables et décide de la façon de fonctionner pour la mise en œuvre de la démarche.• DSP en collaboration avec le CSSS : présente le système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique et peut aider à compiler les résultats du questionnaire (outil n° 1) et les communiquer à l'équipe. |
|--|

Outil n° 1 : Prêt pour un changement

Pour chacun des 11 énoncés, encerclez le chiffre de 1 à 7 qui correspond le mieux à votre opinion, 1 signifiant « pas du tout en accord » et 7 « très en accord ».						
Pas du tout en accord 1	Très peu en accord 2	Un peu en accord 3	Moyennement en accord 4	Assez en accord 5	Plutôt en accord 6	Très en accord 7
1.	La prévention des fractures ostéoporotiques est un aspect important de la pratique de notre clinique.				1 2 3 4 5 6 7	
2.	La prévention des fractures ostéoporotiques devrait avoir plus de place dans notre pratique.				1 2 3 4 5 6 7	
3.	Notre clinique compte parmi ses membres une personne qui a le leadership, la vision et l'autorité nécessaires pour mieux identifier les patients à risque élevé de fracture ostéoporotique.				1 2 3 4 5 6 7	
4.	Les infirmières et les médecins de notre clinique considèrent qu'il est important de prendre du temps pour identifier les patients à risque élevé de fracture ostéoporotique.				1 2 3 4 5 6 7	
5.	Les infirmières considèrent l'éducation à la santé du patient comme une de leurs tâches principales.				1 2 3 4 5 6 7	
6.	Les médecins considèrent l'éducation à la santé du patient comme une de leurs tâches principales.				1 2 3 4 5 6 7	
7.	Notre clinique est d'accord pour consacrer des ressources (temps, formation, personnel) à l'implantation d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.				1 2 3 4 5 6 7	
8.	La communication interne est très bonne entre les membres du personnel et les médecins de notre clinique.				1 2 3 4 5 6 7	
9.	Il existe un esprit d'équipe entre les membres du personnel et les médecins de notre clinique.				1 2 3 4 5 6 7	
10.	Nous pouvons accorder suffisamment de temps à la prévention des fractures ostéoporotiques.				1 2 3 4 5 6 7	
11.	Nous avons un système d'assurance de la qualité afin d'évaluer et d'améliorer notre prestation de services en regard de la prévention des fractures ostéoporotiques.				1 2 3 4 5 6 7	

RÉSULTATS

1. Le calcul du résultat se fait en additionnant chaque chiffre encadré. Le score maximal possible, par questionnaire, est de 77 points, soit les 11 énoncés tous notés 7 par un même répondant. On établira le score de passage, pour la clinique, à 50, 60 ou 70 % (soit 38, 46 ou 53 points). Pour se mériter la note de passage, la clinique devra donc obtenir, en divisant le total des points accordés aux énoncés par le nombre de répondants, entre 38 et 53 points.

SCORE :

2. Il est aussi très intéressant d'analyser les résultats sur la base du score total obtenu par chaque énoncé. L'analyse met alors en évidence les forces de la clinique et les aspects à améliorer. Par exemple, dans une clinique comptant 10 répondants, le score maximal pour chaque énoncé est de 70 points et le score minimal, de 10; ainsi, les énoncés tendant le plus vers 70 représentent les forces et ceux tendant davantage vers 10, les aspects à améliorer.

Énoncé	Score
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

Source : adapté de Bélanger, H., 2008, et de *Put Prevention Into Practice*, 2002.

Étape 2 : Établir le portrait des pratiques actuelles

Objectifs

1. Dresser le portrait des pratiques déjà existantes en matière d'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.
2. Permettre une appréciation et une rétroaction sur la démarche entreprise en réutilisant les mêmes outils après quelques mois de mise en œuvre.

Portrait des interventions

Partir de ce qui existe déjà dans le milieu clinique peut faciliter l'intégration des nouvelles pratiques. Plus spécifiquement, cette étape permet de décrire les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique qui sont offertes aux patients.

La description peut se faire à partir des notes au dossier (audit). Cette méthode est reconnue efficace, bien qu'elle puisse sous-évaluer le travail des cliniciens qui peuvent effectuer des interventions, sans toutefois les inscrire au dossier des patients.

À l'aide de l'outil n° 2, *Grille d'observation des notes sur les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*, on peut vérifier, dans 40 dossiers pris au hasard parmi des patients adultes de 50 ans et plus vus au cours de la dernière année, combien contiennent des notes sur les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique. Il serait intéressant de répartir les dossiers équitablement selon les deux groupes d'âge, soit 50 à 64 ans et 65 ans et plus.

Qui fait quoi?

- **GMF ou autre milieu clinique** : sélectionne les dossiers et informe ses collègues des résultats; remplit la grille ou participe à l'évaluation de l'environnement du milieu clinique.
- **DSP en collaboration avec le CSSS** : peut compléter les outils et dresser le bilan des pratiques en cours dans le milieu clinique; remplit la grille d'évaluation de l'environnement du milieu clinique ou collabore à son analyse.

Outil n° 2 : Grille d'observation des notes sur les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique

N° de dossier	Femmes et hommes 50 ans et plus							Femmes et hommes 65 ans et plus	
	ATCD personnels de fracture de fragilité	ATCD familiaux de fracture de hanche	Cortico ≥ 3 mois	Taille	Poids	Activité physique	Apport/supplément calcique	Chutes dans la dernière année	Ostéodensitométrie
N° 1	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 2	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 4	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 5	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 6	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 7	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 8	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 10	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

N° de dossier	Femmes et hommes 50 ans et plus							Femmes et hommes 65 ans et plus	
	ATCD personnels de fracture de fragilité	ATCD familiaux de fracture de hanche	Cortico ≥ 3 mois	Taille	Poids	Activité physique	Apport/supplément calcique	Chutes dans la dernière année	Ostéodensitométrie
N° 11	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 12	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 13	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 14	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 15	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 16	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 17	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 18	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 19	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 20	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

N° de dossier	Femmes et hommes 50 ans et plus							Femmes et hommes 65 ans et plus	
	ATCD personnels de fracture de fragilité	ATCD familiaux de fracture de hanche	Cortico ≥ 3 mois	Taille	Poids	Activité physique	Apport/supplément calcique	Chutes dans la dernière année	Ostéodensitométrie
N° 21	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 22	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 23	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 24	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 25	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 26	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 27	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 28	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 29	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 30	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

N° de dossier	Femmes et hommes 50 ans et plus							Femmes et hommes 65 ans et plus	
	ATCD personnels de fracture de fragilité	ATCD familiaux de fracture de hanche	Cortico ≥ 3 mois	Taille	Poids	Activité physique	Apport/supplément calcique	Chutes dans la dernière année	Ostéodensitométrie
N° 31	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 32	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 33	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 34	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 35	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 36	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 37	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 38	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 39	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
N° 40	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Résultats en % ¹	Non : ___% Oui : ___%	Non : ___% Oui : ___%	Non : ___% Oui : ___%					Non : ___% Oui : ___%	Non : ___% Oui : ___%

Source : adapté de Bélanger, H., 2008, et de *Put Prevention Into Practice*, 2002.

1. Résultats : Pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

Étape 3 : Élaborer un protocole de soins préventifs

Objectifs :

1. Mettre à jour les connaissances sur l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique selon les lignes directrices émises par Ostéoporose Canada (2010).
2. Élaborer un protocole de soins pour l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.
3. S'entendre sur une ordonnance collective pour entreprendre les examens complémentaires, les analyses de laboratoire recommandées et les prescriptions de supplément de calcium et de vitamine D, si c'est pertinent.

Qui fait quoi :

GMF ou autre milieu clinique : élaborer le protocole.

DSP en collaboration avec le CSSS : peut offrir un accompagnement pour l'élaboration du protocole, fournir la mise à jour des recommandations cliniques (guides de pratique) et offrir les formations et ateliers au besoin.

Outil n° 3 : Protocole (ou directives) pour l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique

CSSS, GMF, milieu clinique

PROTOCOLE (OU DIRECTIVES) pour l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique

Date d'**adoption** du protocole (ou directives) :

Date de **révision** du protocole (ou directives) :

Responsable de la **diffusion** du protocole (ou directives) : _____

Responsable de la **révision** du protocole (ou directives) : _____

Source : adapté de Bélanger, H., 2008, et de *Put Prevention Into Practice*, 2002.

But

Le protocole de soins préventifs vise à augmenter l'efficacité des pratiques des professionnels en matière d'évaluation du risque de fracture ostéoporotique, et permet de s'assurer que le patient qui consulte dans le milieu clinique bénéficie d'interventions cohérentes et complémentaires de la part des différents professionnels. *Le protocole ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.*

Le protocole contient les éléments suivants :

1. Situation clinique visée : la fracture ostéoporotique
2. Intervenants concernés : infirmière et médecin
3. Clientèles visées : femmes et hommes de 50 ans et plus
4. Instructions pour la décision ou l'intervention : indications, contre-indications, conduite à tenir selon les normes reconnues
5. Adoption et mises à jour :
 - Instances consultées
 - Instances qui approuvent
 - Dates d'adoption et des révisions
6. Documents complémentaires : outils, ordonnance collective, plan standardisé de soins, références, etc.

Objectifs généraux

- Standardiser, dans la mesure du possible, les pratiques en lien avec le dépistage des facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité, l'évaluation du risque de fracture et la prise en charge au sein du milieu clinique.
- Instaurer un suivi de la clientèle à risque élevé de fracture à 10 ans dans le but d'améliorer la qualité des services et leur coordination.

Objectifs spécifiques

- Dépister les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité.
- Évaluer de façon standardisée le risque de fracture ostéoporotique.
- Assurer une prise en charge et un suivi adéquats de la clientèle à risque élevé de fracture ostéoporotique.
- Encourager l'adoption de saines habitudes de vie.
- Favoriser l'observance au traitement.

Modalités d'adoption du protocole

L'adoption du protocole devrait se faire lors d'un atelier organisé auquel, idéalement, tous les membres du milieu clinique devraient être présents. Voici plus spécifiquement la façon de procéder lors de cet atelier :

1. Les médecins et les infirmières effectuent individuellement les choix qui leur conviennent pour chacun des éléments du protocole.
2. Le choix de la majorité est retenu. Le consensus ne doit pas être recherché à tout prix.
3. Les éléments non retenus sont supprimés.
4. D'autres éléments peuvent être ajoutés au besoin, selon les décisions de l'équipe.
5. Il n'est pas nécessaire de convenir de chacun des éléments en un seul temps. Un protocole peut être mis en application pour les éléments sur lesquels s'accordent les professionnels.
6. Des outils peuvent être ajoutés au protocole pour soutenir soit la prise de décision, soit le travail clinique.

1^{re} PARTIE

1. Clientèle ciblée par l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique
2. Dépister les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité

1. Clientèle ciblée par l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique

Dans notre clinique, le dépistage des facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité ciblera la clientèle suivante (un ou plusieurs choix) :

- Les femmes de 50 ans et plus
- Les hommes de 50 ans et plus
- Les femmes et les hommes de 50 ans et plus
- Les femmes et les hommes de 65 ans et plus
- Autre (spécifier) : _____

Le dépistage des facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité sera effectué auprès de la clientèle (un ou plusieurs choix) :

- Lors d'un rendez-vous avec l'infirmière
- Lors d'un rendez-vous médical
- Lors d'un sans rendez-vous
- Vue au triage
- Autre (spécifier) : _____

Dans notre clinique, un outil sera utilisé en rappel :

- Rappel informatisé au dossier électronique du patient
- Autocollant au dossier
- Feuille sommaire incluant le risque de fracture selon l'outil FRAX
- Feuille sommaire incluant le risque de fracture selon l'outil CAROC
- Autre (spécifier) : _____

Clientèle ciblée par l'évaluation du risque de fracture – Recommandation Ostéoporose Canada 2010
Toutes les personnes âgées de 50 ans et plus

2. Dépister les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité

Dans notre clinique, la recherche des facteurs de risque se fera :

- Par le médecin
 Par l'infirmière
 Autre (spécifier) : _____

Facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture de fragilité – Recommandations Ostéoporose Canada 2010
Antécédents personnels de fracture de fragilité
Fracture de hanche chez un parent
Emploi de corticostéroïdes, d'inhibiteurs de l'aromatase (femmes), traitement antiandrogène (hommes)
Statut tabagique
Consommation d'alcool
Polyarthrite rhumatoïde
Chute au cours des 12 mois précédents* (Étape 5 – Outil n° 1 <i>Aide-mémoire en prévention des chutes</i>)
Troubles de la démarche et de l'équilibre

*Pour les personnes âgées de 65 ans et plus

Dans notre clinique, la mesure du poids, de la taille et autres mesures se fera :

- Annuellement
 Aux 2 ans
 Autre (spécifier) : _____

Dans notre clinique, la mesure du poids, de la taille et autres mesures se fera :

- Par le médecin
 Par l'infirmière
 Autre (spécifier) : _____

Mesure du poids et de la taille – Recommandation Ostéoporose Canada 2010
Mesurer le poids et la taille annuellement chez les patients âgés de 50 ans et plus

Identification des fractures vertébrales non diagnostiquées – Recommandations Ostéoporose Canada 2010
Une perte de hauteur objectivée de plus de 2 cm sur une période de 2 ans ou une perte rapportée par le patient de plus de 6 cm*
Une distance côte bassin \leq 2 doigts*
Une distance occiput-mur $>$ 5 cm*

*Ces constatations cliniques justifient une radiographie latérale du rachis dorsolombaire afin d'identifier les fractures vertébrales non diagnostiquées.

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de chute se fera :

- Après de la clientèle de 50 ans et plus
- Après de la clientèle de 65 ans et plus
- Ne se fera pas
- Autre (spécifier) : _____

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de chute se fera :

- Annuellement
- Ne se fera pas
- Autre (spécifier) : _____

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de chute se fera :

- Par le médecin
- Par l'infirmière
- Ne se fera pas
- Autre (spécifier) : _____

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de chute se fera par :

- Test *Get up and go*
- Autre test (spécifier) : _____

Évaluation du risque de chute : Test <i>Get up and go</i>
<ul style="list-style-type: none">• Se lever d'une chaise sans appui-coude• Marcher en avant sur 3 mètres (10 pieds)• Faire demi-tour• Retourner s'asseoir après avoir fait le tour de la chaise <p>Durée totale de plus de 20 secondes : risque de chutes</p>

Dans notre clinique, l'ostéodensitométrie se fera selon les recommandations de :

- Ostéoporose Canada
- Autres lignes directrices ou recommandations (spécifier) : _____

Dans notre clinique, l'ostéodensitométrie sera prescrite par :

- Le médecin
- L'infirmière (ordonnance collective)

Mesure de la densité osseuse à l'aide de l'ostéodensitométrie – Recommandations Ostéoporose Canada 2010
Chez toutes les femmes et hommes de 65 ans et plus
En présence de facteurs de risque cliniques de fracture (femmes ménopausées, hommes de 50 à 64 ans) :
<ul style="list-style-type: none">• Fracture de fragilité après 40 ans• Utilisation prolongée de corticostéroïdes : au moins trois mois de traitement cumulatifs au cours de l'année précédente à une dose quotidienne équivalente à 7,5 mg de prednisone ou plus• Autres médicaments à haut risque : inhibiteur de l'aromatase ou traitement anti-androgène• Fracture de hanche chez un parent (mère, père)• Fracture vertébrale ou ostéopénie sur la radiographie• Consommation élevée d'alcool (≥ 2 consommations/jour. Plus de 9 consommations pour les femmes et 14 consommations pour les hommes par semaine)• Tabagisme actif• Poids < 60 kg, ou perte de poids majeure > 10 % par rapport au poids à l'âge de 25 ans• Polyarthrite rhumatoïde
Autres pathologies étroitement liées à l'ostéoporose :
<ul style="list-style-type: none">• Hyperparathyroïdie primaire• Diabète de type 1• Ostéogénèse imparfaite• Hyperthyroïdie de longue date non traitée• Hypogonadisme ou ménopause précoce (< 45 ans)• Maladie de Cushing• Malnutrition ou malabsorption chroniques• MPOC• Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

2^e PARTIE

3. Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans
4. Évaluation biochimique

3. Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans se fera :

- Chez toutes les femmes et les hommes de 65 ans et plus
- En présence de facteurs de risque cliniques de fracture chez les femmes et les hommes de 50 à 64 ans
- Autre clientèle (spécifier) : _____

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans se fera avec :

- L'outil CAROC
- L'outil FRAX
- Autre outil (spécifier) : _____

Dans notre clinique, l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans se fera par :

- Le médecin
- L'infirmière

Outil CAROC

L'*outil CAROC*³⁰ stratifie les femmes et les hommes de 50 ans et plus en fonction de l'âge et du score T du col fémoral selon trois catégories de risque :

- faible (< 10 %)
- modéré (10-20 %)
- élevé (> 20 %)

Outil CAROC : Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans chez les femmes

Âge	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
50	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,8	en dessous de -3,8
55	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,8	en dessous de -3,8
60	au-dessus de -2,3	-2,3 à -3,7	en dessous de -3,7
65	au-dessus de -1,9	-1,9 à -3,5	en dessous de -3,5
70	au-dessus de -1,7	-1,7 à -3,2	en dessous de -3,2
75	au-dessus de -1,2	-1,2 à -2,9	en dessous de -2,9
80	au-dessus de -0,5	-0,5 à -2,6	en dessous de -2,6
85	au-dessus de +0,1	+0,1 à -2,2	en dessous de -2,2

Source : Ostéoporose Canada, 2010.

Outil CAROC : Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans chez les hommes

Âge	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
50	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,9	en dessous de -3,9
55	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,9	en dessous de -3,9
60	au-dessus de -2,5	-2,5 à -3,7	en dessous de -3,7
65	au-dessus de -2,4	-2,4 à -3,7	en dessous de -3,7
70	au-dessus de -2,3	-2,3 à -3,7	en dessous de -3,7
75	au-dessus de -2,3	-2,3 à -3,8	en dessous de -3,8
80	au-dessus de -2,1	-2,1 à -3,8	en dessous de -3,8
85	au-dessus de -2,0	-2,0 à -3,8	en dessous de -3,8

Source : Ostéoporose Canada, 2010.

Quelques éléments clés pour utiliser de façon appropriée l'outil CAROC

- La fracture de fragilité subie après l'âge de 40 ans ou l'emploi récent et prolongé d'une corticothérapie systémique accroît le risque d'une catégorie.
- Les personnes qui présentent une fracture de fragilité aux vertèbres ou à la hanche ou qui ont plus d'une fracture de fragilité sont exposées à un risque élevé de fracture subséquente indépendamment de leur score T.
- Ces courbes s'appliquent aux patients qui n'ont jamais été traités et ne peuvent être utilisées pour le suivi des personnes recevant un traitement pour l'ostéoporose.

Outil FRAX

L'*outil FRAX*³¹ a été développé par l'OMS pour évaluer les risques de fracture des patients, et il permet une évaluation du risque de fracture à 10 ans basée sur un nombre plus complet de facteurs de risque (âge, sexe, facteurs de risque cliniques, DMO au col fémoral).

Quelques éléments clés pour une utilisation appropriée de l'outil FRAX³¹

- Peut être utilisé en absence des mesures de la densité minérale osseuse.
- L'outil FRAX calcule aussi la probabilité de fracture de la hanche seule sur 10 ans.
- Ce système a été validé au Canada.
- On peut accéder au calculateur FRAX en ligne et à des instructions détaillées à l'adresse suivante : www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=19

Outil FRAX : Évaluation du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

Pays: Canada Nom/Identité: A propos des facteurs de risques i

Questionnaire :

1. Âge (entre 40 et 90 ans) ou Date de Naissance
 Âge : Date de Naissance : A M J

2. Sexe Masculin Féminin

3. Poids (kg)

4. taille (cm)

5. Fracture Précédente Non Oui

6. Parent fracture de la hanche Non Oui

7. Actuellement Fumeur Non Oui

8. Glucocorticoïdes Non Oui

9. Polyarthrite rhumatoïde Non Oui

10. Ostéoporose secondaire Non Oui

11. Alcool 3 unités ou plus par jour Non Oui

12. DMO du Col Fémoral (g/cm²)
 Choisissez DXA

Référence : OMS, 2011.

4. Évaluation biochimique

Dans notre clinique, l'évaluation biochimique sera demandée par :

- Le médecin
 L'infirmière

Évaluation biochimique – Recommandations Ostéoporose Canada 2010
<p>Chez les patients dont le score T à l'ostéodensitométrie est de -2,5 ou au-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémogramme complet • Créatinine • Calcium (valeur corrigée pour l'albumine) • Phosphatase alcaline • TSH • Électrophorèse des protéines (patient(s) avec fractures vertébrales) • 25-OH vitamine D sera dosée après 3 ou 4 mois de supplémentation adéquate en vitamine D et ne sera pas dosée de nouveau si le taux sérique optimal est atteint (≥ 75 nmol/l)

3^e PARTIE

5. Prise en charge des patients selon le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans
6. Suivi adéquat en fonction du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

5. Prise en charge des patients selon le risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

Dans notre clinique, l'information et la recommandation visant la modification des habitudes de vie se fera par :

- Le médecin
 L'infirmière
 Le médecin et l'infirmière
 Autre (spécifier) : _____

Modification des habitudes de vie – Recommandations Ostéoporose Canada 2010

- Pratique régulière d'activités physiques avec mise en charge
- Apport quotidien de 1200 mg de calcium (apport alimentaire et supplément)
- Une dose quotidienne de vitamine D (vitamine D3) de 800 UI à 2000 UI

Dans notre clinique, les interventions universelles auprès des personnes âgées de 65 ans et plus dans le cadre de la prévention des chutes se feront par :

- Le médecin
 L'infirmière
 Le médecin et l'infirmière
 Autre (spécifier) : _____

Interventions universelles auprès des personnes âgées de 65 ans et plus – INSPQ 2011

Exercices

- Recommander la pratique d'exercices de renforcement musculaire et d'équilibre.
- Recommander la pratique du tai-chi.

La vision est-elle optimale?

- Vérifier si la personne a vu un optométriste ou un ophtalmologiste dans les deux dernières années.
- Recommander aux personnes avec cataracte la chirurgie d'exérèse.
- Recommander pour évaluation du domicile les personnes avec troubles visuels importants.

La prise de vitamine D et de calcium est-elle suffisante?

- Vérifier que tous prennent quotidiennement :
 - un supplément de 800 UI à 1 000 UI de vitamine D3;
 - 1 200 mg de calcium (incluant les apports alimentaires).

La médication est-elle adéquate?

- Réviser l'indication des médicaments, l'adhésion et les effets secondaires.
- Inciter à réduire la prise de benzodiazépines en discutant des risques associés à ces médicaments et des caractéristiques du sommeil normal.

Pour le traitement pharmacologique, notre clinique retient les recommandations :

Formulées par Ostéoporose Canada (2010)

Autres (spécifier) : _____

Thérapies et effets secondaires							
Thérapies de première ligne avec évidence de prévention des fractures chez les femmes postménopausées*							
Types de fracture	Inhibiteurs de la résorption						Traitement de formation osseuse
	Bisphosphonates			Denosumab	Raloxifène	Estrogénothérapie de remplacement**	Tériparatide
	Alendronate	Riséronate	Zoléronate				
Vertébrale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hanche	✓	✓	✓	✓		✓	
Non vertébrale*	✓	✓	✓	✓		✓	✓

*Chez les femmes postménoposées, ✓ indique des traitements de première ligne et une recommandation de Grade A. Pour les hommes nécessitant un traitement, alendronate, risédronate, et zoléronate peut être utilisé en traitement de première ligne pour la prévention des fractures (Grade D).

**Dans les essais cliniques, les fractures non vertébrales sont des critères retenus, incluant la hanche, le fémur, le pelvis, le tibia, l'humérus, le radius, et la clavicule.

**Estrogénothérapie de remplacement (estrogènes) peut être utilisé comme traitement de première ligne chez les femmes présentant des symptômes de ménopause.

Traduit et adapté de : Appendix to : Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, *et al.*; for the Scientific Advisory council of Osteoporosis Canada. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada : summary. CMJA 2010. DOI 10.1503/cmja. 100771. Copyright © 2010 Canadian Medical Association or its licensors

Hommes

- Les données probantes ne sont pas suffisantes pour formuler des recommandations spécifiques aux hommes.
- Thérapies de première ligne : alendronate, risédronate et zoléronate (acide zoléronique) (recommandation de catégorie D).
- La testostérone n'est pas recommandée pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes (recommandation de catégorie D).

Patients de plus de 50 ans recevant un traitement prolongé aux glucocorticoïdes

- Amorcer un traitement d'emblée (alendronate, risédronate et zoléronate (acide zoléronique)) pendant toute la durée de la corticothérapie (recommandation de catégorie A).
- Le tériparatide (Fortéo®) devrait être envisagé chez les patients à risque élevé de fracture et recevant un traitement prolongé aux corticostéroïdes (recommandation de catégorie A).

6. Suivi adéquat en fonction du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans

On ne dispose pas de données probantes pour formuler des recommandations sur le suivi des patients. Ostéoporose Canada émet des recommandations de catégorie D.

Pour le suivi des patients, notre clinique retient les recommandations suivantes :

Formulées par Ostéoporose Canada 2010

Autres (spécifier) : _____

Suivi en fonction du risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans – Recommandations Ostéoporose Canada 2010	
NIVEAU DE RISQUE	RECOMMANDATIONS
Risque faible	Réévaluer le risque de fracture dans 5 ans
Risque modéré	Réévaluer le risque de fracture et mesurer de nouveau la DMO après 1 à 3 ans
Risque élevé, patient en traitement	<p>Mesurer de nouveau la DMO après 1 à 3 ans :</p> <p>DMO augmentée ou stable : on considérera que le patient a bien répondu;</p> <p>Baisse continue de la DMO ou apparition d'une nouvelle fracture peut suggérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise observance au traitement; • Absence de réponse au traitement; • Existence de causes secondaires non reconnues d'ostéoporose.

Interventions relatives au suivi des patients à risque de fracture ostéoporotique majeur à 10 ans – Recommandations Ostéoporose Canada 2010		
Interventions	Recommandations	Niveau de recommandation
Arrêt du traitement	Les personnes présentant une histoire antérieure de fracture de fragilité doivent poursuivre le traitement sans congé thérapeutique.	D
Traitement combiné	Il est recommandé d'éviter de prescrire simultanément plus d'un inhibiteur de la résorption osseuse.	D
Référence à un médecin spécialiste	Les patients suivants peuvent en tirer profit : <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle fracture ou baisse significative de la DMO en dépit d'une bonne observance à un traitement de première intention; • Intolérance aux traitements de première et deuxième intention; • Toute cause d'ostéoporose secondaire dépassant la compétence du médecin de famille; • DMO extrêmement basse; • Évaluer la pertinence du congé thérapeutique; • Comorbidité associée : insuffisance rénale. 	D

Observance au traitement

Dans notre clinique, les interventions pour améliorer l'observance au traitement seront appliquées par :

- L'infirmière
 Le médecin
 Le médecin et l'infirmière

N.B. Ostéoporose Canada n'émet pas de recommandations spécifiques à l'égard de l'observance.

Étape 4 : Planifier la prestation des services

Objectifs :

1. Revoir le partage des tâches en lien avec le protocole pour l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique adopté dans le milieu.
2. Déterminer la meilleure personne pour chacune des différentes tâches de l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.
3. Adopter les algorithmes des activités à réaliser dans le cadre de l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique adopté dans le milieu.

Qui fait quoi?

GMF ou autre milieu clinique : les membres de l'équipe s'entendent sur la répartition des tâches entre eux.

DSP en collaboration avec le CSSS : peut aider à compiler les résultats de l'outil n° 4a et les communiquer à l'équipe ; peut animer la rencontre pour adopter les algorithmes d'activités; peut valider le contenu des algorithmes adoptés par la clinique.

Distribution des tâches

Lors d'une rencontre, à partir de l'outil n° 4a *Distribution des tâches entre les membres du personnel*, chaque membre de l'équipe désigne la personne qu'il croit la meilleure pour accomplir les tâches prévues au protocole. Cet outil est particulièrement utile lorsque la répartition des tâches prévues dans l'élaboration du protocole s'avère difficile.

Outil n° 4a – Distribution des tâches entre les membres du personnel

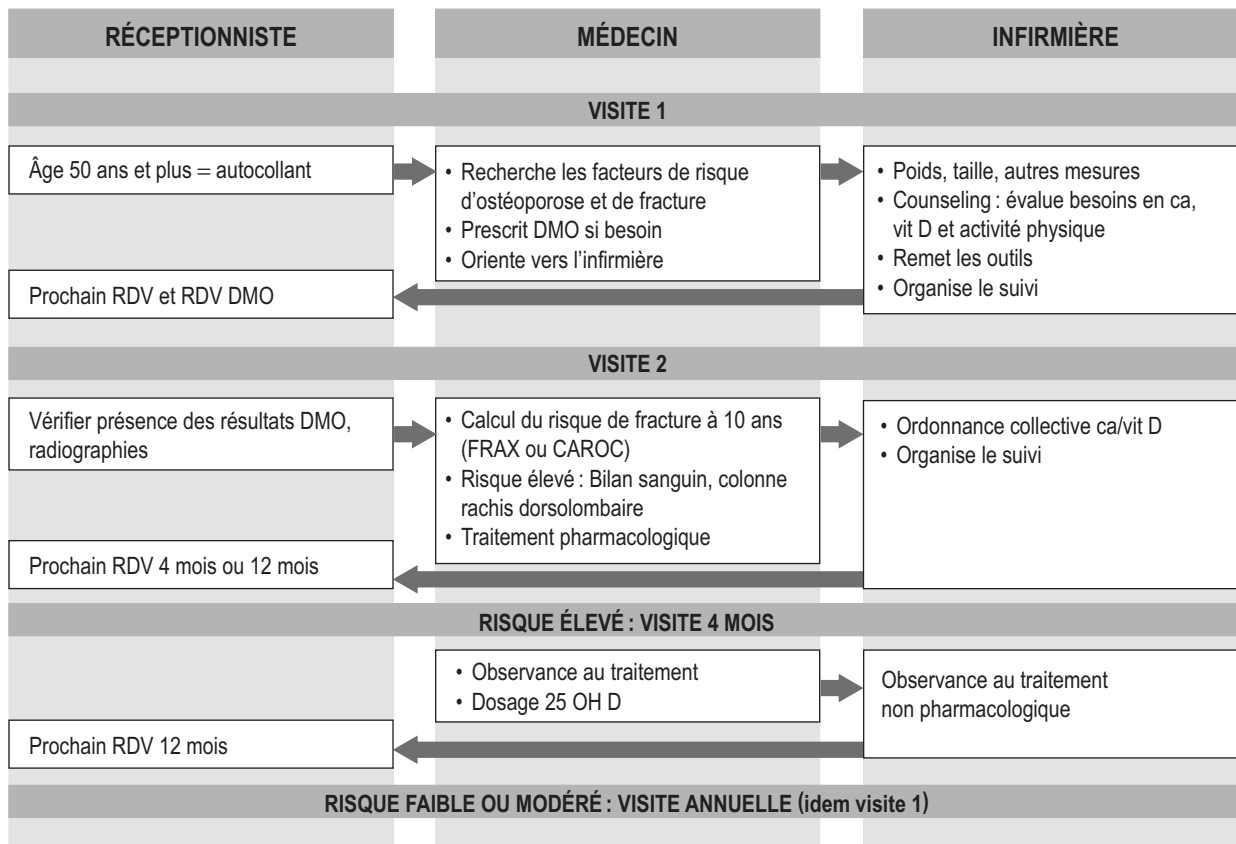
Pour chacune des tâches, considérez : Quelle est la meilleure personne pour remplir ce rôle dans notre clinique et pourquoi?

	Action	Secrétaire/ réceptionniste	Infirmière	Médecin
1.	Être responsable de l'ensemble de la démarche de systématisation des soins et du suivi.			
2.	Assurer l'adoption et la révision du protocole (directives).			
3.	Distribuer le protocole (directives) pour l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique à tous.			
4.	Voir à ce que les nouveaux membres du personnel reçoivent la formation nécessaire à l'application du protocole (directives).			
5.	Voir à l'adaptation et à l'adoption des algorithmes.			
6.	Voir à la réalisation du portrait des pratiques, présenter les résultats aux membres du personnel, choisir une pratique à améliorer.			
7.	Procéder au choix des outils.			
8.	Commander les outils (feuilles, dépliants, affiches, etc.); assurer leur disponibilité.			
9.	Déterminer l'emplacement des outils des cliniciens et des patients.			
10.	Vérifier la présence du CAROC ou du FRAX au dossier et placer les outils dans le dossier.			
11.	Revoir la disposition et faire la mise à jour des outils (dépliants, affiches, vidéo) retrouvés dans la salle d'attente.			
12.	Assurer l'accès à un bottin des ressources locales (nutritionniste, kinésiologue, médecins spécialistes, autres programmes).			
13.	Assurer la révision de la démarche et, avec le groupe, décider des changements à apporter, si nécessaire.			
14.	Autre tâche			

Source : adapté de Bélanger, H., (2008), et de *Put Prevention Into Practice*, 2002.

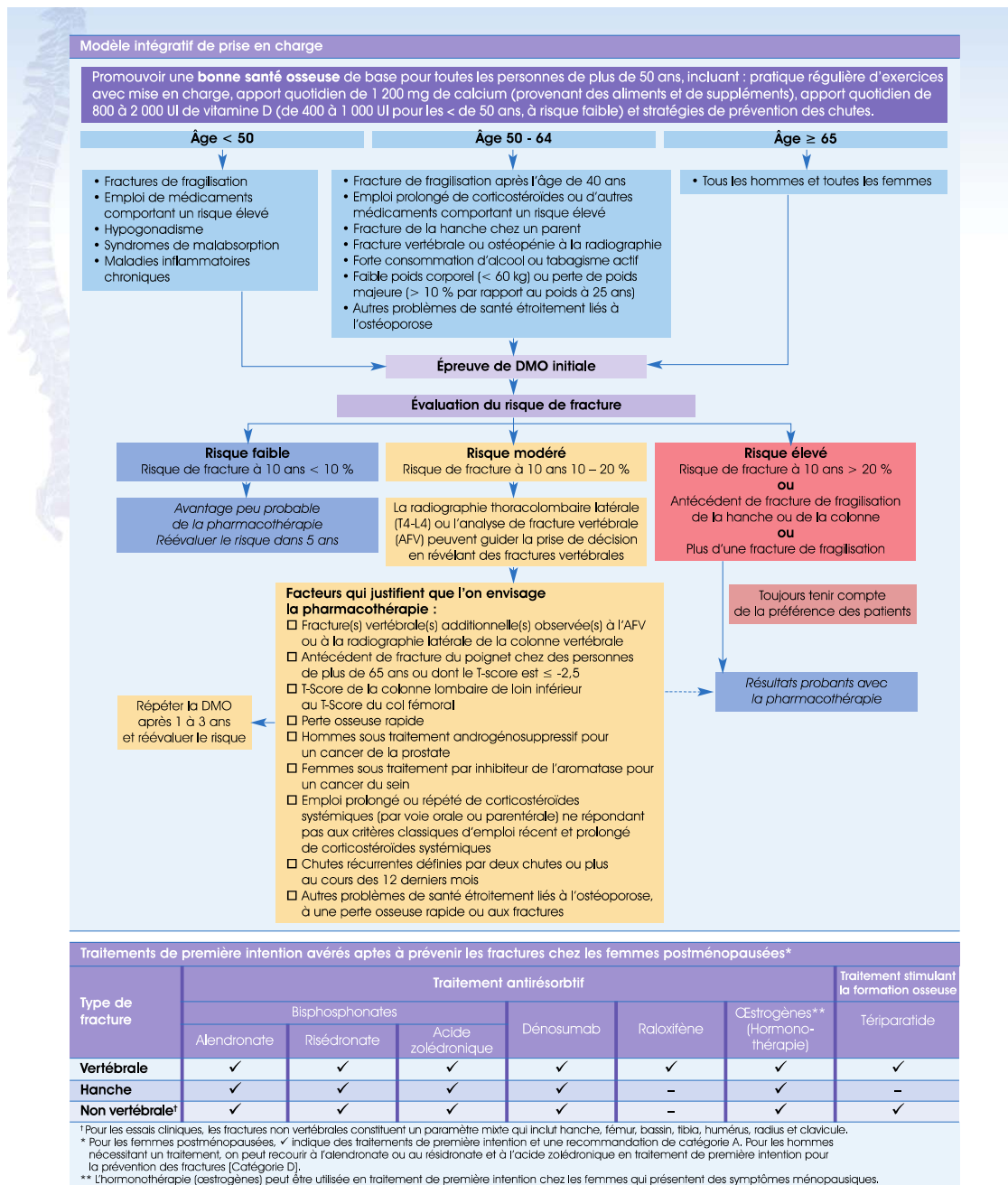
Outil n° 4b – Exemple de systématisation des soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique

Distribution des tâches et trajectoire du patient



Outil n° 4c : Modèle intégratif de prise en charge

À cette étape, les cliniciens peuvent opter pour ce modèle intégratif de prise en charge synthèse élaboré par la société Ostéoporose Canada.



www.osteoporosecanada.ca

D'après Papaioannou A et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada, CMAJ 2010
<http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.100771>. Avec l'autorisation de l'éditeur. © Ostéoporose Canada, octobre 2010, v-09-03-11.

Étape 5 : Bien s'outiller pour bien travailler

Objectifs

1. Choisir les outils en soutien au travail des professionnels de la clinique.
2. Choisir les outils à utiliser auprès des patients.
3. Prévoir leur emplacement et le mode d'approvisionnement.

La réalisation de cette étape nécessite une rencontre afin de :

- Recenser tous les outils concernant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique dont dispose la clinique;
- Sélectionner les outils à conserver et ceux à se procurer;
- Préciser l'utilisation, la distribution et l'emplacement des outils;
- Prévoir un mode d'approvisionnement (commandes).
- Recenser les ressources et les programmes offerts dans la communauté

Exemples de sites destinés aux cliniciens

- Ostéoporose Canada : Éducation et soutien pour la réduction des risques et le traitement des fractures ostéoporotiques. Consulter la section destinée aux professionnels : www.osteoporosecanada.ca/
- Ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/
- Acti-Menu : www.actimenu.ca/publications.php
- Kino Québec : www.kino-quebec.qc.ca

Exemples de sites destinés aux patients

- Ostéoporose Canada : Éducation et soutien pour la réduction des risques et le traitement des fractures ostéoporotiques. Consulter la section destinée au grand public : www.osteoporosecanada.ca/
- Outil FRAX : l'outil FRAX® a été développé par l'OMS pour évaluer les risques de fracture ostéoporotique à 10 ans : www.shef.ac.uk/FRAX/
- Ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/
- Kino Québec : www.kino-quebec.qc.ca
- Acti Menu – Série santé des os : www.actimenu.ca/publications.php

Qui fait quoi?

GMF ou autre milieu clinique : recense et choisit les outils à conserver et ceux à se procurer.

DSP en collaboration avec le CSSS : rend disponible des outils ou peut valider le contenu de nouveaux outils. Peut contribuer à la recension des ressources et des programmes offerts dans la communauté.

Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner

Objectifs

1. Décider de la date de révision de la démarche.
2. Choisir les outils qui permettent de revoir la façon d'offrir les services d'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.
3. Compléter la démarche d'appréciation/rétroaction.
4. Adopter des modifications afin d'améliorer la systématisation des soins appliqués à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique.

Réexaminer

À cette étape, l'outil n° 5a, *Choix de la démarche d'évaluation*, permet de prévoir comment la clinique évaluera la nouvelle organisation des services : choix des moyens, fréquence des révisions, éléments à évaluer. L'outil n° 5b, *Évaluation du système de soins préventifs*, appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique, révise les différents volets du système de prestation des services (fonctionnement, difficultés, etc.).

On peut aussi reprendre la vérification des pratiques à partir des notes aux dossiers avec au moins 30 dossiers, ou encore examiner les changements adoptés au niveau de l'environnement ou de l'organisation, et ce, à partir des mêmes grilles utilisées au début de la démarche et comparer les résultats (étape 2 : outil n° 2).

Réajuster et peaufiner l'organisation

Une rencontre d'équipe permet de présenter et de discuter de l'ensemble des résultats obtenus sur ces différents volets. Elle propose des façons d'améliorer la pratique. Par la suite, le responsable de l'équipe, avec l'accord du groupe, procède à la mise en œuvre des changements proposés. L'équipe prévoit la prochaine date de révision.

Qui fait quoi?

GMF ou milieu clinique : procède à la révision de la démarche, assure la rétroaction auprès des membres et décide des changements à apporter si nécessaire.

DSP en collaboration avec le CSSS : peut participer ou procéder à la révision de la démarche et effectuer la rétroaction auprès du responsable du milieu clinique.

Outil n° 5a : Choix de la démarche d'évaluation

Quels moyens choisissons-nous pour réexaminer nos changements?

- Étape 2, outil n° 2 *Grille d'observation des notes sur les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*
- Étape 4, outil n° 4a *Distribution des tâches entre les membres du personnel*
- Étape 6, outil n° 5b *Évaluation du système de soins préventifs*

Autres moyens pour réexaminer nos changements?

- Questionnaire sur la satisfaction des patients
- Autre (spécifier) : _____

À quelle fréquence voulons-nous revoir nos changements?

- 6 mois
- 12 mois
- 18 mois
- Autre (spécifier) : _____

Quels sont les éléments que nous voulons évaluer?

- Notes au dossier sur l'identification des facteurs de risque de fracture ostéoporotique
- Notes au dossier sur le counselling en habitudes de vie
- Notes au dossier sur le traitement non pharmacologique des patients de 50 ans et plus
- Notes au dossier sur le traitement pharmacologique des patients à risque élevé de fracture
- Utilisation des outils
- Satisfaction du personnel
- Satisfaction de la clientèle

Synthèse des réponses

Le ou les responsables présentent les résultats à l'équipe.

Date de la prochaine révision : _____

Source : adapté de Bélanger, H., 2008, et de *Put Prevention Into Practice*, 2002.

Outil n° 5b : Évaluation du système de soins préventifs

1. Information sur les services offerts

Utiliser l'outil n° 2 : *Grille d'observation des notes sur les interventions visant l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*

Les services que nous offrons sont-ils davantage notés au dossier?

Notre mode de fonctionnement correspond-il à nos priorités d'action? (Étape 4, outil n° 4a)

Offrons-nous les services que nous voulions offrir?

Qu'est-ce qui fonctionne bien? Pourquoi?

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? Pourquoi?

Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment?

Comment les patients réagissent-ils aux changements apportés?

SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

2. Le fonctionnement et la satisfaction du personnel	Oui	Non
Le personnel est-il satisfait des changements apportés à l'organisation des services?		
Clarification des rôles et responsabilités		
Bonne collaboration de chacun		
Nouvelle façon de faire		
Souligner les éléments qui doivent faire l'objet d'une attention particulière		

3. Le protocole (directives) de soins	Oui	Non
Les éléments du protocole de soins (directive) sont-ils respectés?		
Clientèle ciblée par l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique		
Évaluation du patient à risque élevé de fracture		
Interventions visant les habitudes de vie		
Traitement non pharmacologique		
Traitement pharmacologique		
Suivi du patient à risque élevé de fracture ostéoporotique		
Souligner les éléments qui doivent faire l'objet d'une attention particulière		

4. Les outils proposés	Oui	Non
Les outils proposés à l'étape 5 répondent-ils à nos besoins?		
Devrions-nous modifier nos outils?		
Souligner les éléments qui doivent faire l'objet d'une attention particulière		

5. Les éléments que nous voulons améliorer

Source : adapté de Bélanger, H., (2008), et de *Put Prevention Into Practice*, 2002.