



Source

Cette action EPP reprend l'action intitulée "**Dépistage de l'ostéoporose post ménopausique par le rhumatologue**" élaborée par la Commission Projet EPP en octobre 2007 que l'on peut retrouver dans la rubrique "**Actions clés en main**". Cette action a été reprise pour pouvoir être réalisée sur le site internet du CFMR.

Contexte

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette responsable d'une fragilité osseuse et d'une augmentation du risque de fracture. Elle est reconnue priorité de santé publique par la loi du 9 août 2004 du fait de sa fréquence, ses complications, sa mortalité (1). Cette priorité a été reconnue avec le remboursement de l'ostéodensitométrie et l'autorisation d'un cumul des honoraires d'une consultation pour les rhumatologues (2), et un avis favorable de la Haute Autorité de Santé pour le remboursement des traitements de l'ostéoporose avant la première fracture en 2006. la réalisation de recommandations de pratique clinique (RPC) pour « les traitements médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique » mise à jour en janvier 2006 (3,5). Ces avancées justifient une implication des rhumatologues sur la façon dont elles sont appliquées en pratique. Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur « le diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez la femme ménopausique » a été élaboré en 2004 par la Société de Rhumatologie de l'Ouest et la Société Française de Rhumatologie, avec le soutien et la validation méthodologique de l'ANAES (4). Le contenu scientifique de ce référentiel est fondé sur les recommandations ANAES d'avril 2001. Depuis les recommandations pour la prise en charge de l'ostéoporose ont été actualisées en 2006 par la HAS (3,5). Le CFMR vous propose d'utiliser ce référentiel réactualisé, pour une action d'EPP sur le thème, fréquent en pratique, du dépistage de l'ostéoporose. Ce choix permet de respecter l'objectif de faisabilité, puis de poursuivre éventuellement cette première action par d'autres actions portant sur le diagnostic et le traitement des fractures de fragilité, la prise en charge des ostéoporoses secondaires, la démarche qualité en Ostéodensitométrie.

Méthode

En accord avec la méthodologie de la HAS, l'EPP doit porter sur des situations fréquentes telles qu'elles se présentent en pratique. La prise en charge de l'ostéoporose peut être séquencée en plusieurs programmes d'actions. Nous vous proposons de cibler cette première action d'EPP sur le « dépistage de l'ostéoporose post ménopausique par le rhumatologue ». La boucle d'EPP selon la méthode de l'Audit Clinique Ciblé se déroulera en 3 réunions et 2 saisies de données sur une période de 6 à 8 mois maximum : **première réunion** (mise en place, identification des référentiels, choix des indicateurs) ; **deuxième réunion** (analyse des données mesurées, plan d'amélioration de la pratique) ; **troisième réunion** (analyse des actions d'amélioration, synthèse et suivi des actions, mise en place de la boucle EPP suivante).

Objectifs de qualité évalués

Rechercher des facteurs de risque d'ostéoporose (RPC - HAS janvier 2006) – Grade B. Rechercher une ostéoporose devant une fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur ou une fracture-tassement vertébral - Grade C. Prescrire une ostéodensitométrie : méthode diagnostique recommandée par l'absorptiométrie biphotonique aux rayons X (=) – Grade B.

Critères

Numéro d'anonymat : - Temps passé :

- Critère 1** Age
- Critère 2** Taille et poids récents
- Critère 3** Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) < 19 kg/m²
- Critère 4** Présence ou absence d'antécédent de tassement vertébral sans caractère traumatique ou tumoral évident
- Critère 5** Présence ou absence d'antécédent de fracture périphérique, hors fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical, sans traumatisme majeur avec indication de la date de survenue
- Critère 6** Antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les parents du premier degré
- Critère 7** Traitement hormonal substitutif en cours à dose efficace anti-fracturaire
- Critère 8** Ménopause précoce avant 40 ans
- Critère 9** Tabagisme
- Critère 10** Alcoolisme
- Critère 11** Hypercorticisme
- Critère 12** Hyperthyroïdie évolutive non traitée

Critère 13	Hyperparathyroïdie primitive
Critère 14	Hypogonadisme prolongé primitif ou par analogue de la GHRH
Critère 15	Ostéogenèse imparfaite
Critère 16	Prise actuelle ou passée de corticoïdes $\geq 7,5$ mg/j pendant plus de 3 mois
Critère 17	Carence en vitamine D
Critère 18	Carence calcique mesuré par autoquestionnaire type Fardelonne
Critère 19	Ostéodensitométrie prescrite ou réalisée
Critère 20	Réalisation d'une ostéodensitométrie susceptible de modifier la prise en charge
Critère 21	Réalisation d'une ostéodensitométrie après 3 à 5 ans en cas d'ostéopénie et plusieurs autres facteurs de risque à l'examen initial
Critère 22	Réalisation d'une ostéodensitométrie après 3 à 5 ans en cas de T score initial normal et apparition de nouveaux facteurs de risque

Vos observations et commentaires pour cette auto-évaluation

Observation par patient

Choix des critères

Le groupe procède au choix d'indicateurs de qualité par les méthodes de communication dite du remue méninge et du vote simple. Le nombre d'indicateurs retenu doit être limité (4 à 10) en fonction de la pertinence scientifique, de la marge d'amélioration, et de la faisabilité pratique. Chaque participant s'exprime brièvement au cours d'un tour de table, sur chacun des indicateurs, en indiquant sa pratique : a. utilise déjà ; b. ne l'utilise pas mais d'accord pour l'utiliser à l'avenir ; c. pas d'accord pour l'utiliser (à justifier). Une discussion est animée selon la méthode du remue méninge pour justifier la position. Il est procédé à un vote simple, dont les résultats sont recueillis dans un tableau dédié à cet effet (récupérer le fichier intitulé "**Fichier Excel pour le choix des indicateurs pour une action EPP**" disponible dans la rubrique EPP, utiliser une action clé en main). Après analyse des votes, le groupe décide du nombre d'indicateurs retenus (4 à 10). Les indicateurs totalisant le plus fort score de réponse "b" sont ceux qui présentent la plus forte marge d'amélioration et sont donc les plus pertinents.

Modalités de réponse

Oui, Non, Non applicable : si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

Sélection des dossiers

Patientes concernées : femmes ménopausée de moins de 80 ans ayant déjà consulté au moins 1 fois et donc ayant déjà un dossier.
Sélection des dossiers : L'auto-évaluation porte sur 20 patientes répondant aux critères d'inclusion. Il est nécessaire de procéder à cette auto-évaluation en présence des patientes car il faudra vérifier auprès d'elles certaines informations du dossier (ou l'absence de certaines informations). Il est possible : **soit** d'analyser les dossiers de 20 patientes répondant aux critères d'inclusion vues consécutivement ; **soit** de traiter quelques dossiers par jour à condition de ne pas les choisir. Il faut déterminer un mode de sélection aléatoire à l'avance et le respecter. On peut décider par exemple que l'on prendra les dossiers des deux premières patientes le premier jour, ceux des troisième et quatrième patientes le deuxième jour, etc. Il faut éviter les sélections biaisées, comme un jour donné de la semaine. Il s'agit donc d'un travail de recueil prospectif mais sur des données rétrospectives : « pour chaque patiente ayant déjà un dossier, quel que soit le motif de la consultation du jour de l'évaluation, etc. » .

Interprétation des résultats

Question 1 : Que pensez-vous de vos résultats ? Points forts.

Question 2 : Que pensez-vous de vos résultats ? Points à améliorer

Question 3 : Ces résultats sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?

Plan d'amélioration

Les données saisies anonymement par chaque médecin sont recueillies et analysées lors de la deuxième réunion, avec recherche des points forts et des points faibles. Par la méthode du remue méninge et des « post-it » il est procédé à des tours de table successifs, pendant lesquels l'animateur veille à ce que tous les participants s'expriment pour mettre en évidence des variations de pratiques, leur conformités aux référentiels puis rechercher des solutions d'améliorations possibles. Par la méthode du vote simple il procédé au choix des actions d'amélioration. Une grille d'indicateur d'amélioration est réalisée et mise à disposition des médecins comme à l'étape précédente.

Actions d'amélioration

Le groupe recherche des actions d'améliorations possibles et la réalisation d'outils d'aide au dépistage et à la prévention des patientes ménopausées dans leur pratique quotidienne. La troisième réunion permet d'analyser les résultats des données d'amélioration, avec mesure des écarts éventuels par rapport aux objectifs.

Références

1. loi du 9 août 2004, J.O n° 185 du 11 août 2004 page 14277, www.legifrance.gouv.fr
2. Décret 29 juin 2006, JO n° 150 du 30/06/2006 texte numéro 39, NOR : SANU0622684S, www.legifrance.gouv.fr
3. « Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique - RECO » de Janvier 2006.
4. Référentiel d'autoévaluation des pratiques en rhumatologie « Diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez les femmes ménopausées », Juillet 2004, ANAESHAS. www.has-sante.fr
5. Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose, FMOSTEO mai 2007, www.has-sante.fr