

## Source

Cette action EPP reprend l'action intitulée "**Prise en charge des fractures de fragilité 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 général

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, responsables d'une fragilité osseuse et d'une augmentation du risque de fracture. L'ostéoporose est une priorité de santé publique, telle que définie dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). Cette priorité a été reconnue avec le remboursement de l'ostéodensitométrie (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. Parallèlement des travaux importants réalisés sous l'égide de l'AFSSAPS ont aboutis à des recommandations de pratique clinique (RPC) pour « les traitements médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique » mise à jour en janvier 2006 (3). Les rhumatologues qui se sont fortement impliqués dans ces réflexions, ont obtenu la reconnaissance de leur compétence spécifique dans la prise en charge de l'ostéoporose par l'autorisation d'un cumul des honoraires d'une consultation et de l'ostéodensitométrie (2). Ces avancées réglementaires et d'aide à la décision justifient une réflexion sur la façon dont elles sont appliquées en pratique, c'est-à-dire sur la qualité de la prise en charge des fractures de fragilité par la communauté rhumatologique. Un référentiel d'EPP portant sur le "diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez la femme ménopausée" qui fait toujours autorité, 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 "Méthodes diagnostiques de l'ostéoporose post ménopausique et de l'ostéoporose cortisonique". Depuis, les recommandations pour la prise en charge de l'ostéoporose ont été actualisées en 2006 par la HAS avec les RPC "Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique (3). Le CFMR propose d'utiliser ce référentiel actualisé adapté quelque soit le mode d'exercice du rhumatologue.

## 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/m<sup>2</sup> noté dans le dossier
- Critère 4** Présence ou absence d'antécédent de fracture tassement vertébral sans caractère traumatique ou tumoral évident
- Critère 5** Présence ou absence d'antécédent de fracture périphérique, hors fractures de crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical, sans traumatisme majeur avec indication de la date de survenue
- Critère 6** Présence ou absence d'antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les parents du premier degré
- Critère 7** Diminution de l'acuité visuelle
- Critère 8** Troubles neuromusculaires ou orthopédiques
- Critère 9** Tabagisme
- Critère 10** Alcoolisme
- Critère 11** Mauvais état de santé, plus de trois maladies chroniques

<b>Critère 12</b>	Hyperthyroïdie
<b>Critère 13</b>	Polyarthrite rhumatoïde
<b>Critère 14</b>	Cancer du sein (pour les femmes)
<b>Critère 15</b>	Ménopause précoce (pour les femmes)
<b>Critère 16</b>	Aménorrhée primaire ou secondaire (pour les femmes)
<b>Critère 17</b>	Augmentation du remodelage osseux : élévation des marqueurs de résorption
<b>Critère 18</b>	Immobilisation prolongée
<b>Critère 19</b>	Carence vitaminique D
<b>Critère 20</b>	Carence calcique mesurée par autoquestionnaire type Fardelonne
<b>Critère 21</b>	Ostéodensitométrie prescrite ou réalisée
<b>Critère 22</b>	Radiographies du rachis prescrites ou réalisées devant une perte de taille de plus de 3 cm par rapport à la taille initialement connue
<b>Critère 23</b>	Radiographies du rachis prescrites ou réalisées chez une femme ménopausée traitée pour ostéoporose s'il existe des rachialgies, une perte de taille de plus de 3 cm ou plus par rapport à la taille mesurée avant traitement
<b>Critère 24</b>	Prise passée ou récente de corticoïde > 7,5 mg/jr plus de trois mois notée dans le dossier

### 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 ménage 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 ménage 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

**Patients concernés** : femmes ou hommes de plus de 40 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 ?

Question 4 :Quelles actions d'amélioration allez-vous entreprendre ?

### **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](http://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](http://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](http://www.has-sante.fr)
5. Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose, FMOSTEO mai 2007, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)