Groupe d'étude canadien sur
les soins de santé préventifs

Recommandations sur le dépistage en prevention primaire des fractures de fragilisation

Mettre la prévention en pratique

Utilisation de cette présentation

- Ces diapositives seront **accessibles au public** après la parution de la ligne directrice pour en favoriser la diffusion, l'adoption et la mise en œuvre dans la pratique des soins primaires.
- Ces diapositives peuvent être utilisées dans un contexte éducatif
- Les opinions exprimées ici ne réflètent pas nécessairement la position de l'Agence de santé publique du Canada

Groupe de travail

Membres du GECSSP

- Guylene Theriault (chair)
- Roland Grad (vice chair)
- Scott Klarenbach
- Donna Reynolds
- John Riva
- Brett Thombs

Porte-paroles du GECSSP

- Guylène Thériault (français et anglais)
- Roland Grad

Soutien externe

Agence de santé publique du Canada

- Heather Limburg
- Laure Tessier

Centre d'analyse de de synthèse des données probantes

- Université de l'Alberta

Experts de contenu

- Bill Leslie
- Greg Kline

Survol du webinaire

- **Présentation**
  - Méthodes
  - Mise en contexte
  - Données probantes
  - Recommandations
  - Mise en oeuvre
  - Outils d'application des connaissances
  - Conclusions

- **Période de questions**

Faits saillants

- Dépistage pour la prevention des fractures de fragilisation: qui, pourquoi, quand, comment
- Qu’est-ce qu’un dépistage débutant par une évaluation du risque?
- *Outil d’aide à la decision partagée*
- Rôle de la decision partagée

Méthodes

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

- Groupe indépendant de cliniciens et de méthodologistes

Mandat:

- Développer des lignes directrices fondées sur des données probantes appuyant la prestation de soins de santé préventifs par les fournisseurs de soins primaires
- Assurer la diffusion, l'adoption et la mise en oeuvre des recommandations

Processus d'élaboration des lignes directrices du Groupe d'étude canadien

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Groupe d'étude canadien

15 experts en soins primaires et en prévention de partout au Canada

1 Sélection d'un sujet

2 Synthèse des données probantes

3 Élaboration des lignes directrices

4 Dissémination

Patients et membres du public

Avec l'appui de:
la Division de la santé mondiale et des lignes directrices (ASPC)
et des
Centres d'analyse et de synthèse des données probantes

Avec les commentaires des groupes suivants:

Parties prenantes cliniques

- Associations de professionnels de la santé
- Collège des médecins de famille du Canada
- Pairs évaluateurs
- Experts cliniques
- Médecins spécialistes
- Professionnels paramédicaux
- Concepteurs de programmes

Parties prenantes externes

- Gouvernements
- Organisations non gouvernementales
- Établissements universitaires
- Responsables des politiques

Parties prenantes internes

- Personnel du Groupe d'étude canadien
- Programme d'application des connaissances de l'Hôpital St. Michael
- Leaders en prévention clinique
- Stagiaires

Patients et membres du public

- Réseau des Conseillers publics du Groupe d'étude canadien (RCP-GEC)
- Public canadien

2021 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Centres d’analyse et de synthèse des données probantes

- Service indépendent chargé de la revue systématique de la littérature base sur le cadre analytique du groupe de travail
- Présente les données probantes sous forme de tableaux (selon la méthodologie GRADE) pour appuyer la redaction des lignes directrices
- Participe aux réunions du GECSSP et du groupe de travail (membre non-votant)

GRADE – évaluation des données probantes et force des recommandations

1. Certitude des données probantes

Certitude que les données probantes disponibles **reflètent adéquatement l'effet réel**

Élevée, moyenne, faible, très faible

2. Force de la recommandations

Certitude des **données probantes à l'appui**

- Équilibre entre les éléments **désirables** et **indésirables**
- **Valeurs** et **préférences** des patients
- **Utilisation judicieuse des ressources**

Forte, conditionnelle

Recommandation forte – données de faible certitude

- Lorsqu'il existe des données de faible certitude pour les bénéfices et une forte certitude pour les préjudices ou des implications importantes en termes de ressources.
- Le groupe d'étude canadien est conscient des contraintes de ressources auxquelles est confronté notre système de soins en première ligne et de la charge que peut représenter certaines activités qui consomment des ressources financières limitées ou qui limitent l'accès aux prestataires de soins en première ligne.
- Ainsi, lorsqu'il est certain que les implications en termes de ressources sont importantes et que les bénéfices n'ont pas été démontrés, le groupe d'étude émettra une recommandation forte à l'encontre du dépistage.

Processus d'examen des lignes directrices

- **Le processus d'examen interne fait appel aux**:
  - ✓ Membres du groupe de travail et du GECSSP
  - ✓ Experts de contenu
- **Un examen par des intervenants externes est effectué à certaines étapes clés**:
  - ✓ Protocole, revue(s) systématiques et ligne directrice
- **Les intervenants externes comprennent:**
  - ✓ Omnipraticiens et spécialistes
  - ✓ Pairs évaluateurs
- Le ***JAMC (CMAJ)*** réalise un examen par les pairs avant l'acceptation de la publication

Engagement des patients

- Le recrutement a été effectué au moyen de publicités sur des sites Web et d'une séance de sensibilisation.
- Les groupes de discussion en ligne ont été menés en deux phases par l'Hôpital St. Michael

Engagement des patients

Phase 1: Groupe de discussion

- 4 hommes, 21 femmes (certains avec un risque élevé de fracture)
- Les participants y ont évalué l'importance des issues cliniques du dépistage sur leur intérêt à se faire dépister ou non

Phase 2: Réseau des conseillers publics du GECSSP

- 3 hommes, 3 femmes issus de la population générale
- Séance d'information
- Rétroaction sur les messages grand public un outil d'aide à la décision

Mise en contexte

Qu’est-ce qu’une fracture de fragilisation?

- On parle d’un os qui se brise à la suite d’un choc mineur normalement sans gravité.
- Elle est attribuable à l’affaiblissement de l’ossature; on parle alors de faible densité minérale osseuse ou plus communément d’ostéoporose.
- Les fractures de la hanche, de la colonne vertébrale et du poignet sont les plus courantes.
  - Elles sont aussi désignées comme des fractures ostéoporotiques majeures (FOM).

Facteurs de risque

- Fracture antérieure
- Fracture de la hanche chez un parent
- Faible densité osseuse
- Sexe féminin à la naissance
- Âge avancé / post-ménopause
- Troubles endocriniens, diabète, arthrite rhumatoide, insuffisance rénale terminale
- Médications (e.g., usage chronique de glucocorticoides)
- Faible poids
- Tabagisme, Trouble lié à l'usage de l'alcool
- Chutes

Fardeau des fractures de fragilisation

Taux de fracture de hanche (Incidence en 2016)

- 168 par 100 000 – 65-79 ans
- 1 045 par 100 000 – 80 ans et +

Coût

- Coût estimatif (2010/11): $4.6 milliards

Fardeau des fractures de fragilisation

Répercussions negatives potentielles

- Handicap, douleur chronique
- Hospitalisation
- Placement en établissement de soins de longue durée
- Reduction de la qualité de vie
- Mortalité précoce

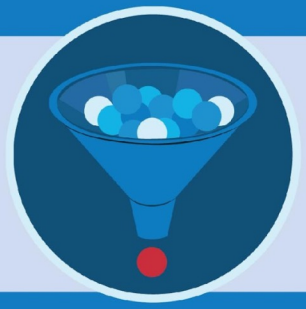
Qu’est-ce que le dépistage?

- L’utilisation d’un instrument auprès de tous les patients dans un contexte particulier pour identifier les personnes qui bénéficieraient d’une intervention

Information on Screening

Key Points:

- Some health issues could be caught early in people without symptoms using screening tests.
- However, not all screening tests that detect diseases earlier improve health outcomes.
- Screening is only warranted if it improves health outcomes compared to other ways of finding disease.



The Task Force produces evidence-based guidelines for preventive health care. Guidelines provide recommendations on whether or not to offer screening to certain groups.

There can be some confusion around what is meant by screening. Below is some information to help clarify.

Screening:

- ✓ Uses a medical test or tool to identify people at risk of a specific disease or health problem. They may be at a higher risk based on factors like age or sex.
- ✓ Is for people who do not show symptoms of a disease or health problem. Test may occur during a primary care visit.
- ✓ Result can be positive, negative, or uncertain. Screening indicates a possible health problem when the result is positive.
- ✓ Positive result will lead to more testing to confirm the diagnosis. Additional testing could be more intensive and invasive.

- Example of screening test: Occult blood testing every 2 years for individuals 60-74 years old

Screening is <u>not</u>:

- × For people who are showing symptoms of a disease or health problem.
- × Used to provide a definite diagnosis. Making a definitive diagnosis requires confirmatory tests, such as a biopsy.
- × The only way to identify conditions. Often, conditions are identified once symptoms are apparent.

- For an individual presenting to their family doctor because of blood in their stools, occult blood testing is NOT an example of screening.

To access our guidelines, tools, and resources, visit our website at www.canadiantaskforce.ca

2022 Canadian Task Force on Preventive Health Care

Canadian Task Force on Preventive Health Care

Désolé, ce contenu n’est disponible qu’en anglais

Traitement

Traitement de première ligne:

- Bisphosphates (alendronate, risedronate ou acide zolédronique)
- S'il y aune contre-indication aux bisphosphonates, le dénosumab peut être utilisé

Autres options:

- Exercice
- Arrêt tabagique
- Prévention des chutes
- Calcium et vitamine D

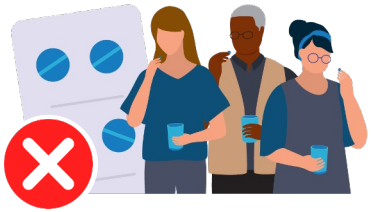
À qui s’adresse la ligne directrice?

Sont visés

- Les professionnels de la santé en soins primaires
- Les patients

Population cible

- Les adultes de 40 ans et + vivant dans la communauté



Ne sont pas visées

- Les personnes qui prennent déjà des medicaments pour prévenir les fractures de fragilisation

Bénéfices et préjudices du dépistage

Bénéfices

- Le dépistage offre aux cliniciens l'option de prescrire un medicament en prevention aux personnes présentant un risque élevé
  - Réduction des fractures et de la morbidité associée

Préjudices

- Le dépistage et les traitements préventifs peuvent entraîner
  - Du surdiagnostic
  - Un étiquetage, de la stigmatisation
  - Des effets indésirables causés par les médicaments

Portée de la ligne directrice

- La ligne directrice porte sur le dépistage en prévention primaire des fractures de fragilisation
  - Ce dépistage permet d'identifier les personnes pouvant bénéficier d'une pharmacothérapie
- Elle ne porte pas sur les recommandations de traitement, la prise de vitamin D et de calcium, la prévention des chutes et l'exercice
- Nous publierons une ligne directrice sur la prévention des chutes et examinerons d'autres sujets connexes

Lignes directrices actuelles au Canada

Ostéoporose Canada

- La nouvelle ligne directrice de 2023 d'Ostéoporose Canada n'était pas encore disponible pour étude. Pour les hommes et les femmes, une analyse de 2020 appuyant la prochaine ligne directrice suggère toutefois ce qui suit : **« Le dépistage par ostéodensitométrie est indiquée à partir de 70 ans en l'absence de facteurs de risque cliniques additionnels de l'outil FRAX, ou à partir de 65 ans en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque cliniques. »**

OSTÉOPOROSE

Recommandations actuelles au Canada

Choisir avec soin

- Chez les femmes de plus de 65 ans et les hommes de plus de 70 ans, les examens d'ostéodensitométrie ne sont indiqués que pour ceux et celles présentant un risque modéré de fracture ou pour qui les résultats modifieraient le plan de soins.
- Les femmes plus jeunes et les hommes âgés de 50 à 69 ans ne devraient envisager cet examen que s'ils présentent des facteurs de risque de perte osseuse importante.

Choisir avec soin Québec MC

Lignes directrices actuelles au Canada

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2022

- Tous les adultes de 65 ans et plus devraient faire l'objet d'un dépistage passant par une évaluation clinique et une ostéodensitométrie.
- Les femmes post-ménopausées de moins de 65 ans devraient être évaluées avec l'outil clinique FRAX (sans ostéodensitométrie).
  - Si le score de FOM obtenu indique un risque supérieur à 10 %, une ostéodensitométrie devrait aussi être envisagée.
- L'ostéodensitométrie devrait également être envisagée pour les patients de moins de 65 ans qui présentent un risque élevé.

Quelles sont les options de dépistage potentielles pour prévenir les fractures de fragilisation?

ODM

- Utilise l'absorptiométrie à rayons X à double énergie (DEXA) du col femoral (hanche)
- Fournit un score-T(s'appuyant sur des valeurs de reference standard) utilisé pour l'évaluation du risque

Outils d'évaluation du risque fracturaire**:**

- L'outil FRAX ou "Fracture Risk Assessment Tool" (avec ou sans DMO)
- Outil CAROC élaboré par l'Association Canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (nécessite une DMO)

Données probantes

Données probantes disponibles

4 revues systématiques (RS) et 1 revue rapide de revues systématiques

1. **Bénéfices et préjudices du dépistage (RS)**
   - 4 ECR et 1 essai clinique contrôlé (quasi randomisé)
2. **Étalonnage des outils de prédiction du risque (RS)**
   - 32 études de cohorte de validation
3. **Bénéfices des traitements (RS)**
   - 27 ECR
4. **Acceptabilité des patients (RS)**
   - 1 étude sur les valeurs et préférences concernant le dépistage et 11 études sur l'acceptabilité de l'initiation d'un traitement
5. **Préjudices des traitements (revue de revues)**
   - 10 revues systématiques

Applicabilité des données probantes disponibles

- Pour trois ECR, les participantes se sont portées volontaires en acceptant de remplir indépendamment une évaluation du risque (ce sous-groupe peut différer de la population générale).

- Pour toutes les études, le recrutement s'est effectué au moyen d'invitations envoyées par la poste, ce qui diffère du contexte canadien de dépistage, généralement opportuniste.

- Les participantes aux ECR avaient un niveau de scolarité plus élevé comparativement à la population générale.

- L'évaluation des données selon l'approche GRADE a été revue à la baisse en raison des éléments d'applicabilité précédents.

Bénéfices du dépistage (fractures de hanche)

Issue	Approche de l'étude; Population	Études incluses; Taille de l'échantillom, Durée du suivi	Différence absolue (IC à 95%) 1. Taux d'évènements au sein du groupe témoin de l'étude 2. Taux d'évènements selon le risque de la population canadienne	Certitude
Fractures de hanche	Population volontaire; **Dépistage débutant par une estimation du risque (i.e., FRAX +/- BMD)** Femmes ≥65 ans	3 ECR + 1 ECC; n=43,736; Suivi: 3-5 ans	**1. 6.2 de moins sur 1000 (9.0 de moins à 2.8 de moins)** **2. 4.0 de moins sur 1000 (5.8 de moins à 1.8 de moins)**	**Moyenne à élevée**
	Toutes les femmes admissibles **Dépistage avec DMO** Femmes 45-54 ans	1 ECR; n=2,797; Suivi: 9 ans	1. 0.1 de moins sur 1000 (1.6 de moins à 7.4 de plus) 2. 0.4 de moins sur 1000 (6.5 de moins à 29.7 de plus)	Très faible
	Femmes qui acceptent un dépistage; **Dépistage avec DMO** Femmes 45-54 ans	1 ECR; n=2,604; Suivi: 9 ans	1. 1.3 de moins sur 1000 (1.9 de moins à 5.0 de plus) 2. 5.0 fewer per 1000 (7.7 fewer to 20.2 more)	Très faible
	Population volontaire **Dépistage avec DMO** Hommes ≥65 ans	1 ECC; n=1,380; Suivi: 4.9 and	1. 9.6 de moins sur 1000 (20.4 de moins à 12.9 de plus) 2. 5.1 de moins sur 1000 (10.9 de moins à 6.9 de plus)	Très faible à faible

Bénéfices du dépistage (fractures de hanche)

Issue	Approche de l'étude; Population	Études incluses; Taille de l'échantillom, Durée du suivi	Différence absolue (IC à 95%) 1. Taux d'évènements au sein du groupe témoin de l'étude 2. Taux d'évènements selon le risque de la population canadienne	Certitude
Toutes les fractures cliniques	Population volontaire; **Dépistage débutant par une estimation du risque (i.e., FRAX +/- BMD)** Femmes ≥65 ans	3 ECR + 1 ECC; n=43,736; Suivi: 3-5 ans	**1. 5.9 de moins sur 1000 (10.9 de moins à 0.8 de moins)** **2. 11.8 de moins sur 1000 (21.8 de moins à 1.7 de moins)**	**Moyenne**
	Toutes les femmes admissibles **Dépistage avec DMO** Femmes 45-54 ans	1 ECR; n=2,797; Suivi: 9 ans	1. 0.3 de plus per 1,000 (10.9 de moins à 17.0 de plus) 2. 0.7 de moins sur 1,000 (21.4 de moins à 33.5 de plus)	Très faible
	Femmes qui acceptent un dépistage; **Dépistage avec DMO** Femmes 45-54 ans	1 ECR; n=2,604; Suivi: 9 ans	1. 9.2 de moins sur 1,000 (18.4 de moins à 4.8 de plus) 2. 18.1 de moins sur 1,000 (36.2 de moins à 9.4 de plus)	Très faible
Issue	Approche de l'étude; Population	Études incluses; Taille de l'échantillom, Durée du suivi	Différence absolue (IC à 95%) 1. Taux d'évènements au sein du groupe témoin de l'étude 2. Taux d'évènements selon le risque de la population canadienne	Certitude

Bénéfices et préjudices potentiels du dépistage

Femmes dépistées	ESSAIS	Selon le taux de fractures au Canada
Fractures de hanches	⬇ 6/1000	⬇ **4/1000**
Fractures **cliniques**	⬇ 6/1000	⬇ **12/1000**

Personnes traitées	Données sur les biphosphonates
Problèmes Gastro-intestinaux (ex: RGO)	⬆ 16/1000
Fractures atypiques	⬆ 0.6-1.1/1000
Ostéonécrose de la mâchoire	⬆ 0.22/1000
Surdiagnostic	120-200/1000 femmes dépistées

Préjudices du dépistage (Surdiagnostic)

- On parle de surdiagnostic lorsque des personnes sont correctement classées comme présentant un risque élevé de fracture mais, si elles n'avaient pas été dépistées, n'auraient jamais su qu'elles étaient à haut risque ni n'auraient subi de fracture. Ces personnes ne peuvent donc pas retirer de bénéfices à entreprendre des examens plus approfondis ou une pharmacothérapie preventive.
- Chez les femmes dépistées de 65 ans et plus **11.8 à 19.3%** seraient surdiagnostiquées comme ayant un risque élevé *(low-certainty evidence)*

Justesse des outils d'évaluation du risque

	Issue	Études; Taille de l'échantillon	Résultat d'étalonnnage (calibration)= Observé/Attendu	Certitude
Version canadienne de l'outil FRAX (sans DMO)	Fractures de hanche sur 10 ans	3 cohortes; 67,611	Calibration acceptable (données regroupées O:A 1.13, IC à 95% 0.74-1.72).	Faible
	Fractures cliniques sur 10 ans	3 cohortes; 67,611	Calibration acceptable (données regroupées O:A 1.10, IC à 95% 1.01-1.20)	Moyenne
Version canadienne de l'outil FRAX (avec DMO)	Fractures de hanche sur 10 ans	3 cohortes; 61,156	Sous-estimation du risque (données regroupées O:A 1.31, IC à 95% 0.91-2.13)	Faible
	Fractures cliniques sur 10 ans	3 cohortes; 61,156	Calibration acceptable (données reroupées O:A 1.16, IC à 95% 1.12-1.20)	Moyenne

Valeurs et préférences des patients

- Selon les sondages et les groupes de discussion, les personnes présentant une faible DMO ou des fractures de fragilisation antérieures ont indiqué être plus favorablement disposées à se faire dépister.

Toutefois,

- les femmes âgées de 50 à 65 ans voulaient se faire dépister, MAIS étaient peu favorables au traitement (revue systématique).

Recommandations

Recommandation

Nous recommandons le dépistage **«en débutant par une estimation du risque» pour les femmes de 65 et plus**

(Recommandation conditionnelle; données de faible certitude)

Nous ne recommandons pas le **dépistage chez les femmes de 40 à 64 ans et les hommes de tout âge**

(Recommandation forte; données de très faible certitude)

Recommandations de la ligne directrice

Le dépistage n’est pas recommandé pour :

- les femmes <65 ans;
- les hommes, quel que soit leur âge.

Forte recommandation; données de très faible certitude

Justification

- Pour les femmes plus jeunes et les hommes, **aucune donnée probante directe n'a permis d'établir un avantage au dépistage**; toutefois, il existe des données probantes sur des préjudices potentiels dont la certitude varie de faible à moyenne (ex. : surdiagnostic et événements indésirables causés par les médicaments).

- Le Groupe d'étude canadien juge important de ne pas utiliser de ressources à l'échelle du système pour des interventions sans bénéfice clairement établi.

Forte recommandation; données de très faible certitude

Recommandation

Nous recommandons **le dépistage débutant par une estimation du risque pour les femmes de 65 ans et plus**

(Recommandation conditionnelle; données de faible certitude)

Nous ne recommandons pas le **dépistage chez les femmes de 40 à 64 ans et les hommes de tout âge.**

(Recommandation forte; données de très faible certitude)

Recommandations de la ligne directrice

Femmes de 65 ans et plus

Le Groupe d'étude canadien recommande le **dépistage débutant par une estimation du risque selon les modalités suivantes :**

1. **Outil FRAX**
   - Utiliser la version canadienne de l'outil d'évaluation des risques de fracture FRAX (sans DMO).
   - Initier une prise de décision partagée sur les bénéfices et les préjudices du traitement (selon le risque individuel)
2. **DMO + outil FRAX** :
   - Si une pharmacothérapie préventive est envisagée après la discussion, demander une DMO et inscrire le score T dans l'outil FRAX.

Recommandation conditionnelle, données de faible certitude

Comparaison entre un dépistage débutant par une estimation du risque et débutant par une DMO

Dépistage débutant par une estimation du risque	Dépistage débutant par une ODM
1. Commencer par une estimation du risque (ex.: FRAX sans DMO) 2. Après la decision partagée, si la personne est intéressée par une medication, demander une DMO 3. Le risque est réévalué en incorporant le score T dans FRAX	1. Commencer par une DMO 2. Généralement suivi par une estimation du risque (ex., FRAX avec DMO ou CAROC)

Justification

- Pour les femmes de 65 ans et plus, la réduction des risques de fractures de hanche et de fractures cliniques l'emporte sur les risques potentiels au surdiagnostic et aux évènements indésirables

Recommandation conditionnelle; données de faible certitude

« Les fractures de fragilisation peuvent réduire de beaucoup la qualité de vie d'une personne plus âgée. Pour les femmes de plus de 65 ans, des données crédibles indiquent que le dépistage peut changer la donne. Étonnamment, on offre pourtant le dépistage à des femmes plus jeunes et à des hommes, malgré l'absence d'avantages démontrés».

- Dre Guylène Thériault, Présidente du groupe de travail sur les fractures de fragilisation

Étape 1
Pour toutes

FRAX SANS DMO
Calculer le risque et les bénéfices potentiels

ÉTAPE 2
Pas pour toutes

FRAX SANS DMO
Calculer le risque et les bénéfices potentiels

FIN

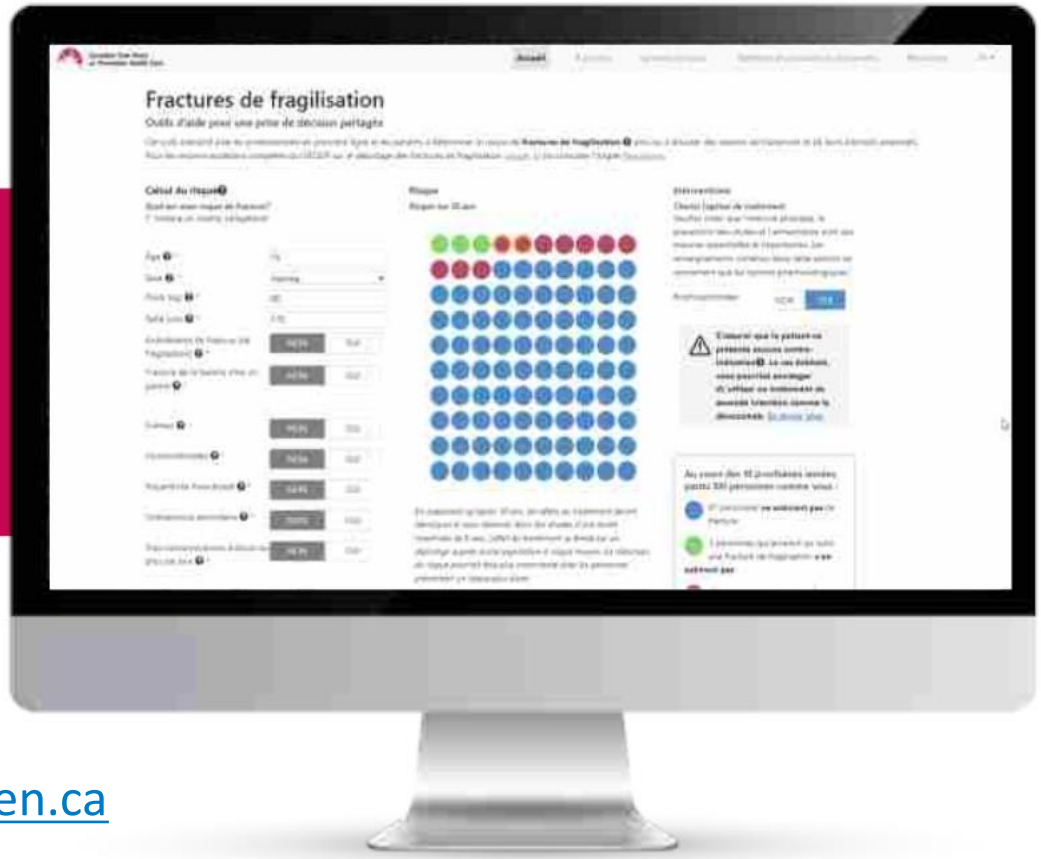
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Valeurs et préférences des patients

Un outil d'aide à la décision appuyant la prise de décision partagée peut aider à harmoniser le dépistage et le traitement aux préférences des patients.

Outil d'aide à la décision

Outil d'aide à la décision pour une prise de décision partagée – Fractures de fragilisation



https://frax.groupeetudecanadien.ca

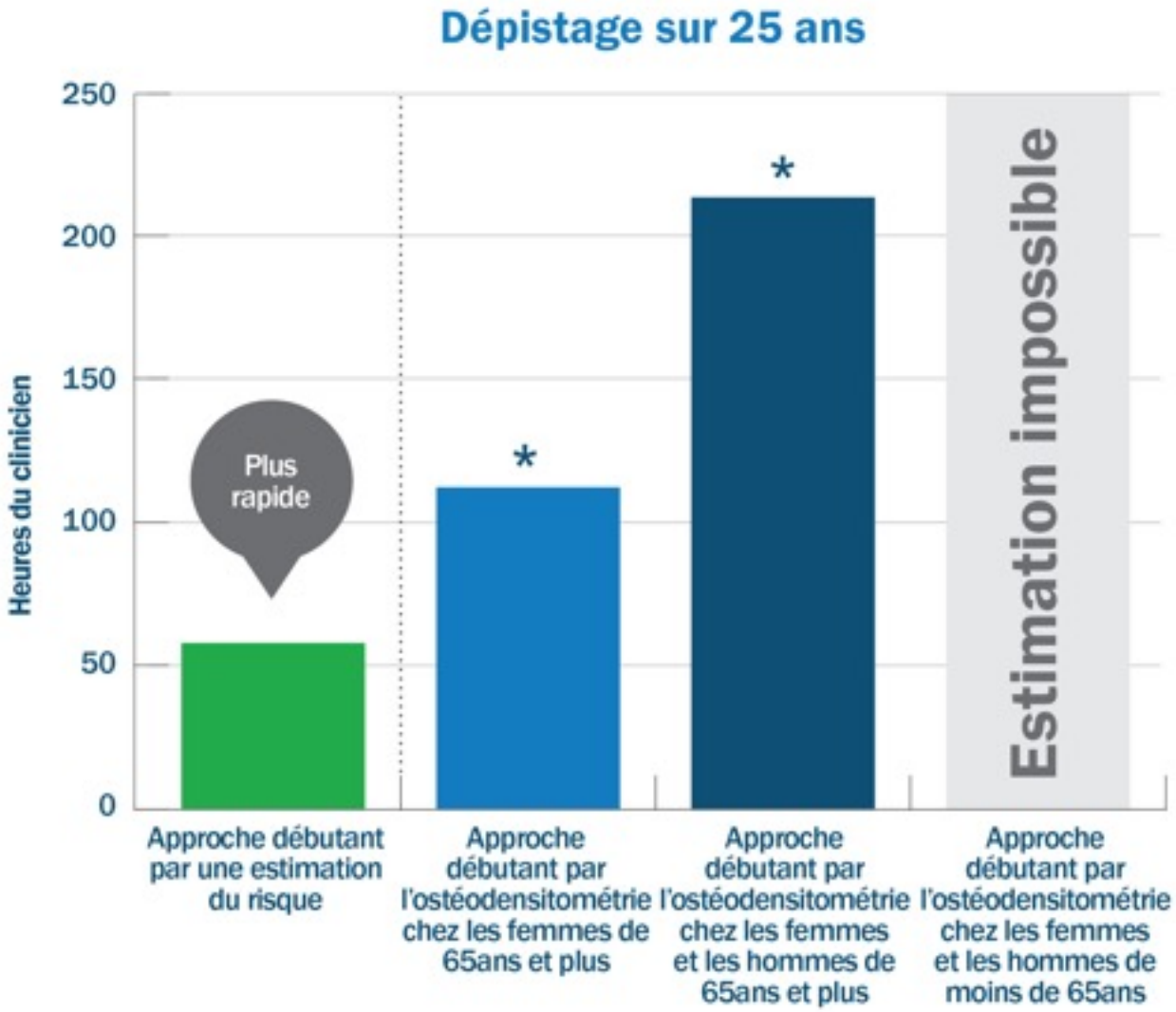
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Faisabilité et acceptabilité

- Le dépistage débutant par une estimation du risque peut être acceptable pour les patients et les cliniciens en raison de sa focalisation sur la prise de décision partagée.

- L'application des connaissances devrait insister sur le manque de données concernant les bénéfices pour les femmes plus jeunes et les hommes et les préjudices potentiels.

- La transition vers une approche de dépistage débutant par une estimation du risque peut être acceptable pour les médecins, car cela permettra d'économiser du temps et d'éviter des ostéodensitométries superflues.



* Aucune étude ne suggère que cela prévient plus de fractures

Mise en œuvre

Mise en œuvre

- Transition vers une approche de dépistage débutant par une estimation du risque pour les femmes de 65 ans et plus

- Réduction du dépistage chez les femmes de moins de 65 ans et les hommes, quel que soit leur âge

Qu’est-ce que cela signifie pour les cliniciens?

- Cesser de demander des tests de DMO pour le femmes de moins de 65 ans et les hommes de tout âge

- Dépister les femmes de 65 ans et plus en débutant par une estimation du risque et initier une prise de décision partagée sur les bénéfices et préjudice potentiels d’une pharmacothérapie préventive avant de demander une ostéodensitométrie

Mise en oeuvre

- On ne sait pas à quelle fréquence le dépistage par FRAX +/- DMO devrait être effectué.

- Il ne semble pas nécessaire de procéder à un nouveau dépistage par un test de DMO avant 8 ans chez les femmes éligibles.

Le Groupe d'étude canadien espère que cette ligne directrice aidera à réduire les DMO superflues.

Mise en œuvre

- Les données ayant servi à établir la version canadienne de l'algorithme FRAX sont limitées pour certains groupes raciaux et ethniques.

- Des versions de l'algorithme FRAX propres à certains pays ainsi qu'aux populations noires, hispaniques et asiatiques des États-Unis sont disponibles, mais présentent des limitations.

Mise en œuvre

- Ces recommandations **insistent sur les bonnes pratiques cliniques, où les cliniciens sont attentifs aux changements relatifs à la santé physique et au bien-être des patients.**

- La sensibilisation sur la prévention secondaire et sur la prise en charge après la fracture demeure importante.

Mise en œuvre

« Nous espérons que l'adoption d'une approche débutant par une estimation du risque réduira le nombre de DMO inutiles, ce qui profitera à la fois aux patients et au système de santé. Il est insensé de demander des examens qui n'orienteront pas les décisions de traitement »

– Dre Donna Reynolds, groupe de travail sur les fractures de fragilisation

Outils d’application des connaissances

Outils d'application des connaissances

- Outil d'aide à la décision pour **aider les cliniciens et les patients à comprendre** le risque individuel de fracture de fragilisation : https://frax.groupeetudecanadien.ca
- Infographie pour les cliniciens
- À la publication, les outils pourront être **téléchargés gratuitement** en **français** et en **anglais** à : https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr

Infographie pour les cliniciens

Dépistage pour la prévention des fractures de fragilisation

Combien de temps cela prend-il?

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

65 ans et plus

Nous recommandons le dépistage débutant par une estimation du risque (FRAX):

- Une **ostéodensitométrie** est demandée seulement pour les femmes de 65 ans et plus qui une fois informées de leur risque considèrent entreprendre un traitement préventif

ou

- Nous ne recommandons pas le dépistage débutant par une ostéodensitométrie ni chez les femmes ni chez les hommes

✓ Plus rapide ✓ Réduit le dépistage inutile ✓ Prise de décision partagée

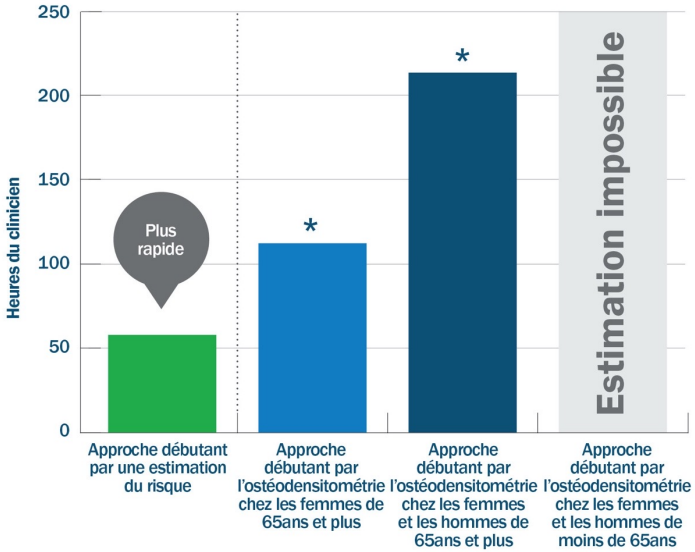
Postulats :

- Clientèle regroupant 1 200 personnes suivies pendant 25 ans.
- 600 personnes ont 50 ans et plus et 300 personnes ont 65 ans et plus.
- ½ sont des femmes et ½ sont des hommes.
- Le dépistage est estimé jusqu'à l'âge de 85 ans.
- La fréquence du dépistage est 2 à 5 ans pour un dépistage débutant par une ostéodensitométrie et tous les 8 ans pour un dépistage débutant par une estimation du risque.

Contexte :

- Aucune étude n'a démontré de bénéfices au dépistage pour les hommes de tout âge et les femmes de moins de 65 ans.
- Il n'apparaît pas utile de refaire un dépistage aux femmes avant 8 ans.

Dépistage sur 25 ans



* Aucune étude ne suggère que cela prévient plus de fractures

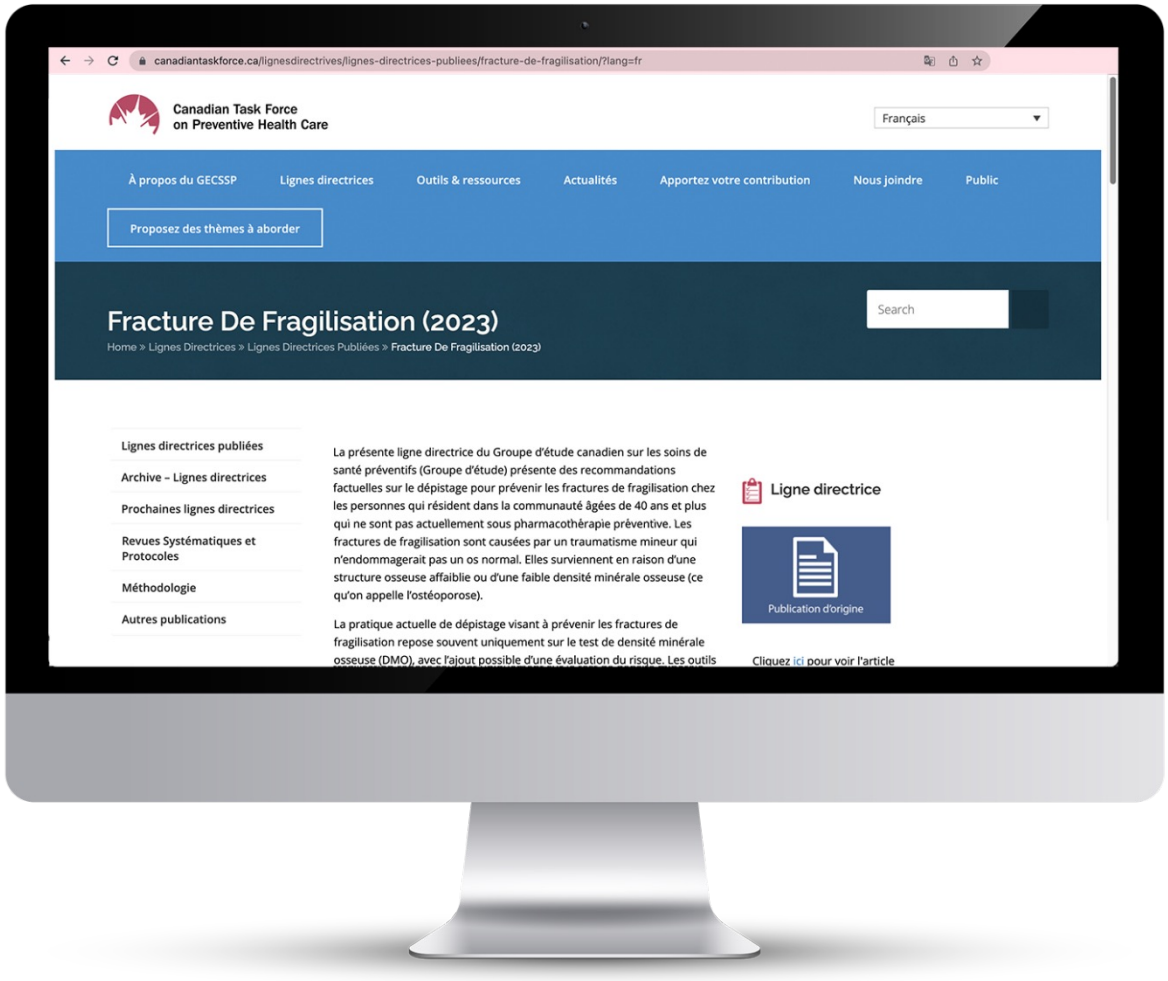
Votre temps en tant que clinicien est précieux : dépistez mieux et plus rapidement

Comment avons nous fait ces estimations?

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada
Vous trouverez des lignes directrices, des outils et des ressources à l'adresse www.groupeetudecanadien.ca
🅭🅯🅢 2023 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Groupe d'étude canadien su
les soins de santé préventifs

Outils

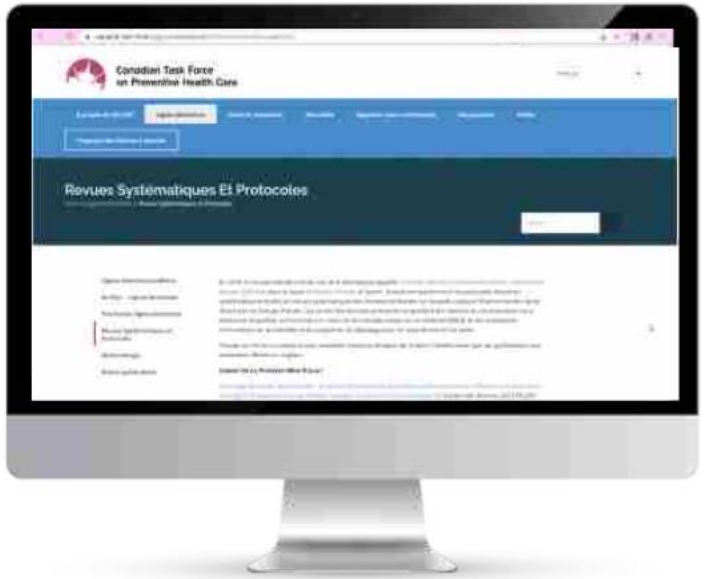

canadiantaskforce.ca/lignesdirectrives/lignes-directrices-publiees/fracture-de-fragilisation/?lang=fr
Canadian Task Force on Preventive Health Care
Français
À propos du GECSSP
Lignes directrices
Outils & ressources
Actualités
Apportez votre contribution
Nous joindre
Public
Proposez des thèmes à aborder
Fracture De Fragilisation (2023)
Search
Home » Lignes Directrices » Lignes Directrices Publiées » Fracture De Fragilisation (2023)
Lignes directrices publiées
Archive – Lignes directrices
Prochaines lignes directrices
Revues Systématiques et Protocoles
Méthodologie
Autres publications
La présente ligne directrice du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Groupe d'étude) présente des recommandations factuelles sur le dépistage pour prévenir les fractures de fragilisation chez les personnes qui résident dans la communauté âgées de 40 ans et plus qui ne sont pas actuellement sous pharmacothérapie préventive. Les fractures de fragilisation sont causées par un traumatisme mineur qui n'endommagerait pas un os normal. Elles surviennent en raison d'une structure osseuse affaiblie ou d'une faible densité minérale osseuse (ce qu'on appelle l'ostéoporose).
La pratique actuelle de dépistage visant à prévenir les fractures de fragilisation repose souvent uniquement sur le test de densité minérale osseuse (DMO), avec l'ajout possible d'une évaluation du risque. Les outils
Ligne directrice
Publication d'origine
Cliquez ici pour voir l'article

Revues systématiques

Publiées dans la revue Systematic Reviews

- Toutes les revues sont accessibles sur le site Web du Groupe d'étude canadien :

  https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrives/revues-systematiques-et-protocoles/lang=fr



Communications

Publications sur les réseaux sociaux

Communiqués

Communications avec les intervenants

Suivez le @groupedetudecanadien

Conclusion

Recommandation du Groupe d'étude canadien

- **Prise de décision partagée** avec les patients

Utiliser **l'outil d'aide** pour une prise de décision partagée sur les fractures de fragilisation

Lacunes dans les connaissances

- Des essais de grande qualité seront nécessaires pour déterminer :
  - les bénéfices et les préjudices du dépistage pour les hommes de tout âge et les femmes plus jeunes;
  - la fréquence de reprise du dépistage et l'âge pour l'arrêter;
  - les préjudices potentiels suivant l'arrêt de la pharmacothérapie;
  - diversité des populations

Il faut d'autres études

En savoir plus

Pour consulter la ligne directrice et des outils connexes pour les cliniciens et les patients, visitez :

- http://canadiantaskforce.ca/?lang=fr

Questions et réponses

L'approche GRADE

L'approche « GRADE » :

Grading of
Recommendations
Assessment
Development &
Evaluation
(classement des recommandations évaluation, développement et réévaluation)

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Processus GRADE – définir et recueillir

- **Définir** les questions concernant les populations, les stratégies de prise en charge de rechange et les Résultats importants pour les patients.
- **Caractériser** les résultats comme étant essentiels ou importants pour la formulation des recommandations
- **Effectuer** une recherche systématique des études pertinentes.
- **Réaliser une estimation** de l'effet de l'intervention chaque résultat en fonction des critères prédéfinis les études admissibles.
- **Évaluer** la certitude des données associées à l'estimation de l'effet.

GRADE – évaluer le degré de certitude des données

Approche **GRADE** :

- Hiérarchisation des données selon leur certitude :
  ECR > études observationnelles

- L'évaluation de la certitude est modifiée à la baisse pour chaque résultat selon les facteurs suivants
  - Limites de l'étude (risque de biai
  - Imprécision
  - Incohérence des résultats
  - Caractère indirect des données
  - Probabilité de biais de publication

Données probantes directes et indirectes

- **Données probantes directes** – proviennent d'études examinant les effets du **dépistage par rapport à l'absence de dépistage** ou aux soins habituels

- Lorsqu'il n'y a **pas** de données probantes directes **disponibles**, le Groupe d'étude canadien peut évaluer des données probantes indirectes.

- **Les données probantes indirectes** sont plus incertaines :
  - ✓ elles sont **liées** au résultat visé (p. ex. les symptômes de dépression dépendent de l'efficacité du traitement) **ou**
  - ✓ **ont trait** à l'intervention de dépistage d'intérêt

Autres recommandations en matière de dépistage

Autres recommandations en matière de dépistage

Ostéoporose Canada, 2023*

- Le dépistage par ostéodensitométrie est indiqué à partir de 70 ans en l'absence de facteurs de risque cliniques additionnels de l'outil FRAX, ou à partir de 65 ans en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque cliniques.

OSTÉOPOROSE

* La nouvelle ligne directrice de 2023 d'Ostéoporose Canada n'était pas encore disponible pour étude. La recommandation ci-dessus est donc plutôt basée sur une analyse de 2020 appuyant la ligne directrice à venir.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2022

- Tous les adultes de 65 ans et plus devraient faire l'objet d'un dépistage passant par une évaluation clinique et une ostéodensitométrie.
- Les femmes postménopausées de moins de 65 ans devraient être évaluées à l'aide de l'outil clinique FRAX (sans ostéodensitométrie). Si le score de FOM obtenu indique un risque supérieur à 10 %, une ostéodensitométrie devrait aussi être envisagée.
- L'ostéodensitométrie devrait également être envisagée pour les patients de 65 ans et plus qui présentent un risque élevé.

LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

National Osteoporosis Guideline Group, UK, 2022

- On devrait évaluer à l'aide de l'outil FRAX toute femme postménopausée ou tout homme de 50 ans et plus présentant un facteur de risque clinique de fractures de fragilisation pour guider la mesure de la DMO et permettre un aiguillage ou un accès au traitement médicamenteux nécessaire rapides, lorsqu'indiqué.

NOGG
National Osteoporosis Guideline Group • UK

Autres recommandations en matière de dépistage

Bone Health and Osteoporosis Foundation (auparavant la National Osteoporosis Foundation) (États-Unis), 2022

- Les personnes suivantes devraient subir une ostéodensitométrie :
  - Les femmes de 65 ans et plus et les hommes de 70 ans et plus.
  - Les femmes postménopausées et les hommes de 50 à 69 ans, selon leur profil de risque.
  - Les femmes postménopausées et les hommes de 50 ans et plus ayant des antécédents de fractures à l'âge adulte.

Le Collège américain des obstétriciens et gynécologues, 2021

•Recommande le dépistage de l'ostéoporose par DMO chez les patientes postménopausées de 65 ans et plus.
•Recommande le dépistage par DMO chez les patientes postménopausées de moins de 65 ans présentant un risque accru confirmé par un outil clinique validé.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2021

- On devrait évaluer à l'aide de l'outil FRAX toute femme postménopausée ou tout homme de 50 ans et plus présentant un facteur de risque clinique de fractures de fragilisation pour guider la mesure de la DMO et permettre un aiguillage ou un accès au traitement médicamenteux nécessaire rapides, lorsqu'indiqué.

Autres recommandations en matière de dépistage

Association américaine des endocrinologues cliniques et Collège, 2020

- Femmes postménopausées de 50 ans et plus : On recommande une anamnèse détaillée, un examen physique et une évaluation clinique du risque de fracture avec l'outil FRAX® ou un autre outil d'évaluation du risque de fracture.
- Une ostéodensitométrie est recommandée chez les femmes de 65 ans et plus et les femmes postménopausées plus jeunes présentant un risque accru de perte osseuse et de fracture, selon l'analyse du risque de fracture.

Comité national de dépistage du Royaume-Uni, 2019

- Ne recommande pas le dépistage de l'ostéoporose chez les femmes postménopausées.

Groupe de travail des services préventifs des États-Unis (USPSTF), 2018

- Recommande le dépistage de l'ostéoporose par test DMO pour prévenir les fractures ostéoporotiques chez les femmes de 65 ans et plus.
- Recommande le dépistage de l'ostéoporose DMO pour prévenir les fractures ostéoporotiques chez les femmes postménopausées de moins de 65 ans présentant un risque accru d'ostéoporose confirmé par un outil clinique validé.
- L'USPSTF conclut que les données actuelles sont insuffisantes pour évaluer l'équilibre entre les bénéfices et les préjudices du dépistage de l'ostéoporose pour prévenir les fractures ostéoporotiques chez les hommes (« I statement »; niveau de preuve insuffisant).

Autres recommandations en matière de dépistage

National Institute for Health and Care Excellence (Angleterre), 2017

- Femmes de 65 ans et plus et hommes de 75 ans et plus, et femmes de moins de 65 ans et hommes de moins de 75 ans présentant des facteurs de risque :
  - Utiliser l'outil FRAX (sans ostéodensitométrie) ou l'outil QFracture pour calculer le risque de fracture absolu prévu sur 10 ans.
  - À la suite d'une évaluation du risque avec l'outil FRAX (sans valeur de la DMO) ou l'outil QFracture, envisager la mesure de la densité minérale osseuse chez les personnes dont le risque de fracture correspond au seuil d'intervention pour un traitement proposé, et recalculer le risque absolu à l'aide de l'outil FRAX en intégrant la valeur de la DMO.

NICE
National Institute for Health and Care Excellence

American College of Radiology, 2016

- Les groupes suivants devraient subir un dépistage par ostéodensitométrie :
  - Toutes les femmes de 65 ans et plus et les hommes de 70 ans et plus.
  - Toutes les femmes de moins de 65 ans ou les hommes de moins de 70 ans présentant des facteurs de risque additionnels.

ACR®
AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY