

# BRISER LES OBSTACLES SANS BRISER LES OS



BULLETIN NATIONAL **2008** SUR LES SOINS DE SANTÉ EN OSTÉOPOROSE



Osteoporosis Canada

Ostéoporose Canada

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>LETTRE À TOUS LES CANADIENS</b> .....	<b>3</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>5</b>
Ce que les données ont démontré.....	5
Comblers les écarts afin d'améliorer les soins de santé en ostéoporose.....	6
Aller de l'avant.....	7
<b>LES COÛTS HUMAINS ET EN SOINS DE SANTÉ DE L'OSTÉOPOROSE</b> .....	<b>8</b>
Les coûts pour la santé psychologique et le bien-être.....	8
Les coûts pour le système de santé.....	8
<b>TESTS DE DENSITÉ MINÉRALE OSSEUSE (DMO)</b> .....	<b>9</b>
Déterminer l'accès au Canada.....	9
<b>LA MÉDICATION POUR L'OSTÉOPOROSE</b> .....	<b>11</b>
Déterminer l'accès au Canada.....	11
<b>INITIATIVES EN OSTÉOPOROSE DES PROVINCES ET TERRITOIRES</b> .....	<b>14</b>
<b>FAITS SAILLANTS SUR L'OSTÉOPOROSE</b> .....	<b>20</b>
<b>OSTÉOPOROSE CANADA</b> .....	<b>22</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>23</b>
<b>ANNEXE A</b> .....	<b>25</b>
Méthodologie pour évaluer l'accès aux tests de DMO.....	25
<b>ANNEXE B</b> .....	<b>26</b>
Études des régimes d'assurance-médicaments des provinces et territoires.....	26
<b>ANNEXE C</b> .....	<b>27</b>
Méthodologie pour évaluer l'accès à la médication.....	27
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>28</b>
<b>RÉFÉRENCES ADDITIONNELLES</b> .....	<b>29</b>

## REMERCIEMENTS

Le bulletin national sur l'ostéoporose a été réalisé grâce à l'engagement et aux contributions d'un grand nombre de participants.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier tous les membres du comité responsable et ceux qui siègent au sous-comité relevant du conseil consultatif scientifique (CCS) pour leurs efforts et leurs conseils quant à l'élaboration de ce bulletin.

Nous sommes aussi reconnaissants de l'appui et des suggestions du conseil d'administration d'Ostéoporose Canada, du conseil consultatif scientifique (CCS), du conseil consultatif des opérations (CCO), du réseau canadien des personnes atteintes d'ostéoporose (RCPO) ainsi que de toutes les sections d'Ostéoporose Canada au pays.

Nous tenons également à remercier les gouvernements provinciaux et territoriaux d'avoir fourni et vérifié les données utilisées dans ce bulletin.

Un merci tout particulier à Mmes Odette Falardeau, Emily Ismond, Marg MacDonnell et Christine Thomas et à MM. Larry Funnell et Gordon Sullivan pour avoir partagé leurs histoires et livré leurs réflexions, ainsi qu'à *Advocacy Solutions* pour avoir contribué à l'élaboration de cette publication.

**Briser les obstacles sans briser les os : le bulletin national 2008 sur les soins de santé en ostéoporose** a été réalisé grâce aux subventions sans restrictions de l'Alliance pour une meilleure santé des os (Procter & Gamble Pharmaceuticals Inc. et sanofi-aventis Canada Inc.), d'AMGEN Canada Inc., d'Eli Lilly Canada Inc., de Merck Frosst Canada Ltée, de Novartis Pharmaceuticals Canada Inc., des Producteurs laitiers du Canada et de Servier Canada Inc.

### **LES MEMBRES DU COMITÉ RESPONSABLE DU BULLETIN :**

Présidente, D<sup>re</sup> Famida Jiwa, vice-présidente, Ostéoporose Canada

Julie M. Foley, présidente-directrice générale, Ostéoporose Canada

D<sup>re</sup> Diane Thériault, présidente du conseil national d'administration, Ostéoporose Canada, Nouvelle-Écosse

D<sup>r</sup> Kerry Siminoski, membre exécutif, CCS, University of Alberta, Alberta

D<sup>re</sup> Suzanne Morin, membre exécutif, CCS, McGill University, Québec

Renu Kapoor, directrice du conseil national d'administration, Ostéoporose Canada, Saskatchewan

Elda Clarke, présidente, conseil consultatif des opérations, Ostéoporose Canada, Saskatchewan

Marg MacDonnell, présidente, réseau canadien des personnes atteintes d'ostéoporose, Ostéoporose Canada, Manitoba

### **LES MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DU BULLETIN RELEVANT DU CCS :**

D<sup>r</sup> Kerry Siminoski, président, membre exécutif, CCS, University of Alberta, Alberta

D<sup>re</sup> Alexandra Papaioannou, présidente, CCS, McMaster University, Ontario

D<sup>re</sup> Suzanne Morin, membre exécutif, CCS, McGill University, Québec

D<sup>re</sup> Stephanie Kaiser, membre exécutif, CCS, Dalhousie University, Nouvelle-Écosse

D<sup>r</sup> Bill Leslie, vice-président, CCS, University of Manitoba, Manitoba

Les statistiques sont saisissantes.

Une femme sur quatre et au moins un homme sur huit âgés de plus de 50 ans sont atteints d'ostéoporose. On estime que deux millions de Canadiens risquent de subir des fractures ostéoporotiques pendant leur vie<sup>1</sup>.

Selon les données de 1993, l'ostéoporose et les fractures qui y sont inhérentes ont coûté plus de 1,3 milliard de dollars annuellement aux systèmes de soins de santé<sup>2</sup>. En fait, plus de 80 % de toutes les fractures chez les personnes de plus de 60 ans sont attribuables à l'ostéoporose<sup>2</sup>.

Par contre, les chiffres ne représentent pas totalement la réalité. En effet, chaque personne qui souffre de fractures au poignet, à la colonne, aux côtes ou à la hanche à cause de l'ostéoporose a son histoire. La douleur, l'incapacité, la mobilité réduite et l'invalidité prolongée sont très présentes dans leur vie. De plus, les fractures de la hanche se soldent par un décès dans 30 % des cas<sup>3-5</sup>. Ce bulletin contient quelques-unes de leurs histoires qui illustrent bien l'impact de cette maladie chronique sur leur vie personnelle.

Ostéoporose Canada tient résolument à aider tous les Canadiens à réduire leur risque d'ostéoporose et à leur garantir un accès aux meilleurs diagnostics et traitements. Les deux éléments essentiels à l'atteinte de cet objectif sont un accès à la médication et aux tests de densité minérale osseuse (DMO). Ce bulletin permet donc aux Canadiens d'évaluer jusqu'à quel point ils bénéficient d'un accès à ces deux éléments par l'entremise du système public de santé; il servira également de balise pour mesurer les progrès.

Notre recherche révèle que l'accès aux tests de DMO est loin d'être convenable, puisque seulement un faible pourcentage de la population canadienne subit un test de DMO. Quant à l'accès aux traitements pharmacologiques qui aident à la réduction du risque de fracture, il diffère d'une région à l'autre du pays. Ainsi, dans certaines provinces, les personnes souffrant d'ostéoporose ne disposent que d'un accès restreint à un choix de traitements efficaces.

Il faut agir maintenant. Ostéoporose Canada requière l'instauration d'une stratégie nationale parallèlement à celles qui sont utilisées dans les provinces et les territoires afin de fournir des soins de santé en ostéoporose coordonnés et de réduire l'incidence des fractures débilantes et leur impact sur la vie des gens et sur le système de soins de santé. Nous nous réjouissons de pouvoir travailler en partenariat avec les gouvernements à l'échelon national, provincial et territorial afin de développer et de mettre en application ces stratégies. Ensemble, nous pouvons améliorer la santé osseuse de tous les Canadiens.

**Diane Thériault, M.D., FRCPC**

Présidente du conseil d'administration

**Julie M. Foley**

Présidente-directrice générale

**D<sup>re</sup> Famida Jiwa**

Présidente du comité du bulletin



# RÉSUMÉ

Fondée en 1982, Ostéoporose Canada s'est donné pour mission de former et de soutenir les individus et les communautés en matière de prévention et de traitement de l'ostéoporose afin qu'ils puissent se prendre en charge. Sa vision est celle d'un *Canada sans fractures ostéoporotiques*. Dirigée par un conseil d'administration national composé de membres bénévoles et guidée par un conseil consultatif scientifique constitué d'experts des domaines scientifique et médical, Ostéoporose Canada possède des sections réparties partout au pays et compte plus d'un millier de bénévoles pour l'assister dans sa mission.

En 2007, Ostéoporose Canada, en accord avec sa vision et sa mission, a formé un comité pour faire état de la situation canadienne en ce qui a trait aux soins de santé en ostéoporose au pays. Le comité a recueilli des données pour évaluer les trois critères suivants :

- ❖ l'accès aux tests de mesure de la densité minérale osseuse (DMO) dans le système public de santé;
- ❖ l'accès aux médicaments pour le traitement de l'ostéoporose par l'intermédiaire des programmes publics des provinces et des territoires;
- ❖ les exemples d'initiatives financées publiquement par les provinces et les territoires en matière de réduction du risque, de diagnostic et de traitement de l'ostéoporose.

En se fondant sur les données fournies par les gouvernements provinciaux et territoriaux, le sous-comité du bulletin relevant du CCS a évalué l'accès aux tests de DMO et à la médication couverts par les régimes d'assurance-médicaments de chaque province et territoire dans l'ensemble du pays et y a accordé une note.

Pour ce bulletin, les différentes initiatives provinciales liées aux soins de santé en ostéoporose ont également été prises en considération. Étant donné l'étendue et la variété des programmes provinciaux de sensibilisation de la population et de gestion des maladies, aucune tentative n'a été faite pour comparer et attribuer une note à ces initiatives. Les renseignements ont plutôt été compilés afin de dresser un tableau national de certaines initiatives gouvernementales et de mettre en lumière les activités liées aux soins de santé en ostéoporose.

## CE QUE LES DONNÉES ONT DÉMONTRÉ

### Accès aux tests de densité minérale osseuse (DMO)

Selon l'analyse des données sur les taux actuels de tests de DMO dans l'ensemble du pays, l'accès est loin d'être adéquat – la plupart des provinces obtiennent la note C ou une note inférieure. Voici les résultats :

PROVINCE OU TERRITOIRE	NOTE
COLOMBIE-BRITANNIQUE	C
ALBERTA	B
SASKATCHEWAN	F
MANITOBA	F
ONTARIO	B
QUÉBEC	D
NOUVEAU-BRUNSWICK	D
NOUVELLE-ÉCOSSE	D
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	D
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	D
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	D

L'information a été demandée au Nunavut et au Yukon, mais elle n'était pas disponible.  
Voir l'annexe A pour la description des notes.

## Accès à la médication pour l'ostéoporose

Les résultats sont plus positifs en ce qui a trait à l'accès à la médication pour l'ostéoporose. Une évaluation de la disponibilité des médicaments dans les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires rectifie à la hausse les notes. Elles se situent entre A, la note la plus élevée, et F, la note d'échec attribuée qu'une seule fois. Voici les résultats :

PROVINCE OU TERRITOIRE	NOTE
COLOMBIE-BRITANNIQUE	C-
ALBERTA	C
SASKATCHEWAN	C
MANITOBA	C
ONTARIO	B
QUÉBEC	A
NOUVEAU-BRUNSWICK	C
NOUVELLE-ÉCOSSE	C
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	F
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	C
YUKON	B

L'information a été demandée au Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest, mais elle n'était pas disponible. Voir l'annexe C pour la description des notes.

## COMBLER LES ÉCARTS AFIN D'AMÉLIORER LES SOINS DE SANTÉ EN OSTÉOPOROSE

L'incidence de l'ostéoporose et des fractures qu'elle cause est importante tant pour les individus atteints que pour le système de soins de santé aux prises avec une escalade des coûts d'hospitalisation. Un total de 80 % des fractures sont associées à l'ostéoporose<sup>2</sup>. Or, moins de 38 % des patients ayant subi une fracture obtiennent un diagnostic ou un traitement adéquat de l'ostéoporose<sup>6</sup>. Réduire l'incidence des fractures par la diminution du risque, le diagnostic précoce et le traitement approprié des patients ostéoporotiques doit constituer l'objectif de notre système de santé en matière de soins en ostéoporose. Toutefois, des problèmes importants persistent actuellement sur le plan de l'accès au test de DMO et à la médication pour les personnes atteintes d'ostéoporose.

### Le test de densité minérale osseuse

Un accès approprié à un test de DMO précis et fiable est un élément essentiel du diagnostic et du traitement. Grâce à un diagnostic précoce, la personne peut mieux gérer son ostéoporose et réduire de façon significative son risque de fracture avec de la médication et en adoptant un bon style de vie. D'ailleurs, le test de DMO permet au patient et à son médecin d'établir des mesures de base qui serviront à surveiller son parcours pendant la durée du traitement ainsi que la progression de sa maladie. Ce bulletin démontre, toutefois, que l'accès au test de DMO est loin d'être satisfaisant. Malgré l'existence de lignes directrices servant à déterminer qui doit subir un test de DMO, les médecins sont très peu enclins à recommander le test.

### La médication pour traiter l'ostéoporose

L'objectif premier d'un traitement pharmacologique est de réduire l'incidence de fracture. Toutefois, il est important de noter que certaines personnes répondent mieux à un traitement qu'à un autre, et que la prise de certains médicaments peut provoquer des effets secondaires alors que la prise d'autres médicaments n'en provoque aucun. Les gens doivent avoir accès à une variété de traitements pour être certains qu'ils reçoivent le médicament optimal pour eux. Tel qu'il est démontré dans ce bulletin, l'accès aux médicaments par l'entremise des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux diffère ou est alors très limité dans plusieurs régions du pays. Plusieurs Canadiens ne peuvent donc bénéficier de différents types de traitements qui pourraient les aider à réduire leur risque de fractures futures.

## Une structure bien définie

L'accès à un diagnostic adéquat et à une médication optimale est essentiel. L'ostéoporose est une maladie chronique, et sans une intervention appropriée, son incidence continuera de croître au même rythme que le vieillissement de la population. L'invalidité ainsi que les coûts associés à la maladie augmenteront également et la qualité de vie de centaines de milliers de Canadiens sera largement compromise.

Une approche globale est requise, laquelle devrait inclure : la sensibilisation du public axée sur la promotion de la santé osseuse, une formation enrichie pour les professionnels en soins de santé primaires, une intégration des soins pour garantir un diagnostic et une gestion appropriés, opportuns et rentables, des liens avec les ressources communautaires afin de soutenir l'autogestion de la maladie et la prévention des fractures. Alors que plusieurs provinces semblent aller dans cette direction, les investissements ainsi que la nature des interventions varient beaucoup d'une région à l'autre du pays.

## ALLER DE L'AVANT

Les soins de santé en ostéoporose doivent être guidés par le besoin médical individuel et non par les régions géographiques. Garantir aux Canadiens atteints d'ostéoporose un accès à des soins adéquats, peu importe où ils habitent, doit constituer une priorité.

En revanche, pour fournir les soins adéquats aux personnes atteintes d'ostéoporose, il importe de réduire l'écart qui existe entre l'accès approprié à un test de DMO et à la médication assurés par le système public de soins de santé et le niveau d'accès actuellement offert.

Toutefois, à long terme, une amélioration des résultats ainsi qu'une réduction de l'incidence de l'ostéoporose au sein du système de soins de santé nécessite une approche plus globale.

## Nous recommandons que :

- ❖ les gouvernements provinciaux et territoriaux travaillent en collaboration afin de créer un plan stratégique national soutenu parallèlement par des stratégies provinciales et territoriales pour fournir des soins de santé en ostéoporose coordonnés;
- ❖ les stratégies élaborées garantissent que les initiatives actuelles et futures en matière de réduction du risque, de diagnostic et de traitement soient coordonnées, fondées sur des preuves, complètes et pourvues des ressources nécessaires au sein du système public de santé et qu'elles permettent d'atteindre l'ultime objectif de réduire l'incidence des fractures débilantes et leur impact sur les vies individuelles et sur le système de soins de santé;
- ❖ Ostéoporose Canada travaille en partenariat avec les gouvernements fédéral et provinciaux afin de développer et de mettre en place des stratégies intégrées et exhaustives.

**À cette fin, nous invitons les gouvernements fédéral et provinciaux à nous rencontrer immédiatement afin d'entamer le processus d'amélioration des soins qui seront offerts à environ deux millions de Canadiens atteints d'ostéoporose.**

## PROFIL DU PATIENT

**MARG MACDONELL**  
WINNIPEG  
(MANITOBA)



Marg MacDonell a été bouleversée lorsqu'elle a reçu un diagnostic d'ostéoporose. Le test de DMO l'avait confirmé : elle souffrait d'ostéoporose chronique à la colonne.

Âgée d'à peine 60 ans, Marg est une jardinière active, une adepte de la randonnée pédestre et une cycliste. Elle n'avait jamais songé à l'ostéoporose de toute sa vie.

« Une partie de moi refusait absolument d'y croire, dit-elle alors qu'une autre partie de moi avait peur, très peur. »

Durant la première année, elle a dû se réadapter considérablement. Quelques années auparavant, Marg et son mari avaient hissé du bois de construction en bâtissant leur maison. « Soudainement, j'ai appris que je ne pouvais plus soulever un sac de provisions pour ne me pas fracturer la colonne. »

Le plein impact du diagnostic s'est produit lors d'une journée d'hiver glaciale typique du Manitoba. « Pendant que je me rendais en voiture faire des achats pour Noël, j'ai garé ma voiture dans le stationnement du centre commercial, dit Marg. J'ai regardé la surface glacée entre la voiture et l'entrée du centre, je suis restée assise et je me suis mise à pleurer. J'avais peur de sortir de la voiture. »

Après une année de traitement, elle est retournée voir son médecin, et lui a demandé à passer un test de DMO. Elle cherchait à confirmer les résultats du premier test et désirait savoir si la médication faisait une différence. Les résultats du test de suivi de DMO sont arrivés trois ans plus tard et l'attente a été éprouvante.

« Pendant ces trois années, j'ai vécu beaucoup de désarroi émotionnel, mentionne Marg. J'aurais voulu croire que les résultats étaient erronés. Tout ce que je désirais entendre, c'était que le diagnostic était confirmé ou rejeté. »

Six ans se sont écoulés depuis l'annonce du premier diagnostic. La densité minérale osseuse de Marg s'est améliorée grâce aux médicaments, et elle n'a pas subi de fracture depuis. Par contre, la peur de chuter et de se casser un os est toujours présente. « Je dois refuser quand mes amis m'invitent à skier, à jouer au golf et au curling, souligne-t-elle, et les longues marches hivernales font partie du passé. »

« Mon mari et moi avons toujours aimé nous balader, poursuit-elle, mais dès que l'hiver s'installe, je reste à la maison. Il me propose d'aller nous promener et sort dehors, alors que je descends faire du tapis roulant parce que j'ai peur. »

# LES COÛTS HUMAINS ET EN SOINS DE SANTÉ DE L'OSTÉOPOROSE



## PROFIL DU PATIENT

**EMILY ISMOND**  
HAZEL HILL  
(NOUVELLE-ÉCOSSE)

Pour ceux qui vivent dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse, conduire est un mode de vie. Faire l'épicerie, aller à la banque, aller chez le médecin, toutes ces activités nécessitent des déplacements en voiture, quelquefois ces déplacements peuvent être longs.

Par contre, pour Emily Ismond, âgée de 69 ans, voyager en voiture est particulièrement difficile. Emily a reçu un diagnostic d'ostéoporose avant d'atteindre 50 ans; elle souffre de douleurs chroniques à la suite de nombreuses fractures. L'établissement offrant des tests de DMO le plus près de chez elle, est situé à Truro, ce qui représente un trajet de deux heures et demie, et le cabinet de son spécialiste en ostéoporose est encore plus loin. Les longues distances et les routes cahoteuses rendent ces visites éprouvantes.

« Lorsque j'ai mal au dos, c'est très difficile, dit-elle, j'ai même pleuré lors de mon dernier trajet à Truro. »

Emily n'est pas la seule à désirer l'installation d'un ostéodensitomètre dans l'hôpital régional d'Antigonish, à une heure de route de moins pour les gens de son coin de province. Elle tient à préciser que pour les personnes âgées, en particulier celles qui ne conduisent pas, un voyage aller-retour de cinq heures pour passer un test de DMO n'est tout simplement pas réalisable.

Malgré la douleur, Emily mène pleinement sa vie. Elle a également appris à vivre avec un risque de fracture. Elle s'est fracturé une première côte en pelletant de la neige, et une deuxième, en ramassant un panier à linge. Quelques années plus tard, elle a subi une fracture au dos en passant le râteau sur son terrain – cette fracture a nécessité plusieurs mois de guérison. Il y a quelques années, elle a trébuché dans une dépression peu profonde de son terrain, et elle s'est cassé les deux chevilles.

Ce sont toutefois les fractures au dos qui handicapent le plus Emily.

« Il ne se passe pas une journée sans que mon dos ne me fasse souffrir. » Cependant, elle ajoute : « Je fais tout ce que je peux faire. Je n'abandonnerai pas, il n'en est pas question! »

Une femme sur quatre et au moins un homme sur huit de plus de 50 ans sont atteints d'ostéoporose<sup>1</sup>. Cette maladie amincit et fragilise les os, les rendant très susceptibles aux fractures.

Étant donné qu'elle est indolore, l'ostéoporose se manifeste souvent lors d'une fracture. Dès qu'une personne a une fracture attribuable à l'ostéoporose, son risque de nouvelle fracture s'accroît<sup>7-10</sup>. Or, moins de 38 % des personnes ayant subi une fracture sont évaluées pour l'ostéoporose<sup>6</sup>.

Les fractures vertébrales et de la hanche entraînent une augmentation du taux de mortalité<sup>11-13</sup>. La fracture de la hanche est le type de fracture le plus dévastateur. Jusqu'à 23 % des femmes et un pourcentage encore plus élevé d'hommes ayant subi des fractures de la hanche décéderont au cours des six prochains mois de complications liées à la fracture, telles une pneumonie ou l'apparition de caillots sanguins<sup>11</sup>. Bon nombre des personnes qui survivent à la fracture demeureront handicapées de façon permanente, alors qu'un quart des patients ayant subi une fracture de la hanche qui survivent au-delà d'un an n'arrivent pas à marcher sans aide<sup>12</sup>.

## LE COÛT POUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET LE BIEN-ÊTRE

Les fractures exercent un profond impact sur la qualité de vie des individus. Une étude menée au Canada auprès d'adultes âgés de 50 ans et plus a révélé que les personnes ayant subi une fracture ostéoporotique avaient un niveau de qualité de vie beaucoup plus bas que celles qui n'ont pas eu de fractures<sup>14</sup>.

Les fractures ostéoporotiques ont été associées à une hausse de la morbidité, de la mortalité, de la durée de l'hospitalisation et de l'institutionnalisation<sup>15</sup>. La douleur et la peur de chuter peuvent forcer les personnes à devenir moins actives, à restreindre leurs activités sociales et, par conséquent, à s'éloigner de leur famille et de leurs amis. De plus, l'ostéoporose peut influencer négativement l'estime de soi d'une personne, surtout si la fracture est la cause d'une réduction de la taille ou d'une courbure antérieure de la colonne dorsale appelée cyphose.

Les femmes souffrant d'ostéoporose se disent souvent apeurées, angoissées et dépressives<sup>16</sup>. Selon les résultats d'une étude, une majorité de femmes âgées ont rapporté qu'elles préféreraient mourir plutôt que de subir une fracture de la hanche et d'être admises dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée<sup>17</sup>.

Cette maladie peut s'avérer un fardeau important pour les aidants naturels qui partagent l'angoisse de la maladie et à qui il incombe souvent d'accomplir des tâches additionnelles à la suite de l'invalidité et de la perte de mobilité d'un être cher.

## LES COÛTS POUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Les fractures ostéoporotiques sont associées à d'importantes souffrances, à la maladie (morbidité), à une hospitalisation, à un transfert dans une maison de soins de longue durée et à la mort. Leur impact sur le système de soins de santé ainsi que leur coût sociétal sont considérables.

Selon une étude canadienne qui portait sur dix-huit états de santé différents, les fractures de la hanche et les fractures vertébrales figuraient parmi les trois maladies liées à des séjours hospitaliers prolongés et à des coûts élevés en soins de santé<sup>18</sup>. Cette étude a démontré qu'un patient souffrant d'une fracture de la hanche qui retournait chez lui à la suite d'une hospitalisation avait coûté plus de 21 385 \$ au système de soins de santé et que celui qui était institutionnalisé coûtait le double : 44 156 \$<sup>19</sup>. Une autre étude révélait que seulement 44 % des patients ayant reçu leur congé de l'hôpital à la suite d'une fracture de la hanche retournaient à leur domicile. Du reste, 10 % étaient transférés dans un autre hôpital, 27 % étaient dirigés vers un centre de réadaptation et 17 % allaient dans une maison de soins de santé prolongés<sup>20</sup>.

En 1981, on a recensé 17 000 fractures de la hanche<sup>21</sup>. De ce nombre, 80 % étaient attribuables à l'ostéoporose<sup>2</sup>. En 1995, ce chiffre a presque atteint 27 000<sup>21</sup> et le coût annuel pour traiter une fracture ostéoporotique a dépassé 1,3 milliard de dollars au Canada<sup>2</sup>.

# TESTS DE DENSITÉ MINÉRALE OSSEUSE (DMO)

L'accès adéquat à un test de DMO précis et fiable est un élément essentiel pour le diagnostic et le traitement. Un diagnostic précoce permet à une personne d'adopter un style de vie approprié et une stratégie thérapeutique qui réduit le risque de première fracture, ou de fracture subséquente. En outre, un test de DMO donne la possibilité au patient et à son médecin d'établir des mesures de base afin de surveiller l'évolution du traitement.

Ostéoporose Canada recommande que :

- ❖ toutes les personnes âgées de 65 ans et plus subissent un test de DMO;
- ❖ toutes les personnes âgées de 50 à 65 ans soient évaluées tous les ans pour connaître leur risque d'ostéoporose, et que les personnes qui présentent un facteur de risque majeur ou deux facteurs de risque mineur et plus, passent un test de DMO;
- ❖ les patients qui débutent une thérapie repassent un test de DMO au bout d'un an ou deux, afin d'évaluer l'impact de leur traitement de l'ostéoporose;
- ❖ les personnes qui n'ont pas besoin de thérapie passent un test de DMO au bout d'un à cinq ans si elles présentent un risque fracturaire modéré et tous les cinq à dix ans si leur risque est faible.

## DÉTERMINER L'ACCÈS AU CANADA

Des renseignements ont été recueillis auprès des ministères de la Santé de chaque province et territoire selon le nombre de personnes qui ont passé un test de DMO payé par le gouvernement entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 31 mars 2007.

Les données ont été révisées et une note leur a été attribuée. Voir l'annexe A pour la méthodologie d'attribution des notes.

Les résultats démontrent que les provinces ne fournissent pas un accès approprié aux tests de DMO; la plupart ont reçu C ou une note inférieure. Voici les résultats :

PROVINCE OU TERRITOIRE	NOTE	TAUX PAR GROUPE DE 1 000 PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS
COLOMBIE-BRITANNIQUE	C	222
ALBERTA	B	335
SASKATCHEWAN	F	95
MANITOBA	F	59
ONTARIO	B	317
QUÉBEC	D	166
NOUVEAU-BRUNSWICK	D	178
NOUVELLE-ÉCOSSE	D	144
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	D	137
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	D	188
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	D	189

L'information a été demandée au Nunavut et au Yukon, mais elle n'était pas disponible. Voir l'annexe A pour la description des notes.

## Le calcium et la vitamine D

Durant l'enfance, le calcium est essentiel à la croissance d'un squelette en santé pour soutenir un corps en croissance. Plus le pic de masse osseuse d'une personne est important (atteint à 16 ans chez les femmes et à 20 ans chez les hommes), moins il y a de risque que les os soient poreux et fragiles plus tard. Un apport adéquat en calcium peut aider les os tout au long du vieillissement. Des études effectuées auprès d'adultes âgés démontrent qu'un apport adéquat en calcium peut réduire la perte osseuse et le risque de fracture.

La vitamine D3 augmente de 30 à 80% l'absorption du calcium par l'organisme.

Les recommandations d'Ostéoporose Canada en matière d'apport en calcium sont les suivantes :

Âge	Apport quotidien en calcium
4 à 8	800 mg
9 à 18	1 300 mg
19 à 50	1 000 mg
50 et plus	1 500 mg
Femmes enceintes ou qui allaitent (18 ans et plus)	1 000 mg

Les recommandations d'Ostéoporose Canada en matière d'apport en vitamine D :

Ostéoporose Canada recommande un apport quotidien d'au moins 400 UI (unités internationales) de vitamine D3 aux Canadiens âgés de 19 à 50 ans, y compris les femmes enceintes ou celles qui allaitent. Quant aux adultes de plus de 50 ans, ils devraient en consommer 800 UI par jour.

Une analyse des tests de DMO indique qu'ils ont une incidence positive sur le choix du traitement par le médecin et la volonté du patient d'adhérer au traitement<sup>22</sup>. Par exemple :

- ❖ les patients qui ont passé un test de DMO ont neuf fois plus de chances d'être traités que ceux qui n'en ont pas passé;
- ❖ sans test de DMO, 80 % des patients ayant des antécédents de fractures ne reçoivent pas de traitements pour l'ostéoporose;
- ❖ à la suite d'un test de DMO, 40 % des femmes de plus de 65 ans ont entrepris un traitement, contre 6 % de celles qui ont subi une fracture de la hanche ou au poignet et qui n'ont pas subi de test de DMO;
- ❖ les femmes qui sont testées sont plus enclines à continuer leur traitement.

Le test de DMO est un outil de diagnostic important pour dépister l'ostéoporose; il aide les personnes et les professionnels de la santé à soutenir davantage la gestion et le traitement de l'ostéoporose. En plus, dès qu'une personne est correctement diagnostiquée et qu'elle reçoit le traitement approprié, le risque de subir une autre fracture est diminué.

**Ostéoporose Canada envisage de travailler avec les gouvernements provinciaux afin de déterminer la meilleure façon d'améliorer l'accès aux tests de DMO pour tous les Canadiens.**

## PROFIL DU PATIENT

**GORDON ET WINNIFRED SULLIVAN,**  
HAMILTON  
(ONTARIO)

« C'était un miracle! »

Voici comment Gordon Sullivan décrit le degré de soulagement éprouvé par sa femme Winnifred à la suite d'un traitement pour l'ostéoporose dans le cadre d'un essai clinique il y a plusieurs années.

Winnifred, alors âgée de près de 80 ans, était une femme active et en santé qui pratiquait le ski de fond plusieurs jours par semaine. Toutefois, ses ennuis ont commencé lorsqu'elle a glissé et chuté sur de la glace noire en marchant. Elle a appris qu'elle s'était fracturée la colonne et qu'elle souffrait d'ostéoporose. Un traitement pharmacologique a eu un succès relatif et, lors de chutes subséquentes, elle a subi d'autres fractures.

Winnie est décédée en 2005 à l'âge de 84 ans, mais Gordon se rappelle la douleur constante.

« Vous ne pouvez pas savoir à quel point elle souffrait, mentionne-t-il. Le simple fait de marcher ou d'exécuter un mouvement devenait de plus en plus douloureux pour elle. » Il se souvient particulièrement d'une visite chez le médecin.

« Il nous a fallu, au médecin, à ma fille et à moi, de dix à quinze minutes pour la soulever et l'installer sur la table d'examen, tellement la douleur était intense. »

Étant donné que les traitements étaient inefficaces, son spécialiste l'a inscrite à un essai clinique pour tester un nouveau médicament. Gordon se souvient que, près d'un mois plus tard, la douleur s'était atténuée.

« À la fin, elle ne ressentait plus aucune douleur », dit-il.

Cette expérience a fait de lui un ardent défenseur de l'accès adéquat à la médication pour les personnes atteintes d'ostéoporose.

« Il ne s'agit pas ici de faire disparaître un mal de tête ou un rhume, dit-il. La douleur est extrême, et il s'agit de douleur humaine. Je l'ai constatée, et ce, pendant longtemps. »

# LA MÉDICATION POUR L'OSTÉOPOROSE

Le premier objectif d'un traitement pharmacologique consiste à réduire les fractures. Cependant, il est important de noter que certaines personnes réagissent mieux à la prise d'un médicament qu'à un autre ou ressentent des effets secondaires avec un type de médicament, mais pas avec un autre.

Les personnes qui ne bénéficient d'aucun régime d'assurance-médicaments privé ou collectif ainsi que celles qui disposent de très peu de moyens peuvent être admissibles au régime public d'assurance-médicaments des provinces et territoires. Ces derniers sont responsables de décider quels médicaments approuvés par Santé Canada figureront sur la liste des médicaments subventionnés. Les provinces et territoires offrent une couverture de médicaments à des groupes admissibles, comme les personnes de plus de 65 ans et les prestataires de l'aide sociale. Voir l'annexe B pour la liste des régimes d'assurance-médicaments mentionnés dans ce bulletin.

## DÉTERMINER L'ACCÈS AU CANADA

Des renseignements ont été recueillis auprès des ministères de la Santé des provinces et des territoires concernant l'accès à la médication pour l'ostéoporose en date du 31 décembre 2007.

Chaque province et territoire utilise sa propre terminologie pour décrire leur régime d'assurance-médicaments. Pour les besoins de ce bulletin, trois catégories ont été créées :

**Accès libre** : Médicaments couverts par le régime public de la province ou du territoire et qui ne requièrent aucune exigence ou document particulier.

**Accès restreint** : Médicaments couverts par le régime public de la province ou du territoire qui requièrent une autorisation spéciale pour être couverts par le régime ou une ordonnance du médecin ou du pharmacien qui en ferait la demande au nom du patient pour que tous les critères médicaux soient respectés.

**Aucun accès** : Médicaments qui ne sont pas couverts par le régime public de la province ou du territoire.

Dans le **tableau 1** sont compilées les couvertures pour chaque province et territoire. Les données ont été révisées et une note leur a été attribuée. Voir l'annexe C pour la méthodologie d'attribution des notes.

Les résultats démontrent que l'accès à la médication est supérieur à l'accès au test de DMO. Les notes varient de A à F (la note F a été accordée une seule fois). Voici les résultats :

PROVINCE OU TERRITOIRE	NOTE
COLOMBIE-BRITANNIQUE	C-
ALBERTA	C
SASKATCHEWAN	C
MANITOBA	C
ONTARIO	B
QUÉBEC	A
NOUVEAU-BRUNSWICK	C
NOUVELLE-ÉCOSSE	C
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	F
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	C
YUKON	B

Les personnes doivent avoir accès à un éventail de choix de traitements afin d'en choisir un qui soit efficace et qui leur convienne. Les résultats de notre recherche démontrent que quelques provinces s'en tirent assez bien, alors que beaucoup d'autres n'offrent carrément sur leur territoire aucun accès aux traitements pour les personnes aux prises avec l'ostéoporose.

**Ostéoporose Canada envisage de travailler avec les gouvernements provinciaux afin d'améliorer l'accès aux traitements pour tous les Canadiens atteints d'ostéoporose et ainsi réduire les coûts globaux de soins de santé par le traitement des fractures ostéoporotiques évitables.**

L'information a été demandée au Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest, mais elle n'était pas disponible. Voir l'annexe C pour la description des notes.

# TABLEAU 1 : ACCESSIBILITÉ, PAR PROVINCE, À L'ÉTIDRONATE, À L'ALENDRONATE, AU

Remarque : L'accessibilité aux équivalents génériques est généralement identique à celle du médicament d'origine.

SYSTEME				
PROVINCE	BISPHOSPHONATES*			
	ÉTIDRONATE (DIDROCAL®) (GÉNÉRIQUE DISPONIBLE)	ALENDRONATE (FOSAMAX® / FOSAVANCE®)		RISÉDRONATE (ACTONEL®)
		FOSAMAX® (GÉNÉRIQUE DISPONIBLE)	FOSAVANCE®	
C.-B.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
ALB.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
SASK.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
MAN.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
ONT.	Accès libre	Accès libre	Accès libre	Accès libre
QC	Accès libre	Accès libre	Aucun accès	Accès libre
N.-B.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
N.-É.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
Î.-P.-É.	Accès restreint	Aucun accès	Aucun accès	Aucun accès
T.-N.-L.	Accès libre	Accès restreint	Aucun accès	Accès restreint
YN	Accès libre	Accès libre	Accès libre	Accès restreint

Remarque : Les renseignements figurant dans ce tableau sont actuels au 31 décembre 2007 et l'information des notes en bas de page a été mise à jour le 31 octobre 2008.

\*PR Aclasta<sup>MD</sup> (acide zolédronique 5 mg 100 mL) a été approuvé au Canada pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique (OPM) en octobre 2007. • Il est remboursé au Québec (depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2008) pour le traitement de l'OPM chez les femmes qui ne tolèrent pas les bisphosphonates par voie orale. • En Ontario, Aclasta est remboursé en vertu du programme d'accès exceptionnel du Programme de médicaments de l'Ontario pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes post-ménopausées dont l'organisme est incapable d'absorber des produits pris par voie orale.

# RISÉDRONATE, À LA CALCITONINE, AU RALOXIFÈNE ET À LA TÉRIPARATIDE.

## DE CLASSEMENT

CALCITONINE	MODULATEURS SÉLECTIFS DES RÉCEPTEURS ESTROGÉNIQUES (MSRE)	TÉRIPARATIDE (PTH)
(MIACALCIN®) (GÉNÉRIQUE DISPONIBLE)	RALOXIFÈNE (EVISTA®)	(FORTEO®)
Aucun accès	Accès restreint	Aucun accès
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Accès libre	Accès libre	Accès restreint**
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Aucun accès	Aucun accès	Aucun accès
Accès restreint	Accès restreint	Aucun accès
Accès restreint	Accès libre	Aucun accès

\*\*Forteo® ne figure pas sur le formulaire du Québec, mais il peut être remboursé au cas par cas en suivant la procédure appelée « Patient d'exception ».

# INITIATIVES EN OSTÉOPOROSE DES PROVINCES ET TERRITOIRES

L'information ci-dessous donne des exemples de programmes qui ont été mis sur pied ou parrainés par les gouvernements provinciaux pour répondre au besoin en matière de soins de santé en ostéoporose. Nous présentons ces programmes afin d'illustrer une partie de l'excellent travail effectué par les provinces et d'encourager les régions qui n'en ont pas à entreprendre des initiatives semblables. Cette information a été soumise par le ministère de la Santé de chaque province et territoire, sauf avis contraire. L'information a été demandée dans l'ensemble des provinces et des territoires, mais n'était pas toujours disponible.

## COLOMBIE-BRITANNIQUE

En janvier 2008, le ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la division Population Health and Wellness, a accordé une subvention unique à la *BC Recreation and Parks Association* (BCRPA) et à ses partenaires en vue de l'établissement de normes liées à la pratique d'exercices physiques et d'un programme destiné aux aînés en perte d'autonomie.

En 2006, le ministère de la Santé a financé la division d'Ostéoporose Canada en Colombie-Britannique et la Société de l'arthrite pour la mise sur pied d'un cadre de prestation de services pour l'ostéoporose, l'arthrite rhumatoïde et l'ostéo-arthrite.

## ALBERTA

Récemment, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a conclu une entente avec la *Capital Health Region* (région sanitaire d'Edmonton) afin d'élaborer une structure provinciale visant à promouvoir la santé osseuse, à prévenir l'ostéoporose et à gérer les fractures ostéoporotiques. La structure vise à cibler les personnes présentant le risque le plus élevé de fractures. Les stratégies prévues sont les suivantes :

- ❖ *Catch a Break* : cette stratégie de *Health Link Alberta* (un service téléphonique sur la santé) sert à répertorier les cas de fractures de fragilisation et à en effectuer un suivi (poignet, bras, bassin, hanche, côtes et cheville).
- ❖ *Know Osteo* : stratégie coordonnée qui fait appel aux coordonnateurs provinciaux en ostéoporose pour la promotion de la pratique basée sur les données probantes entourant l'ostéodensitométrie, le signalement de fractures vertébrales, les traitements appropriés et les autres carences en soins de santé.
- ❖ *Bone-Wise* : programme de prévention ciblant les segments-clés de la population et misant sur les réseaux et les partenariats existants en matière de gestion et de prévention des maladies chroniques, les pharmaciens communautaires, les réseaux de soins primaires et *Health Link Alberta*.

## MANITOBA

Santé et Vie saine Manitoba entreprend actuellement deux programmes de partenariat avec la section Manitoba d'Ostéoporose Canada. Ils sont les suivants :

- ❖ le programme de sensibilisation du public à la santé osseuse (*Bone Health Public Education Program*), lequel diffuse du matériel éducatif aux communautés par l'entremise d'ateliers, de présentations et de kiosques à différents forums;
- ❖ le programme de prévention des chutes (*Fall prevention program*).

## NOUVELLE-ÉCOSSE

En juin 2002, un groupe de travail de cette province a publié un rapport qui présentait un aperçu des questions-clés et des recommandations en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de l'ostéoporose en Nouvelle-Écosse. Toutes les recommandations ont été mises en application avec les résultats suivants :

- ❖ la mise en application des initiatives sur l'activité physique et la saine alimentation (*Physical Activity and Healthy Eating*), y compris la modification des règlements scolaires en matière de promotion d'une saine alimentation;
- ❖ des initiatives multisectorielles et à l'échelle de la province sur la prévention des chutes;
- ❖ l'élaboration et le déploiement d'un cadre normalisé d'évaluation des chutes et des risques dans tous les secteurs;

- ❖ la mise en œuvre d'une supplémentation en calcium et en vitamine D dans 60 % des résidences de soins prolongés;
- ❖ l'acceptation des critères de tests de DMO en tant que lignes directrices provinciales et leur distribution à tous les médecins. Ces lignes directrices sont en conformité avec le document élaboré par Ostéoporose Canada intitulé *Les lignes directrices de pratique clinique 2002*;
- ❖ un rapport de DMO normalisé et conforme aux recommandations de 2005 de l'Association canadienne des radiologistes et d'Ostéoporose Canada pour la mise en place de centres de DMO dans la province;
- ❖ l'obtention de centres de DMO supplémentaires;
- ❖ des révisions de la liste de médicaments couverts dans le traitement de l'ostéoporose;
- ❖ des sessions de télésoins (Telehealth) sur l'ostéoporose offertes dans toutes les régions régionales de santé en guise de soutien aux patients, aux familles et aux fournisseurs.

De plus, le Ministère intégrera les résultats clés d'une initiative récente menée en collaboration avec *Bone and Joint Canada* et visant à améliorer l'évaluation de l'ostéoporose.

## ONTARIO

L'Ontario a développé une approche intégrée et coordonnée pour la gestion de l'ostéoporose. Ce plan stratégique vise à prévenir et à gérer l'ostéoporose ainsi qu'à réduire les fractures de fragilisation, c'est-à-dire les fractures ostéoporotiques. Il s'agit d'une approche intégrée sur laquelle l'Ontario peut s'appuyer pour accroître l'accès à des soins de qualité pour les personnes et les familles, et ce, afin d'améliorer les résultats cliniques et répondre à la demande croissante anticipée par le système de santé d'une manière qui se veut proactive, rentable et efficace.

Le plan d'action stratégique comprend les cinq éléments clés suivants :

1. la promotion de la santé,
2. le dépistage,
3. les soins postfractures,
4. la formation professionnelle,
5. la recherche et l'évaluation.

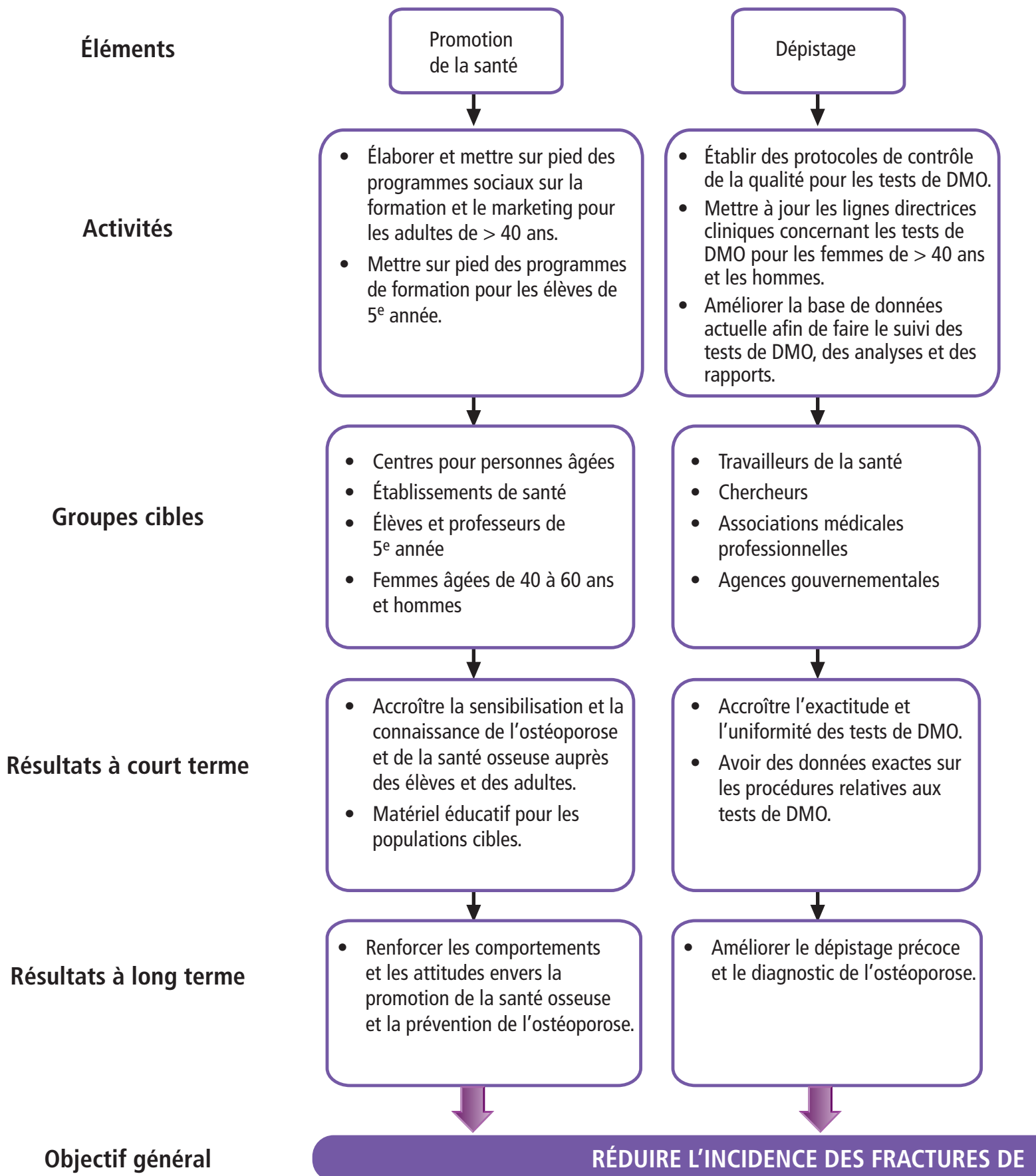
Pour une description visuelle de la stratégie ontarienne, consultez le **tableau 2** à la page suivante.

## La prévention des chutes

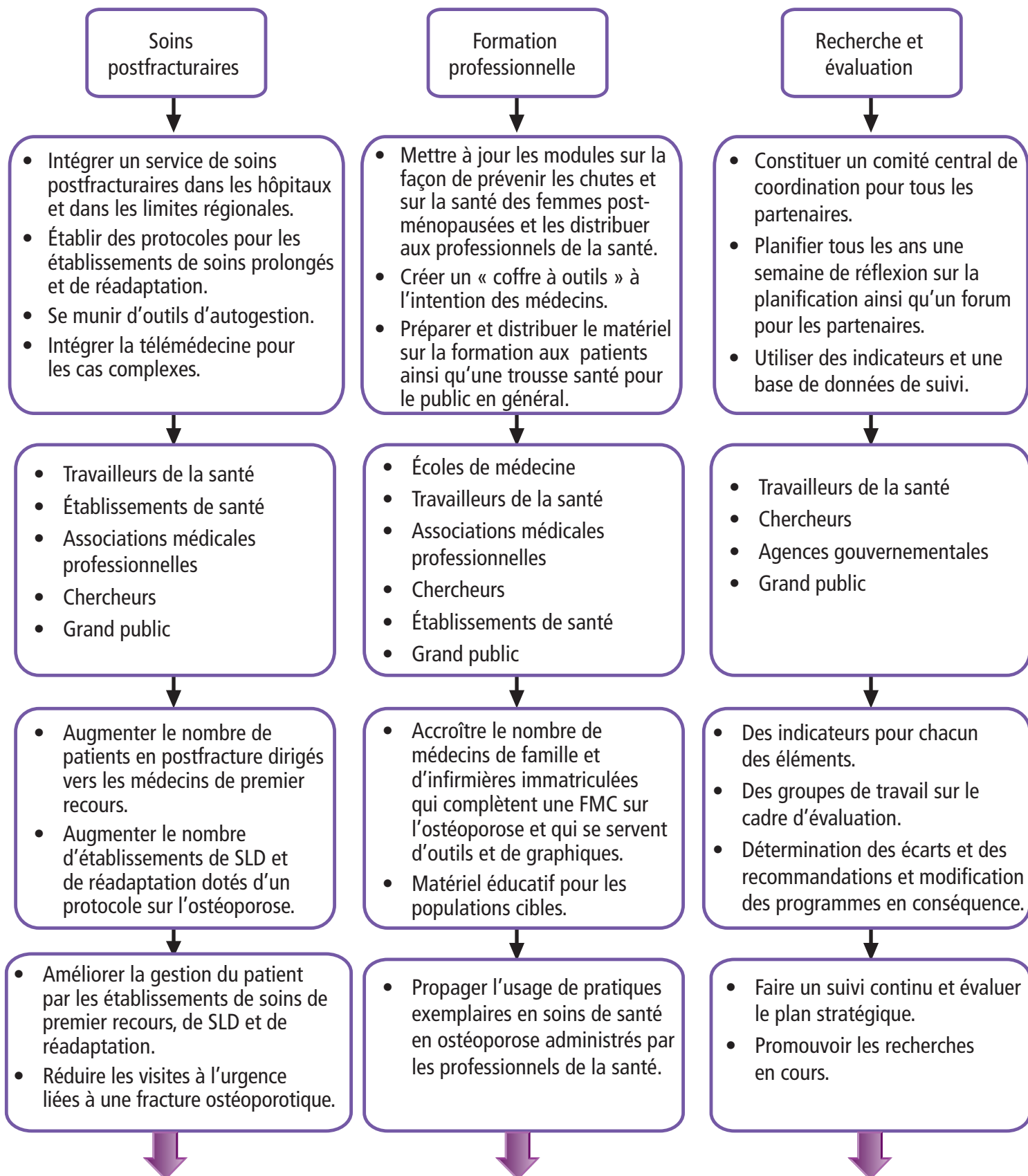
Les personnes ayant des os fragiles sont nettement plus sujettes à se casser un os lors d'une chute. Cependant, il existe plusieurs trucs pour aider à prévenir les chutes :

- Demandez à un physiothérapeute ou à un ergothérapeute de vous rendre visite à la maison pour vous donner des conseils sur la façon de réduire les risques d'accidents.
- Dégagez les pièces des carpettes, des meubles encombrants et des câbles.
- Portez des chaussures à talon bas qui procurent un bon soutien.
- Faites attention aux planchers, aux trottoirs et aux terrains inégaux ou accidentés, et assurez-vous de ne pas trébucher sur vos animaux domestiques.
- Entretenez les escaliers de manière qu'ils soient toujours en bon état, dégagés et bien éclairés. Installez une rampe des deux côtés.
- Prenez en considération les effets secondaires des médicaments (sur ordonnance et en vente libre, ainsi que les plantes médicinales). Des études ont démontré que certains médicaments peuvent augmenter le risque de chute. Par exemple, les médicaments pour la pression artérielle peuvent causer une baisse de pression artérielle et des évanouissements. D'autres médicaments, tels que les somnifères et les antidépresseurs, peuvent causer de la somnolence ou diminuer la vigilance, ce qui accroît les risques de chute.
- Restez actif physiquement. Les programmes d'activité physique spécialement conçus qui comprennent des exercices de musculation et d'équilibre ainsi que de la marche sont efficaces pour réduire les risques de chute.

**TABLEAU 2 : LE MODÈLE LOGIQUE DU PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE DE L'ONTARIO**



Remarque : Extrait du modèle logique de la stratégie de lutte contre l'ostéoporose du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.



L'un des principaux éléments du plan stratégique de l'Ontario est son approche concernant les soins post-fractures. Les recherches ont démontré qu'une personne qui a subi une fracture de fragilisation est à risque élevé d'une nouvelle fracture. Plus de 90 % des patients ayant une fracture au poignet et 53 % des patients ayant une fracture à la hanche reçoivent des renseignements écrits à propos des soins des fractures. Toutefois, l'ostéoporose n'est pas mentionnée à la majorité des patients ayant subi une fracture<sup>23</sup>. Afin d'éviter une fracture subséquente, il faut procéder à une analyse adéquate des risques d'ostéoporose, ce qui inclut une évaluation du risque, un test de DMO et un traitement, au besoin. Moins de 20 % des patients qui subissent une fracture ostéoporotique sont testés ou traités pour l'ostéoporose dans un établissement de soins de courte durée<sup>24</sup>.

Pour qu'une intervention postfracture soit réussie, le patient doit obtenir des renseignements et des directives qui l'inciteront à prendre un rendez-vous avec son médecin de famille pour une évaluation de l'ostéoporose. Le fournisseur de soins primaires doit également être avisé que le patient a subi une fracture et on doit lui fournir les détails concernant le dépistage et les lignes directrices du traitement<sup>25</sup>.

Le budget de la stratégie prévoit l'embauche d'un coordonnateur spécialisé en dépistage de l'ostéoporose dans les cliniques de fractures à volume moyen ou élevé de l'Ontario. Dans ce modèle intégré, tous les patients qui se sont présentés à un service d'urgence ou à une clinique de fractures avec une fracture après un traumatisme léger (les femmes et les hommes de plus de 50 ans) seront identifiés et suivis pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose afin d'éviter la récurrence d'une fracture.

**Alors que certaines provinces ont clairement investi dans l'élaboration de programmes de lutte contre l'ostéoporose dans leur territoire, notre désir est que tous les Canadiens aient accès à des programmes de lutte contre l'ostéoporose financés par l'État.**

## Évaluation des facteurs de risque

On ne peut pas déterminer la cause de l'ostéoporose; toutefois, certains facteurs de risque exercent un rôle important dans son développement. Les facteurs de risque sont cumulatifs, c'est-à-dire que plus une personne présente des facteurs de risque, plus grand est le risque qu'elle développe l'ostéoporose. À noter, toutefois, que même si une personne ne présente aucun facteur de risque, elle peut développer la maladie.

Ostéoporose Canada recommande que tous les hommes et toutes les femmes ménopausées âgés de plus de 50 ans soient évalués pour détecter les facteurs de risque d'ostéoporose. Ostéoporose Canada recommande également aux personnes de plus de 50 ans qui présentent au moins un facteur de risque majeur, deux ou plus de deux facteurs de risque mineurs, ainsi qu'à toutes les personnes de 65 ans et plus, de parler avec leur médecin afin qu'il recommande un test de densité minérale osseuse (DMO).

### Facteurs de risque majeurs

- Avoir 65 ans et plus.
- Une fracture vertébrale (fracture de compression).
- Une fracture de fragilisation (traumatisme léger) après l'âge de 40 ans.
- Des antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques (surtout des antécédents maternels de fracture de la hanche).
- L'usage à long terme (plus de trois mois sans interruption) de glucocorticoïdes, comme la prednisonne.
- Un état pathologique (comme la maladie cœliaque ou la maladie de Crohn) qui inhibe l'absorption des nutriments.
- L'hyperparathyroïdie primaire.
- La tendance à chuter.
- L'ostéopénie apparente sur cliché radiographique.
- L'hypogonadisme (faible taux de testostérone chez les hommes, arrêt des menstruations chez les jeunes femmes).
- La ménopause précoce (avant 45 ans)

Il existe également des facteurs de risque mineurs tels que l'arthrite rhumatoïde, l'hyperthyroïdie ainsi qu'un poids corporel inférieur à 57 kg (125 livres) chez une femme, une carence en calcium et le tabagisme.

Parce que la principale complication de l'ostéoporose sur la santé est l'augmentation du risque de fractures, OC recommande à tous de prendre également en considération leurs facteurs de risque de fracture.

### Facteurs clés de risque de fracture

- Une faible densité minérale osseuse (DMO).
- Un antécédent de fracture de fragilisation (traumatisme léger).
- L'usage à long terme (plus de trois mois sans interruption) de glucocorticoïdes, comme la prednisonne.
- L'âge : le risque de fracture croît avec l'âge.
- Des antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques.



# CHRISTINE THOMAS

## OTTAWA (ONTARIO)

Pendant la première année de vie de sa fille, Christine Thomas ne pouvait pas la soulever car elle en était incapable.

Tout a débuté dès que Christine et son mari ont ramené leur bébé naissant à la maison. « J'étais penchée au-dessus de son berceau pour la soulever et la changer de couche, dit-elle. J'ai ressenti quelque chose et je me suis presque évanouie tellement la douleur était extrême. »

Il lui a fallu des mois avant d'en connaître la cause : fractures vertébrales dues à l'ostéoporose.

Âgée de 42 ans seulement, Christine venait de vivre une grossesse difficile qui avait nécessité la prise d'un anticoagulant et un séjour forcé au lit de plusieurs mois. Ces deux éléments ont favorisé la perte osseuse d'autant plus que Christine possède une petite ossature et des antécédents de fractures ostéoporotiques dans sa famille. Lorsqu'elle repense à cette période, elle se dit que cela devait arriver tôt ou tard. Toutefois, ce n'est qu'après de nombreux mois de rendez-vous chez le médecin, et de tests et un séjour à l'hôpital qu'elle a pu obtenir la confirmation du diagnostic.

« D'un côté, j'étais soulagée parce que j'avais un diagnostic; de l'autre, j'étais bouleversée à cause de mon jeune âge. »

En raison du risque trop élevé de nouvelle fracture, son spécialiste lui a interdit de soulever sa fille pendant un an. Son mari et elle ont dû avoir recours aux services d'une bonne pour s'occuper de Christine et de sa fille. La charge émotive a été très forte et Christine a lutté contre la dépression. « J'avais l'impression d'être à l'écart, dit-elle. Cette période a été extrêmement difficile. »

S'en est suivie la douleur causée par les fractures, et ce, même après leur guérison. « Le souvenir des deux premières années de ma fille est extrêmement confus, raconte-t-elle, parce que, pendant tout ce temps, j'essayais de gérer une douleur atroce. »

Depuis, Christine a appris à faire face à la réalité de la maladie. Elle prend toujours des médicaments contre l'ostéoporose et adapte tous ses mouvements afin de réduire le risque d'une autre fracture. Même sa fille, aujourd'hui âgée de sept ans, a appris très jeune à ramper jusqu'à sa mère afin que cette dernière n'ait pas à la soulever.

« La douleur part et revient, dit-elle. J'ai des périodes où je me sens beaucoup mieux, mais je dois rester prudente et consciente de chacun de mes gestes, même les plus simples comme remplir le lave-vaisselle, remplir la machine à laver ou me pencher pour mettre quelque chose au réfrigérateur. Car même si je connais les mouvements, ils restent difficiles à accomplir. »

Toutes ces expériences ont fait de Christine une ardente défenseuse du traitement de l'ostéoporose. Aujourd'hui, elle est présidente de la section d'Ottawa d'Ostéoporose Canada. Elle aimerait voir davantage d'énergie et de ressources consacrées à la sensibilisation des gens, des professionnels de la santé et des décideurs à la nécessité de prévenir l'ostéoporose et les fractures qui en découlent. Elle milite également afin de garantir l'accès à la médication pour les personnes qui en ont besoin.

Elle conclut ainsi : « Les frais liés à la prévention représentent de la menue monnaie si on les compare à ce qu'il en coûte pour soigner une fracture. »

# FAITS SAILLANTS SUR L'OSTÉOPOROSE

## L'ostéoporose au masculin

Bien qu'elle soit plus fréquente chez les femmes, l'ostéoporose présente un problème de santé important pour les hommes. Selon une étude canadienne menée auprès de femmes et d'hommes en santé, le nombre de fractures vertébrales est semblable chez les femmes et les hommes âgés de plus de 50 ans<sup>1</sup>. Les hommes âgés comptent pour près de 30 % des cas de fractures à la hanche et sont plus à risque de mourir à la suite d'une fracture à la hanche que les femmes<sup>2</sup>.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi l'incidence de l'ostéoporose est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Les hommes possèdent un pic de masse osseuse plus élevé et ils ne présentent pas une perte accélérée de la masse osseuse comme les femmes ménopausées. En plus, leur espérance de vie est plus courte et ils risquent de tomber moins souvent que les femmes âgées.

Ostéoporose Canada recommande à tous les hommes âgés de plus de 50 ans de discuter des facteurs de risque d'ostéoporose avec leur médecin. Ostéoporose Canada recommande aussi aux hommes à risque ou de plus de 65 ans de demander à leur médecin de leur obtenir un test de dépistage de l'ostéoporose.

- ❖ L'ostéoporose est une maladie des os qui affaiblit la résistance osseuse, ce qui entraîne une augmentation du risque de fracture, particulièrement à la hanche, à la colonne et au poignet.
- ❖ Bien que l'on ait déterminé des facteurs de risque mineurs et majeurs, aucune cause unique n'a été identifiée.
- ❖ Il est possible de gérer l'ostéoporose en combinant des apports adéquats de calcium et de vitamine D, des activités physiques et une médication appropriée.
- ❖ Une femme sur quatre et au moins un homme sur huit âgés de plus de 50 ans sont atteints d'ostéoporose et l'on estime que quelque deux millions de Canadiens pourrait être à risque de fractures ostéoporotiques au cours de leur vie<sup>1</sup>.
- ❖ Selon les données de 1993, le traitement des fractures ostéoporotiques dépasse 1,3 milliard de dollars annuellement au Canada<sup>2</sup>.
- ❖ Un patient ayant subi une fracture à la hanche coûte au système public de santé plus de 21 385 \$ en coûts directs lors de la première année d'hospitalisation et plus de 44 156 \$ s'il est admis en institution<sup>19</sup>.
- ❖ Un total de 80 % des fractures est liée à l'ostéoporose<sup>2</sup>. Or, moins de 38 % des patients reçoivent un diagnostic ou un traitement adéquat pour l'ostéoporose<sup>6</sup>.
- ❖ Ving-trois pour cent des patients ayant subi une fracture à la hanche décèdent moins d'un an après l'incident<sup>3-5, 11</sup>.



### **LARRY FUNNELL** **CLOVERDALE (COLOMBIE-BRITANNIQUE)**

Pendant qu'il traversait la quarantaine, Larry avait la réputation d'être un empoté.

En ratant une marche, il s'est fracturé un poignet. En trébuchant pendant qu'il était à un chalet, il s'est cassé une clavicule et, en frappant une boîte en carton vide au sous-sol, il s'est cassé deux côtes.

Ce n'est qu'à la suite d'une fracture au bras, résultant d'une chute sur une pente douce herbeuse alors qu'il jouait au golf, que son médecin a établi le lien entre les fractures et a laissé entendre à Larry qu'il avait un problème lié à ses os. C'était sa dixième fracture. Les résultats d'un test de DMO ont démontré une faible densité osseuse.

« C'était la première fois qu'un médecin prononçait le mot ostéoporose devant moi, dit Larry. Naturellement, j'étais en état de choc. Je me disais que c'était impossible, car je suis un homme et les hommes ne développent pas l'ostéoporose. »

Avec cette épée de Damoclès au-dessus de la tête, Larry est devenu soudainement conscient de chacun de ses mouvements.

« Vous vous demandez si vous allez vous casser un os seulement en soulevant votre chien pour le déposer sur le sofa, explique-t-il. J'évitais de faire des activités avec mes petits-enfants, qui étaient tout jeunes à l'époque, de peur de me casser quelque chose. »

L'embarras l'a empêché d'avouer à ses amis et à ses collègues qu'il était atteint de cette maladie. Ironiquement, il se sentait soulagé, car finalement sa maladresse n'était pas la cause de toutes ses fractures : il s'agissait d'un problème plus sérieux.

Neuf ans plus tard, Larry est optimiste. Il n'a plus subi de fractures, ce qui signifie que la médication change vraiment les choses. Il se sent privilégié de bénéficier d'un régime médical qui couvre le coût des médicaments.

« L'une de mes préoccupations, c'est de savoir que des personnes âgées n'ont peut-être pas accès à un traitement qui leur viendrait en aide, ajoute-t-il, parce que certains médicaments pour traiter l'ostéoporose ne sont pas couverts par le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique. »

Il y a deux ans, Larry a commencé à s'impliquer dans le réseau canadien des personnes atteintes d'ostéoporose, et il a enfin décidé de partager son histoire.

« Cette expérience a fait disparaître une partie de ma gêne et de ma réticence », dit-il. Il sait toutefois qu'un grand nombre d'hommes ne se rendent pas compte qu'ils pourraient développer l'ostéoporose et que bon nombre d'entre eux qui ont reçu un diagnostic ressentent probablement ce qu'il ressentait avant. « Regardez les statistiques, ajoute-t-il. Les hommes ne l'admettent tout simplement pas. »

Entre-temps, Larry est déterminé à ne pas laisser la peur de se casser les os assombrir sa vie.

« Il ne faut pas en faire une maladie débiliteuse, conclut-il. Vous pouvez vivre avec l'ostéoporose. Vous pouvez même bien vivre avec cette maladie. »

Fondée en 1982, Ostéoporose Canada (OC) a été la première organisation nationale de lutte contre l'ostéoporose au monde et la seule organisation caritative nationale au service des Canadiens souffrant ou à risque de souffrir d'ostéoporose. OC travaille à habiliter, à informer et à soutenir les personnes et les communautés en matière de réduction de risque et de traitement de l'ostéoporose. Cette organisation est dirigée par un conseil bénévole d'administration national, et un conseil consultatif scientifique composé d'experts des milieux scientifique et médical de partout au pays assure une orientation pour toutes les questions d'ordre médical. Le travail d'Ostéoporose Canada est rendu possible grâce à la générosité de donateurs particuliers, aux commandites d'entreprises et à des activités de financement tenues partout au pays.

La vision d'Ostéoporose Canada est un *Canada sans fractures ostéoporotiques*.

La mission d'Ostéoporose Canada consiste à bâtir un avenir où tous les Canadiens :

- ❖ seront renseignés au sujet de l'ostéoporose;
- ❖ seront en mesure de prendre des décisions éclairées quant à leur santé osseuse;
- ❖ auront accès aux meilleurs soins et soutien en matière d'ostéoporose;
- ❖ bénéficieront de la recherche menée dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'ostéoporose.

## LES SERVICES

Ostéoporose Canada, en partenariat avec des bénévoles dévoués et 24 sections dans l'ensemble du pays, s'engage à fournir des services de la plus haute qualité afin d'aider les Canadiens à prendre soin de leurs os.

Les services offerts incluent, sans toutefois s'y limiter :

- ❖ des groupes d'entraide localisés partout au pays pour aider les personnes atteintes d'ostéoporose;
- ❖ des initiatives de défense des intérêts pour garantir à tous les Canadiens un accès aux meilleurs soins de santé en ostéoporose;
- ❖ RCPO, le réseau canadien des personnes atteintes d'ostéoporose, un réseau axé sur les gens dont la vision est d'aider les femmes et les hommes souffrant d'ostéoporose à vivre mieux et en sécurité;
- ❖ des séances de sensibilisation du public donnant les plus récents renseignements sur l'ostéoporose;
- ❖ des conférenciers qui parlent d'ostéoporose aux groupes communautaires et aux entreprises;
- ❖ des kiosques pour sensibiliser le public lors de salons du mieux-être, de foires sur la santé et d'autres événements du genre;
- ❖ *Le point sur l'ostéoporose*, une revue qui fournit aux omnipraticiens et aux médecins de famille les résultats des dernières recherches sur l'ostéoporose;
- ❖ des lignes directrices et des normes élaborées par le conseil consultatif scientifique d'OC à l'usage des médecins pour leur pratique clinique.

Ostéoporose Canada  
1090, chemin Don Mills, bureau 301  
Toronto (Ontario)  
M3C 2R6  
1-800-977-1778 (français)  
1-800-463-6842 (anglais)

[www.osteoporosecanada.ca](http://www.osteoporosecanada.ca)

## RECOMMANDATIONS

La prestation de soins de santé en ostéoporose doit être guidée par un besoin médical et non par la géographie. Garantir aux Canadiens atteints d'ostéoporose un accès à des soins adéquats, peu importe où ils vivent au pays, doit être une priorité.

En plus, l'écart qui existe entre l'accès approprié aux tests de DMO et aux médicaments financés par le gouvernement et ce qui est disponible actuellement doit faire l'objet de discussions afin de fournir aux personnes atteintes d'ostéoporose les soins adéquats.

Toutefois, à long terme, l'amélioration des résultats pour les personnes atteintes de la maladie et la réduction de l'impact de l'ostéoporose sur le système de soins de santé nécessiteront une approche plus exhaustive.

Nous recommandons que :

- ❖ le gouvernement fédéral et les provinces et territoires travaillent en collaboration pour la mise sur pied d'une stratégie nationale, soutenue parallèlement par des stratégies provinciales et territoriales qui fourniraient des soins de santé en ostéoporose coordonnés;
- ❖ les stratégies garantissent que les initiatives courantes et futures en matière de réduction de risque, de diagnostic et de traitement soient coordonnées, basées sur les preuves, dotées de ressources exhaustives et appropriées à l'intérieur du système public de santé et axées sur l'atteinte de l'objectif visé, soit réduire les fractures invalidantes et leur impact sur la vie des personnes et sur le système de santé;
- ❖ Ostéoporose Canada travaille en partenariat avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies exhaustives et intégrées.

**À cette fin, nous en appelons aux gouvernements fédéral et provinciaux à nous rencontrer immédiatement pour initier le processus d'amélioration des soins qui seront offerts à environ 2 millions de Canadiens souffrant d'ostéoporose<sup>26</sup>.**

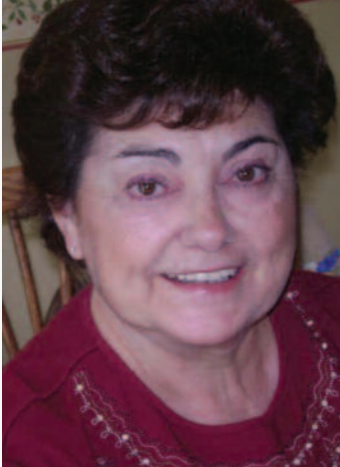
## Réduire le risque d'ostéoporose

Une personne peut suivre les étapes suivantes pour réduire son risque d'ostéoporose :

- bien connaître ses facteurs de risque et changer ceux qu'elle peut changer;
- maintenir une alimentation équilibrée et prendre tout le calcium et la vitamine D dont elle a besoin;
- inclure des exercices réguliers de mise en charge tout au long de sa vie. Tous les adultes devraient consacrer au moins 30 minutes à l'activité physique trois fois par semaine. Les exercices qui améliorent l'équilibre, la coordination et la posture sont également recommandés;
- éviter la surconsommation de caféine (c.-à-d. boire de façon constante plus de quatre tasses de café, de cola et de certaines boissons énergisantes par jour);
- éviter la surconsommation d'alcool (c.-à-d. boire de façon constante plus de deux verres d'alcool par jour);
- éviter de fumer.

Consultez votre médecin dans l'un des cas suivants :

- votre taille a diminué de six cm ou plus (de quatre cm pour les personnes de moins de 60 ans) ou de deux cm ou plus en moins de trois ans;
- vous prenez des glucocorticoïdes (tels que la prednisone) de façon constante depuis plus de trois mois;
- votre médecin vous a fait subir une évaluation de vos facteurs de risque qui montre que vous présentez un risque élevé;
- vous avez récemment subi une fracture susceptible d'être ostéoporotique.



### **ODETTE FALARDEAU** LACHINE (QUÉBEC)

« La première fois que je me suis cassé une vertèbre, c'était en sortant un chaudron du four, dit Odette Falardeau. Une autre fois, c'était en toussant. »

Demandez à Odette, âgée de 55 ans, de vous parler de ses fractures et elle aura de la difficulté à se les rappeler toutes : quatre à la colonne vertébrale, une au coude après avoir soulevé un enfant et une à chaque genou après avoir trébuché dans une entrée. Il y a douze ans, elle a reçu un diagnostic d'ostéoporose et les fractures font maintenant partie prenante de sa vie.

Contrairement à beaucoup de gens, Odette n'a pas été surprise de découvrir qu'elle souffrait d'ostéoporose, car elle prenait de la prednison depuis sa jeune adolescence. L'effet dévastateur de ce médicament pris pendant toutes ces années a été confirmé par un test de densité minérale osseuse (DMO), alors qu'elle était au début de la quarantaine. Ce n'est que lorsqu'elle a commencé à subir des fractures qu'elle a mesuré complètement l'impact du diagnostic.

La prudence est maintenant devenue son mode de vie. En hiver, elle utilise une canne pour réduire les risques de chute. Elle demande l'aide des autres pour soulever les objets, y compris pour sortir les chaudrons du four ou les retirer de sur la cuisinière. Conduire sa voiture est devenu risqué car une secousse peut entraîner une autre fracture vertébrale. Même les membres de sa famille doivent faire attention lorsqu'ils lui font des câlins.

« Ça change énormément une vie, dit-elle. J'ai toujours peur de me casser quelque chose ou de tomber. Ces pensées ne me quittent jamais. »

Odette fait tout ce qu'elle peut pour solidifier ses os. Elle surveille son alimentation, consomme des suppléments de calcium et de vitamine D et fait régulièrement de l'exercice. La médication a aidé, mais la douleur des fractures vertébrales antécédentes demeure.

« La douleur est toujours là, affirme-t-elle. Quand je me lève, quand je demeure assise longtemps, quand je marche et quand je dors. » Même les plus simples mouvements comme lever les bras pour se vêtir représentent un défi. Sa taille a baissé de quelques centimètres et elle a maintenant une cyphose, une courbure dans le dos, causée par ses multiples fractures vertébrales.

« Les gens de mon entourage ne réalisent pas à quel point c'est difficile, ajoute-t-elle. Je ne parle jamais de mes douleurs ni de mes limites, car les gens ne comprendraient pas. Pour plusieurs, l'ostéoporose est réservée aux personnes âgées. »

Malgré ses défis, Odette refuse de se laisser décourager. Au lieu de cela, elle utilise son énergie pour aider les autres à réduire leurs risques de développer l'ostéoporose. Bénévole pour Ostéoporose Canada, elle encourage les gens à déterminer leurs facteurs de risque, à être testés s'ils sont à risque et à agir.

Finalement, elle déclare : « Nous changeons les choses, mais nous avons beaucoup de travail à accomplir. »

## MÉTHODOLOGIE POUR ÉVALUER L'ACCÈS AUX TESTS DE DMO

Les données sur les tests de DMO ont été demandées à chaque province et territoire pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2007, lesquelles indiquaient le nombre de personnes recevant un test de densité minérale osseuse. Les données sur la population des provinces et des territoires ont été utilisées.

Les niveaux de tests correspondent au nombre total de tests de DMO effectués dans chaque province et territoire divisé par le nombre de personnes de plus de 65 ans qui y habitent (un indicateur du public-cible principal selon les lignes directrices de 2002 d'OC). Les taux varient de 59 à 335 sur mille tests.

Afin d'attribuer les notes des provinces et des territoires, deux facteurs ont été pris en considération :

1. Selon des études menées au Canada, de nombreux patients admissibles n'ont pas passé de test de DMO<sup>27,28</sup>.
2. Le taux le plus élevé de test serait beaucoup moins haut que prévu si les lignes directrices de 2002 d'OC relatives à la DMO étaient suivies.

Donc, la note la plus élevée qui a été accordée est B (Alberta et Ontario). Une province a cependant eu une note légèrement inférieure, soit C (Colombie-Britannique). Quelques provinces et un territoire dont les données étaient disponibles avaient des taux de test passablement plus faibles et ont obtenu la note D (Québec, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest). Le taux le plus faible de test de DMO était nettement moins élevé, et les provinces en cause ont obtenu F (Saskatchewan et Manitoba).

Les renseignements pour deux territoires (Yukon et Nunavut) ne sont pas disponibles, et aucune note ne leur a été attribuée.

Remarque : Il y a un manque de données disponibles pour l'ensemble de la population afin de pouvoir déterminer le taux optimal de test de DMO dans ce premier bulletin national selon les lignes directrices de 2002 d'OC à cet égard.

## L'activité physique

L'activité physique est un facteur important de réduction des risques et de traitement de l'ostéoporose. Elle contribue à la formation et au maintien d'os en santé, en plus d'améliorer la force musculaire, la posture, l'équilibre et la coordination; elle peut réduire le risque de chute et de fracture.

Pour avoir des os en santé, il faut qu'une personne atteigne un pic de masse osseuse élevé pendant l'enfance et l'adolescence et qu'elle le maintienne tout au long de sa vie. L'activité physique combinée à un apport adéquat en calcium et en vitamine D joue un rôle essentiel dans ce processus.

Pratiquer une activité physique ajoute une « charge » ou une résistance sur les os, ce qui contribue à une nouvelle formation osseuse et à un remodelage qui rend les os plus solides. Deux catégories d'exercice peuvent aider à améliorer la densité osseuse :

- les exercices de mise en charge : ce type d'exercice fait travailler les os et les muscles contre la gravité. Des activités telles que la marche, le jogging, l'aérobic, la danse, monter les escaliers et le patinage sont des exemples d'exercices avec mise en charge.
- Exercices contre résistance : ce type d'exercice nécessite un objet ou le poids corporel pour créer une résistance. Ce type d'exercice fait travailler un groupe particulier de muscles et renforce les os de la région sollicitée. L'entraînement aux poids ou à l'aide d'appareils d'exercice et l'étirement de bandes élastiques font partie de ce type d'exercices.

L'activité physique et les exercices qui améliorent l'équilibre et la coordination sont importants pour réduire le risque de chutes et de fractures.

## ANNEXE B

### Passer un test pour l'ostéoporose

Le test de mesure de la densité minérale osseuse (DMO) mesure de façon précise la densité minérale osseuse d'une personne. Un test de DMO, accompagné d'une évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture peut déterminer si une personne est atteinte ou non d'ostéoporose ainsi que son risque fracturaire sur dix ans<sup>3</sup>.

Ostéoporose Canada recommande que :

- toutes les personnes âgées de 65 ans et plus passent un test de DMO;
- tous les adultes âgés de 50 à 65 ans soient évalués tous les ans pour connaître leur facteur de risque d'ostéoporose et que ceux qui présentent un facteur de risque majeur ou deux facteurs de risque mineurs et plus passent également un test de DMO;
- dès le début d'un traitement, afin de connaître l'impact du traitement sur eux, les patients devraient passer un nouveau test de DMO au cours des douze à vingt-quatre mois suivant le début du traitement;
- les personnes qui n'ont pas besoin de thérapie passent un test de DMO au bout d'un an, sans dépasser cinq ans, si elles présentent un risque fracturaire modéré et tous les cinq à dix ans lorsque leur risque est faible.

### ÉTUDE DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DES PROVINCES ET TERRITOIRES

Le tableau ci-dessous dresse une liste des régimes publics d'assurance-médicaments utilisés dans ce bulletin. Dans chacun des cas, le régime ayant la plus large couverture a été utilisé pour déterminer l'accès.

PROVINCE OU TERRITOIRE	NOM DU RÉGIME
COLOMBIE-BRITANNIQUE	BC PHARMACARE
ALBERTA	ALBERTA HEALTH AND WELLNESS DRUG BENEFIT LIST
SASKATCHEWAN	SASKATCHEWAN FORMULARY
MANITOBA	MANITOBA DRUG BENEFITS AND INTERCHANGEABILITY FORMULARY
ONTARIO	ONTARIO DRUG BENEFIT (ODB) PROGRAM
QUÉBEC	RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENT
NOUVEAU-BRUNSWICK	PROGRAMME DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE DU N.-B.
NOUVELLE-ÉCOSSE	NOVA SCOTIA SENIORS' PHARMACARE PROGRAM (NSSPP)
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	PRINCE EDWARD ISLAND DRUG COST ASSISTANCE PROGRAMS FORMULARY
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	NEWFOUNDLAND AND LABRADOR INTERCHANGEABLE DRUG PRODUCTS FORMULARY
YUKON	YUKON PHARMACARE FORMULARY

### MÉTHODOLOGIE POUR ÉVALUER L'ACCÈS À LA MÉDICATION

Le tableau 1 donne la liste des six médicaments ostéoporotiques (l'édidronate, l'alendronate, le risédronate, la calcitonine, les modulateurs sélectifs des récepteurs d'œstrogène (MSRE) et la tériparatide (PTH)) couverts dans chaque province et dans un territoire qui ont été utilisés pour accorder une note à l'accès à la médication par province. Chaque province ou territoire utilise sa propre terminologie pour décrire l'accès aux médicaments. Afin de simplifier le processus, trois principales catégories ont été créées :

**Accès libre :** Médicaments couverts par le régime public de la province ou du territoire et qui ne requièrent aucune exigence ou document particulier.

**Accès restreint :** Médicaments couverts par le régime public de la province ou du territoire qui requièrent une autorisation spéciale pour être couverts par le régime ou une ordonnance du médecin ou du pharmacien qui en ferait la demande au nom du patient pour que tous les critères médicaux soient respectés;

**Aucun accès :** Médicaments qui ne sont pas couverts par le régime public de la province ou du territoire.

Les renseignements obtenus indiquent que lorsqu'une marque de produit est couverte, son équivalent générique bénéficie de la même accessibilité.

Le Québec, qui obtient le taux d'accessibilité le plus élevé, donnait un accès libre à cinq des six médicaments, et un accès restreint au sixième. Ce niveau a été jugé suffisant pour garantir une note A.

L'Île-du-Prince-Édouard, la province présentant le taux le plus faible en matière d'accessibilité, n'offrait aucun accès à la médication et un accès restreint à l'édidronate cyclique. Tous les autres médicaments sont inaccessibles. Ce taux d'accessibilité a été jugé faible au point qu'une note F lui a été attribuée, ce qui explique l'éventail de notes de A à F.

Une seule province et un territoire ont obtenu un taux d'accès légèrement inférieur à celui de la province qui a obtenu une note A, offrant un accès libre à trois médicaments et un accès restreint à deux autres. Ils ont obtenu la note B.

La plupart des provinces (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador) présentaient des niveaux intermédiaires d'accessibilité, avec un accès libre à l'édidronate cyclique seulement et un accès restreint à quatre médicaments. Ce profil a obtenu une note C. Une province, la Colombie-Britannique, présentait un profil similaire, sauf qu'un médicament, la calcitonine, n'était pas disponible. La province a donc reçu une note C-.

Aucun renseignement n'était disponible pour deux territoires (Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), aucune note n'a donc été accordée.

### Le traitement de l'ostéoporose

Il existe plusieurs traitements pharmacologiques pour traiter l'ostéoporose. Le vrai but des médicaments ostéoporotiques est de réduire le risque de fracture<sup>4</sup>.

L'os est un tissu vivant qui se régénère constamment selon un processus au cours duquel un nouvel os se substitue à l'ancien. Les cellules appelées ostéoclastes érodent le vieil os usé en formant des petites cavités dans lesquelles les cellules qui forment les os, appelées ostéoblastes, s'accumulent avec le nouveau tissu osseux. Il existe deux catégories de médicaments :

- ceux qui interfèrent avec le cycle d'érosion du tissu osseux en empêchant le travail des ostéoclastes;
- ceux qui favorisent le cycle de formation du tissu osseux en stimulant les actions des ostéoblastes.

La plupart des traitements pharmacologiques (les bisphosphonates [édidronate, alendronate, risédronate]; les MSRE ou modulateurs sélectifs des récepteurs d'œstrogènes et la calcitonine) font tous partie de la première catégorie; ils ralentissent l'érosion du tissu osseux. La tériparatide (PTH) appartient à la deuxième catégorie.

Les personnes auront peut-être à explorer plusieurs traitements avant de trouver le médicament qui sera efficace pour elles et sans effets secondaires ou très peu.

## RÉFÉRENCES

1. Hanley DA, Josse RG. *Prevention and management of osteoporosis: consensus statements from the Scientific Advisory Board of the Osteoporosis Society of Canada*. Can Med Assoc J. 1996;155:921-3.
2. Goeree R, O'Brien B, Pettitt D, Cuddy L, Ferraz M, Adachi J. *An assessment of the burden of illness due to osteoporosis in Canada*. J Soc Obstet Gynaecol Can. 18(suppl. juillet):15-24.
3. Cree M, Soskolne CL, Belseck E, Hornig J, McElhaney JE, Brant R, Suarez-Almazor M. *Mortality and institutionalization following hip fracture*. J Am Geriatr Soc. 2000;48:283-8.
4. Iacovino JR. *Mortality outcomes after osteoporotic fractures in men and women*. J Insur Med. 2001;33: 316-20.
5. Cummings RG, Melton LJ. *Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures*. Lancet. 2002;359:1761-7.
6. Elliot-Gibson V, Bogoch ER, Jamal SA, Beaton DE. *Practice patterns in the diagnosis and treatment of osteoporosis after a fragility fracture: a systematic review*. Osteoporosis Int. 2004;15:767-78.
7. Johnell O, Kanis JA, Oden A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Petterson C, De Laet C, Jonsson B. *Fracture risk following an osteoporotic fracture*. Osteoporosis Int. 2004;15:175-9.
8. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott III TA, 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.
9. Melton III LJ, Atkinson EJ, Cooper C, O'Fallon WM, Riggs BL. *Vertebral fractures predict subsequent fractures*. Osteoporosis Int. 1999;10:214-21.
10. Schroder HM, Petersen KK, Erlandsen M. *Occurrence and incidence of the second hip fracture*. Clin Orthop Relat Res. 1993;289:166-9.
11. Haleem S, Lutchman L, Mayahi R, Grice JE, Parker MJ. *Mortality following hip fracture: trends and geographical variations over the last 40 years*. Injury. 2008;39:1157-63.
12. Miller W. *Survival and ambulation following hip fracture*. J Bone Joint Surg Am. 1978;60A:930-34.
13. Hasserijs R, Karlsson MK, Nilsson BE, Redlund-Johnell I, Johnell O. *European Vertebral Osteoporosis Study. Prevalent vertebral deformities predict increased mortality and increased fracture rate in both men and women: a 10-year population-based study of 598 individuals from the Swedish cohort in the European Vertebral Osteoporosis Study*. Osteoporosis Int. 2003;14:61-8.
14. Adachi JD, Ioannidis G, Berger C, Joseph L, Papaioannou A, Pickard L. *The influence of osteoporotic fractures on health-related quality of life in community-dwelling men and women across Canada*. Osteoporosis Int. 2001;12:903-8.
15. Johnell O, Kanis JA. *An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures*. Osteoporosis Int. 2006;17:1726-33.
16. Gold DT. *The clinical impact of vertebral fractures: quality of life in women with osteoporosis*. Bone. 1996;18(3 suppl.):185S-89S.
17. Salkeld G, Cameron ID, Cuming RG. *Quality of life related to fear of falling and hip fractures in older women: a time trade off study*. Brit Med J. 2000;320:341-6.
18. Papaioannou A, Adachi JD, Parkinson W, Stephenson G, Bédard M. *Lengthy hospitalization associated with vertebral fractures despite control for comorbid conditions*. Osteoporosis Int. 2001;12:870-4.
19. Wiktorowicz ME, Goeree R, Papaioannou A, Adachi JD, Papadimitropoulos E. *Economic implications of hip fracture: health service use, institutional care and cost in Canada*. Osteoporosis Int. 2001;12:271-8.
20. Jaglal S. Osteoporotic fractures: incidence and impact. Dans Williams JI, Badley EM, eds. *Patterns in Health Care in Ontario: Arthritis and Related Conditions*. Toronto: ICES. 1998:143-56.
21. Lorrain J, Paiement G, Chevrier N, Lalumière G, Laflamme GH, Caron P, Fillion A. *Population demographics and socioeconomic impact of osteoporotic fractures in Canada*. Menopause. 2003;10:228-34.
22. Johnston C. *Strengthening drugs likely after women have bone density tests*. Medical Post. 2002;38. [www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3804/36A.8/19/02](http://www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3804/36A.8/19/02).
23. Jaglal SB. *Development of a Model for Integrated Post-Fracture Care in Ontario*. Ontario Women's Health Council. 2003:1-92.
24. Hajcsar EE, Hawkes G, Bogoch ER. *Investigation and treatment of osteoporosis in patients with fragility fractures*. CMAJ. 2000;163:819-22.
25. Brown JP, Josse RG, pour le conseil consultatif scientifique du Société de l'ostéoporose du Canada. *2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada*. CMAJ. 2002;167 (10 suppl.) S1-S34.
26. Selon une estimation basée d'après 1 femme sur 4 et 1 homme sur 8 et les données démographiques de 2006.
27. Metge CJ, Leslie WD, Manness LJ, Yogendran M, Yuen CK, Kvern B. *Postfracture care for older women: gaps between optimal care and actual care*. Can Fam Physician. 2008;54:1270-6.
28. Bessette L, Ste-Marie LG, Jean S, Davison KS, Beaulieu M, Baranci M, Bessant J, Brown JP. *The care gap in diagnosis and treatment of women with fragility fracture*. Osteoporosis Int. 2008;19:79-86.

## RÉFÉRENCES ADDITIONNELLES

Les renseignements ci-dessous font référence aux textes des encadrés des pages 20, 26 et 27.

1. Jackson SA, Tenenhouse A, Robertson L and the CaMos Study Group. *Vertebral fracture definition from population-based data: preliminary results from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos)*. Osteoporosis Int. 2000;11:680-7.
2. Jiang HX, Majumdar SR, Dick DA, Moreau M, Raso J, Otto DD, Johnston DW. *Development and initial validation of a risk score for predicting in-hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures*. J Bone Miner Res. 2005;20:494-500.
3. Siminoski K, Leslie WD, Frame H, Hodsman A, Josse RG, Khan A, Lentle BC, Lévesque J, Lyons DJ, Tarulli G, Brown JP. *Recommendations for Bone Mineral Density Reporting in Canada*. Can Assoc Radiol J. 2005;56:178-88.
4. Delmas PD. *The use of bisphosphonates in the treatment of osteoporosis*. Curr Opin Rheumatol. 2005;17:462-6.







**BULLETIN NATIONAL 2008 SUR LES  
SOINS DE SANTÉ EN OSTÉOPOROSE**

Ostéoporose Canada

1090, chemin Don Mills, bureau 301, Toronto (Ontario) M3C 3R6

Téléphone : 416 696-2663 • Télécopieur : 416 696-2673

[www.osteoporosecanada.ca](http://www.osteoporosecanada.ca)



Osteoporosis Canada

Ostéoporose Canada