



Ostéoporose Canada : Éléments essentiels d'un service de liaison pour fractures (FLS)

Un service de liaison pour fractures (FLS) est un modèle de soins précis de prévention des fractures secondaires, à l'échelle du système, dirigé par un coordonnateur dédié qui :

Identification	▪ identifie systématiquement et proactivement les patients de 50 ans et plus qui se présentent à l'hôpital pour une nouvelle fracture de fragilisation et/ou une fracture vertébrale nouvellement signalée;
Investigation	▪ organise les investigations nécessaires à la détermination du risque de fracture pour le patient;
Initiation	▪ facilite l'initiation d'un traitement médicamenteux adéquat contre l'ostéoporose.

Les FLS ont obtenu des résultats supérieurs à toutes les autres interventions post-fracture contre l'ostéoporose au chapitre des résultats pour les patients et de la réduction des coûts de soins de santé^{1,2}.

Éléments essentiels d'un FLS

1. Le coordonnateur dédié du FLS constitue le pilier central de ce modèle de soins². Le coordonnateur de FLS est :
 - a. le seul responsable de toutes les fonctions du FLS qu'il gère
OU
 - b. le seul responsable de la première fonction du FLS (identification) et du transfert de la deuxième et/ou de la troisième fonctions (investigation et initiation) à un expert en ostéoporose désigné ou à une équipe spécialisée en ostéoporose.
2. Recherche proactive à l'échelle du système de nouveaux cas de fractures de fragilisation et/ou de fractures vertébrales nouvellement signalées :
 - a. Pour les fractures non vertébrales, la recherche proactive de cas doit se faire parmi les patients hospitalisés à l'unité de soins orthopédiques de l'hôpital et/ou parmi les patients de la clinique externe de soins orthopédiques ou dans une base de données administratives équivalente.
 - b. Pour les fractures vertébrales diagnostiquées par radiographie, la recherche proactive de cas doit s'effectuer par l'examen exhaustif de tous les rapports préparés directement par le service d'imagerie diagnostique de l'hôpital.
3. Le FLS doit cibler au moins un des grands types de fractures ostéoporotiques reconnus par l'OMS (hanche, colonne, poignet, épaule).
4. Le modèle de FLS doit comporter au moins 2i (identification et investigation) ou 3i (identification, investigation et initiation). Les modèles de FLS ciblant les fractures vertébrales diagnostiquées par radiologie devront faire preuve de souplesse puisque



Osteoporosis Canada

Ostéoporose Canada



certaines lois provinciales relatives à la protection de la vie privée peuvent restreindre certains processus.

5. Le FLS doit déterminer le risque de fracture du patient au moyen d'un outil validé d'évaluation du risque de fracture.
6. Un traitement médicamenteux de première ligne contre l'ostéoporose doit être initié (FLS 3i) ou recommandé (FLS 2i) pour les patients présentant un risque élevé.
7. L'intégration avec les soins de première ligne constitue une composante essentielle de tout FLS : des communications écrites avec le médecin de famille du patient doivent inclure le niveau de risque de fracture du patient et tout traitement ostéoporotique entamé et/ou recommandé.
8. Les données doivent être recueillies afin de déterminer la capacité du FLS à combler l'écart thérapeutique post-fracture, particulièrement en ce qui concerne la proportion de patients à haut risque qui ont commencé un traitement de première ligne contre l'ostéoporose.

Nonobstant les fonctions décrites ci-haut, un FLS doit viser à atteindre tous les « *standards de qualité des services de liaison pour fractures du Canada* ».

1. Sale, J.E. et coll. *Systematic review on interventions to improve osteoporosis investigation and treatment in fragility fracture patients*, *Osteoporos Int.*, 2011.

2. Ganda K. et coll. *Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis*, *Osteoporos Int.*, 2012.