

Guide étape par étape pour l'implantation d'un service de liaison pour fractures

Cette annexe propose des conseils sur les étapes pratiques requises pour l'implantation d'un service de liaison pour fractures (Fracture Liaison Service - FLS) dans un établissement de soins de santé. Les étapes suggérées sont tirées de l'expérience de FLS efficaces et durables établis ailleurs. Les sujets traités sont:

- le travail préparatoire avant que le FLS ne soit fonctionnel;
- les approches pratiques de repérage de patients avec fractures;
- les problèmes à prendre en considération lorsque le FLS est opérationnel.

Pour les stratégies d'implantation ou d'expansion de FLS voir l'annexe G. Pour les protocoles de prise en charge développés par Ostéoporose Canada pour les patients avec fractures de la hanche, fractures non vertébrales autres que de la hanche et fractures de la colonne (grâce à des observations radiographiques fortuites), voir l'annexe I.

Travail préparatoire avant que le FLS ne soit fonctionnel

Des facteurs importants pour établir un FLS efficace et durable dans des établissements de santé existent :

- la formation d'une équipe multidisciplinaire de projet FLS dès le début regroupant si possible les professionnels suivants :
 - clinicien responsable des soins ostéoporotiques;

- chirurgien orthopédique ayant un intérêt en chirurgie de la hanche et d'autres fractures de fragilisation;
- spécialiste en radiologie responsable des tests de DMO;
- infirmières spécialistes, physiothérapeutes et professionnels paramédicaux;
- représentant de la pharmacie de l'hôpital;
- représentant des soins primaires locaux;
- représentant de la direction de l'hôpital responsable de la prestation du nouveau service;
- l'accès local à un appareil de mesure de la densité minérale osseuse (DMO);
- l'identification des ressources pour financer le personnel dédié au projet - normalement une infirmière praticienne (IP) ou une infirmière clinicienne (IC) - dont la tâche sera de diriger le projet FLS, (voir un modèle de plan d'affaires à l'annexe E);
- du temps protégé et/ou du financement pour les avis du clinicien responsable des soins ostéoporotiques de l'hôpital;
- le développement des systèmes de TI existants ou l'établissement d'une base de données FLS personnalisées pour améliorer la communication entre les patients et les professionnels de la santé;
- la communication et l'échange avec les médecins de famille à propos du nouveau FLS;
- la référence à des cliniques de prévention des chutes locales si disponibles;
- l'établissement d'un mécanisme de surveillance de l'adhérence aux

recommandations de prise en charge envoyées au médecin de famille par le FLS.

La méthodologie Planifier-Exécuter-Évaluer-Agir (PEÉA) a été largement utilisée par des groupes qui ont établi des FLS efficaces et durables au Royaume-Uni¹ et aux États-Unis². Dans le contexte de développement de FLS, la méthodologie PEÉA comprendrait les étapes suivantes :

Planifier

- Effectuer un premier audit afin d'établir l'écart thérapeutique existant actuellement pour les patients qui se présentent à l'établissement de santé :
 - Nombre de patients ≥ 50 ans se présentant avec une fracture de fragilisation
 - Proportion de patients ≥ 50 ans qui reçoivent des soins post-fracture (test de DMO et médicaments contre l'ostéoporose)
 - Repasser les données des audits locaux précédents effectués sur les soins aux patients victimes de fractures de fragilisation
- Concevoir un modèle de FLS afin d'éliminer les lacunes en matière de prise en charge :
 - Rédiger les objectifs
 - Déterminer comment consigner les patients victimes de fractures de fragilisation
 - Rédiger les protocoles de repérage de cas pour le service approprié, p. ex. hospitalisation, clinique de fractures, imagerie diagnostique, etc.
- S'assurer que les protocoles de prise en charge sont approuvés par les organismes (p. ex. conseil consultatif médical, ordre d'infirmières,) avant que les cliniques FLS ne soient implantées
- Revoir toute la documentation et tous les moyens de communication avec les acteurs concernés

- Obtenir l'engagement de la direction de l'hôpital et/ou des agences régionales de santé pour le financement de la phase pilote

Exécuter

- Implanter un modèle de service
- Recueillir des données d'audit tout au long de la phase pilote

Évaluer

- Analyser les améliorations en matière de prestation de soins d'après l'audit
- Ajuster le modèle de service afin d'améliorer le rendement

Agir

- Appliquer les changements et suivre les améliorations du rendement
- Répéter le cycle PEÉA en effectuant des audits et des examens continus

Approches pratiques de repérage de patients avec fractures

Prise en charge des patients hospitalisés avec fracture

- des visites régulières par l'infirmière de liaison pour fractures (ILF) à l'unité de soins orthopédiques pour rencontrer le personnel de l'unité chargé de dresser une liste des admissions pour fracture entre les visites de l'ILF¹;
- participation de l'ILF aux réunions quotidiennes de l'équipe de trauma³;
- les systèmes de TI, comme les rapports hebdomadaires de fractures du service d'urgence du Royal Newcastle Centre et du John Hunter Hospital de la Nouvelle-Galles du Sud⁴, HealthConnect^{®5} du Kaiser Permanente ou FITOS[®] (Fracture Identification Tool for Orthopedic Surgeons, RioMed Limited)⁶.

Prise en charge des patients avec fracture vus en clinique externe

- Présence régulière de l'ILF aux cliniques de fractures^{1, 7}
- « Infirmière-liaison » - Création par les infirmières de la clinique de fractures d'un registre quotidien des nouveaux patients s'étant présentés à la clinique pour une fracture¹
- Les systèmes de TI, comme les rapports hebdomadaires de fractures du service d'urgence du Royal Newcastle Centre et du John Hunter Hospital de la Nouvelle-Galles du Sud⁴, HealthConnect®⁵ du Kaiser Permanente ou FITOS® (Fracture Identification Tool for Orthopedic Surgeons, RioMed Limited)⁶

Repérage de patients présentant des fractures vertébrales

La majorité des patients qui souffrent d'une fracture non vétébrale se présente à un service d'urgence. Or, la majorité des patients souffrant de fractures vertébrales sont asymptomatiques et ne se présentent pas dans une clinique, ou lorsqu'ils le font, ne sont pas reconnus, évalués ni traités pour l'ostéoporose⁻¹⁰. Il s'agit d'une constatation importante puisque les fractures vertébrales, y compris celles qui ne causent pas de symptômes aigus, sont associées à une augmentation du risque de fractures subséquentes (2-5 fois) ainsi qu'à des effets indésirables (perte de taille, douleurs chroniques, réduction de la qualité de vie et hausse des taux de morbidité et de mortalité¹¹⁻¹³). Des approches innovatrices permettant d'améliorer le repérage de cas de fractures vertébrales sont décrites à l'annexe G et dans une étude récente sur les FLS¹⁴. Pour la plupart des établissements, le repérage de ces patients implique l'uniformisation des rapports de radiologistes.

Annexe H, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à osteoporosis.ca/FLS.

Problèmes à prendre en considération lorsque le FLS est opérationnel

Les problèmes suivants doivent faire l'objet d'une attention soutenue au moment de la mise en service du FLS. Les audits et examens continus représentent l'occasion d'effectuer des cycles de PEÉA itératifs, lesquels ont constitué la pierre angulaire du développement et de l'expansion continue du très efficace FLS de Glasgow^{1, 15}, en Écosse (Royaume-Uni), depuis 15 ans.

Repérage de patients ayant subi une fracture :

- La rationalisation, dans les hôpitaux et dans les services ambulatoires, du processus de repérage de patients souffrant de fractures, et la mise en place d'approches proactives pour améliorer la recherche de fractures vertébrales non diagnostiquées lors de tests d'imagerie diagnostique dans les hôpitaux pour des raisons autres que l'ostéoporose ou la prise en charge d'une fracture.

Communication avec les patients

- Évaluation de l'efficacité de la transmission de l'information sur le style de vie et les modifications à y apporter.
- Évaluation des conditions optimales de communication des résultats de test de DMO et des évaluations de risque de fractures.
- Évaluation de la transmission des recommandations thérapeutiques aux patients - verbale et écrite.

Communication avec d'autres spécialistes cliniques

- Évaluation continue de l'interaction avec le personnel des unités de soins qui reçoivent des patients victimes de fracture et le personnel des cliniques de fracture
- Examen régulier des mécanismes de référence appropriés à :

3 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

- des spécialistes dans des cliniques métaboliques des os ou des spécialistes locaux de l'ostéoporose
- un examen de la densité osseuse
- des cliniques de prévention des chutes locales, le cas échéant
- Évaluation continue de la réponse aux lettres envoyées à :
 - des collègues dans des cliniques métaboliques des os
 - des cliniques de prévention des chutes locales, le cas échéant
 - des chirurgiens orthopédiques



Communication avec les fournisseurs de soins primaires locaux

- Évaluation continue de la réponse aux lettres envoyées aux médecins de famille, y compris l'information sur :
 - Évaluation
 - Type de fracture
 - Facteurs de risque
 - Résultats de tests sanguins
 - Résultats d'imagerie diagnostique
 - Recommandations de traitement approprié
- Suggérer une évaluation de suivi trois mois après le début du traitement afin d'évaluer l'observance du traitement, la technique d'administration et l'occurrence des effets secondaires
- Des suivis subséquents seraient effectués une à deux fois par année selon les ressources disponibles localement afin d'évaluer les progrès et de veiller à l'observance du traitement

Références

1. MCLELLAN, A.R., S.J. Gallacher, M. Fraser, C. Mcquillian. *The fracture liaison service: success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture*, *Osteoporos Int.*, déc. 2003, vol. 14, n° 12, p. 1028-1034.
2. HARRINGTON, J.T., H.L. Barash, S. Day, J. Lease. *Redesigning the care of fragility fracture patients to improve osteoporosis management: a health care improvement project*, *Arthritis Rheum.*, 15 avril 2005, vol. 53, n° 2, p. 198-204.
3. STEPHENSON, S. *Developing an orthopaedic elderly care liaison service*, *J Ortho Nursing*, 2003, vol. 7, n° 3, p. 150-155.
4. GILES, M., J. Van Der Kallen, V. Parker et coll. *A team approach: implementing a model of care for preventing osteoporosis related fractures*, *Osteoporos Int.*, août 2011, vol. 22, n° 8, p. 2321-2328.
5. KAISER PERMANENTE. *Kaiser Permanente HealthConnect® Electronic Health Record*, <http://xnet.kp.org/newscenter/aboutkp/healthconnect/index.html>, consulté le 24 février 2012.
6. RIOMED LIMITED. *FITOS = FRACTURE IDENTIFICATION TOOL FOR ORTHOPAEDIC SURGEONS*, <http://www.riomed.com/fitos.html>, consulté le 27 février 2012.
7. VAILE, J., L. Sullivan, C. Bennett, J. Bleasel. *First Fracture Project: addressing the osteoporosis care gap*, *Intern Med J.*, octobre 2007, vol. 37, n° 10, p. 717-720.
8. LEMS, W.F. *Clinical relevance of vertebral fractures*, *Ann Rheum Dis.*, janvier 2007, vol. 66, n° 1, p. 2-4.
9. COOPER, C., E.J. Atkinson, W.M. O'Fallon, L.J. Melton 3rd. *Incidence of clinically diagnosed*

Annexe H, version 1 – Le 20 octobre 2013

Cette annexe est un complément au document Éliminer les fractures une fois pour toutes grâce aux services de liaison pour fractures d'Ostéoporose Canada, octobre 2013 – disponible en ligne à osteoporosis.ca/FLS.

4 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS

- vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989, J Bone Miner Res.*, février 1992, vol. 7, n° 2, p. 221-227.
10. DELMAS, P.D., L. van de Langerijt, N.B. Watts et coll. *Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study, J Bone Miner Res.*, avril 2005, vol. 20, n° 4, p. 557-563.
 11. SCHOUSBOE, J.T., T. Vokes, S.B. Broy et coll. *Vertebral Fracture Assessment: the 2007 ISCD Official Positions, J Clin Densitom.*, janvier-mars 2008, vol. 11, n° 1, p. 92-108.
 12. LENTLE, B.C., J.P. Brown, A. Khan et coll. *Recognizing and reporting vertebral fractures: reducing the risk of future osteoporotic fractures, Can Assoc Radiol J.*, février 2007, vol. 58, n° 1, p. 27-36.
 13. ENSRUD, K.E., J.T. Schousboe. *Clinical practice. Vertebral fractures, N Engl J Med.*, 28 avril 2011, vol. 364, n° 17, p. 1634-1642.
 14. MITCHELL, P.J. *Best practices in secondary fracture prevention: fracture liaison services, Curr Osteoporos Rep.*, mars 2013, vol. 11, n° 1, p. 52-60.
 15. MCLELLAN, A.R., S.E. Wolowacz, E.A. Zimovetz et coll. *Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision, Osteoporos Int.*, juillet 2011, vol. 22, n° 7, p. 2083-2098.

5 Mettons un terme aux souffrances inutiles : implantons des FLS