

**Annexe E**

**Modèle générique de plan d’affaires pour l’établissement   
d’un service de liaison pour fractures (FLS)**

**Résumé**

**Les services de liaison pour fractures peuvent améliorer la qualité des soins offerts et réduire les coûts en diminuant le nombre d’admissions en urgence non prévues pour des fractures de la hanche et l’incidence des autres fractures de fragilisation.**

* **XXX** patients de [**insérer le nom de la localité/système de soins de santé**] se sont présentés à (ou au) [**insérer nom de l’hôpital/établissement**] avec une fracture de la hanche au cours de l’année 20ZZ**,** ce qui représente des coûts annuels de **Y)Y YYY YYY $.**
* Avant de se fracturer la hanche, la moitié des patients avait déjà souffert d’une fracture à l’autre hanche, au poignet, à l’humérus ou à un autre endroit du squelette1-4.
* Les traitements approuvés contre l’ostéoporose sont en mesure de réduire de moitié l’incidence des fractures de la hanche secondaires s’ils sont administrés au moment où le patient se présente pour sa première fracture de fragilisation5-14.
* Au Canada, l’orientation nationale appelle à procéder à un examen de routine et à administrer un traitement contre l’ostéoporose, le cas échéant, chez les patients présentant des fractures de fragilisation15.
* De nombreux sondages menés au Canada à l’échelle nationale16, 17, à l’échelle provinciale18-24 et auprès d’organisations individuelles25-35 attestent de l’existence d’un écart thérapeutique significatif et persistant dans le traitement de l’ostéoporose post-fracture dans tout le pays, écart qui a également été relevé dans le monde entier36-39:
  + **80 % des patients canadiens ayant subi une fracture de fragilisation ne subissent aucune évaluation du risque d’ostéoporose et/ou aucun traitement contre l’ostéoporose après leur fracture.**
* Ostéoporose Canada appuie le modèle de services de liaison pour fractures à 3 « i ». Nous considérons qu’il s’agit du « modèle de soins optimal qui permet d’éliminer l’écart thérapeutique dans le traitement de l’ostéoporose post-fracture en s’assurant que toutes les personnes souffrant d’une fracture de fragilisation reçoivent les soins préventifs secondaires dont ils ont besoin »40.
* Les services de liaison pour fractures (FLS) ont également obtenu la reconnaissance de la U.S. Surgeon General41, de l’American Orthopaedic Association42,43, de l’American Academy of Orthopaedic Surgeons44, de l’American Society for Bone and Mineral Research45, de la National Osteoporosis Foundation et de la National Bone Health Alliance46 des États-Unis, de l’International Osteoporosis Foundation36, 37 et de groupes analogues partout dans le monde47-56. Tous ces organismes le considèrent comme le meilleur modèle de soins pour réduire l’incidence des fractures secondaires douloureuses, incapacitantes et coûteuses.
* Des programmes de FLS efficaces ont été établis au Canada57-63, aux États-Unis42, 43, 64-69 et dans bon nombre d’autres pays70-91 et ceux-ci ont permis de diminuer de manière substantielle l’incidence des fractures de la hanche et d’autres types de fractures de fragilisation et de réduire significativement les coûts connexes.
* Au [**JJ-MM-AAAA**], l’ (*ou* le) [**Insérer le nom de l’hôpital/établissement**] n’avait aucun programme de FLS en place.
* L’implantation d’un programme de FLS à l’ (*ou* au) [i**nsérer le nom de l’hôpital/établissement**] pourrait prévenir **XYZ** fractures de la hanche au cours des **X** prochaines années, se traduisant par des économies de l’ordre de **UUU UUU $.**
* Il s’agit d’estimations conservatrices puisque les FLS réduiront également l’incidence des fractures causées par l’ostéoporose en des points du squelette autres que les hanches.

**Le présent plan d’affaires plaide pour l’implantation *urgente* de services de liaison pour fractures structurés conformément aux modèles efficaces qui ont été développés ailleurs. Ainsi, nous pourrons diminuer l’incidence des fractures de la hanche et des autres fractures liées à l’ostéoporose chez les personnes âgées et réduire les dépenses de santé.**

**Pourquoi a-t-on besoin d’un service de liaison pour fractures à [insérer le nom de la localité/du système de santé]?**

**Les fardeaux économique et humain de l’ostéoporose au Canada**

Le Canada entre dans une période de vieillissement rapide de sa population. D’ici à 2031, près du quart de la population sera composé de personnes âgées, comparativement à 15 % en 201192. De ce nombre, au moins 1 femme sur 3 et 1 homme sur 5 subiront une ***fracture de fragilisation*** liée à l’ostéoporose au cours de leur vie41, 93, 94, l’ostéoporose étant la maladie osseuse chronique la plus fréquente95. La

fracture de fragilisation survient spontanément ou après un traumatisme mineur, par exemple à la suite d’une chute de la position debout ou d’une hauteur moindre45. Ce type de fracture touche habituellement la hanche, le poignet, l’avant-bras, le bassin ou la colonne vertébrale. De toutes les fractures de fragilisation, la fracture de la hanche est la plus dévastatrice. Chaque année, quelque 30 000 Canadiens subissent une fracture de la hanche96. De ce nombre, 28 % des femmes et 37 % des hommes décèderont au cours de l’année qui suit la fracture97. Les autres victimes devront composer avec une réduction importante de leur qualité de vie98-100.

Chaque année, au Canada, on dénombre 200 000 fractures de fragilisation chez les hommes et les femmes96, 101. Si l’on veut remettre ces informations dans leur contexte, cela signifie que, pour les femmes, le nombre de fractures excède considérablement le nombre annuel combiné de crises cardiaques, d’accidents vasculaires cérébraux et de nouveaux diagnostics de cancer du sein (figure 1)96, 101-103.

Figure 1. Incidence des fractures ostéoporotiques, des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et du cancer du sein chez les femmes canadiennes96, 101-103



**La moitié des patients victimes d’une fracture de la hanche nous avaient déjà prévenus qu’ils reviendraient : *une fracture engendre une autre fracture***

Les personnes qui ont subi une fracture de fragilisation courent un risque considérablement accru de souffrir d’une deuxième fracture, voire de fractures subséquentes. En fait, la moitié de tous les patients qui subissent une fracture de la hanche s’étaient auparavant présentés pour un autre type de fracture — *un signal d’avertissement critique*1-4. En d’autres mots, la moitié des patients victimes d’une fracture de la hanche nous avaient déjà prévenus qu’ils reviendraient lorsqu’ils ont subi leur première fracture ou fracture d’avertissement. Ces données montrent à quel point les stratégies de prévention des fractures secondaires sont importantes. En réagissant à la première fracture, nous pouvons réduire l’incidence des fractures secondaires ou subséquentes, et surtout celle des fractures de la hanche36, 45, 46, 104. Il est évident que chaque fracture qui s’est produite avant la survenue de la fracture de la hanche dans la figure 2 – chaque fracture d’avertissement – a représenté une occasion de procéder à une évaluation du risque d’ostéoporose. Chaque fois que cette occasion est ratée, le patient est laissé inutilement à risque et continue de subir d’autres fractures jusqu’à ce qu’il soit finalement affligé par une fracture de la hanche.

Figure 2. Ostéoporose et fractures de fragilisation au cours d’une vie53



**Fractures de fragilisation : poignet, humérus, bassin, vertèbres**

Morbidité accrue associée à une fracture

Morbidité attribuable uniquement au vieillissement

**Fracture de la hanche**

**Fracture du poignet**

**Morbidité**

**Âge**

**Les traitements contre l’ostéoporose peuvent réduire de moitié l’incidence des fractures secondaires**

Il existe une vaste gamme de médicaments pour traiter l’ostéoporose. Ceux-ci sont offerts sous forme de comprimés oraux à prendre une fois par jour5, 7-11, une fois par semaine105, 106, une fois par mois107, ou sous forme d’injections administrées une fois par jour12, tous les six mois6 ou une fois par an13, 14. Il a été démontré que ces médicaments peuvent réduire de 30 à 50 % l’incidence des fractures. On a observé chez des patients présentant des antécédents de fractures multiples un taux de réduction de 50 %108. De plus en plus de preuves suggèrent également que le traitement contre l’ostéoporose est associé à une réduction des mortalités14, 109-112.

**Soins de l’ostéoporose post-fracture : un écart thérapeutique à l’échelle du pays**

De nombreux sondages menés au Canada à l’échelle nationale16, 17, à l’échelle provinciale18-24 ainsi qu’au sein d’organisations25-35 ont fait état d’un écart thérapeutique significatif et persistant dans la prévention des fractures secondaires. De nombreux travaux ont été entrepris au Canada et à l’échelle internationale pour comprendre les raisons qui expliquent l’existence de cet écart thérapeutique dans le traitement de l’ostéoporose post-fracture et comment celui-ci peut être éliminé38, 39, 113-118. En termes simples, il y a une cassure entre la gestion de la fracture, habituellement par les services orthopédiques, et la reconnaissance et la gestion de l’ostéoporose sous-jacente (test de DMO et/ou traitement de l’ostéoporose)119:

* La fracture est traitée en tant que traumatisme aigu par le chirurgien orthopédique ou l’urgentologue qui prodigue aux patients les meilleurs soins immédiats pour la fracture.
* Le patient traite également sa fracture comme un traumatisme aigu puisqu’il ne connaît pas son niveau de fragilité osseuse (un homme qui fait une crise cardiaque en pelletant de la neige blâme son cœur, pas la quantité de neige tombée — mais un patient qui se casse un poignet à la suite d’une simple chute blâme le plancher sur lequel il est tombé).
* Par conséquent, l’occasion d’intervention après la fracture est manquée.

**Service de liaison pour fractures :**

**Un système capable d’éliminer l’écart thérapeutique dans le traitement de l’ostéoporose post-fracture qui a fait ses preuves**

**Le modèle de soins fondé sur des services de liaison pour fractures (FLS) a réussi au Canada57-63, aux États-Unis42, 43, 64-69 et dans bon nombre d’autres pays70-91 à combler l’écart thérapeutique dans les soins post-fracture, réduisant du même coup les risques d’autres fractures et permettant de réaliser des économies significatives. Ostéoporose Canada demande que des FLS soient instaurés de toute urgence dans toutes les provinces canadiennes.**

En 2011, des chercheurs canadiens ont entrepris un examen systématique des modèles cliniques dans le but de combler l’écart thérapeutique dans les soins de l’ostéoporose post-fracture120. Soixante-cinq pour cent de la littérature mondiale décrit le rôle critique que joue un personnel spécialisé dans le repérage proactif des patients, la facilitation de tests de DMO et l’amorce du traitement ostéoporotique. Ces modèles de services ont été nommés de différentes façons. Pour s’aligner sur d’importantes initiatives internationales de soins post-fracture, le présent document utilisera le terme Services de liaison pour fractures (Fracture Liaison Service - FLS)36, 37, 45, 104, 121, 122.

Les principaux objectifs des FLS comprennent :

* **Identification :** Tous les hommes et les femmes de plus de 50 ans qui ont subi une fracture de fragilisation seront évalués afin de déterminer leurs risques d’ostéoporose et de futures fractures.
* **Investigation :** Conformément aux lignes directrices de 2010 d’Ostéoporose Canada15, les personnes à risque passeront un test de DMO.
* **Initiation**: Au besoin, un traitement ostéoporotique sera amorcé par le FLS.

Ces objectifs sont souvent appelés les **trois « i »**. Le FLS fera appel à du personnel dédié, habituellement une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou une infirmière clinicienne (IC), pour coordonner les soins prodigués aux patients victimes de fractures. Les IPS effectuent les trois « i », alors que l’IC ne peut effectuer que les deux premiers (l’initiation du traitement relevant dans ce cas du médecin de famille). L’infirmière FLS travaillera selon des protocoles préétablis par l’établissement, sur les conseils d’un médecin spécialisé en ostéoporose.

En 2013, des chercheurs de l’Australie ont publié un examen systématique et une méta-analyse des modèles de soins post-fracture qui fournissent un cadre utile pour la classification116. Des modèles d’intensité variée ont été classés de type A à D. Une description et des résultats de chaque type de modèle sont résumés dans le document intitulé ***Éliminons les fractures une FOIS pour TOUTES grâce aux SERVICES DE LIAISON POUR FRACTURES*** et ses annexes C et D.

**Un service de liaison pour fractures (modèle à 3** « i »**) ayant pour objectif d’identifier les patients à risque, d’investiguer et d’initier le traitement ostéoporotique approprié doit devenir la norme partout au Canada. Ostéoporose Canada presse les provinces et territoires d’implanter des FLS d’ici 2015**.

Un modèle de type B (à 2 « i ») peut facilement se transformer en type A sans modification d’infrastructure. Il peut également exister des modèles hybrides regroupant des IPS et des IC et qui pourraient se révéler plus rentables (les IC, dont la rémunération est inférieure à celle des IPS, peuvent effectuer le travail d’identification et d’investigation, et les IPS se chargent d’initier le traitement).

[**Les auteurs du plan d’affaires peuvent choisir de citer des exemples de FLS efficaces au Canada ainsi que les modèles internationaux mentionnés ci-dessous.**]

**Toronto :** Le programme de soins exemplaires de l’ostéoporose de l’hôpital St. Michael’s de Toronto a démontré qu’un hôpital qui embauche un coordonnateur de FLS qui s’occupe annuellement de 500 patients souffrant de fractures de fragilisation peut **réduire le nombre de fractures de la hanche secondaires de 9 % au cours de la première année** et procurer à l’institution des économies nettes de 48 950 $ (dollars canadiens de 2004)60, 61. Des économies encore plus substantielles étaient prévues après la première année compte tenu des coûts supplémentaires liés à la réadaptation et à la dépendance.

**Edmonton :** Une évaluation économique officielle de la santé analysant le recours à un coordonnateur pour améliorer le traitement ostéoporotique après une fracture de la hanche a démontré que, pour chaque groupe de 100 patients évalués, six fractures (y compris quatre fractures de la hanche) ont été

prévenues, quatre années de vie ajustées en fonction de la qualité (quality-adjusted life years — QALY) ont été gagnées et le système de santé a réalisé 260 000 $ d’économies (dollars canadiens de 2006)58, 59. Les **coûts d’intervention s’élevaient à seulement 56 $ par patient** et le seuil de rentabilité pourrait être atteint en deux ans. Dans une analyse similaire évaluant le recours à une infirmière assurant la coordination des soins après une fracture du poignet, le coût par patient était de 44 $57, 123.

**Australie :** SEIBEL, M. J., A. Lih, H. Nandapalan et coll. *Targeted intervention reduces refracture rates in patients with incident non-vertebral osteoporotic fractures: a 4-year prospective controlled study, Osteoporosis International,* mars 2011, vol. 22, no 3, p. 849-858. [PubMed ID 21107534](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107534)

**Royaume-Uni :** MCLELLAN, A., S. Gallacher, M. Fraser et coll.*The fracture liaison service: success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture,* *Osteoporosis International,* 2003, vol. 14, no 12, p. 1028-1034. [PubMed ID 14600804](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14600804)

**États-Unis :** DELL, R. *Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California,* *Osteoporos Int.,* août 2011, vol. 22, suppl. 3, p. 457-460. [PubMed 21847765](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21847765)

**Aucun programme de FLS n’a été implanté à (au) [Insérer le nom de l’hôpital/établissement]** en date du **[XX mois AAAA]**.

**Un service de liaison pour fractures pour l’ (*ou* le) [insérer le nom de l’hôpital/établissement]**

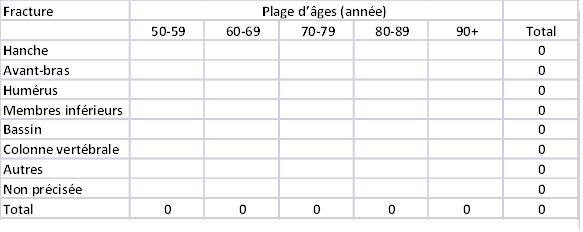
**Ce plan d’affaires plaide pour l’implantation en toute urgence d’un service de liaison pour fractures à (au) [Insérer le nom de l’hôpital/établissement]** structuré conformément aux modèles efficaces qui ont été développés ailleurs afin de réduire l’incidence des fractures de la hanche et des autres fractures liées à l’ostéoporose chez les personnes âgées.

**But :** Le but du programme de service de liaison pour fractures (FLS) proposé est de s’assurer que tous les patients âgés de 50 ans et plus qui se présentent à un service de soins d’urgence avec des fractures liées à l’ostéoporose soient évalués et traités, selon le cas, pour l’ostéoporose et qu’on les réfère à un service local de prévention des chutes afin de réduire les risques de fractures subséquentes.

**Offre de service actuelle :** Une évaluation de l’offre de service actuelle délimite, pour les bailleurs de fonds, le contexte de l’examen du bien-fondé du plan d’affaires.

**Modèle de service :** Le programme de FLS sera structuré conformément aux modèles efficaces qui ont été développés ailleurs.

Insérer les données locales sur le nombre total d’admissions pour une fracture de la hanche et le nombre de patients admis pour une fracture de fragilisation autre que de la hanche qui ont été vus en consultations internes et en consultations externes, respectivement. Un tableau semblable au suivant pourrait être utilisé :



Veillez à inclure les coûts locaux liés à l’établissement de santé, aux soins primaires et à toutes admissions dans un foyer de soins financé par l’État en raison de ces fractures.

Veuillez aussi fournir une ventilation de tous les coûts liés à la prestation des services de FLS dans votre province/localité/établissement. Outre le document préparé par Ostéoporose Canada intitulé ***Éliminons les fractures une FOIS pour TOUTES grâce aux SERVICES DE LIAISON POUR FRACTURES*** et ses annexes, plusieurs initiatives internationales proposent des ressources utiles qui peuvent appuyer le développement de cette composante du plan d’affaires :

**American Society for Bone and Mineral Research**

EISMAN, J. A., E. R. Bogoch, R. Dell et coll. *Making the first fracture the last fracture: ASBMR task force report on secondary fracture prevention,* J Bone Miner Res., octobre 2012, vol. 27, no 10, p. 2039-2046. [PubMed ID 22836222](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22836222)

La lecture de l’annexe A est recommandée. Elle est disponible sous Supporting Information à l’adresse : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jbmr.1698/abstract>

**International Osteoporosis Foundation**

Capture the Fracture Campaign and Best Practice Framework

AKESSON, K., D. Marsh, P. J. Mitchell et coll. *Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle,* Osteoporos Int., le 16 avril 2013, [Diffusion en ligne avant l’impression]. [PubMed ID 23589162](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23589162)

La lecture du site Web de la campagne *Capture the Fracture* est également recommandée : <http://www.capturethefracture.org/>

**National Bone Health Alliance (États-Unis)**

La National Bone Health Alliance des États-Unis a mis au point le site Web appelé Fracture Prevention CENTRAL pour promouvoir l’implantation généralisée de programmes de prévention des fractures après une fracture et de coordination des soins :

<http://www.nbha.org/fpc>

**Service de liaison pour fractures de Glasgow, Écosse, Royaume-Uni**

Le modèle officiel d’évaluation coût/efficacité publié par le FLS de Glasgow en Écosse, au Royaume-Uni, peut constituer un outil utile de vérification des éléments à prendre en considération par le personnel responsable de la planification de l’implantation d’un FLS. Voir le tableau 1 du modèle d’évaluation officiel du FLS de Glasgow :

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, no 7, p. 2083-2098. [PubMed ID 21607809](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21607809)

**Résumé**

Les fractures de la hanche font des ravages considérables dans la population de personnes âgées de nos localités et coûtent cher à notre système de santé. La moitié des patients ayant subi une fracture de la hanche nous avaient déjà envoyé un premier avertissement : ils avaient subi une autre fracture liée à l’ostéoporose qui aurait pu ou aurait dû constituer un facteur de déclenchement des soins préventifs secondaires.

L’implantation d’un **service de liaison pour fractures** à (au) **[insérer le nom de l’hôpital/établissement]** permettra de combler l’écart thérapeutique dans le traitement de l’ostéoporose post-fracture dans votre localité. Le service de liaison pour fractures améliorera la qualité des soins offerts et réduira les coûts liés aux fractures évitables. Ce plan d’affaires recommande l’implantation de ce service de toute urgence.

**Références**

**1.** GALLAGHER, J. C., L. J. Melton, B. L. Riggs et E. Bergstrath. Epidemiology of fractures of the proximal femur in Rochester, Minnesota, Clin Orthop Relat Res., juillet-août 1980, vol. 150, p. 163-171.

**2.** PORT, L., J. Center, N. K. Briffa, T. Nguyen, R. Cumming et J. Eisman. Osteoporotic fracture: missed opportunity for intervention, Osteoporos Int., septembre 2003, vol. 14, no 9, p. 780-784.

**3.** MCLELLAN, A., D. Reid, K. Forbes et coll. Effectiveness of Strategies for the Secondary Prevention of Osteoporotic Fractures in Scotland (CEPS 99/03): NHS Quality Improvement, Écosse, 2004.

4. EDWARDS, B. J., A. D. Bunta, C. Simonelli, M. Bolander et L. A. Fitzpatrick. Prior fractures are common in patients with subsequent hip fractures, Clin Orthop Relat Res., août 2007, vol. 461, p. 226-230.

**5.** BLACK, D. M., S. R. Cummings, D. B. Karpf et coll. *Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures*, Fracture Intervention Trial Research Group, *Lancet,* 7 décembre 1996, vol. 348, no 9041, p. 1535-1541.

**6.** CUMMINGS, S. R., J. San Martin, M. R. McClung et coll. *Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis,* *N Engl J Med.,* 20 août 2009, vol. 361, no 8, p. 756-765.

**7.** TORGERSON, D. J. et S. E. Bell-Syer. *Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials*, *JAMA,* 13 juin 2001, vol. 285, no 22, p. 2891-2897.

**8.** ETTINGER, B., D. M. Black, B. H. Mitlak et coll. *Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene: results from a 3-year randomized clinical trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation (MORE) Investigators*, *JAMA,* 18 août 1999, vol. 282, no 7, p. 637-645.

**9.** MCCLUNG, M. R., P. Geusens, P. D. Miller et coll. *Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group, N Engl J Med.,* 1er février 2001, vol. 344, no 5, p. 333-340.

**10.** REGINSTER, J., H. W. Minne, O. H. Sorensen et coll. *Randomized trial of the effects of risedronate on vertebral fractures in women with established postmenopausal osteoporosis. Vertebral Efficacy with Risedronate Therapy (VERT) Study Group, Osteoporos Int.,* 2000, vol. 11, no 1, p. 83-91.

**11.** HARRIS, S. T., N. B. Watts, H. K. Genant et coll. *Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group*, *JAMA,* 13 octobre 1999, vol. 282 no 14, p. 1344-1352.

**12.** NEER, R. M., C. D. Arnaud, J. R. Zanchetta et coll. *Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis*, *N Engl J Med.,* 10 mai 2001, vol. 344, no 19, p. 1434-1441.

**13.** BLACK, D. M., P. D. Delmas, R. Eastell et coll. *Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis,* *N Engl J Med.,* 3 mai 2007, vol. 356, no 18, p. 1809-1822.

**14.** LYLES, K. W., C. S. Colon-Emeric, J. S. Magaziner et coll. *Zoledronic Acid in Reducing Clinical Fracture and Mortality after Hip Fracture*, *N Engl J Med.,* 2007, vol. 357, nihpa40967.

**15.** PAPAIOANNOU, A., S. Morin, A. M. Cheung et coll. *Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l’ostéoporose au Canada*, CMAJ, 23 nov. 2010, vol. 182, no 17, p. 1864-1873.

**16.** FRASER, L. A., G. Ioannidis, J. D. Adachi et coll. *Fragility fractures and the osteoporosis care gap in women: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study*, *Osteoporos Int.,* mars 2011, vol. 22, no 3, p. 789-796.

**17.** PAPAIOANNOU A., C. C. Kennedy, G. Ioannidis et coll. *The osteoporosis care gap in men with fragility fractures: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study*, Osteoporos Int., avril 2008, vol. 19, no 4, p. 581-587.

**18.** LESLIE, W. D., L. M. Giangregorio, M. Yogendran et coll. *A population-based analysis of the post-fracture care gap 1996-2008: the situation is not improving*, *Osteoporos Int.,* mai 2012, vol. 23, no 5, p. 1623-1629.

**19.** LESLIE, W. D., S. L. Brennan, H. J. Prior, L. M. Lix, C. Metge et B. Elias. *The post-fracture care gap among Canadian First Nations peoples: a retrospective cohort study*, *Osteoporos Int.,* mars 2012, vol. 23, no 3, p. 929-936.

**20.** METGE, C. J., W. D. Leslie, L. J. Manness et coll. *Postfracture care for older women: gaps between optimal care and actual care*, *Can Fam Physician.,* sept. 2008, vol. 54, no 9, p. 1270-1276.

**21.** JAGLAL, S. B., C. Cameron, G. A. Hawker et coll. *Development of an integrated-care delivery model for post-fracture care in Ontario, Canada*, *Osteoporos Int.,* 2006, vol. 17, no 9, p. 1337-1345.

**22.** BESSETTE, L., L. G. Ste-Marie, S. Jean et coll. *The care gap in diagnosis and treatment of women with a fragility fracture*, *Osteoporos Int.,* janvier 2008, vol. 19, no 1, p. 79-86.

**23.** PERREAULT, S., A. Dragomir, A. Desgagne et coll. *Trends and determinants of antiresorptive drug use for osteoporosis among elderly women,* *Pharmacoepidemiol Drug Saf.,* oct. 2005, vol. 14, no 10, p. 685-695.

**24.** VANASSE, A., P. Dagenais, T. Niyonsenga, J. P. Gregoire, J. Courteau et A. Hemiari. *Bone mineral density measurement and osteoporosis treatment after a fragility fracture in older adults: regional variation and determinants of use in Quebec*, *BMC Musculoskelet Disord.,* 2005, vol. 6, p. 33.

**25.** KHAN, S. A., C. de Geus, B. Holroyd et A. S. Russell. *Osteoporosis follow-up after wrist fractures following minor trauma*, *Arch Intern Med.,* 28 mai 2001, vol. 161, no 10, p. 1309-1312.

**26.** JUBY, A. G. et C. M. De Geus-Wenceslau. *Evaluation of osteoporosis treatment in seniors after hip fracture*, *Osteoporos Int.,* mars 2002, vol. 13, no 3, p. 205-210.

**27.** MEADOWS, L. M., L. A. Mrkonjic, M. D. O'Brien et W. Tink. *The importance of communication in secondary fragility fracture treatment and prevention*, *Osteoporos Int.,* février 2007, vol. 18, no 2, p. 159-166.

**28.** SINGH, S., R. Foster et K. M. Khan. *Accident or osteoporosis?: Survey of community follow-up after low-trauma fracture*, *Can Fam Physician,* avril 2011, vol. 57, no 4, p. 128-133.

**29.** DAVIS, J. C., M. C. Ashe, P. Guy et K. M. Khan. *Undertreatment after hip fracture: a retrospective study of osteoporosis overlooked*, *J Am Geriatr Soc.,* juin 2006, vol. 54, no 6, p. 1019-1020.

**30.** ASHE, M. C., H. A. McKay, P. Janssen, P. Guy et K. M. Khan. *Improving osteoporosis management in at-risk fracture clinic patients*, *J Am Geriatr Soc.,* avril 2005, vol. 53, no 4, p. 727-728.

**31.** BYSZEWSKI, A., G. Lemay, F. Molnar, N. Azad et S. E. McMartin. *Closing the osteoporosis care gap in hip fracture patients: an opportunity to decrease recurrent fractures and hospital admissions*, *J Osteoporos,* 2011, 2011, 404969.

**32.** PETRELLA, R. J. et T. J. Jones. *Do patients receive recommended treatment of osteoporosis following hip fracture in primary care?,* *BMC Fam Pract.,* 2006, vol. 7, p. 31.

**33.** HAMEL, M. E., R. J. Sebaldt, K. Siminoski et coll. *Influence of fracture history and bone mineral density testing on the treatment of osteoporosis in two non-academic community centers*, *Osteoporos Int.,* févr. 2005, vol. 16, no 2, p. 208-215.

**34.** HAJCSAR, E. E., G. Hawker et E. R. Bogoch. *Investigation and treatment of osteoporosis in patients with fragility fractures,* *CMAJ,* 3 oct. 2000, vol. 163, no 7, p. 819-822.

**35.** KHANDWALA, H. M., N. Kolla et V. K. Grover. *Evaluation and treatment of osteoporosis in patients with a fragility hip fracture*, *Endocr Pract.,* novembre et décembre 2005, vol. 11, no 6, p. 370-375.

**36.** INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. *Capture the Fracture: A global campaign to break the fragility fracture cycle,* Nyon 2012.

**37.** INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. *Capture the Fracture: Break the worldwide fragility fracture cycle*, http://www.capturethefracture.org/. Consulté le 21 juin 2013.

**38.** ELLIOT-GIBSON, V., E. R. Bogoch, S. A. Jamal et D. E. Beaton. *Practice patterns in the diagnosis and treatment of osteoporosis after a fragility fracture: a systematic review*, *Osteoporos Int.,* oct. 2004, vol. 15, no 10, p. 767-778.

**39.** GIANGREGORIO, L., A. Papaioannou, A. Cranney, N. Zytaruk et J. D. Adachi. *Fragility fractures and the osteoporosis care gap: an international phenomenon*, *Semin Arthritis Rheum.,* avril 2006, vol. 35, no 5, p. 293-305.

**40.** OSTÉOPOROSE CANADA. *Ostéoporose : Vers un avenir sans fracture,* Toronto, 2011.

**41.** OFFICE OF THE SURGEON GENERAL. *Bone Health and Osteoporosis: A Report of the Surgeon General*. « US Department of Health and Human Services », édition Washington, 2004.

**42.** TOSI, L. L., R. Gliklich, K. Kannan et K. J. Koval. *The American Orthopaedic Association's "own the bone" initiative to prevent secondary fractures*, *J Bone Joint Surg Am.,* janvier 2008, vol. 90, no 1, p. 163-173.

**43.** AMERICAN ORTHOPAEDIC ASSOCIATION. Site Web *Own the Bone*. http://www.ownthebone.org/. Consulté le 17 janvier 2012.

**44.** AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. American Association of Orthopaedic Surgeons. *Position Statement: Recommendations for Enhancing the Care of Patients with Fragility Fractures*. http://www.aaos.org/about/papers/position/1159.asp. Consulté le 10 décembre 2012.

**45.** EISMAN, J. A., E. R. Bogoch, R. Dell et coll. *Making the first fracture the last fracture: ASBMR task force report on secondary fracture prevention*. *Journal of Bone and Mineral Research,* octobre 2012, vol. 27, no 10, p. 2039-2046.

**46.** NATIONAL BONE HEALTH ALLIANCE. *NBHA Secondary Fracture Prevention Initiative*. http://www.nbha.org/projects/secondary-fracture-prevention-initiative. Consulté le 4 février 2013.

**47.** DREINHOFER, K. E., J. M. Feron, A. Herrera et coll. *Orthopaedic surgeons and fragility fractures. A survey by the Bone and Joint Decade and the International Osteoporosis Foundation*, *J Bone Joint Surg Br.,* septembre 2004, vol. 86, no 7, p. 958-961.

**48.** INTERNATIONAL SOCIETY FOR FRACTURE REPAIR. Osteoporotic Fracture Campaign. http://www.fractures.com/about\_ofc.html. Consulté le 28-10-2011.

**49.** NSW GOVERNMENT HEALTH. *NSW Model of Care for Osteoporotic Refracture Prevention*, paru dans NSW Agency for Clinical Innovation Musculoskeletal Network, éd. Chatswood, 2011.

**50.** STATEWIDE ORTHOPAEDIC CLINICAL NETWORK AND REHABILITATION CLINICAL NETWORK. *Models of Care for Orthopaedic Rehabilitation - Fragility Fractures General Orthopaedic Trauma and Arthroplasty*, paru dans Government of South Australia, SA Health, éd. Adelaide, 2011.

**51.** GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. *Osteoporosis Model of Care*, paru dans : Department of Health Musculoskeletal Diabetes & Endocrine Falls Prevention and Aged Care Health Networks (WA), éd. Perth, 2011.

**52.** OSTEOPOROSIS NEW ZEALAND. *Bone Care 2020: A systematic approach to hip fracture care and prevention for New Zealand,* Wellington, 2012.

**53.** BRITISH ORTHOPAEDIC ASSOCIATION, BRITISH GERIATRICS SOCIETY. *The care of patients with fragility fracture* 2007.

**54.** NATIONAL OSTEOPOROSIS SOCIETY. *Protecting fragile bones: A strategy to reduce the impact of osteoporosis and fragility fractures in England/Scotland/Wales/Northern Ireland,* mai-juin 2009.

**55.** DEPARTMENT OF HEALTH. *Fracture prevention services: an economic evaluation*, 2009.

**56.** DEPARTMENT OF HEALTH. *Falls and fractures: Effective interventions in health and social care,* paru dans : Department of Health, éd. 2009.

**57.** MAJUMDAR, S. R., J. A. Johnson, D. Bellerose et coll. *Nurse case-manager vs multifaceted intervention to improve quality of osteoporosis care after wrist fracture: randomized controlled pilot study,* *Osteoporos Int.,* janv. 2011, vol. 22, no 1, p. 223-230.

**58.** MAJUMDAR, S. R., D. A. Lier, L. A. Beaupre et coll. *Osteoporosis case manager for patients with hip fractures: results of a cost-effectiveness analysis conducted alongside a randomized trial,* *Arch Intern Med.,* 12 janv. 2009, vol. 169, no 1, p. 25-31.

**59.** MAJUMDAR, S. R., L. A. Beaupre, C. H. Harley et coll. *Use of a case manager to improve osteoporosis treatment after hip fracture: results of a randomized controlled trial*, *Arch Intern Med.,* 22 oct. 2007, vol. 167, no 19, p. 2110-2115.

**60.** SANDER, B., V. Elliot-Gibson, D. E. Beaton, E. R. Bogoch et A. Maetzel. *A coordinator program in post-fracture osteoporosis management improves outcomes and saves costs,* *J Bone Joint Surg Am.,* juin 2008, vol. 90, no 6, p. 1197-1205.

**61.** BOGOCH, E. R., V. Elliot-Gibson, D. E. Beaton, S. A. Jamal, R. G. Josse et T. M. Murray. *Effective initiation of osteoporosis diagnosis and treatment for patients with a fragility fracture in an orthopaedic environment*, *J Bone Joint Surg Am.,* janvier 2006, vol. 88, no 1, p. 25-34.

**62.** MORRISH, D. W., L. A. Beaupre, N. R. Bell et coll. *Facilitated bone mineral density testing versus hospital-based case management to improve osteoporosis treatment for hip fracture patients: additional results from a randomized trial*, *Arthritis Rheum.,* 15 février 2009, vol. 61, no 2, p. 209-215.

**63.** ROUX, S., M. Beaulieu, M.-C. Beaulieu, F. Cabana et G. Boire. *Priming primary care physicians to treat osteoporosis after a fragility fracture: an integrated multidisciplinary approach*, *J Rheumatol,* mai 2013, vol. 40, no 5, p. 703-711.

**64.** DELL, R. *Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California*, *Osteoporos Int.,* août 2011, vol. 22, suppl. 3, p. 457-460.

**65.** DELL, R., D. Greene, S. R. Schelkun et K. Williams. *Osteoporosis disease management: the role of the orthopaedic surgeon,* *J Bone Joint Surg Am.,* nov. 2008, vol. 90, suppl. 4, p. 188-194.

**66.** NEWMAN, E. D., W. T. Ayoub, R. H. Starkey, J. M. Diehl et G. C. Wood. *Osteoporosis disease management in a rural health care population: hip fracture reduction and reduced costs in postmenopausal women after 5 years*, *Osteoporos Int.,* avril 2003, vol. 14, no 2, p. 146-151.

**67.** GEISINGER HEALTH SYSTEM. Osteoporosis. http://www.geisinger.org/professionals/services/osteo/index.html. Consulté le 21-01-2013.

**68.** HARRINGTON, J. T., H. L. Barash, S. Day et 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, no 2, p. 198-204.

**69.** EDWARDS, B. J., A. D. Bunta, L. D. Madison et coll. *An osteoporosis and fracture intervention program increases the diagnosis and treatment for osteoporosis for patients with minimal trauma fractures*, *Jt Comm J Qual Patient Saf.,* mai 2005, vol. 31, no 5, p. 267-274.

**70.** 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, no 8, p. 2321-2328.

**71.** KUO, I., C. Ong, L. Simmons, D. Bliuc, J. Eisman et J. Center. *Successful direct intervention for osteoporosis in patients with minimal trauma fractures*, *Osteoporos Int.,* déc. 2007, vol. 18, no 12, p. 1633-1639.

**72.** LIH, A., H. Nandapalan, M. Kim et coll. *Targeted intervention reduces refracture rates in patients with incident non-vertebral osteoporotic fractures: a 4-year prospective controlled study*, *Osteoporos Int.,* mars 2011, vol. 22, no 3, p. 849-858.

**73.** VAILE, J., L. Sullivan, C. Bennett et J. Bleasel. *First Fracture Project: addressing the osteoporosis care gap,* *Intern Med J.,* oct. 2007, vol. 37, no 10, p. 717-720.

**74.** INDERJEETH, C. A., D. A. Glennon, K. E. Poland et coll. *A multimodal intervention to improve fragility fracture management in patients presenting to emergency departments*, *Med J Aust.,* 2 août 2010, vol. 193, no 3, p. 149-153.

**75.** WARD, S. E., J. J. Laughren, B. G. Escott, V. Elliot-Gibson, E. R. Bogoch et D. E. Beaton. *A program with a dedicated coordinator improved chart documentation of osteoporosis after fragility fracture,* *Osteoporos Int.,* août 2007, vol. 18, no 8, p. 1127-1136.

**76.** BOUDOU, L., B. Gerbay, F. Chopin, E. Ollagnier, P. Collet et T. Thomas. *Management of osteoporosis in fracture liaison service associated with long-term adherence to treatment*, *Osteoporos Int.,* juill. 2011, vol. 22, no 7, p. 2099-2106.

**77.** AHMED, M., L. Durcan, J. O'Beirne, J. Quinlan et I. Pillay. *Fracture liaison service in a non-regional orthopaedic clinic--a cost-effective service*. *Ir Med J.,* janvier 2012, vol. 105, no 1, p. 24, 26-27.

**78.** BLONK, M. C., R. J. Erdtsieck, M. G. Wernekinck et E. J. Schoon. *The fracture and osteoporosis clinic: 1-year results and 3-month compliance*, *Bone,* juin 2007, vol. 40, no 6, p. 1643-1649.

**79.** HUNTJENS, K. M., T. A. van Geel, M. C. Blonk et coll. *Implementation of osteoporosis guidelines: a survey of five large FLS in the Netherlands, Osteoporos Int.,* juill. 2011, vol. 22, no 7, p. 2129-2135.

**80.** HUNTJENS, K. M., T. C. van Geel, P. P. Geusens et coll. *Impact of guideline implementation by a fracture nurse on subsequent fractures and mortality in patients presenting with non-vertebral fractures*, *Injury,* sept. 2011, vol. 42, suppl. 4, p. S39-43.

**81.** VAN HELDEN, S., E. Cauberg, P. Geusens, B. Winkes, T. van der Weijden et P. Brink. *The fracture and osteoporosis outpatient clinic: an effective strategy for improving implementation of an osteoporosis guideline*, *J Eval Clin Pract.,* oct. 2007, vol. 13, no 5, p. 801-805.

**82.** ASTRAND, J., J. Nilsson et K. G. Thorngren. *Screening for osteoporosis reduced new fracture incidence by almost half*, *Acta Orthop.,* déc. 2012, vol. 83, no 6, p. 661-665.

**83.** CHANDRAN, M., M. Z. Tan, M. Cheen, S. B. Tan, M. Leong et T. C. Lau. *Secondary prevention of osteoporotic fractures-an "OPTIMAL" model of care from Singapore,* *Osteoporos Int.,* 25 avril 2013.

**84.** CARPINTERO, P., E. Gil-Garay, D. Hernandez-Vaquero, H. Ferrer et L. Munuera. *Interventions to improve inpatient osteoporosis management following first osteoporotic fracture: the PREVENT project, Arch Orthop Trauma Surg.,* fév. 2009, vol. 129, no 2, p. 245-250.

**85.** CHEVALLEY, T., P. Hoffmeyer, J. P. Bonjour et R. Rizzoli. *An osteoporosis clinical pathway for the medical management of patients with low-trauma fracture*, *Osteoporos Int.,* 2002, vol. 13, no 6, p. 450-455.

**86.** STONE, D. *Managing osteoporosis in a rural community,* *Nurs Times,* 12-18 juin 2012, vol. 108, no 24, p. 25-27.

**87.** WALLACE, I., F. Callachand, J. Elliott et P. Gardiner. *An evaluation of an enhanced fracture liaison service as the optimal model for secondary prevention of osteoporosis*, *JRSM Short Rep.,* 2011, vol. 2, no 2, p. 8.

**88.** PREMAOR, M. O., L. Pilbrow, C. Tonkin, M. Adams, R. A. Parker et J. Compston. *Low rates of treatment in postmenopausal women with a history of low trauma fractures: results of audit in a Fracture Liaison Service*, *QJM,* janv. 2010, vol. 103, no 1, p. 33-40.

**89.** CLUNIE, G. et S. Stephenson. *Implementing and running a fracture liaison service: An integrated clinical service providing a comprehensive bone health assessment at the point of fracture management,* *Journal of Orthopaedic Nursing,* 2008, vol. 12, p. 156-162.

**90.** WRIGHT, S. A., C. McNally, T. Beringer, D. Marsh et M. B. Finch. *Osteoporosis fracture liaison experience: the Belfast experience*, *Rheumatol Int.,* août 2005, vol. 25, no 6, p. 489-490.

**91.** MCLELLAN, A. R., S. J. Gallacher, M. Fraser et 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, no 12, p. 1028-1034.

**92.** STATISTIQUE CANADA. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036,* Ottawa (Ontario), 2010.

**93.** VAN STAA, T. P., E. M. Dennison, H. G. Leufkens et C. Cooper. *Epidemiology of fractures in England and Wales* : *Bone,* déc. 2001, vol. 29, no 6, p. 517-522.

**94.** KANIS, J. A., E. V. McCloskey, H. Johansson et coll. *European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women*, *Osteoporos Int., 19 octobre* 2012.

**95.** MAUCK, K. F. et B. L. Clarke. *Diagnosis, screening, prevention, and treatment of osteoporosis,* *Mayo Clin Proc.,* mai 2006, vol. 81, no 5, p. 662-672.

**96.** LESLIE, W. D., S. O'Donnell, C. Lagace et coll. *Population-based Canadian hip fracture rates with international comparisons*, *Osteoporos Int.,* août 2010, vol. 21, no 8, p. 1317-1322.

**97.** JIANG, H. X., S. R. Majumdar, D. A. Dick et coll. *Development and initial validation of a risk score for predicting in-hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures*, *Journal of Bone and Mineral Research,* mars 2005, vol. 20, no 3, p. 494-500.

**98.** PAPAIOANNOU, A., C. C. Kennedy, G. Ioannidis et coll. *The impact of incident fractures on health-related quality of life: 5 years of data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study*, *Osteoporos Int.,* mai 2009, vol. 20, no 5, p. 703-714.

**99.** ADACHI, J. D., G. Ioannidis, L. Pickard et coll. *The association between osteoporotic fractures and health-related quality of life as measured by the Health Utilities Index in the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos)*, *Osteoporos Int.,* novembre 2003, vol. 14, no 11, p. 895-904.

**100.** ADACHI, J. D., G. Ioannidis, C. Berger et coll. *The influence of osteoporotic fractures on health-related quality of life in community-dwelling men and women across Canada*, *Osteoporos Int.,* 2001, vol. 12, no 11, p. 903-908.

**101.** BURGE, R., B. Dawson-Hughes, D. H. Solomon, J. B. Wong, A. King et A. Tosteson. *Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States,* 2005-2025, *Journal of Bone and Mineral Research,* mars 2007, vol. 22, no 3, p. 465-475.

**102.** Agence de santé publique du Canada. *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada,* Ottawa (Ontario), 2009.

**103.** SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER/INSTITUT NATIONAL DU CANCER AU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer,* Toronto, Canada, 2007.

**104.** MARSH, D., K. Akesson, D. E. Beaton et coll. *Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients,* *Osteoporos Int.,* juill. 2011, vol. 22, no 7, p. 2051-2065.

**105.** HARRIS, S. T., N. B. Watts, Z. Li, A. A. Chines, D. A. Hanley et J. P. Brown. *Two-year efficacy and tolerability of risedronate once a week for the treatment of women with postmenopausal osteoporosis*, *Curr Med Res Opin.,* mai 2004, vol. 20, no 5, p. 757-764.

**106.** RIZZOLI, R., S. L. Greenspan, G. Bone 3rd et coll. *Two-year results of once-weekly administration of alendronate 70 mg for the treatment of postmenopausal osteoporosis*, *J Bone Miner Res.,* novembre 2002, vol. 17, no 11, p. 1988-1996.

**107.** MCCLUNG, M. R., J. R. Zanchetta, A. Racewicz et coll. *Efficacy and safety of risedronate 150-mg once a month in the treatment of postmenopausal osteoporosis: 2-year data*, *Osteoporos Int.,* 30 juin 2012.

**108.** ENSRUD, K. E., D. M. Black, L. Palermo et coll. *Treatment with alendronate prevents fractures in women at highest risk: results from the Fracture Intervention Trial*, *Arch Intern Med.,* 8 au 22 décembre 1997, vol. 157, no 22, p. 2617-2624.

**109.** BEAUPRE, L. A., D. W. Morrish, D. A. Hanley et coll. *Oral bisphosphonates are associated with reduced mortality after hip fracture*, *Osteoporos Int.,* mars 2011, vol. 22, no 3, p. 983-991.

**110.** CENTER, J. R., D. Bliuc, N. D. Nguyen, T. V. Nguyen et J. A. Eisman. *Osteoporosis medication and reduced mortality risk in elderly women and men*, *J Clin Endocrinol Metab.,* avril 2011, vol. 96, no 4, p. 1006-1014.

**111.** SAMBROOK, P. N., I. D. Cameron, J. S. Chen et coll. *Oral bisphosphonates are associated with reduced mortality in frail older people: a prospective five-year study*, *Osteoporos Int.,* septembre 2011, vol. 22, no 9, p. 2551-2556.

**112.** BOLLAND, M. J., A. B. Grey, G. D. Gamble et I. R. Reid. *Effect of osteoporosis treatment on mortality: a meta-analysis*, *J Clin Endocrinol Metab.,* mars 2010, vol. 95, no 3, p. 1174-1181.

**113.** CHAKRAVARTHY, J., A. Ali, S. Iyengar et K. Porter. *Secondary prevention of fragility fractures by orthopaedic teams in the UK: a national survey*, *Int J Clin Pract.,* mars 2008, vol. 62, no 3, p. 382-387.

**114.** CHAMI, G., L. Jeys, M. Freudmann, L. Connor et M. Siddiqi. *Are osteoporotic fractures being adequately investigated? A questionnaire of GP & orthopaedic surgeons*, *BMC Fam Pract.,* 2006, vol. 7, p. 7.

**115.** DREINHOFER, K. E., M. Anderson, J. M. Feron et coll. *Multinational survey of osteoporotic fracture management,* *Osteoporos Int.,* mars 2005, vol. 16, suppl. 2, p. S44-53.

**116.** GANDA, K., M. Puech, J. S. Chen et coll. *Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis*, *Osteoporos Int.,* 25juill. 2012.

**117.** KURUP, H. V. et J. G. Andrew. *Secondary prevention of osteoporosis after Colles fracture: Current practice*, *Joint Bone Spine,* janvier 2008, vol. 75, no 1, p. 50-52.

**118.** LITTLE, E. A. et M. P. Eccles. *A systematic review of the effectiveness of interventions to improve post-fracture investigation and management of patients at risk of osteoporosis, Implement Sci.,* 2010, vol. 5, p. 80.

**119.** HARRINGTON, J. *Dilemmas in providing osteoporosis care for fragility fracture patients*. *US Musculoskeletal Review - Touch Briefings,* décembre 2006, vol. II, p. 64-65.

**120.** SALE, J. E., D. Beaton, J. Posen, V. Elliot-Gibson et E. Bogoch. *Systematic review on interventions to improve osteoporosis investigation and treatment in fragility fracture patients*, *Osteoporos Int.,* juill. 2011, vol. 22, no 7, p. 2067-2082.

**121.** AKESSON, K., D. Marsh, P. J. Mitchell et coll. *Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle*, *Osteoporos Int.,* 16 avril 2013.

**122.** INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. *Capture the Fracture: Best Practice Framework. http://www.capturethefracture.org/best-practice-framework*. Consulté le 27 juin 2013.

**123.** MAJUMDAR, S. R., J. A. Johnson, F. A. McAlister et coll. *Multifaceted intervention to improve diagnosis and treatment of osteoporosis in patients with recent wrist fracture: a randomized controlled trial*, *CMAJ,* 26 févr. 2008, vol. 178, no 5, p. 569-575.