

## Définition de FLS selon Ostéoporose Canada

Un service de liaison pour fractures (Fracture Liaison Service [FLS]) est un modèle de soins précis axé sur la prévention des fractures secondaires, à l'échelle du système, dans le cadre duquel un coordonnateur dédié :

1 <sup>er</sup> « i »	<b>IDENTIFICATION</b>	●	identifie systématiquement et proactivement les patients de 50 ans et plus qui se présentent à l'hôpital pour une nouvelle fracture de fragilité et/ou une fracture vertébrale nouvellement signalée;
2 <sup>e</sup> « i »	<b>INVESTIGATION</b>	●	organise les investigations nécessaires à la détermination du risque de fracture pour le patient;
3 <sup>e</sup> « i »	<b>INITIATION</b>	●	facilite l'initiation d'un traitement médicamenteux adéquat contre l'ostéoporose pour patients à risque élevé.

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<sup>1-3</sup>. D'autres caractéristiques importantes des FLS sont énumérés dans les « Éléments essentiels d'un FLS » d'Ostéoporose Canada.

### Éléments essentiels d'un FLS

1	<b>COORDONNATEUR DÉDIÉ AU FLS</b>
2	<b>IDENTIFICATION</b>
3	<b>INVESTIGATION</b>
4	<b>INITIATION DU TRAITEMENT</b>
5	<b>PRÉVENTION DES CHUTES ET INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES</b>
6	<b>SURVEILLANCE DU PATIENT</b>
7	<b>INTÉGRATION AUX SOINS PRIMAIRES</b>
8	<b>SURVEILLANCE DE LA PERFORMANCE DU FLS</b>

Pour plus de détails sur les éléments essentiels, consultez les paramètres techniques.

Le FLS, tel qu'il est décrit dans le présent document, démontre de manière constante une amélioration significative de l'écart dans les soins post-fracture, améliorant de manière générale d'au moins le double le taux de traitement approprié de l'ostéoporose. Le FLS a surpassé toutes les autres interventions post-fracture, se traduisant par une réduction significative des fractures secondaires et des coûts de santé associés<sup>1-3</sup>.

Les modèles de soins post-fracture qui ne répondent pas à la définition ci-haut ainsi qu'aux éléments essentiels ont, à ce jour, démontré soit une absence totale d'efficacité à combler l'écart de soins post-fracture, soit, dans le cas des modèles à 1 « i » (identification et alerte du fournisseur de soins primaires), seulement une faible amélioration de la proportion de patients recevant un traitement approprié contre l'ostéoporose.

Le comité du répertoire de FLS reconnaît toutefois que de nouvelles recherches sont en cours et accueille favorablement les soumissions au répertoire de modèles de soins post-fracture novateurs qui ne répondent peut-être pas à tous les éléments essentiels actuels d'un FLS établis par Ostéoporose Canada (OC), à condition que :

- le modèle est opérationnel depuis au moins une année complète;
- le modèle démontre son efficacité sur la base des indicateurs de performance clés des FLS d'OC.

1. Sale JE, et al. Systematic review on interventions to improve osteoporosis investigation and treatment in fragility fracture patients. Osteoporos Int. 2011  
2. Ganda K, et al. Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2012  
3. Barton DW, et al. The clinical impact of Fracture Liaison Services: a systematic review. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2021

## Paramètres techniques des éléments essentiels d'un FLS d'Ostéoporose Canada

1	<b>COORDONNATEUR DÉDIÉ AU FLS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Le coordonnateur de FLS doit se consacrer exclusivement aux activités du FLS ou disposer de temps réservé exclusivement aux activités du FLS.</li> <li>b. Le poste de coordonnateur de FLS doit être doté de ressources suffisantes pour pouvoir atteindre au moins 50 % des patients présentant une fracture et se présentant dans le cadre clinique spécifique du FLS, à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé approprié (patients hospitalisés en orthopédie, patients ambulatoires en orthopédie, ou les deux, selon le type de FLS).</li> <li>c. Le coordonnateur de FLS assure l'éducation des patients tout au long de leur parcours dans le FLS.</li> </ul>
2	<b>IDENTIFICATION:</b> identifie systématiquement et de manière proactive les patients âgés de 50 ans et plus se présentant à l'hôpital avec une nouvelle fracture de fragilité et/ou avec une fracture vertébrale nouvellement signalée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. FLS pour patients hospitalisés seulement : la recherche systématique et proactive de cas doit se faire au sein des services d'orthopédie de l'hôpital ou à partir d'une base de données administrative équivalente. Ce type de FLS doit accueillir des patients souffrant de fractures de la hanche. L'inscription d'autres fractures ostéoporotiques majeures admises (par exemple, poignet, épaule, colonne vertébrale et bassin) est fortement encouragée. Ces derniers patients peuvent être admis dans d'autres services médicaux.</li> <li>b. FLS pour patients externes seulement : la recherche systématique et proactive de cas doit se faire dans les cliniques orthopédiques de l'hôpital ou de l'institution, ou à partir d'une base de données administrative équivalente. Ce type de FLS doit inclure des patients souffrant de fractures du poignet, de l'épaule et du bassin. L'inscription de patients souffrant de fractures de la hanche et de la colonne vertébrale vus dans ces cliniques est également fortement encouragée.</li> <li>c. FLS combinés (pour patients hospitalisés et patients externes) : la recherche systématique et proactive de cas doit provenir à la fois des services orthopédiques de l'hôpital ET des cliniques orthopédiques externes. Ce type de FLS doit inclure les types de fractures suivants : hanche, poignet, épaule et bassin. L'inscription de patients souffrant de fractures de la colonne vertébrale est également fortement encouragée.</li> <li>d. Les FLS pour fractures de la colonne vertébrale sont beaucoup plus complexes à mettre en œuvre et il n'y a actuellement aucune preuve de l'efficacité clinique de ces modèles. Ostéoporose Canada recommande fortement de ne pas envisager de tels FLS tant que l'hôpital n'a pas déjà un FLS combiné (pour patients hospitalisés et patients externes) bien établi et qu'il ne s'est pas assuré de son efficacité. Dans le cas d'un FLS pour fractures de la colonne vertébrale, la recherche systématique et proactive de cas doit se faire directement dans le service d'imagerie diagnostique et doit être accessible à tous les patients présentant certaines études d'ID (p. ex. tous les tomodensitogrammes, y inclus les tomodensitogrammes de la poitrine, de l'abdomen et/ou de la colonne vertébrale). Ces modèles doivent démontrer qu'ils procèdent à une anamnèse adéquate et à un examen de l'imagerie antérieure de la colonne vertébrale afin d'exclure les fractures traumatiques antérieures de la colonne vertébrale (qui resteront présentes en permanence sur les études d'ID réalisées après la fracture).</li> </ul>
3	<b>INVESTIGATION :</b> organise les examens appropriés pour déterminer le risque de fracture du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Le FLS doit déterminer lui-même le risque de fracture du patient, car il connaît le mieux les facteurs de risque cliniques du patient. S'appuyer exclusivement sur la catégorisation du risque de fracture du rapport de DMO sera une option acceptable mais inférieure.</li> <li>b. Il faut utiliser un outil validé d'évaluation du risque de fracture recommandé dans les Lignes directrices de pratique clinique d'OC. Le FRAX avec une DMO est l'option préférée, car il s'est avéré être l'outil le plus précis (par rapport au FRAX sans DMO et par rapport au CAROC), en particulier chez les patients présentant une fracture. Le FRAX sans DMO est acceptable</li> </ul>

# OSTÉOPOROSE

		<p>lorsque les conditions locales l'exigent ou lorsqu'un patient est incapable d'obtenir une évaluation valide de la DMO.</p> <p>c. Pour les FLS de la colonne vertébrale, la détermination du risque de fracture ne peut être effectuée sans l'historique du patient (pour vérifier l'historique des traumatismes antérieurs à fort impact qui pourraient expliquer la fracture vertébrale nouvellement identifiée). Une certaine souplesse sera accordée à ces modèles, car la législation provinciale sur la protection de la vie privée pourrait n'autoriser les FLS qu'à envoyer une lettre d'alerte au médecin de première ligne. Tous ces modèles feront l'objet d'un examen conjoint par le comité du répertoire de FLS et le comité d'audit de FLS afin de déterminer leur statut en ce qui concerne leur inclusion dans le répertoire de FLS d'OC.</p> <p>Nonobstant ce qui précède, tous les FLS sont fortement encouragés à effectuer les investigations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Test de DMO. Si elle n'est pas nécessaire pour déterminer le risque de fracture, une nouvelle DMO de référence (si elle n'a pas été effectuée récemment) s'avérera probablement utile pour le suivi continu du patient.</li> <li>ii. Tests de laboratoire, pour s'assurer que le traitement contre l'ostéoporose ne présente aucun danger et pour exclure les causes secondaires potentielles de l'ostéoporose ou de la fragilité osseuse.</li> <li>iii. Des radiographies de la colonne vertébrale peuvent être utiles pour évaluer plus précisément le risque de fracture d'un patient et sont donc fortement recommandées pour certains patients chez qui elles peuvent faire la différence (principalement les patients à risque modéré). De nouvelles radiographies de référence de la colonne vertébrale peuvent également s'avérer utiles dans le cadre de la surveillance continue du patient.</li> </ul>
4	INITIATION DU TRAITEMENT	<p>Facilite l'initiation des médicaments appropriés contre l'ostéoporose pour les patients à risque élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pour les FLS à 3 « i », le modèle lui-même doit initier le traitement contre l'ostéoporose. Pour les FLS à 2 « i », il doit y avoir une communication au fournisseur de soins primaires (FSP) du patient avec une recommandation clairement formulée d'initier un traitement contre l'ostéoporose.</li> <li>b. Pour les patients déjà sous traitement contre l'ostéoporose, il doit y avoir une révision de la médication contre l'ostéoporose.</li> </ul>
5	PRÉVENTION DES CHUTES ET INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES	<p>La prévention des chutes chez les patients à risque, en partenariat avec les programmes locaux de prévention des chutes, doit inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Un dépistage du risque de chutes chez tous les patients.</li> <li>b. L'orientation vers un programme approprié de prévention des chutes pour tous les patients à risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>i. vers un programme local de prévention des chutes, s'il en existe un localement;</li> <li>ii. en l'absence de programme local de prévention des chutes, une lettre d'alerte doit être envoyée au FSP pour tous les patients considérés comme présentant un risque important de chutes.</li> </ul> </li> </ul> <p>Le FLS fournira des renseignements sur d'autres interventions non-pharmacologiques, le cas échéant.</p>
6	SURVEILLANCE DES PATIENTS À RISQUE ÉLEVÉ, spécifiquement	<p>La surveillance des patients à risque élevé comprendra les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pour les patients sous bisphosphonates oraux, il faut inclure au moins une évaluation du patient (en personne ou par téléphone) afin de s'assurer qu'il prend son médicament de</li> </ul>

# OSTÉOPOROSE

	<p>pour s'assurer que le traitement a été commencé et pris de manière appropriée</p>	<p>manière sûre et efficace. En général, cette évaluation a lieu environ 1 à 4 mois après la fracture.</p> <p>b. Pour tous les patients, quel que soit l'agent thérapeutique initié, il est nécessaire de procéder à une évaluation de la persistance, de préférence environ 52 semaines après la fracture. La persistance peut être évaluée en utilisant une base de données administrative.</p> <p><i>Lorsque les ressources le permettent, il est fortement recommandé aux FLS de surveiller les futures fractures de fragilité. Une période de suivi de plus d'un an sera nécessaire pour démontrer une diminution significative des fractures secondaires.</i></p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>INTÉGRATION AVEC LES SOINS PRIMAIRES</b></p>	<p>Le FLS doit communiquer directement avec le fournisseur de soins primaires du patient et doit inclure les renseignements suivants :</p> <p>a. Pour tous les patients :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. les résultats de toutes les investigations menées par le FLS (il peut s'agir simplement de mettre le FSP en copie des résultats des investigations);</li> <li>ii. le risque de fracture du patient (faible, modéré ou élevé) tel que déterminé par le FLS. Un rapport de DMO seul ne satisfait pas à ce critère;</li> <li>iii. une communication claire sur le transfert des soins à la fin de la période de suivi du FLS (pour les patients à haut risque, ce sera à un an post-fracture pour la plupart des FLS).</li> </ol> <p>b. Pour les patients à risque élevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. les traitements contre l'ostéoporose initiés et/ou recommandés.</li> <li>ii. une alerte au FSP concernant tout patient qui n'adhère pas ou ne suit pas son traitement contre l'ostéoporose prescrit lors du suivi.</li> </ol>
<p><b>8</b></p>	<p><b>SURVEILLANCE DE LA PERFORMANCE DU FLS, afin de s'assurer que le modèle est cliniquement efficace</b></p>	<p>a. Pour les FLS qui ne font pas partie de la Stratégie ontarienne contre l'ostéoporose (SOO) : les FLS doivent participer aux audits nationaux de FLS d'OC.</p> <p>b. Pour les sites de la SOO : la SOO continuera à effectuer des évaluations régulières de ses FLS. La SOO fournira à OC des données globales sur ses sites de FLS, recueillies dans le cadre du processus d'évaluation régulier, au moins une fois par période de renouvellement du répertoire.</p> <p><i>Lorsque les ressources le permettent, il est également recommandé de démontrer la rentabilité d'un FLS, car cela favorisera la durabilité du modèle.</i></p>