



IOF
CAPTURE *the*
FRACTURE

CADRE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES *pour* LES SERVICES DE LIAISON DES FRACTURES

Définir les normes

Les études ont montré que les modèles de Services de Liaison des Fractures (SLF) sont les moins onéreux pour la prévention des fractures secondaires.

Cette approche systématique, centrée autour d'un coordinateur de fractures, a pour effet une diminution du nombre de fractures, des économies au niveau de la santé et une amélioration de la qualité de vie des patients.

CADRE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LA PRÉVENTION DES FRACTURES SECONDAIRES

Le Cadre de Pratiques Exemplaires (CPE) est la référence internationale en matière de prévention de fractures ostéoporotiques secondaires. Le CPE promeut un modèle de soins centré autour d'un coordinateur (le Service de liaison des fractures (SLF)) comme le modèle à mettre en place par tous les hôpitaux et services ambulatoires qui traitent les patients avec des fractures de fragilité.

Le CPE a deux objectifs principaux :

- Apporter un guide pour les établissements qui mettent en place un SLF
- Fournir une référence pour les SLF déjà établis en vue d'améliorer leurs services

Structuré en 13 normes, le CPE pointe les étapes essentielles au succès d'un SLF et inclut également des objectifs ambitieux, favorisant ainsi l'excellence.

Chaque norme identifie les critères ainsi que les objectifs qui sont répartis en trois niveaux de réussite : or, argent, bronze.

La reconnaissance de la pratique d'excellence

La campagne de sensibilisation mondiale 'Éliminons les fractures' met en valeur sur une carte interactive tous les SLF conformes au CPE.

Voici le fonctionnement :

Étape 1

le SLF soumet sa candidature



Étape 2

Le SLF est marqué en vert sur la carte interactive et sa candidature examinée



Étape 3

Le niveau d'acquisition du CPE est confirmé



Étape 4

Le SLF est reconnu sur la carte



Pour participer à la campagne ou soumettre la candidature d'un SLF, merci de se référer au site : www.capturethefracture.org

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Les patients d'un établissement donné ayant subi une ou plusieurs fractures sont identifiés dans le but de prévenir les fractures secondaires. (Provenance : patients hospitalisés, patients ambulatoires ou référés par un autre établissement)

L'objectif de cette norme est de vérifier la VOIE par laquelle les patients fracturés sont identifiés. La norme reconnaît que certains établissements gèreront uniquement les patients hospitalisés, alors que d'autres gèreront uniquement les patients ambulatoires et d'autres, à la fois les patients hospitalisés et ambulatoires.

Le Questionnaire de Nomination en Ligne (QNL) permettra d'identifier quel type de patient fracturé fait partie des services offerts par l'établissement.

NIVEAU 1

Les patients ayant subi une fracture sont identifiés, toutefois **il n'existe pas de système de traçabilité** pour évaluer le pourcentage de patients étant identifiés versus ceux qui ne le sont pas.

Conseils

L'établissement ne dispose pas d'un système de traçabilité pour chaque patient présentant une fracture et ne peut déterminer la proportion des patients admis par le service.

NIVEAU 2

Les patients ayant subi une fracture sont identifiés, **il existe un système de traçabilité** pour évaluer le pourcentage des patients identifiés versus ceux qui ne le sont pas.

Conseils

L'établissement dispose d'un système de traçabilité pour chaque patient présentant une fracture et peut déterminer la proportion des patients admis par le service.

NIVEAU 3

Les patients ayant subi une fracture sont identifiés, **il existe un système de traçabilité** pour évaluer le pourcentage des patients identifiés versus ceux qui ne le sont pas. La qualité de la saisie des données a fait l'objet d'une révision indépendante.

Conseils

L'établissement dispose d'un système de traçabilité pour chaque patient présentant une fracture et la mesure d'évaluation du contrôle de la qualité des données est indépendante de l'équipe prodiguant des soins post fracture. Ex: une équipe existante d'assurance qualité des données au sein de l'hôpital ou une équipe de codage de terminologie médicale interne ou externe à l'hôpital ou au système de soins de santé.

Il est reconnu que les établissements de santé auront des approches différentes pour identifier les patients ayant subi une ou des fractures, que cela soit par le codage diagnostique (ICD, CIM10), l'âge, le type de fracture ou d'autres approches, elles permettront la prévention des fractures secondaires.

2. ÉVALUATION DU PATIENT

Les patients ayant subi une ou des fractures selon les termes de l'établissement, sont évalués pour les risques de fractures futures.

Cette norme fait référence au volume de patients évalués pour le risque de fractures futures.

L'objectif de cette norme est de vérifier quelle proportion de patients se présentant dans l'établissement est évaluée pour les risques de fractures futures.

La norme reconnaît que certains établissements vont se concentrer uniquement sur les patients hospitalisés alors que d'autres se concentreront à la fois sur les patients hospitalisés et ambulatoires.

De plus, cette norme reconnaît les circonstances selon lesquelles les pratiques exemplaires permettent de court-circuiter l'étape de l'évaluation du risque de fracture afin d'aller directement aux protocoles de traitements (ex : patients vulnérables tels que les patients âgés de plus de 80 ans).

NIVEAU 1

Parmi les patients identifiés et pour lesquels un accès immédiat à un traitement n'est pas garanti, **50 %** sont évalués pour les risques de fracture future.

NIVEAU 2

Parmi les patients identifiés et pour lesquels un accès immédiat à un traitement n'est pas garanti, **70 %** sont évalués pour les risques de fracture future.

NIVEAU 3

Parmi les patients identifiés et pour lesquels un accès immédiat à un traitement n'est pas garanti, **90 %** et plus sont évalués pour les risques de fracture future.

L'évaluation de cette norme prendra en considération les difficultés associées à l'évaluation des patients atteints de démence ou d'altération de la fonction cognitive.

3. MOMENT POUR ACCOMPLIR L'ÉVALUATION POST FRACTURE

L'évaluation du risque des fractures secondaires est effectuée avec congruité dans le temps suite à une fracture.

Cette norme fait référence au moment où est effectuée l'évaluation du risque de fracture future.

L'évaluation peut être effectuée par tout individu qualifié mais doit toutefois être suivie par le coordinateur du Service de Liaison des Fractures et doit contenir les éléments appropriés de l'évaluation post fracture tels que : le résultat de la densité minérale osseuse, l'évaluation du risque ou tout autre procédure d'évaluation applicable à la condition du patient.

Cette norme a pour objectif d'assurer qu'une évaluation formelle du risque de fracture future a été complétée.

NIVEAU 1

L'évaluation du risque des fractures secondaires est effectuée entre **13 et 16 semaines** suite à l'épisode de fracture.

Conseils

La proportion des patients pour laquelle cette norme s'applique est de l'ordre de 50, 70 et 90 % respectivement pour les niveaux 1, 2 et 3 de la norme 2.

NIVEAU 2

L'évaluation du risque des fractures secondaires est effectuée entre **9 et 12 semaines** suite à l'épisode de fracture.

Conseils

La proportion des patients pour laquelle cette norme s'applique est de l'ordre de 50, 70 et 90 % respectivement pour les niveaux 1, 2 et 3 de la norme 2.

NIVEAU 3

L'évaluation du risque des fractures secondaires est effectuée à l'intérieur dans un délai de **8 semaines** suite à l'épisode de fracture.

Conseils

La proportion des patients pour laquelle cette norme s'applique est de l'ordre de 50, 70 et 90 % respectivement pour les niveaux 1, 2 et 3 de la norme 2.

En utilisant le protocole de temps moyen des établissements, les candidats sont encouragés à donner une période de temps le plus précis possible afin d'identifier le moment de l'évaluation du risque de fracture future. Notez cependant, que la conduite de l'évaluation post fracture effectuée après un délai de 4 mois est trop tardive.

4. FRACTURE VERTÉBRALE

L'établissement se dote d'un système par lequel les patients n'ayant pas été identifiés antérieurement pour une fracture vertébrale sont identifiés et évalués pour le risque et la prévention de fractures secondaires.

La majorité des fractures vertébrales sont non dépistées ou non diagnostiquées.

Le but de cette norme est d'identifier les systèmes ayant été implantés au sein de l'établissement auprès de tous les patients, présents ou admis dans l'établissement, afin d'identifier ceux ayant subi une fracture vertébrale.

La connaissance du statut de fracture vertébrale et de la densité minérale osseuse (DMO) a démontré une amélioration significative quant à la prédiction du risque de fracture secondaire future.

NIVEAU 1

Les patients ayant subi une ou des **fractures vertébrales cliniques** sont évalués et/ou reçoivent un traitement pour la prévention des fractures secondaires.

NIVEAU 2

Les patients **sans fracture vertébrale ont une évaluation de routine** soit par examen de densité minérale osseuse (DMO) - morphométrie vertébrale latérale - (ou un examen radiologique simple de la colonne vertébrale) afin d'évaluer les fractures vertébrales.

NIVEAU 3

Les patients pour lesquels les résultats de radiologie émis par les radiologues de l'établissement confirment la présence de fracture vertébrale par examen radiologique simple, tomодensitométrie ou résonance magnétique (qu'elle soit fortuite ou non) sont aussi identifiés par le Service de Liaison des Fractures (SLF) afin d'obtenir l'évaluation et le traitement pour la prévention des fractures secondaires.

4. FRACTURE VERTÉBRALE

Conseils

Il a été montré que jusqu'à 25% des patients admis dans un SLF présentaient une déformation vertébrale mise en évidence par la technologie d'évaluation des fractures vertébrales.

Pour des patients fracturés ayant subi une évaluation de fracture vertébrale, la norme reconnaît ses limites.

Conseils

Pour les patients référés pour un examen de densitométrie osseuse sur la base de raison médicale autre qu'un historique de fracture antérieure, la vérification du statut de fracture vertébrale peut influencer les décisions de traitement de façon significative pour une certaine proportion de patients.

Conseils

Un volume substantiel de prise d'image est entrepris auprès de la clientèle de patients de plus de 50 ans, laquelle représente une opportunité d'augmenter significativement le taux de patients n'ayant pas été diagnostiqués pour des fractures vertébrales dans le contexte d'un épisode de soins encouru pour d'autres conditions de santé.

Cette norme reconnaît que les patients ayant subi des fractures vertébrales sont difficiles à identifier. Cette norme tend vers un idéal à atteindre mais puisque les fractures vertébrales sont les fractures de fragilité les plus communes, il serait négligent de ne pas inclure la tentative de les identifier dans le présent cadre.

5. LIGNES DIRECTRICES DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de l'établissement en matière de prévention des fractures secondaires dans le but de déterminer le besoin d'intervention est cohérente soit avec les normes locales, soit les normes régionales, ou les normes nationales.

L'objectif de cette norme est double. Dans un premier temps, la norme demande aux établissements d'adhérer à un guide validé par les pairs ayant eu lieu à un niveau local, régional, ou national.

En second lieu, la norme souligne le rôle important de leadership joué par les SLF en vue de supporter les collègues du système de santé au plan national.

Les SLF bien établis devraient jouer un rôle prépondérant dans les pourparlers en lien avec à l'édition des normes nationales sur la prévention des fractures secondaires.

NIVEAU 1

L'évaluation de l'établissement est cohérente avec la revue des pairs développée par l'établissement **local** prodiguant les SLF, ou adaptée des normes internationales.

Conseils

Bien que l'application des normes locales ou des normes internationales adaptées soient acceptées à ce niveau, il est escompté que dès que les normes régionales ou nationales ont été développées, l'établissement travaillera à l'amélioration de l'évaluation de la prévention des fractures secondaires.

NIVEAU 2

L'évaluation de l'établissement est cohérente avec les normes **régionales** ou de l'état.

Conseils

Bien que l'application de normes régionales soit acceptée à ce niveau, il est escompté que dès que les normes nationales ont été développées, l'établissement travaillera à l'amélioration de l'évaluation de la prévention des fractures secondaires.

NIVEAU 3

L'évaluation de l'établissement est cohérente avec les normes **nationales**.

6. ÉTIOLOGIES DE L'OSTÉOPOROSE SECONDAIRE

L'établissement peut démontrer quelle proportion de patients requérant un traitement pour la prévention des fractures secondaires, accède à une investigation (typiquement des tests sanguins) afin d'identifier les causes associées à une DMO basse.

Il est important de connaître l'étiologie de l'ostéoporose des patients.

L'évaluation devrait être supportée par un algorithme identifiant les causes secondaires de l'ostéoporose.

NIVEAU 1

L'établissement peut démontrer que **50 %** des patients nécessitant un traitement sont évalués de façon routinière afin d'identifier les causes secondaires d'ostéoporose.

NIVEAU 2

L'établissement peut démontrer que **70 %** des patients nécessitant un traitement sont évalués de façon routinière afin d'identifier les causes secondaires d'ostéoporose.

NIVEAU 3

L'établissement peut démontrer que **90 %** des patients nécessitant un traitement sont évalués de façon routinière afin d'identifier les causes secondaires d'ostéoporose par des protocoles et des demandes de consultations à des spécialistes.

Conseils

Pour clarification, dans les systèmes de santé dans lesquels les généralistes effectuent les demandes de consultations auprès des spécialistes, les SLF doivent avoir une communication étroite avec les généralistes afin de s'assurer que les demandes de consultations soient faites.

Il est reconnu que les méthodes utilisées pour identifier les causes secondaires de l'ostéoporose peuvent varier. La philosophie de cette norme est que les patients ayant subi une fracture et nécessitant un traitement sont évalués afin d'identifier les causes secondaires d'ostéoporose en accord avec les méthodes existantes de l'établissement ou du système de santé.

7. SERVICE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Les patients ayant subi une fracture de fragilité et perçus comme étant à risque de future chute, sont évalués afin de déterminer si le service de prévention des chutes est requis ou non.

Dans l'affirmative, ils sont référés au service de prévention des chutes établi au sein de l'établissement.

La classification de cette norme sera basée sur la disponibilité ou non du service de prévention des chutes.

La norme de base sera qu'une évaluation soit faite afin de déterminer si un patient nécessite le service de prévention des chutes ou non.

La cote de cette norme sera augmentée si le service de prévention des chutes est disponible et si les patients peuvent y être référés.

NIVEAU 1

50 % des patients présentant des fractures et perçus comme étant à risque de futures chutes sont évalués afin de déterminer si le service de prévention des chutes est requis.

Conseils

Tous les patients sont évalués pour le risque de chutes à l'aide d'un questionnaire de base.

NIVEAU 2

70 % des patients présentant des fractures et perçus comme étant à risque de futures chutes sont évalués afin de déterminer si le service de prévention des chutes est requis.

NIVEAU 3

90 % des patients présentant des fractures et perçus comme étant à risque de futures chutes sont évalués afin de déterminer si le service de prévention des chutes est requis. Les patients appropriés sont référés au service de prévention des chutes, lequel service rend compte par des interventions factuelles déjà effectuées.

Conseils

Le service de prévention des chutes rend compte des interventions ayant été effectuées par l'intermédiaire de programmes prévus à cet effet.

Cette norme détermine si un service de prévention des chutes est disponible et dans l'affirmative, de quelle façon il est utilisé. S'il n'y a pas de service de préventions des chutes dans l'établissement ou le système de santé, cette norme devient un objectif à atteindre et encourage les initiatives du SLF afin d'influencer l'établissement/le système de santé à rendre le service de prévention des chutes disponible.

8. ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUES RELIÉS AUX MULTIPLES FACETTES DE LA SANTÉ ET AU STYLE DE VIE.

Les patients présentant des fractures de fragilité sont soumis à une évaluation des facteurs de risques à titre de mesure préventive afin d'identifier les changements en lien avec la santé ou le style de vie, lesquels une fois implantés, réduiront le risque de fracture future.

Les patients identifiés sont référés au professionnel de l'équipe multidisciplinaire dans un but d'évaluation et de traitement.

Aller au-delà du traitement pharmacologique est important afin d'identifier d'autres besoins en matière d'interventions, lesquelles réduiront les risques de fractures futures. Ceci inclut l'évaluation des facteurs de risques sous-jacents en lien avec les besoins de santé ou de style de vie pouvant contribuer à des fractures futures.

Identifier des facteurs de risques tels que l'usage du tabac, la consommation d'alcool, la malnutrition, le manque d'exercice et/ou de coordination, l'équilibre précaire etc... et référer le patient au professionnel de la santé adéquat pour la prise en charge, aidera à la prévention des fractures futures.

NIVEAU 1

50 % des patients hospitalisés sont soumis à l'évaluation des facteurs de risques.

NIVEAU 2

70 % des patients hospitalisés sont soumis à l'évaluation des facteurs de risques.

NIVEAU 3

90 % des patients hospitalisés sont soumis à l'évaluation des facteurs de risques.

L'évaluation de ces facteurs de risques peut être faite par un professionnel de la santé du groupe de SLF (clinicien, -ne, infirmier, -ière, coordinateur, -trice des services de liaison des fractures, etc...) et selon la nature des services d'interventions requis, le patient sera dirigé vers le professionnel de la santé requis afin d'obtenir une évaluation et un traitement plus approfondis. Par exemple une évaluation de ces facteurs de risques est effectuée chez une personne très âgée présentant une fracture de fragilité et est identifiée comme ayant une diminution de la coordination et de l'équilibre. Ce facteur de risque identifié, le SLF soumet au patient des protecteurs de hanches (coquilles) à titre de mesure préventive contre une fracture de hanche suite à une chute. Il est reconnu qu'il y aura plusieurs méthodes utilisées afin d'identifier les facteurs de risques pour les fractures futures. La philosophie de cette norme permet aux patients ayant subi une fracture d'être évalués en fonction des facteurs de risques reliés aux multiples facettes de la santé et au style de vie en accord avec les méthodes de l'établissement ou du système de santé.

9. INITIATION DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Chez tous les patients de plus de 50 ans ayant subi une fracture et n'étant pas sous traitement pharmacologique au moment de la fracture, un traitement pharmacologique est initié ou alors les patients sont référés à leur médecin de famille afin de l'être, le tout en accord avec les lignes directrices locales/régionales/nationales d'ostéoporose.

La norme ne constitue pas une mesure générale du pourcentage de patients traités pharmacologiquement, mais plutôt une mesure du pourcentage de patients étant traités pharmacologiquement en fonction des lignes directrices applicables.

Cette norme reconnaît que ce ne sont pas tous les patients de 50 ans et plus qui nécessiteront un traitement pharmacologique.

NIVEAU 1

Chez 50 % des patients fracturés, **qui sont éligibles à un traitement pharmacologique** et en accord avec les lignes directrices locales/régionales/nationales de l'ostéoporose, un traitement pharmacologique est initié.

NIVEAU 2

Chez 70 % des patients fracturés, **lesquels sont éligibles à un traitement pharmacologique** et en accord avec les lignes directrices locales/régionales/nationales de l'ostéoporose, un traitement pharmacologique est initié.

NIVEAU 3

Chez 90 % des patients fracturés, **lesquels sont éligibles à un traitement pharmacologique** et en accord avec les lignes directrices locales/régionales/nationales de l'ostéoporose, un traitement pharmacologique est initié.

Cette norme reconnaît les variations sous-jacentes des systèmes de santé. Selon le système de santé en place, le spécialiste peut initier le traitement pharmacologique ou référer le patient au médecin de famille si ce dernier est l'initiateur du traitement pharmacologique. Dans un cas ou dans l'autre, le processus se veut robuste afin que le patient accède à son traitement.

10. RÉVISION PÉRIODIQUE DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Pour les patients prenant déjà un ou des traitements pharmacologiques pour l'ostéoporose, une réévaluation est offerte lorsque survient une fracture et inclut une révision de l'adhérence au traitement pharmacologique, la possibilité d'un traitement médicamenteux alternatif et l'optimisation des interventions non pharmacologiques.

L'intention de cette norme est d'évaluer si le SLF effectue une révision du traitement pharmacologique des patients ayant subi une ou des fractures alors qu'ils recevaient apparemment un traitement pour l'ostéoporose et quelle proportion de ce sous - groupe de patients obtient une révision de leur traitement pharmacologique.

NIVEAU 1

L'établissement prouve le suivi des traitements de **≥ 50 %** des patients identifiés ci-dessus (par le SLF), lesquels sont déjà sous traitement au moment de la fracture et effectue une revue de l'adhérence au traitement et/ou considère des interventions alternatives.

NIVEAU 2

L'établissement prouve le suivi des traitements de **≥ 70 %** des patients identifiés ci-dessus (par le SLF), lesquels sont déjà sous traitement au moment de la fracture et effectue une revue de l'adhérence au traitement et/ou considère des interventions alternatives.

NIVEAU 3

L'établissement prouve le suivi des traitements de **≥ 90 %** des patients identifiés ci-dessus (par le SLF), lesquels sont déjà sous traitement au moment de la fracture et effectue une revue de l'adhérence au traitement et ou considère des interventions alternatives.

11. STRATÉGIE DE COMMUNICATION

Le plan de gestion du SLF de l'établissement est communiqué aux cliniciens et contient l'information requise et approuvée par les partenaires locaux.

L'objectif de cette norme est de comprendre quelle est la portée du plan de gestion du SLF et de sa communication d'information face aux cliniciens. Cette norme permet d'évaluer si le plan de communication a permis de répondre aux besoins exprimés par les cliniciens afin d'assurer une adhésion optimale des recommandations du SLF.

NIVEAU 1

Le plan de gestion du SLF de l'établissement est **communiqué** aux médecins.

NIVEAU 2

L'établissement démontre que le plan de gestion du SLF est **communiqué** aux cliniciens et contient au moins **50% des critères listés.***

NIVEAU 3

L'établissement démontre que le plan de gestion du SLF est **communiqué** aux cliniciens et contient au moins **90% des critères listés.***

Cette norme est principalement applicable dans les situations où les patients hospitalisés ou ambulatoires sont diagnostiqués inopinément en cours d'épisode de soins avec une fracture, alors qu'ils sont suivis pour un problème non-orthopédique (ex.: une fracture vertébrale de fragilisation est diagnostiquée alors que la patiente se soumet à un examen radiologique des poumons pour une pneumonie). Dans ce cas, un plan de gestion post-fracture est à mettre en place et est communiqué au patient, aux professionnels de santé ainsi qu'aux payeurs (si une consultation est requise) impliqués dans les soins au patient.

**Critères mentionnés au point 2 et point 3: pointage associé au risque de fracture, densité minérale osseuse (DMO) par DXA, évaluation de fracture vertébrale par DXA ou examen radiologique vertébral, facteurs de risques d'ostéoporose primaire, causes secondaires d'ostéoporose (si applicable), fracture/ facteurs de risque de chute, médication actuelle (si applicable), révision de l'adhérence aux traitements pharmacologiques, plan de suivi, évaluation des facteurs de risque associés au style de vie, temps écoulé depuis la fracture la plus récente*

12. GESTION À LONG TERME

L'établissement dispose d'un protocole en place pour les suivis à long terme des interventions initiales ainsi qu'un plan d'adhésion à long terme.

L'objectif de cette norme est de vérifier quels sont les processus en place afin d'assurer une gestion à long terme fiable du risque de fracture.

Pour les systèmes de santé avec une infrastructure de soins primaires, les soins primaires locaux doivent être impliqués dans le développement de processus d'implantation de soins post fracture.

Pour les systèmes de santé ne disposant pas d'une infrastructure de soins primaires, le SLF doit établir un processus efficace de rétroaction directe du patient ou des soignants et concevoir des stratégies afin d'assurer le suivi par le SLF.

NIVEAU 1

Les recommandations pour les patients nécessitant un traitement pharmacologique incluent un suivi à long terme survenant **>12 mois post fracture**.

Elles suggèrent le moment auquel le patient doit se soumettre à une réévaluation du risque de fracture et de son traitement pharmacologique.

NIVEAU 2

NIVEAU 3

Les recommandations de traitement pour les patients nécessitant un traitement pharmacologique incluent à la fois un plan de suivi à court terme **<12 mois post fracture** ET un suivi à long terme **>12 mois post fracture**. Elles suggèrent le moment auquel le patient doit se soumettre à une réévaluation du risque de fracture et de son traitement pharmacologique. Elles incluent des conseils identifiant les personnes responsables d'effectuer le suivi de l'adhésion au traitement ainsi que le moment où cela doit être effectué.

12. GESTION À LONG TERME

Conseils

L'établissement peut démontrer quelle proportion de patients évalués à l'origine par le SLF a un plan de suivi à long terme pour les années 1 & 2 et au-delà de ces deux premières années.

Conseils

L'établissement peut démontrer quelle proportion de patients évalués à l'origine par le SLF a un plan de suivi à court terme soit de 6 à 12 mois, ainsi qu'un plan de suivi à long terme pour les années 1 & 2 et au-delà de ces deux premières années.

*Une des responsabilités clef du SLF est d'avoir un **protocole en place** afin d'assurer l'implantation du suivi à long terme et de communiquer des instructions claires quant à l'identification des personnes qui seront chargées de s'assurer de l'adhésion au traitement pharmacologique des patients ainsi que du moment où cela devra être effectué, peut importe qu'il s'agisse du SLF, du médecin généraliste ou de tout autre ressource en lien avec le système de santé.*

13. BASE DE DONNÉES

Tous les patients identifiés avec une fracture de fragilité sont enregistrés dans une base de données locale, puis les données sont centralisées dans une base de données nationale.

L'objectif de cette norme est de mettre en évidence l'importance d'avoir une base de données efficace afin de soutenir le SLF.

La norme cherche également à développer des bases de données au niveau local, régional et national; ces bases de données permettront d'établir des jalons de références dans le pays.

NIVEAU 1

Les patients ayant subi une ou des fractures de fragilité (pour les patients décrits ci-dessus) sont enregistrés dans une base de données **locale**.

NIVEAU 2

L'établissement démontre que les patients ayant subi une ou des fractures de fragilité identifiés ci-dessus sont enregistrés dans une base de données pouvant être partagée **régionalement** à des fins de comparaison.

NIVEAU 3

L'établissement démontre que les patients ayant subi une ou des fractures de fragilité identifiés ci-dessus sont enregistrés dans une base de données **nationale**.

La base de données procure un jalon de référence pour tous les établissements contribuant à la base de données.

Une base de données locale permettant l'enregistrement des dossiers de patients ayant subi une ou des fractures de fragilité est essentielle à un SLF (niveau 1). Quant à la base de données nationale, elle constitue un idéal à atteindre pour le futur et conséquemment est identifiée au niveau 3.

A PROPOS DE LA CAMPAGNE 'CAPTURE THE FRACTURE®' (ELIMINONS LES FRACTURES)

'Capture the Fracture®' est une initiative de la Fondation Internationale pour l'Ostéoporose (IOF) qui vise à promouvoir la prévention des fractures secondaires en facilitant la mise en place de SLF, un modèle de soins post-fracture, centré autour d'un coordinateur. Pour plus d'information, visitez le site www.capturethefracture.org

Le CPE a été initialement publié dans le document de référence de l'IOF :

Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int* 24:2135-2152.

Il y a un manque de soin important à travers le monde qui laisse des millions de patients ayant déjà subi une fracture à risque de subir une deuxième fracture. 'Capture the Fracture®' ambitionne de combler ce manque et de faire de la prévention de la fracture secondaire une réalité.

Prof John A. Kanis
PRESIDENT



International Osteoporosis
Foundation

International Osteoporosis Foundation

9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Switzerland • T +41 22 994 01 00 • F +41 22 994 01 01
info@iofbonehealth.org • www.iofbonehealth.org