

Deuxième journée du Club Filières - Fractures

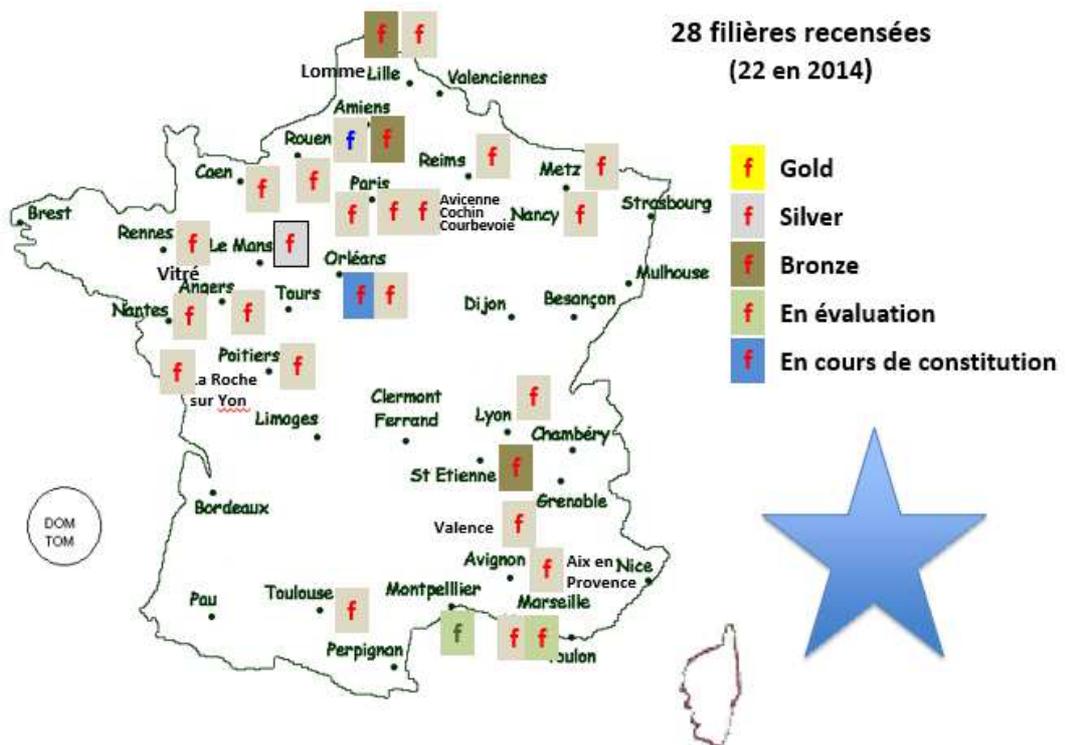


04 octobre 2016 - Hôpital Cochin - Paris

MATIN 10 :00 – 12 :30 - Modérateurs : P FARDELLONE, B CORTET

Introduction – P FARDELLONE (Amiens)

Club créé il y a 2 ans, 28 filières recensées par l'IOF mais en fait 30 à la fin de la journée.



Plus de 4000 patients/an et programme capture the fx : 3 bronze, 1 silver (Le Mans)...

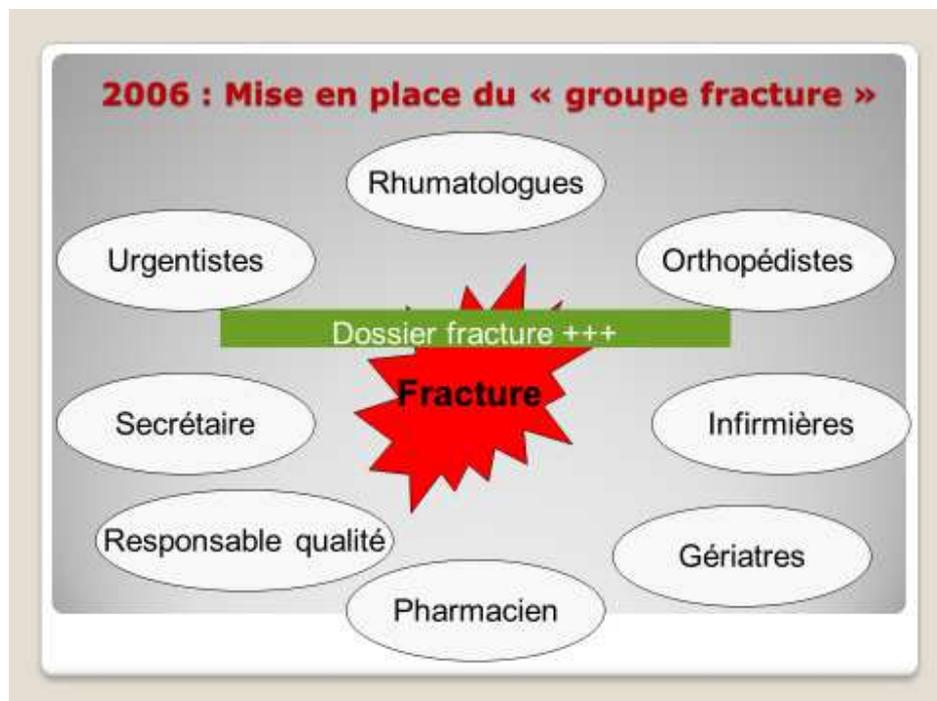
Evaluation d'une filière fx dans le cadre d'un PREPS : l'expérience de l'hôpital St Joseph (G RAJZBAUM - Paris)

Historique : Programme OPTIPOST = Optimisation de la prise en charge de l'Ostéoporose

En fait travail débuté en 2004 (thèse de Sébastien LEROY) sur 101 femmes de 40 à 85 ans après fracture (fx) du poignet = constat de mauvaise prise en charge.

Après 2004 : plusieurs actions mais échecs car non pérennes = mutations, peu d'implication des chirurgiens orthopédiques + urgentistes. Puis une infirmière a aidé mais elle n'a pas pu rester, ceci jusqu'en 2008. Cela a débouché sur des thèses mais sans amélioration de la prise en charge des patients.

En 2006 création du « groupe fracture »



La prescription d'une ostéodensitométrie a été retenue comme étant le meilleur facteur prédictif de la mise en route d'un traitement de fond. Et là, amélioration des pratiques = plus de traitements après fractures vertébrales et ESF, reposait surtout sur l'infirmière.

Puis ils se sont intéressés aux FLS = « fracture liaison service » de l'IOF. Les systèmes sont organisés autour d'un coordonnateur, au mieux une infirmière, facilitant la mise en place de mesures de la DMO (densité minérale osseuse) après une fracture de fragilité avec amélioration de la prise en charge thérapeutique. Ces systèmes ont permis une réduction des coûts

Mise en pratique : projet OPTIPOST – dossier PREPS en 2011

Programme PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins) = programme d'Amélioration de la Qualité des Soins qui doit faire collaborer médecins et infirmières. Ont obtenu financement 200 000 € sachant que l'hôpital compte 580 lits et 40 000 passages aux urgences/an. Comprend

une infirmière coordinatrice à temps plein, 1 vacation médecin hebdomadaire, ARC, statisticien. Cahier d'observation, saisie des données et suivi.

Objectifs : évaluer la prise en charge des patients et cette nouvelle organisation en ciblant fx poignet et ESF avec 2 phases : 1ère phase observationnelle d'octobre 2013 à avril 2014 = évaluation du niveau qualitatif de l'époque puis phase expérimentale avec randomisation des patients de mai 2014 à déc 2015.

Critères de jugement principaux : % de patients ayant bénéficié d'une DMO après fx et % de patients ayant bénéficié d'un traitement de fond de l'ostéoporose après fx ESF.

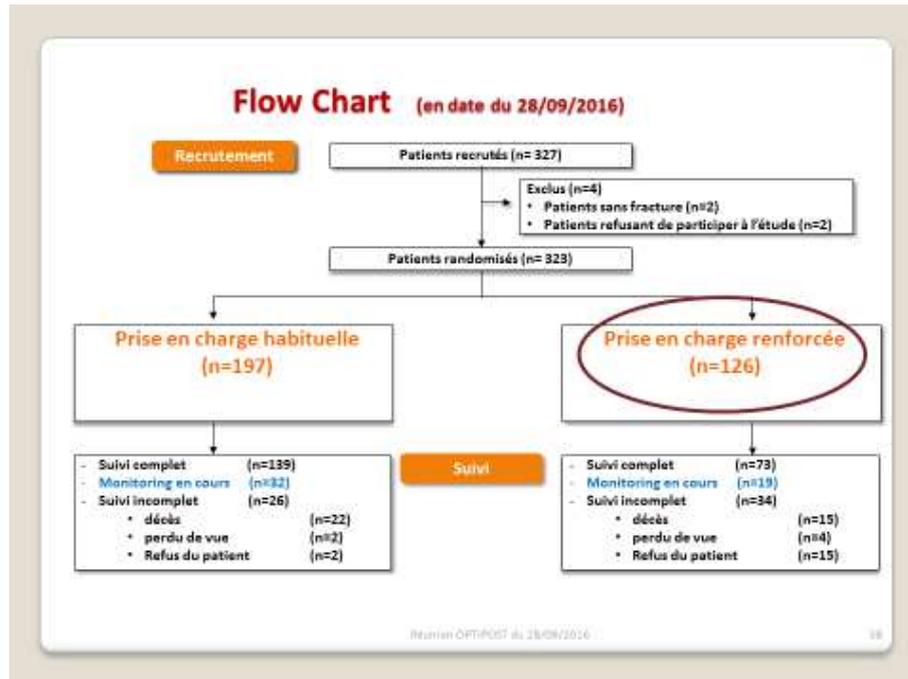
Critères de jugement 2aires : survenue de nouvelles fractures, survenue de nouvelles chutes, hospitalisations pour autre motif.

Critères de sélection :

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion
<ul style="list-style-type: none">• Patient (homme ou femme) > 45 ans et < 95 ans• Patient venant pour fracture de « basse énergie » concernant :<ul style="list-style-type: none">- l'extrémité inférieure du radius (FEIR)- l'extrémité supérieure du fémur (FESF)• Patient affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime	<ul style="list-style-type: none">• Patient victime d'un accident de la voie publique• Maladie grave associée mettant la fracture au 2^{ème} plan, ou espérance de vie à quelques mois• Patient grabataire• Patient s'opposant à sa participation à l'étude après information• Patient pour lequel une hospitalisation est nécessaire et transféré dans un autre établissement pour faute de place au GHPSI

Phase observationnelle de 6 mois = 155 inclus, suivi complet = 123, 21 suivis incomplets dont 12 décès : moyenne d'âge pour fx du poignet = 75 ans et 85 pour fx ESF. Sur les 78 fx du poignet = 12 DMO prescrites et 6 faites (7,7%) donc pas mieux que 2004 ! Sur 69 ESF seul 12 ont eu TTT lors du passage en orthopédie et 1 après (18,8%). 20% de patients font des chutes ensuite. Donc quand on ne fait rien il ne se passe rien. Difficile de savoir pourquoi il y a des « non indications » de prescriptions.

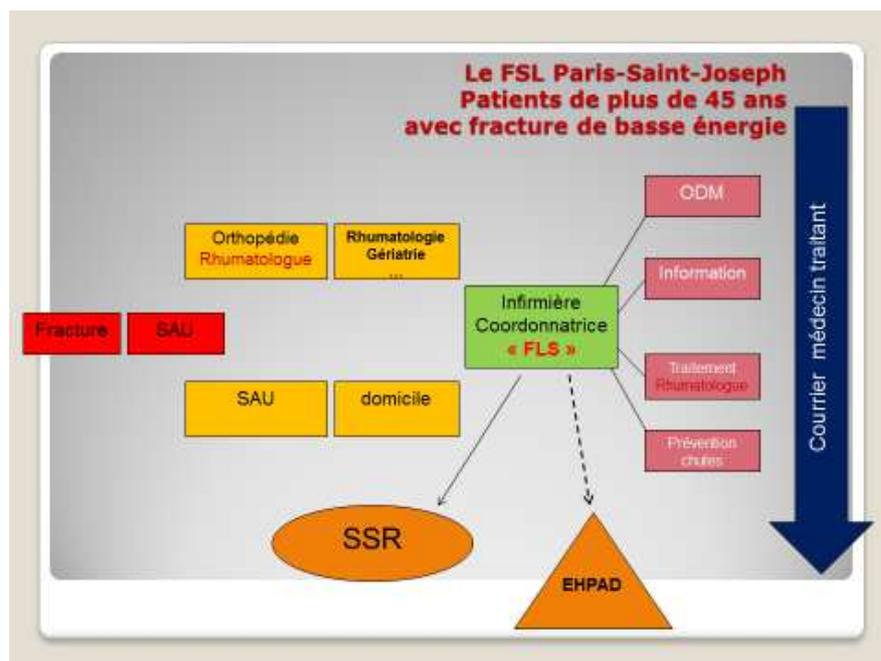
Phase expérimentale = on évalue les mêmes fx avec les mêmes critères d'inclusion et randomisation selon semaine d'arrivée aux urgences : certaines semaines sans intervention et certaines avec prise en charge renforcée (visite à 3 et 6 mois + suivi téléphonique à 1 an). Résultats préliminaires.



Population âgée avec 80-90% de femmes, certains IMC bas. Difficultés = faire revenir avec gros travail de l'infirmière. Refus de certains médecins !!! Donc gros travail aussi à faire auprès d'eux. Le poste d'infirmière coordinatrice est pérennisé et ils vont suivre toutes les fx de fragilité des personnes entre 45 et 95 ans, dossier entièrement informatisé.

Reste à faire avant la disponibilité des résultats finaux prévus 1^{er} trimestre 2017 : finaliser le monitoring (reste une cinquantaine de patients à traiter), double saisie des données dans la base, générer et répondre aux queries, analyses statistiques. La réunion de revue des données qui permettra de revoir les incohérences persistantes et valider les populations d'analyse.

Schéma de la FLS très proche de celui de l'IOF :



Entre décembre 2015 et septembre 2016 = 492 patients en plus inclus hors protocole avec toutes les fx ostéoporotiques de basse énergie.

Conclusion : il faut impliquer tout le monde sans sursolliciter les chirurgiens orthopédiques et urgentistes. Importance +++ d'un coordonnateur infirmier, d'un accès à l'ostéodensitométrie. Soutien fort de la direction aussi. Lien nécessaire avec les structures de ville.

Discussion

Travail remarquable et qui sert de modèle notamment pour des projets qui ont du mal à émerger dans les établissements.

Pas d'évaluation médico-économique prévue pour l'instant. Cela permet aussi de capter les patients qui auraient été perdus de vue.

Question sur la pérennité de la filière = il faut inclure tous les acteurs y compris MG, EHPAD. Ne pas avoir un dossier trop lourd non plus. Le milieu libéral est plus adapté pour le suivi à long terme même s'il est illusoire d'avoir un suivi exhaustif.

Regret de l'absence de cotation de l'acte infirmier.

Ressentis et prise en charge par les MG des patients ayant eu accès à la filière OP du CHU d'Amiens (E RENOARD – Amiens)

Contradiction entre l'importance en santé publique et faible taux (20%) de prise en charge.

Filière CHU Amiens créée en 2006 avec une thèse (Mme Nassima DEHAMCHIA-REHAILIA) portant sur le maintien thérapeutique à 18 mois = 375 patients et à 18 mois seuls 67 % continuaient TTT, la 1^{ère} cause d'arrêt étant le non-renouvellement du traitement par le médecin traitant. Point de départ de l'étude présentée.

Objectif principal = comprendre les difficultés du médecin généraliste lors de la prise en charge des patients ostéoporotiques après un évènement fx lorsque le traitement a été initié par le rhumatologue de la filière spécialisée. Objectif 2aire = opinion des médecins généralistes concernant la filière.

Méthode = étude qualitative par entretien individuel des médecins traitants des patients ayant eu accès à la filière du CHU en 2014 avec initiation du traitement, avec un guide de l'entretien et enregistrement. Saturation des données au bout de 11 entretiens.

Résultats = dans l'ensemble pas de difficultés pour leur propre prise en charge mais difficultés émanant du patient et aussi liées à l'intervention de la filière. Ils reconnaissent l'importance de la DMO mais ne la font pas toujours, pas de mesures du Ca alimentaire. OP assimilée à un phénomène naturel de vieillissement ou à une maladie non grave. Ils apprécient la médiatisation de l'OP. Les nouveautés thérapeutiques sont bien perçues. La filière est mal connue et même si elle est connue, pas son fonctionnement. Mauvaise coordination ville-hôpital avec doublons d'exams. Eviter les prescriptions initiales trop longues pour que le médecin traitant « reprenne la main ». Les éléments qui favorisent le maintien thérapeutique sont : l'espacement des prises, la forme injectable du traitement et l'information délivrée au patient. Les éléments négatifs = mauvaise tolérance (mais rare dans cette étude), modalités de prise, maladie peu bruyante et efficacité du traitement difficile à ressentir. Difficulté pour le patient de faire le lien entre ostéoporose et fx. Toujours le problème du manque de temps. A noter un bilan bucco-dentaire systématique et une supplémentation vitamino-calcique indispensable.

Suggestions d'amélioration : améliorer la communication ville-hôpital, faire connaître l'existence de la filière, prescription initiale courte, étendre le travail de la filière aux structures privées et aux centres hospitaliers en périphérie.

Points forts : peu d'études se sont intéressées à ce sujet, méthode de l'entretien, population étudiée. Points faibles : les médecins participants étaient volontaires donc sans doute les plus intéressés, l'investigateur et le participant sont tous deux des médecins donc peut-être réponses un peu biaisées par peur du « jugement ». Pas assez de prise en charge hygiéno diététique et prévention de chutes. Le MG s'investit moins quand existe une filière.

NB : Programme de prévention des chutes du CHU mis en place avec lien avec les gériatres.

Discussion

Il y a 834 médecins généralistes dans la Somme.

Plusieurs médecins généralistes des patients inclus dans la filière ont refusé l'entretien, surtout par manque de temps.

Thèse dans la Sarthe : l'ostéoporose est vécue comme une maladie non grave, ils ne se reconnaissent pas dans les recommandations actuelles du GRIO et ne voient pas nécessité d'une filière, se sentent capables de faire seuls. Difficile de mobiliser les médecins généralistes!

Etonnement de l'absence de frein / ostéonécroses de la mâchoire = se sont plus les dentistes qui font frein que les médecins.

Peu faisaient appel aux rhumatologues de ville.

Articulation entre FLS et Education thérapeutique (ETP) - (C THEVENOT –Laon)

Objectif = éviter une récurrence fx chez patient en ayant déjà eu 1.

Parcours de soins avec aspect dépistage, discussion de la prise en charge et ETP.

ETP = cf déf HAS. Uniquement pour maladies chroniques. Va au-delà de l'information pure mais avec un objectif de changement des mauvaises habitudes. Il faut une motivation pour faire changer = il faut partir du patient, savoir qui il est et en quoi on peut faire bouger les choses. Ne pas oublier nos propres croyances. Gérer les réticences.

Entretien individuel éducatif de 45 à 60 mn avec empathie, reformulation et programme personnalisé. Il faut que le patient s'approprie ce que l'on sait, il faut qu'il repère par ex des signes d'alerte.

L'éducation peut être faite en individuel ou groupe. Cf groupe Solidos.

La journée s'adresse à des hommes et femmes > 45 ans avec fx OP. Patients repérés sur listing et on propose le programme avec consultation, bilan biologique à la recherche d'une cause 2^e, RX dorso-lombaire et DMO déjà faite en ville. Diagnostic éducatif du soignant, de la diététicienne avec proposition de changement

réaliste et négociée. Evaluation du risque de chute (ophtalmo, MMS, orthopédie). Proposition thérapeutique et suivi éducatif.

Revus à M3, M6, M12 puis tous les ans pour renforcer l'éducation et suivi observance TTT. Pour les ateliers, seul le diététique a pu être mis en place. Pas de financement.

Ressenti au travers de cette prise en charge ? : en fait inclut maintenant des « non cassés » et pour eux la confusion est fréquente entre OP et arthrose d'où intérêt des os factices, des résultats de la DMO, des ATC familiaux ESF. Difficile de faire le lien entre fx et ostéoporose car ils sont tombés. La fx entraîne aussi une fx dans la vie = ils deviennent vieux, peur de la dépendance ce qui peut être un bon levier. Difficulté au changement = souvent en rapport avec la mauvaise image de soi quand ostéoporose alors que paradoxalement ils ont peur de retomber et de se recasser. Pour l'alimentation = assez bien perçu et le chiffrage des apports parle bien.

Observance = pour la perfusion OK 1ère année et finalement rappel des patients pour les perfusions suivantes, les font venir avec le produit mais cela permet aussi une reprise des éléments ETP = actuellement file active 41 patients.

Difficultés et constats = le listing est fait par les urgences et il est fait par les cadres et pas les médecins (sinon n'est pas fait), question du tri. Convaincre les patients d'entrer dans filière n'est pas toujours évident, problème d'accès aux soins dans le secteur rural. Parmi motif de refus aussi = déjà fait correctement en libéral. Une filière demande beaucoup de travail et de réflexion.

Discussion

Les patients très âgés semblent peu intéressés par ETP, les déments ou institutionnalisés sont exclus.

L'exemple d'une filière libérale (A DUCHE – Amiens)

Depuis 6 mois, cabinet de groupe de 4 rhumatologues au sein clinique de chirurgie de 167 lits + 17 ambulatoires dont 50% orthopédie, avec plateau technique RX + DMO, association loi 1901 permettant de faire des projets, surtout pour l'instant dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC).

Passage en hospitalisation de 130 fx ESF, 110 fx poignets et 10 fx vertébrales mais chiffres approximatifs et sous-évalués car les fx ESF sont surtout orientées vers CHU, les fx du poignet souvent ne sont pas hospitalisées et encore moins les fx vertébrales. Environ 300 fx échappent d'où l'intérêt de faire une filière et de faire un travail coopératif avec le CHU qui a aussi sa filière.

Moyens = manipe RX formé à l'ETP (qui a déjà travaillé pour les RIC), ligne tel dédiée, ordinateur portable relié au réseau et possible prise directe de RdV.

Campagne d'affichage et d'information sans caractère dramatique = affiche, flyers, lettre d'information et cartes de visite etc. envoyés aux médecins mais aussi aux cadres, réunions d'information avec médecins et paramédicaux mais assez informel en mini-réunions.

**VOUS AVEZ PRÉSENTÉ UNE
FRACTURE DU **POIGNET, VERTÉBRALE**
OU DE LA **HANCHE...****

**...ET SI C'ÉTAIT DE
L'OSTÉOPOROSE ?**

FLS Fractures Liaison Service
Dépistage de l'ostéoporose post-fracturaire
06 67 29 53 33

Service de Rhumatologie
Polyclinique de Picardie
49 rue Alexandre Dumas - 80094 AMIENS

Avec le soutien institutionnel du Laboratoire *Silly*

Le Service de Rhumatologie de la Polyclinique d'Amiens, auteur du document, remercie le Laboratoire Lilly d'avoir permis sa mise en page et son impression.
Le contenu est sous la seule responsabilité de l'auteur.

PHOT 001 - 04/06/2016 - 03 Service de Rhumatologie de la Polyclinique d'Amiens

Prochaines cibles = centres de rééducation, pneumologues (corticothérapie), neurochirurgiens (prise en charge de certaines fx vertébrales).

Les problèmes = Sensibiliser les différents praticiens, les amener à coopérer. Sensibiliser les patients, les amener à se questionner sur l'origine de leurs fractures. Centraliser les informations vers l'assistante médicale via la ligne dédiée. Aller rechercher les infos, dans les services d'urgences d'orthopédie de manière hebdomadaire. Recueillir des données standardisées sur ces patients. Le temps...

Coût < 5000 €/an avec infirmière et l'aide des laboratoires Lilly et AMGEN qui participent à la création de la filière au travers de Camélia.

Pour l'instant 15 patients inclus.

Discussion

Peur de s'essouffler dans le temps = maintenir la motivation.

Risque d'être accusé de détournement de clientèle = pas de problème pour l'instant, vont informer les médecins généralistes.

A 4 ne font que 110 DMO/an. Ce n'est pas l'essentiel de leur activité.

Suivi pour l'instant fait par elle-même.

PRADO ? Certains centres ont été contactés mais d'un autre côté la CPAM n'est pas là pour mettre des obstacles mais au contraire coordination.

Discussion générale (P FARDELLONE) = problème des Fractures vertébrales

Difficile de les mettre dans une filière du fait des lacunes de diagnostic = souhait de faire appel aux radiologues = le GRIO a réalisé un pack avec le soutien de Lilly avec affiche et flyers qui invite à contacter la coordinatrice de la filière. A aussi diaporama et lettre.



APRES-MIDI 13h30 – 16h00 - Modérateurs : C ROUX et T THOMAS

Où en est le programme Capture the fracture en 2016 (M SCHEINEINFIRMIÈRE – IOF)

IOF = association mondiale non gouvernementale avec 3 comités = CSA = conseillers scientifiques, CCA = conseillers d'entreprise, CNS = sociétés type GRIO - 98 pays.

Que fait l'IOF ? faire avancer la recherche, plaider pour un changement de politique, participer à la campagne et appeler les gens à prendre part à cette action, promouvoir un réseau.

OP = fardeau humain et économique : actuellement 8.9 millions de fx de fragilité/an (dont 1.6 million pour celles de l'ES, 80% des patients non diagnostiqués. En 2050, projection = 6.3 millions/an de fx ESF. Coût annuel > 110 milliard/an d'ici 2025 en EU, US et Chine. Or les FLS ont été prouvées efficaces et économiques d'où lancement du programme Capture the fx en 2012 avec 4 stratégies : être le porte-parole international en matière de prévention de futures fx, conduire la politique internationale dans la priorisation de cette prévention, assurer la qualité des structures, fournir les supports pour l'établissement et l'amélioration des FLS.

1er outil = guide des pratiques exemplaires avec comme but définir FLS = 13 critères qui vont de l'identification du patient au TTT. Programme de reconnaissance qui vise la qualité des FLS.

Boite à outils téléchargeable sur le site, 4 parties = rationnel, guide pas à pas, lettre pour avoir financement, diapos etc...Webinaire, mentorship program (pour faciliter le transfert des connaissances et des compétences en reliant les FLS expérimentées avec des FLS débutantes). En développement = charte globale pour le patient (pour l'éduquer et qu'il demande un TTT).

Pourquoi joindre le programme ? : valoriser sa filière au niveau international, conseils personnalisés, intégration dans un mouvement mondial pour avoir du poids envers l'OMS.

Pour adhérer : questionnaire en ligne qui prend entre 20 et 60 mns. Question sur chacun des 13 critères.

Actuellement un peu plus de 100 FLS dans le monde mais que 7 en Fr. Assez concentré en Europe.

Discussion

CR de notre journée sur le site prévu.

Les lettres pour avoir financement / établissement = plutôt fait pour système anglo-saxon. Adaptation souhaitée de même de traduction dans différentes langues des outils.

Contactez l'IOF si besoin de nouvelles actions.

Les FLS : veille bibliographique (J PACCOU - Lille)

Depuis 2015 et sur le site du GRIO

C'est quoi le gold standard d'une FLS ? schéma classique sachant qu'on peut rajouter un service d'orthogériatrie, gériatrie, médecin traitant etc.



4 grands types de structures de prévention 2aire de fx de fragilité : D = identification et information des patients, C = identification et information des patients et médecins traitants, B = identification, information et investigations, A = identification, information, investigation et initiation. Les A et B sont les meilleurs, avec au mieux intégration d'un suivi.

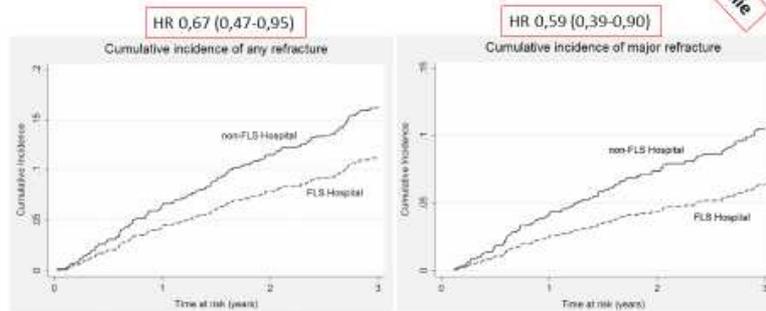
En 2016 données complémentaires sur l'efficacité des FLS =

- 11 centres d'orthogériatrie avec FLS en Angleterre (Hawley S et al, Age and Ageing. 2016;45:236-242). Mortalité à 30 jours et 1 an réduites quel que soit le type de service et la période d'étude par contre pas de diminution 2ème fx ESF (pas de données sur les autres fx non vertébrales. Réduction des coûts.
- en Australie, comparaison d'un centre avec FLS et un autre sans FLS sur les taux de refracture avec 3 ans de suivi =

Efficacité d'un service de liaison des fractures sur les taux de refracture

3 années de suivi : 63/515 (12%) versus 70/416 (17%) - Analyse en ITT

Australie



NNT de 20 sur une période de 3 ans

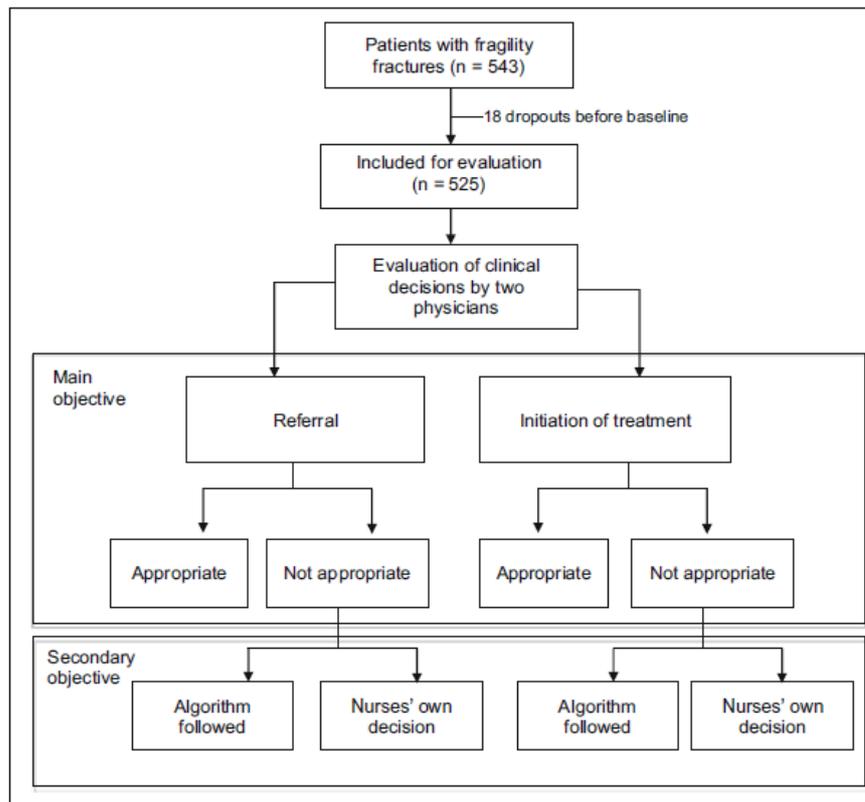
Nakayama A et al, Osteoporos Int, 2016;27:873-879

Quelle définition ?

- Pour la charte de la NOS, 10 propositions =
 - (1) Identification; ≥ 50 ans; FNV et FV incidentes
 - (2) Investigations; dans les 3 mois; évaluation du risque de chute
 - (3) Information écrite pour les patients
 - (4, 5) Intervention : traitement anti-ostéoporotique et chutes
 - (6) Intégration du MG
 - (7) Intégration d'un suivi à 4 mois puis tous les 12 mois
 - (8-10) Qualité : base de données, recueil de l'avis des patients, participation à des projets nationaux, DPC du personnel, publications des résultats...

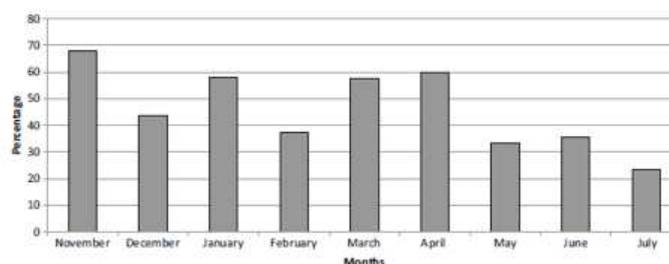
Application de cette charte NOS en pratique = taux d'identification 62%, initiation du traitement dans 57% des cas ambulatoires + 80% des hospitalisés, à 3 mois 79% des patients contactés restent sous traitement dont 53% sous bisphosphonates et 93% sous vitamine D.

- The Lucky Bone Program à Montréal (Senay A et al, Osteoporos Int. 2016;27:1569-1576) pour savoir si les infirmières sont aussi capables d'identifier les patients et de passer la main au besoin :



Les IDE coordinatrices de la FLS avaient 6h de formation et celles des urgences 2h. Entre novembre 2014 et juillet 2015, en prenant comme critère de jugement le taux d'identification et les taux de prise en charge : = réponse positive. NB : pour contourner les difficultés de financement au Canada infirmière peut prescrire TTT.

- Sur la période des 9 mois : 190 patients avec fracture de fragilité
- Taux d'identification : entre 30-70%



- Taux de prise en charge : 58,1% (54/93 patients référés avec 31 refus)

Baisse en fin de période, juqu'à nouveau message pour remotivier...

- En Suède (Axelsson KF et al, Osteoporos Int. 2016 May): FLS sans coordinateur avec la secrétaire des urgences aux manettes pour l'identification : > 60% ont une DMO et environ 50% de prescription. Mais pas d'amélioration pour la mortalité et le taux de refracture.

En conclusion : De nouvelles données concernant la mortalité, le taux de refracture et la réduction des coûts
Définition, standardisation et gold standard d'un service de liaison des fractures : IOF, NOS...D'autres modalités de fonctionnement existent avec un succès... variable...

Discussion

Traduction FLS en France = filières Fractures

FLS et consultation de prévention des chutes : en pratique (G DESCHASSE – J MOYET - Amiens)

Prévention des chutes. 1/3 des personnes de > 65 ans chutent dans l'année et 50% récidive dans l'année.

Les chutes sont d'origine multifactorielle : effet du vieillissement, maladies, TTT, comportements et environnement. Chez la personne âgée il n'y a jamais de cause unique donc il faut une approche globale. Plutôt en prévention secondaire. L'ARS du Nord demande une évaluation annuelle des chutes avec 3 niveaux de risque : élevé (chute antérieure ET test positif donc > 14s), modéré (chute antérieure OU test positif) et faible (pas de chute antérieure et test négatif).

Buts de la filière chutes = prévenir le risque de chute et ses conséquences, alternative à l'hospitalisation.

Pour toutes personnes > 65 ans chuteurs ou à haut risque de chute, en excluant les patients qui ne sont pas stabilisés, troubles cognitifs, GIR 1.

Contenu : bilan IDE formée à la gériatrie, examen gériatrique complet par un médecin avec réalisation d'échelles standardisées (au moins MMSE, ADL, Get up and go test, station unipodale, life space assessment, MNA), au moins 3 examens complémentaires, information/éducation du patient et de son entourage. Importance de la multidisciplinarité avec une trace de synthèse adressée dans les 8 jours comportant des recommandations thérapeutiques ceci dit il ne faut pas dépasser 4 recommandations si on veut qu'elles soient suivies. Un compte rendu est donné au patient en main propre le jour même.

Lien étroit avec les acteurs du domicile et m'importe quel médecin peut demander, 2 indications = bilan gérontologique ou bilan thématique (notamment troubles de la marche et perte d'autonomie)

Recueil d'activité envoyé à l'ARS.

Discussion

A Amiens il y a un lien avec la FLS fx.

Difficultés du relai sur le terrain ensuite pour vérifier l'implémentation mais il n'y a que 25% des recommandations suivies ! Ne vont pas à domicile. Impliquer les aides à domicile.

Où en sont nos projets de travaux communs ? (P FARDELLONE, K BRIOT- Amiens & Paris)

Philéas Fog = acronyme = Projet d'Homogénéisation des Informations liées A la Structuration des Filières fracturaires Ostéoporotiques Groupées. Permettrait de repérer des lacunes dans certaines étapes et de les faire remonter aux pouvoirs publics.

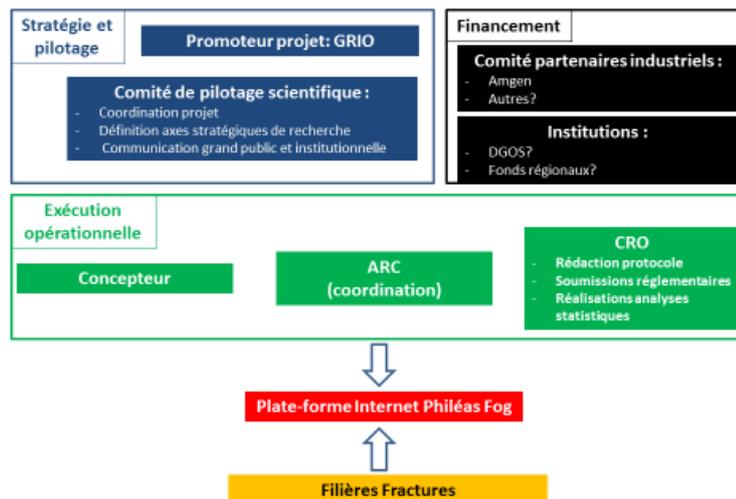
Principes :

- Créer un observatoire du parcours de soins des patients souffrant d'ostéoporose en France
 - Fusionner les bases de données locales des FLS en un registre national nominatif des patients fracturés, renseigné par un questionnaire commun à toutes les FLS.
 - Hébergement sur une plate-forme agréée
- Etude longitudinale rétro-prospective observationnelle de cohorte
 - Collecter et agglomérer les bases de données locales en une base de données nationale pour la réalisation d'analyses rétrospectives
 - Création d'un CRF commun, mise en place d'une plate-forme Internet permettant la collecte online de données prospectives avec réalisation d'analyses
 - Possibilité de faire évoluer la plate-forme Internet pour réaliser des études ancillaires (qualité de vie / évaluation de l'ETP...)
- Possibilité de faire évoluer la plate-forme Internet pour réaliser des études ancillaires (qualité de vie / évaluation de l'ETP...)

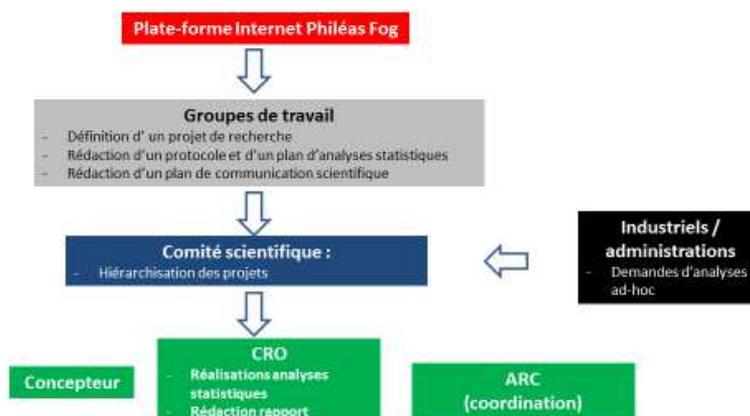
L'ambition est de générer des données observationnelles de prise en charge dans la vie réelle, via les filières fx, pour identifier les ruptures dans le parcours de soin et améliorer la prise en charge du patient ostéoporotique.

Objectifs : recueillir les données cliniques et épidémiologiques d'une cohorte de patients souffrant d'ostéoporose afin de mettre en place des projets de recherche. Exemples : évaluation de l'activité et de la performance de chaque centre, identification des facteurs prédictifs de refracture après une première fracture (courbe FRAX sur une population française basée sur des données de vie réelle), compréhension du parcours de soins avant et après une première fracture ...

Organisation – création base de données



Organisation – projets de recherche



Comité scientifique créé mais il faut aussi des comités de pilotage.

Pour l'instant on est au début : il faut se mettre au départ sur le masque de saisie mais pour l'instant que 4 réponses donc il faut répondre ! Ensuite il faut faire parvenir sa réponse à Patricia HALOUZE et s'inscrire sur un ou plusieurs thèmes de recherche parmi 4 thématiques : épidémiologie clinique, parcours de soins et mesures de santé perçues (PROs), prise en charge médicamenteuse, éducation Thérapeutique...

Discussion

On peut peut-être commencer déjà à recueillir les données puis faire des études prospectives.

Discussion générale

La plupart des MG ne connaissent pas les FLS.

Communiquer les idées de thèmes pour 2017.

Avec le soutien institutionnel des laboratoires

