

LIVRE BLANC

DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

PRESENTÉ AU SÉNAT
LE 17 OCTOBRE 2017

MANIFESTE

Pour un plan de santé publique
contre les fractures liées à l'ostéoporose



COMITÉ RÉDACTIONNEL

Laurent Grange
Gérard Chales
Françoise Alliot Launois

AFLAR
Françoise Couchoud
Christelle Chau
EmPatient
Julie Giraud
David-Romain Bertholon

SOMMAIRE

COMITÉ DE PILOTAGE DES ETATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE	7
INTRODUCTION	8
Dr Laurent Grange, Président de l'AFLAR	
L'OSTÉOPOROSE C'EST QUOI ?	13
Pr Bernard Cortet, Pr Gérard Chalès	
POUR UN PLAN DE SANTE PUBLIQUE DES FRACTURES DE L'OSTÉOPOROSE :	17
LES 7 PRIORITÉS-CLÉ	
DÉFENDONS NOS OS, CAR LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE EST ACTUELLEMENT TRÈS DÉFICIENTE EN FRANCE	19
Pr Gérard Chalès	
LE COLLECTIF OSTÉOPOROSE	25
L'URGENCE, L'ALERTE DE LA CNAMTS	33
L'ALLIANCE NATIONALE CONTRE L'OSTÉOPOROSE	37
LES ETATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE DE SEPTEMBRE 2016 A OCTOBRE 2017	38
ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES MALADES	41
UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	47
LE PANEL CITOYEN	53
LES TABLES RONDES RÉGIONALES	57
LES 7 PRIORITÉS-CLÉ	65
LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES	75
REMERCIEMENTS	80
LISTE DES PARTICIPANTS DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE	83
ANNEXES	89
ANNEXE 1 : LES PROPOSITIONS DU COLLECTIF OSTÉOPOROSE	91
ANNEXE 2 : ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DU GRIO	93
ANNEXE 3 : RÉSULTATS BRUTS DE L'ENQUÊTE PATIENTS	97
ANNEXE 4 : L'OSTÉOPOROSE/CNAMTS	109
ANNEXE 5 : LE RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT APRES FRACTURE DE L'OSTÉOPOROSE	121
ANNEXE 6 : LE RÔLE DU PÉDICURE-PODOLOGUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE	125
ANNEXE 7 : LE RÔLE DE LA MÉDECINE THERMALE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE	127
ANNEXE 8 : LE RÔLE DE L'ENSEIGNANT ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA) DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE	129
ANNEXE 9 : OSTÉOPOROSE (OP) ET SPONDYLOARTHRITE (SA)	131
ANNEXE 10 : OSTÉOPOROSE (OP) ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)	135
ANNEXE 11 : LIVRET DE L'ASSURANCE MALADIE : fracture après un choc léger : j'ai une fragilité osseuse	143
ANNEXE 12: LIVRET LE VOLEUR D'OS, tout savoir pour l'arrêter	149

COMITÉ DE PILOTAGE DES ÉTATS GÉNÉRAUX CONTRE L'OSTÉOPOROSE

L'ensemble du dispositif et de l'organisation des états généraux de l'ostéoporose ont été possibles grâce à la mobilisation bénévole d'un comité de pilotage représentant différents acteurs de la prise en charge de l'ostéoporose :

Dr Laurent Grange (CHU Grenoble), Président de l'AFLAR

Françoise Alliot-Launois (APHP)
Vice-présidente AFLAR

Pr Gérard Chalès - professeur émérite de Rhumatologie CHU Rennes, Trésorier AFLAR

Laurence Carton - patiente experte AFLAR

Pr Hubert Blain - Centre de Prévention et de Traitement des Maladies du Vieillissement Antonin Balmes, Centre Régional Equilibre et Prévention de la Chute du Languedoc-Roussillon, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier

Pr Bernard Cortet (CHU Lille) - GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses)

Pr Thierry Thomas (CHU St-Etienne) - GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses)

Pr Pascal Guggenbuhl (CHU Rennes) - SFR

Pr Christian Roux (APHP Cochin) - SFR

Dr Pierre Monod - Conseil National Professionnel de Rhumatologie

Dr Eric Senbel - Syndicat National des Médecins Rhumatologues

Dr Florence Tremollières - GEMVI (Groupe d'Étude sur la Ménopause) Centre de Ménopause, Hôpital Paule de Viguier Toulouse

Pr Daniel Buchon - PU Médecine Générale, Limoges, CNGE Collège Académique

Mr Pierre Niemczynski Ordre national des pédicures-podologues

Camille Cochet - Ordre national des pédicures-podologues

Pr Jean-Marc Féron - (SOFOT) hôpital saint antoine

Christine Rolland - Association Asthme et allergie

Pr Christian Roques - médecine thermique AFRETH

Frédéric Srouf - Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Delphine Lafarge - Présidente AFS

Gérard Thibaud - Président ANDAR

Sonia Chirol - Directrice ANDAR

Mathieu Vergnault - SFP, APA

Dr Christine Bonnet CHU Limoges

Mr Joel Casse Président APNO

Nathalie de Benedittis -AIRSS
Un grand merci pour leur mobilisa-

tion et disponibilité sans faille !

Un grand merci au soutien financier des partenaires, le premier partenaire AMGEN a rendu possible les cinq premières tables rondes et les enquêtes et ce en garantissant une totale liberté aux organisateurs et au comité de pilotage. Ainsi qu'à tous les autres partenaires qui ont rejoint les Etats généraux de l'ostéoporose.



INTRODUCTION

Dr Laurent Grange, Président de l'AFLAR

Porter à la connaissance des politiques, des décideurs, de l'urgence de la situation en France des malades atteints d'une fracture de l'ostéoporose, tel est l'objectif du Livre Blanc de l'ostéoporose. Selon le GRIO, l'ostéoporose est une maladie insuffisamment connue et trop peu diagnostiquée... « Chaque année en France, plus de 393 000 Français sont victimes de fractures, généralement sans savoir que c'est parce qu'ils ou elles souffrent d'ostéoporose, dont deux tiers de ces fractures survenant chez la femme. Près de 90% d'entre eux continueront donc à ignorer la véritable raison de leur fracture. Seuls 15% seront orientés vers un dépistage de cette maladie et auront accès à des mesures préventives et à des traitements adaptés...

Quelques chiffres, on estime que 40% des femmes de 50 ans seront victimes d'une fracture ostéoporotique avant la fin de leur vie, et 14% des hommes.

Ces chiffres pourraient doubler d'ici une cinquantaine d'années en raison de l'allongement de l'espérance de vie.

A 65 ans, 39% de femmes souffrent d'ostéoporose, elles sont 70% à 80 ans. Dans le monde, on enregistre une fracture toutes les 20 secondes, soit 1 600 000 fractures du fémur par an ! »

L'AFLAR est un acteur engagé ; Soutenir et accompagner les personnes victimes d'ostéoporose et d'autres maladies articulaires, c'est la mission au sein de cette association de patients et professionnels de santé que je préside.

L'Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale est la seule association dédiée à l'ensemble des affections ostéo-articulaires. Fondée en 1928, elle est reconnue d'utilité publique depuis 1937. Cette organisation regroupe de nombreuses Associations Nationales affiliées, des professionnels de santé et des patients.

L'AFLAR sensibilise le grand public et les Institutions Nationales pour faire prendre conscience des retentissements de ces maladies, diffuse la connaissance sur les maladies ostéoarticulaires et aide les patients à mieux vivre leur maladie au quotidien.

Elle permet aussi l'égalité d'accès aux soins pour toutes les personnes atteintes d'affections ostéoarticulaires, s'attache à faire pleinement reconnaître les poids humains et socio-économiques majeurs des rhumatismes auprès des pouvoirs publics et à faire progresser la prise en charge sociale, les moyens de prévention et la Recherche. Membre de l'IOF (International Osteoporosis Foundation) au titre des patients Français. Elle est la seule association défendant l'intérêt des patients souffrant d'ostéoporose en France.

En effet nous sommes donc fort mobilisés depuis longtemps pour défendre nos concitoyens atteints de cette maladie, car nous l'affirmons : l'ostéoporose est une maladie grave touchant plus de 5 millions de Françaises et Français !

Maladie silencieuse, certes, jusqu'à la survenue de la 1ère fracture, elle fait alors rentrer le patient dans une spirale infernale aboutissant à de nouvelles fractures sources de souffrances, de perte d'autonomie et même de surrisque de décès dans plus de 20% des cas après certaines fractures.

Malgré ce constat accablant l'ambiance générale n'est pas propice à l'amélioration de sa prise en charge ! Les adhérents de notre association sont inquiets du désinvestissement de leur médecin au niveau de leur prise en charge. Moins 400 000 patientes et patients traités en quelques années, une baisse de 6% par an du nombre de prescriptions de densitométrie osseuse, avec comme conséquence une augmentation dramatique du nombre de fractures de plus de 10% entre 2011 et 2013. Il se rajoute des campagnes médiatiques et internet calomnieuses sur cette maladie et ses traitements (fausse maladie, traitements extrêmement dangereux par exemple) associées à un lobbying anti produit laitier qui aggravent encore la situation déjà peu florissante !

Pour réagir, nous avons décidé de frapper fort et proclamer une mobilisation générale contre l'ostéoporose. Nous avons donc permis à tous les plus grand experts Français de se rassembler avec les patients dans une structure : l'Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose. Elle a pour objet d'être un acteur national de source de propositions pour améliorer la prise en charge de ce fardeau sociétal qu'est l'ostéoporose.

La première grande action sous l'égide de cette Alliance Nationale a été d'organiser les états généraux de l'ostéoporose. Pour mieux connaître leurs attentes, leurs états d'esprit, leurs idées reçues enfin en un mot la vision des Françaises et Français souffrant d'ostéoporose, nous avons lancé une grande enquête auprès des malades et une enquête auprès des médecins généralistes sur l'ostéoporose.

Ces données riches et passionnantes sont la base de la réflexion en région de ces états généraux de l'ostéoporose. En effet, la deuxième partie de l'action a été de mettre autour de la table dans toute la France, patients et professionnels de santé afin de réfléchir autour de cette maladie et faire émerger des propositions d'amélioration de sa prise en charge. Et enfin, Le livre blanc de l'ostéoporose pour faire comprendre à nos décideurs les enjeux majeurs de santé publique de l'ostéoporose en France.

Bonne lecture de cette photographie des Françaises et Français souffrant d'ostéoporose et n'oublions pas de faire du bruit autour de cette maladie silencieuse, dans l'attente d'un Plan National de l'ostéoporose que nous demandons aux pouvoirs publics.

Laurent Grange
Président de l'AFLAR



GERARD BAPT, DÉPUTÉ

Ancien rapporteur du PLFSS à l'Assemblée Nationale



“

Je constate que l'ostéoporose est négligée, mal connue, avec un diagnostic et un traitement trop peu mis en place. Je constate aussi que les malades sont ignorants de cette maladie qu'est l'ostéoporose et de sa gravité. Une femme sur 3, un homme sur 5, avec des conséquences lourdes, c'est effrayant.

Je dois dire aussi, qu'il n'existe pas de Parcours de soin dans l'ostéoporose et que très certainement, l'ostéoporose va nécessiter un Plan, un Plan de Santé, un Plan National Ostéoporose.

“

OLIVIER VÉRAN

Rapporteur général de la commission des affaires sociales
Député de l'Isère, Neurologue au CHUGA



“

L'ostéoporose touche plus de cinq millions de femmes en France, c'est-à-dire une femme sur trois après 50 ans. Cette maladie silencieuse est responsable de nombreuses pathologies, notamment les fractures du poignet, de la hanche, du col du fémur (il y a plus de 393 000 fractures liées à l'ostéoporose, en France, par an).

L'ostéoporose fait appel au triptyque « prévention, dépistage/diagnostic et prise en charge ». Dans celui-ci, l'éducation à la santé et la prévention ont un rôle majeur à jouer parce que, dans la survenue de l'ostéoporose, il y a des facteurs environnementaux, des facteurs alimentaires, des carences vitaminiques, le tabac.. l'enjeu est donc de taille notamment dans le cadre de la mise en place des programmes thérapeutiques dès l'école et dès le collège pour les enfants.

Il est également nécessaire de lancer une campagne nationale informative envers la population car l'effort a été relâché dans cette direction depuis quelques années.

“

Novembre 2014, Assemblée Nationale

PR ROBERT LAUNOIS,

Président du Réseau d'Évaluation en Économie de la Santé en France - REES France
Économiste de la santé



“

L'ostéoporose est une maladie grave, fréquente et coûteuse. Grave, près de 100 000 patients hospitalisés du fait d'une fracture, avec 4.200 décès directement imputables à une fracture. Fréquente, 5 millions de Françaises et Français en sont atteints. L'ostéoporose causerait près de 350 000 fractures chaque année (et près de 156 000 hospitalisations) ! A titre de comparaison, il y a 150 000 AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) chaque année en France (soit 2,5 fois moins que de fractures).

Coûteuse, avec une évaluation de 4,8 milliards d'euros de fardeau économique des fractures de fragilité osseuses.

Un enjeu économique des années qui viennent : prévenir l'ostéoporose, éviter la cascade fracturaire, et informer, informer plus et mieux.

“

ALAIN COULOMB

Ancien Directeur Général de la Haute Autorité de Santé



“

Faire sortir de l'ombre et de la fatalité l'ostéoporose, est un enjeu essentiel, non seulement pour la Santé publique, mais pour les millions de femmes concernées.

“



L'OSTÉOPOROSE C'EST QUOI ?

Pr Bernard Cortet , Pr Gérard Chales

L'ostéoporose (os poreux) est une véritable maladie chronique du squelette caractérisée par une diminution de la résistance de l'os (par diminution de la quantité d'os et détérioration de la structure de l'os qui devient fragile) conduisant à la survenue de fractures lors de traumatismes minimes (typiquement chute de sa hauteur). L'os est un tissu vivant qui se renouvelle en permanence par des phases successives équilibrées de destruction de l'os ancien (résorption) et formation d'os nouveau. L'ostéoporose survient quand les phases de destruction l'emportent sur les phases de formation (déséquilibre), phénomène observé chez les femmes après la ménopause du fait de la carence en oestrogènes (hormones sexuelles féminines).

L'ostéoporose est un véritable phénomène de société, du fait du vieillissement de la population. L'ostéoporose est une maladie, fréquente, sérieuse et coûteuse mais n'est pas suffisamment reconnue et traitée par les médecins. L'ostéoporose ne doit pas être une fatalité.

Fréquente, car en France le nombre de fractures incidentes (nouvelles fractures survenant chaque année), chez les femmes et les hommes, était de 393 000 dont 90.000 fractures du col du fémur, 56 000 fractures vertébrales, 56 000 fractures du poignet et 191 000 autres fractures, deux tiers de ces fractures survenant chez la femme. L'ostéoporose touche 30 à 40% des femmes après

la ménopause, 15% à 20% des hommes après l'âge de 50 ans.

Sérieuse, car on a montré qu'en 2008-2009, près de 95 000 patients de plus de 54 ans, dont trois quarts de femmes, ont été hospitalisés pour une fracture du col du fémur, complication grave de l'ostéoporose. Une femme sur cinq et un homme sur trois sont morts dans l'année qui a suivi. La moitié environ des sujets victimes d'une fracture de hanche ne retrouvent pas leur autonomie antérieure, ce qui les conduit fréquemment à quitter leur domicile pour vivre en institution. Ainsi, parmi les survivants, 30 % des patients sont atteints de dépendance permanente, 40 % sont incapables de marcher sans aide et 80 % sont incapables de réaliser sans aide au moins une activité de la vie courante (interactions handicap - état psychologique - vie socioprofessionnelle).

Coûteuse, car, en 2010, le fardeau économique des fractures de fragilité : incidentes (nouvelles) et prévalentes (antérieures) a été estimée à 4,8 milliards €, dont 2,5 pour les seules fractures du col du fémur ; 66% des coûts concernaient les soins de la 1ère année suivant la fracture, 27% les soins à long terme (handicap), et 7% le traitement pharmacologique. Compte tenu des projections démographiques pour 2025, 1 personne sur trois aura 60 ans ou plus, représentant 20 millions de personnes, correspondant aux âges de la génération du baby-boom, le nombre de fractures incidentes (nouvelles) passera de 377 000 (femmes et hommes en 2010) à 491 000 (2025), entraînant une augmentation des coûts de 26%.

Insuffisamment reconnue et traitée par les médecins, car le rapport de l'Assurance maladie pour 2016, a montré que le nombre de personnes hospitalisées en France en service de court séjour pour une fracture liée à l'ostéoporose a augmenté entre 2011 et 2013, passant de 150 500 à 165 200 (soit près de 10% d'augmentation) et qu'à la suite de cette fracture, durant l'année qui a suivi le retour au domicile, seuls 10 % des patients ont effectué une ostéodensitométrie (mesurant la densité minérale osseuse) et 15 % ont reçu un traitement spécifique de l'ostéoporose, 12 % des patients ayant subi une nouvelle fracture dans l'année qui a suivi illustrant le concept de cascade fracturaire : toute fracture multiplie par 2 (par 4 en cas de fractures vertébrales) le risque de faire une autre fracture) .

L'ostéoporose ne doit plus être une fatalité <http://pourdesosplusforts.org>
Le diagnostic d'ostéoporose peut (et doit) être fait lors de la survenue d'une fracture. Il est cependant important de dépister les sujets à haut risque de fracture par un test rapide du risque d'ostéoporose <http://www.grio.org/espace-gp/test-risque-osteoporose.php> d'autant que les facteurs de risque d'ostéoporose sont clairement identifiés (âge, indice de masse corporelle bas, antécédent familial de fracture, tabac, alcool, maladies associées, corticoïdes ...).

L'ostéodensitométrie est un outil diagnostique simple et indolore, indispensable au dépistage et à la prise en charge de l'ostéoporose; elle est actuellement prise en charge pour des personnes ayant un antécédent de fracture suspecte d'ostéoporose et/ou présentant un ou plusieurs facteurs de risque. Malheureusement, on constate chaque année une baisse d'environ 6 % des ostéodensitométries réalisées : 571 500 en 2013, contre 683 000 en 2011.

Il existe aujourd'hui des traitements efficaces de l'ostéoporose, réduisant de 40% à 70% le risque de fractures vertébrales et de 40% à 50% le risque de fractures du col du fémur. En outre, pour guider le choix du praticien et du patient, il y a eu une actualisation 2016/2017 des recommandations du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique (disponible sur le site du GRIO).

Et pourtant l'ostéoporose est en « crise » : défaut de diagnostic (notamment en cas de fractures vertébrales souvent asymptomatiques), sous-estimation de la gravité des fractures (par le patient et le médecin), échec de la prévention secondaire après fracture, réticence des patients à prendre un traitement anti-ostéoporotique avec des effets indésirables « inacceptables » selon les médias, liée à une mauvaise compréhension de la balance bénéfice-risque des traitements.

Quelles solutions ?

Développer les filières fractures, ou « fracture liaison service » en Anglais (FLS), permettant la détection de patients ostéoporotiques fracturés, le plus souvent aux urgences ou en orthopédie, traumatologie, afin de leur permettre de bénéficier d'une densitométrie et d'un avis spécialisé qui permettra une prise en charge adaptée de leur ostéoporose (rapport coût-efficacité favorable).

Évaluer le statut osseux lors de la survenue d'une fracture (la 1ère fracture doit être la dernière).

Prévenir la 1ère fracture en dépistant les sujets à haut risque de fracture dès la ménopause (simplifier la prescription de l'ostéodensitométrie et proposer un dépistage plus systématique) en soulignant qu'il ne faut pas traiter uniquement les os mais un patient [chutes, diminution de la masse musculaire, conséquences de la sédentarité].

Cette prise en charge peut parfois être, multidisciplinaire comprenant des modifications thérapeutiques du mode de vie (suppression des toxiques, apports protéiques, calciques, vitaminiques (particulièrement vitamine D), activité physique), traitements pharmacologiques et non pharmacologiques (prévention des chutes).

Mieux communiquer avec les patients en leur expliquant la balance « favorable » bénéfice/risque des traitements contre l'ostéoporose et obtenir un accord entre le patient et les professionnels de santé (« décision partagée »). C'est tout l'intérêt de participer à des séances d'éducation thérapeutique et de communiquer avec les professionnels de santé.

Les Etats Généraux de l'Ostéoporose ont permis de proposer des solutions innovantes et urgentes à la prise en charge de la fracture de l'ostéoporose, c'est l'objectif du manifeste pour le plan national de santé publique contre les fractures de l'ostéoporose avec ses 7 priorités clés.

Pour un plan de santé publique contre les fractures de l'ostéoporose ,

LES 7 PRIORITES-CLE

Les 7 propositions prioritaires pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose en France

Priorité n°1	De l'ostéoporose à la fracture : Changer de paradigme Campagnes de sensibilisation
Priorité n°2	Développer les stratégies de prévention primaire des fractures de fragilité
Priorité n°3	Développer les stratégies de prévention secondaire des fractures de fragilité « pour que la 1ère fracture soit la dernière ! »
Priorité n°4	Promouvoir des mesures incitatives pour les médecins généralistes dans la prise en charge de l'ostéoporose.
Priorité n°5	Promouvoir et soutenir un plan de recherche public-privé médico-économiques face aux enjeux du coût de la « cascade fracturaire » et de l'expérimentation de filières de soins pluridisciplinaires innovantes
Priorité n°6	Promouvoir la prévention des chutes et le maintien à domicile des personnes à risque de fractures ostéoporotiques
Priorité n°7	Créer un registre national des fractures de l'ostéoporose (débuter par une expérimentation sur une ou 2 régions)

DEFENDONS NOS OS CAR LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE EST ACTUELLEMENT TRÈS DÉFICIENTE EN FRANCE

Pr Gérard Chalès

Sauvons le soldat « ostéoporose » ou défendons nos os car la prise en charge de l'ostéoporose est actuellement très déficiente en France.

L'ostéoporose est un véritable phénomène de société, du fait du vieillissement de la population. L'ostéoporose est une maladie, fréquente, grave et coûteuse mais n'est pas suffisamment reconnue et traitée par les médecins. L'ostéoporose ne doit pas être une fatalité.

1. L'OSTÉOPOROSE EST UNE MALADIE FRÉQUENTE

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En Europe, l'ostéoporose concerne plus de 22 millions de femmes de plus de 50 ans (22% de la population) et 5,5 millions d'hommes (7% de la population). La fracture ostéoporotique, dite par fragilité osseuse, après 50 ans touche 1 femme sur 3 (autrement dit, parmi 100 femmes ménopausées, près de la 33 auront au moins une fracture par fragilité osseuse avant la fin de leur vie), 1 homme sur 5 et reste la 1^{ère} cause d'occupation des lits d'hôpitaux. En Europe, une fracture liée à l'ostéoporose survient toutes les 30 secondes.

On estime aujourd'hui que l'incidence des fractures ostéoporotiques chez la femme de plus de 50 ans dépasse celle combinée de l'ischémie myocardique, des accidents vasculaires cérébraux et du cancer du sein.

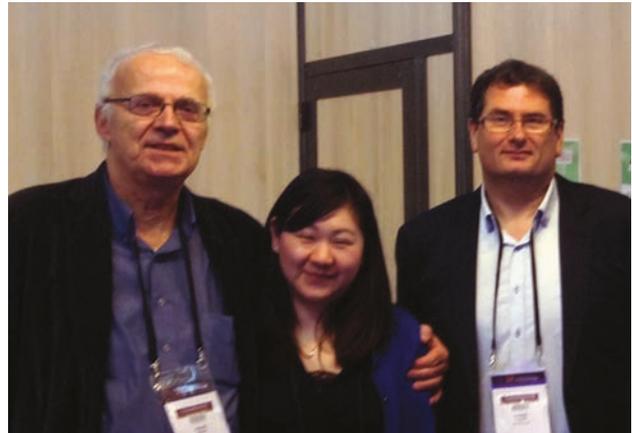
En France, en 2010, le nombre de fractures incidentes, chez les femmes et les hommes, était de 377 000 dont 74 000 fractures du col du fémur, 56 000 fractures vertébrales, 56 000 fractures du poignet et 191 000 autres fractures (bassin, côtes, humérus, tibia-péroné, clavicule, omoplate, sternum et autres fractures du fémur) : 68% de ces fractures survenaient chez la femme. Le nombre estimé de fractures incidentes était, pour les femmes après 50 ans de 54 935 pour la hanche (col du fémur), 36 069 pour les vertèbres, 47 131 pour le poignet, et 117 952 pour les autres fractures, soit au total 256 087 fractures (vs 120 687 chez les hommes) [1]. Le nombre estimé de femmes ayant une ostéoporose définie par l'ostéodensitométrie (T score < - 2,5) était, après 50 ans, de 2 784 198, sachant que le nombre de femmes après 50 ans (potentiellement à risque) était de 12 358 000.

2. L'OSTÉOPOROSE EST UNE MALADIE GRAVE APRÈS FRACTURE DE HANCHE

En France, le nombre de fractures incidentes (nouvelles fractures survenant chaque année), chez les femmes et les hommes, était de 393000 dont environ 90.000 fractures du col du fémur, 56 000 fractures vertébrales, 56 000 fractures du poignet et 191 000 autres fractures, deux tiers de ces fractures survenant chez la femme. L'ostéoporose touche 40% des femmes après la ménopause, 15% à 20% des hommes après l'âge de 50 ans.

Un récent rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees, 2016, N° 948) a montré qu'en 2008-2009, près de 95 000 patients de plus de 54 ans, assurés au régime général de l'Assurance maladie, dont trois quarts de femmes, ont été hospitalisés pour une fracture du col du fémur. Une femme sur cinq et un homme sur trois sont morts dans l'année qui a suivi. Le décès est corrélé avec l'âge pour les deux sexes, mais la surmortalité par rapport à la population du même âge est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes comme chez les femmes de plus de 60 ans, toutes les fractures de faible énergie étaient associées à une augmentation de la mortalité dans les cinq à dix ans



Pr G. Chales, C. Chau, Dr L. Grange

L'état de santé du patient au moment de la fracture est déterminant. En analyse multivariée, le risque de décès à un an augmente dès qu'il existe une pathologie chronique significative et croît jusqu'à 4,6 fois chez les patients les plus graves.

Enfin, en terme de morbidité, 50 % environ des sujets victimes d'une fracture de hanche ne retrouvent pas leur autonomie antérieure, ce qui les conduit fréquemment à quitter leur domicile pour vivre en institution. Ainsi, parmi les survivants, 30 % des patients sont atteints de dépendance permanente, 40 % sont incapables de marcher sans aide et 80 % sont incapables de réaliser sans aide au moins une activité de la vie courante. Il existe aussi une aggravation indiscutable de la morbidité et à terme de la mortalité chez les patientes ayant eu d'autres fractures périphériques ou des fractures vertébrales : chez les hommes comme chez les femmes de plus de 60 ans, toutes les fractures de faible énergie étaient associées à une augmentation de la mortalité dans les cinq à dix ans [3]. Globalement le nombre d'années de vie sans handicap (QALYS) perdues est estimé à 140 000 [1].

3. L'OSTÉOPOROSE EST UNE MALADIE CÔUTEUSE

En France, en 2010, le fardeau économique des fractures de fragilité incidentes et antérieures a été estimé à 4,8 milliards €, dont 2,5 pour les seules fractures du col du fémur ; 66% des coûts concernaient les soins de la 1ère année suivant la fracture, 27% les soins à long terme (handicap), et 7% le traitement pharmacologique.

Compte tenu des projections démographiques pour 2025 [2], 1 personne sur trois aura 60 ans ou plus, représentant 20 millions de personnes, correspondant aux âges de la génération du baby-boom, le nombre de fractures incidentes passera de 376 000 (femmes et hommes en 2010) à 491 000 (2025), entraînant une augmentation des coûts de 26% [1].

4. L'OSTÉOPOROSE EST UNE MALADIE INSUFFISAMMENT RECONNUE ET TRAITÉE, L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE APRES UNE FRACTURE [3].

C'est en tout cas ce que suggèrent les résultats d'un travail multicentrique récent fondé sur les données du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) [4] présentés au Congrès de la Société française de rhumatologie (SFR), en 2015.

Premier constat de cette étude : le nombre de personnes hospitalisées en France en service de court séjour pour une fracture liée à une fragilité osseuse a augmenté entre 2011 et 2013, passant de 150 500 à 165 200.

Si les causes de cette augmentation sont multiples, l'analyse des données du Sniiram pointe clairement une insuffisance de prise en charge des sujets à haut risque de fractures ostéoporotiques et plus encore une inertie thérapeutique après fracture [4].



L'analyse des données du Sniiram pointe clairement une insuffisance de prise en charge des sujets à haut risque de fractures ostéoporotiques

Parmi les patients hospitalisés en 2012 pour une fracture par fragilité osseuse, seuls 12 % avaient reçu un traitement anti-ostéoporotique dans les douze mois précédant l'hospitalisation, 3 % avaient bénéficié d'une ostéodensitométrie durant cette période et 40 % prenaient un traitement inducteur d'ostéoporose.

Plus de la moitié des patients, 52 %, n'ont pas consulté leur médecin dans le mois qui a suivi leur hospitalisation. Et à la suite de cette fracture, durant l'année qui a suivi le retour au domicile, seuls 10 % des patients ont effectué une ostéodensitométrie et 15 % ont reçu un traitement spécifique de l'ostéoporose (autre qu'une supplémentation vitamino-calcique). Enfin, 12 % des patients ont subi une nouvelle fracture dans l'année qui a suivi.

Ainsi, la priorité absolue pour le clinicien est :

- De prendre en charge les fractures vertébrales et périphériques (les 3 plus fréquentes sont celles de l'extrémité supérieure du fémur, du poignet et de l'humérus) dont l'étiologie par fragilité osseuse est avérée. La 1ère fracture doit être la dernière : en effet les femmes avec un antécédent de fracture ont un risque accru (86%) de récurrence et voient leur risque de fracture du col du fémur multiplié par 2.
- De dépister au plus vite l'ostéoporose, en listant systématiquement, après 50 ans, les facteurs de risque osseux (au même titre que les facteurs de risque cardiovasculaires qui sont généralement systématiquement recherchés) et en confirmant par la demande d'une ostéodensitométrie pour éviter la 1ère fracture.

5. L'OSTÉOPOROSE NE DOIT PAS ÊTRE UNE FATALITÉ ON SAIT LA DIAGNOSTIQUER, ON DISPOSE DE TRAITEMENTS EFFICACES

Il existe un test rapide du risque d'ostéoporose <http://www.grio.org/espace-gp/test-risque-osteoporose.php>. L'ostéodensitométrie est un outil diagnostique simple et indolore. Il existe aujourd'hui des traitements efficaces de l'ostéoporose, réduisant de 40% à 70% les fractures vertébrales et de 40% à 50% les fractures du col du fémur.

6. L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE LUTTE ANTI-RHUMATISMALE (AFLAR) MÈNE DEPUIS QUELQUES ANNÉES PLUSIEURS ACTIONS EN FRANCE QUI ONT POUR OBJECTIF DE LIMITER LES FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE ET DE FACILITER LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :

Une ligne ALLO OSTÉOPOROSE de l'AFLAR : **0 810 43 03 43**

Le site Internet recommandé par l'AFLAR et proposé par l'AMGEN www.tout-sur-osteoporose.fr qui a été primé aux Entretiens de Bichat 2014.

Une application pour smartphone « Le Voleur d'os », élaborée par un groupe de travail paritaire soignants/patients de l'AFLAR, avec le soutien institutionnel de Yoplait.

Le collectif ostéoporose (2012-2014) (créé à l'initiative de l'AFLAR, réunissant des sociétés savantes, des professionnels de santé médecins et pharmaciens, des associations de patients dont l'AFLAR), a réalisé une étude pharmaco-économique qui montre qu'un bon diagnostic de la maladie et une prise en charge précoce ont un coût nettement moins élevé qu'une ostéoporose déjà installée et a proposé des mesures, comme instaurer l'ostéodensitométrie systématique des femmes à leur soixantième année, après une sensibilisation et un auto-test à cinquante ans lors de la première mammographie, permettant ainsi une prise en charge rapide des femmes à risque (mesures exposées lors de la Journée mondiale de l'ostéoporose le 20 octobre 2013) et durant la table ronde de la prise en charge de l'ostéoporose à l'Assemblée Nationale sur invitation

de Mr le député Olivier Veran le mardi 25 novembre 2014.

La mise en place d'états généraux de l'ostéoporose (2016-2017), réunissant patients et professionnels de santé, organisés par l'AFLAR et l'agence conseil EmPatient (ayant déjà accompagné l'AFLAR sur les états généraux de l'arthrose) est articulée notamment autour d'une grande enquête nationale (vivre avec une ostéoporose) lancée en juillet 2016, constitution d'un panel citoyen de personnes souffrant d'ostéoporose, préparation de 10 tables rondes régionales (5 thèmes pressentis).

Références

1. Svedbom A et al. Osteoporosis in the European Union : a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos 2013;8:137 (p. 67/218). Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880492/>) ou sur le site de l'AFLAR <http://www.aflar.org/les-fractures-osteoporotiques>
2. Curran D et al. Epidémiologie des fractures liées à l'ostéoporose en France. Rev Rhum 2010;77:579-85. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/245786671_Epidemiologie_des_fractures_liees_a_l_osteoporose_en_France_revue_de_la_litterature
3. Rousière M. De l'importance de prendre en charge l'ostéoporose. Presse Med 2011;40:900-9.
4. Thomas T et al. Evaluation de la prise en charge avant et après hospitalisation pour fracture de fragilité en France à partir des données de la base SNIIRAM. Rev Rhum 2015;82S:A125(0116) (abstract).

LE COLLECTIF OSTÉOPOROSE

Dès 2013, un collectif s'est constitué pour alerter et réfléchir à une campagne de prévention nationale et au dépistage de l'ostéoporose. La prise en charge des patientes à risque de fractures liées à l'ostéoporose est un problème de santé publique complexe faisant intervenir de nombreux professionnels de santé.

Dr Laurent Grange - AFLAR (Association française de lutte antirhumatismale)

Pr Hubert Blain - SFGG (Société française de gériatrie et gérontologie), GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses)

Fabienne Blanchet - CESPARM (Ordre des pharmaciens)

Pr Bernard Cortet - GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses)

Dr Pascal Guggenbuhl - Section Os, SFR (Société française de rhumatologie)

Gérard Thibaud, Sonia Chirol - ANDAR (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde)

Pr Claude Dreux - CESPARM (Ordre des pharmaciens)

Christine Rolland - Association Asthme & Allergies

Pr Thierry Thomas - GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses)

Dr Florence Trémollières - GRIO, GEMVI (Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement)

Pr Christian ROUX - Faculté de Médecine Paris V, René Descartes. Hôpital Cochin. Service de rhumatologie

PR Jean-Marc Féron - SOFCOT, SOS COT (Société Française de chirurgie Orthopédique)

David-Romain Bertholon - EMPATIENT

Leur traitement est maintenant bien codifié avec des recommandations précises sur les situations à risque élevé justifiant d'un traitement curatif médicamenteux, l'intérêt mis en avant de la correction des carences et de la prévention des chutes. Pourtant, malgré les outils disponibles, l'identification des patientes à risque et l'évaluation adaptée de leur niveau de risque pouvant justifier le cas échéant d'un traitement ou de simples mesures de prévention reste encore largement insuffisante. C'est face à ce constat que le collectif souhaite proposer des mesures nouvelles, notamment dans l'utilisation de la densitométrie pour une meilleure prise en charge.



QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES :

- En France, on estime qu'une femme ménopausée sur trois a une ostéoporose, soit entre 2 et 3 millions de Françaises. Une part significative d'entre elles ont un risque élevé de fracture justifiant de les traiter pour réduire ce risque.
- En France, chaque année, l'ostéoporose, chez les femmes de plus de 50 ans est responsable de :
 - o 51 000 fractures de hanche
 - o entre 40 et 65 000 fractures vertébrales
 - o environ 35 000 fractures du poignet
 - o environ 12 000 fractures de l'humérus
 - o 68 000 hospitalisations dont 83 % chez des personnes de plus de 75 ans (durée moyenne : 12 jours)
 - o plus de 40 000 séjours en centres de rééducation (durée moyenne : 43 jours)
- Douze mois après une fracture de la hanche, on observe une perte d'autonomie chez 80 % des patients, un handicap au long cours chez 30 % des patients et un décès chez 20 à 27 % des patients.

L'ostéoporose pèse donc lourd dans les dépenses de santé publique, de manière directe (soins liés aux fractures) et indirecte (coûts associés à la réduction de l'autonomie et au handicap). Elle pèse également lourd en terme de qualité de vie chez les personnes qui ont souffert d'une ou plusieurs fractures.

Dans les années à venir, une recrudescence du nombre de fractures liées à l'ostéoporose est à craindre en France

- 1.1 : L'espérance de vie augmente en France et le risque d'ostéoporose augmente avec l'âge.**
- L'espérance de vie féminine augmente, elle est passée de 81,2 ans en 1991 à 85,0 ans en 2011 (source INED).
 - La population vieillit : En 2013, 8 millions de Françaises ont plus de 60 ans, 6,5 millions ont plus de 65 ans, 3 millions ont plus de 75 ans (source INSEE).
 - En l'absence de traitement préventif, le taux de prévalence de l'ostéoporose féminine est de 10 % à 50 ans, de 20 % après 60 ans, de 40 % après 70 ans, et de 70 % après 80 ans.
 - 85 % des fractures de hanche (43 600/an) surviennent chez les personnes de plus de 74 ans et 11 % (5 600/an) chez les personnes entre 60 et 74 ans.

1.2 : L'abandon des traitements hormonaux de la ménopause accroît le risque d'ostéoporose et de fractures.

En 2003, des recommandations ont été publiées, déconseillant les traitements hormonaux de la ménopause. En conséquence, les prescriptions de ce type de traitement ont chuté de 74 % entre 2003 et 2013 (source AFEM-IMS). Ces traitements hormonaux de la ménopause réduisaient de moitié le risque de fractures ostéoporotiques.

Aux États-Unis, l'incidence de l'ostéoporose a augmenté depuis que le THM y est moins prescrit.

Ainsi, il est à craindre que l'abandon des traitements hormonaux de la ménopause, associé au vieillissement croissant de la population, se traduise par une augmentation de l'incidence de l'ostéoporose et du nombre de fractures.



Cette crainte semble confirmée par l'augmentation du taux d'hospitalisation pour fracture de hanche en 2009 comparé à celui de 2008 : + 1,5 % (dont + 7,5 % chez les personnes âgées de 85 ans et plus).

> Des efforts conséquents doivent donc être faits pour améliorer la prévention et le dépistage de l'ostéoporose. Il est important de préciser qu'une fois diagnostiquée, l'ostéoporose densitométrique ne conduit pas nécessairement à un traitement curatif. L'indication de ce dernier, repose sur l'identification d'un niveau de risque de fracture supérieur à un seuil thérapeutique défini par des critères densitométriques ou cliniques, en accord avec les recommandations les plus récentes.

L'accès à l'ostéodensitométrie doit être facilité pour poursuivre les efforts de prévention des fractures liées à l'ostéoporose.

Aujourd'hui, la prévention primaire de l'ostéoporose et des fractures qui lui sont associées doit passer par :

- des campagnes d'information sur les moyens de prévenir l'ostéoporose (nutrition, exercice physique, arrêt du tabac),
- des campagnes d'information sur les facteurs de risque et l'opportunité d'un dépistage chez les personnes à risque,
- le dépistage, grâce à l'ostéodensitométrie, qui mesure la densité minérale osseuse (DMO) par technique d'absorptiométrie biphotonique à rayons X.

2.1 : L'ostéodensitométrie est un outil de dépistage important permettant d'identifier les femmes ayant une DMO basse, un des facteurs principaux du risque de fractures de fragilité liées à cette maladie.

- La perte de DMO est étroitement corrélée au risque de fracture.
- 8 % seulement des fractures surviennent chez des femmes dont la DMO est normale, alors que 43 % d'entre elles surviennent chez des femmes avec DMO inférieure à -2,5 écarts-type (ostéoporose densitométrique) et 48 % chez des femmes avec une DMO entre -1 et -2,5 écarts-type.
- Une diminution de la DMO de 1 écart-type est plus prédictive qu'une élévation

de 1 écart-type du LDL-cholestérol sanguin sur les maladies cardiovasculaires, et autant qu'une élévation d'1 écart-type de la pression artérielle sur le risque d'accident vasculaire cérébral.

2.2 : Le nombre d'ostéodensitométries faites chaque année en France ne suit pas la démographie de la population à risque d'ostéoporose.

- L'ostéodensitométrie est un examen complémentaire remboursé depuis le 1er juillet 2006. Le coût de cet examen est d'environ 40€, prix fixé en 2006 sur une estimation d'un million d'examen par an.
- Aujourd'hui, en France, environ 420 000 ostéodensitométries sont faites chaque année.
- En dépit de l'augmentation du nombre de personnes de plus de 50 ans en France, le nombre annuel total d'ostéodensitométries n'augmente pas.

2.3 : Divers facteurs contribuent à la stagnation du nombre d'ostéodensitométries, en particulier, la complexité de leurs conditions de remboursement.

- Les conditions de remboursement de l'ostéodensitométrie sont parmi les plus complexes dans le domaine des examens complémentaires et découragent les médecins généralistes.
- Les médecins généralistes ont une perception persistante que l'ostéoporose n'est pas vraiment une maladie mais une part normale du vieillissement et la fracture un événement peu grave.

2.4 : L'accès à l'ostéodensitométrie doit être facilité pour réduire le nombre de fractures ostéoporotiques.

- Plus on pratique d'ostéodensitométries à l'échelle d'un pays, moins on compte de fractures liées à l'ostéoporose.
- La prescription d'une ostéodensitométrie semble exercer un effet sensibilisateur positif chez les patientes : la santé osseuse des groupes placebo des essais cliniques sur les traitements de l'ostéoporose est meilleure que celle de la population générale, probablement par l'application plus rigoureuse des recommandations de préventions hygiéno-diététiques par les patientes sous placebo.

Simplifier l'accès à l'ostéodensitométrie serait une mesure efficace en termes de coût

3.1 : Aujourd'hui, l'ostéodensitométrie n'entraîne pas de dépenses démesurées.

- Le nombre d'ostéodensitométries effectuées chaque année (environ 420 000) est resté largement inférieur à celui envisagé lors de l'adoption des conditions de remboursement en 2006 (un million).
- Après 2006 (et un probable effet positif de l'annonce du remboursement), le nombre annuel d'ostéodensitométries a modérément diminué pour atteindre un plateau.

3.2 : Les coûts liés à un allègement des conditions de remboursement de l'ostéodensitométrie sont faibles en regard des économies réalisées en réduisant le nombre de fractures.

- À titre d'exemple, une ostéodensitométrie pratiquée chez toutes les femmes à l'occasion de leur 60e anniversaire coûterait **17 M€** (40 € x les 420 000 Françaises qui passeront la barre des 60 ans chaque année dans les dix ans à venir (source INSEE)).
- En hospitalisation + soins de suite, une fracture de hanche coûte en moyenne entre 15 000 et 17 000 €. Ainsi les 51 000 fractures annuelles coûtent entre 765 et 867 M€.

On estime que l'ostéodensitométrie permet d'éviter 17 fractures pour 1 000 femmes de plus de 65 ans testées, sur 10 ans (source Sectra).

Ainsi, mesurer la DMO de 420 000 femmes de plus de 60 ans chaque année, pourrait prévenir 7140 fractures (420 x 17), permettant ainsi une économie de 107 à 121 M€ sur les dix années à venir (pour un coût de 17 M€).

3.3 : Dépister l'ostéoporose précocement n'entraînera pas une explosion des coûts liés aux traitements médicamenteux de l'ostéoporose.

- En moyenne, aujourd'hui en France, 27,3 % des femmes qui font une ostéodensitométrie sont ensuite traitées.

- La tendance actuelle n'est pas à la prescription « élargie » de ces traitements : le nombre de prescriptions de traitements contre l'ostéoporose a chuté de 19 % en 2011 comparé à 2010.

- Le nombre de femmes de 60 ans justifiant un traitement contre l'ostéoporose après une ostéodensitométrie est estimé à 5 %.

- Ainsi, une ostéodensitométrie systématique à 60 ans entraînerait 21 000 mises sous traitement (0,05 x 420 000).

- Le coût moyen d'un traitement contre l'ostéoporose est d'environ 300 €/an (médicaments : 240 € si génériques + deux consultations par an). La durée moyenne d'un traitement prescrit à une femme de 60 ans est de 5 ans. Coût total du traitement par patiente : 1 500 €.

- Ainsi, le coût total engendré par la mise sous traitement des femmes dépistées à 60 ans serait de 21 000 x 1 500 = 31,5 M€.

3.4 : Même en intégrant le coût des traitements, l'ostéodensitométrie systématique à 60 ans permettrait de réaliser des économies considérables.

- Le coût total du dépistage systématique à 60 ans (ostéodensitométries 17 + traitements 31,5 = 48,5 M€) reste très inférieur aux économies réalisées sur dix ans (107 à 121 M€), et ceci sans recourir aux bénéfices intégrant la perte de qualité de vie (QALY) de la prévention d'une fracture de hanche (estimé à 35 k€/fracture évitée).

- Ce serait surtout un gain inestimable en termes de qualité de vie pour les personnes concernées.

Le coût total du dépistage systématique à 60 ans 48,5 M€ reste très inférieur aux économies réalisées sur dix ans de 107 à 121 M€

Mesure N°1 : Pour une meilleure prise de conscience individuelle et collective :
Proposer systématiquement le questionnaire rapide d'évaluation des facteurs de risques d'ostéoporose du GRIO au moment de la mammographie, pour toutes les femmes de plus de 50 ans.

Mesure N°2 : Pour un meilleur dépistage :
Simplifier le remboursement de l'ostéodensitométrie : autoriser le remboursement de cet examen pour toute femme de plus de 60 ans.

Mesure N°3 : Pour une meilleure prévention :
Profiter de l'annonce des conditions de remboursement simplifiées pour lancer des campagnes d'information et de sensibilisation à la prévention et au dépistage de l'ostéoporose vers le grand public et les professionnels de santé (MG, pharmaciens).

Novembre 2014



CONTEXTE ET ENJEUX DE L'OSTÉOPOROSE EN FRANCE. L'URGENCE : L'ALERTE DE LA CNAMTS

En terme de santé publique, l'ostéoporose est un paradoxe. Alors qu'elle touche un nombre très important de patients (en France on estime que 5 millions de femmes et 800 000 hommes sont concernés (1)) sa prise en charge médicale demeure insuffisante.

L'ostéoporose est en effet sous-diagnostiquée et sous-traitée. L'examen permettant la mesure de la densitométrie osseuse (DMO) est un examen clé du diagnostic de l'ostéoporose.

Pourtant, on remarque entre 2011 et 2013 une baisse de 6% de la prescription de DMO. Entre 2014 et 2015, une baisse d'initiation des traitements de 10% est également à noter. Ceci a été montré par le rapport charges et produits de la CNAMTS de juillet 2015². De plus, cette pathologie ne fait l'objet pour l'instant d'aucune véritable politique de santé.

**État des lieux
de la prise en
charge de
l'ostéoporose en
France**

Baisse de 6,4% / an de la réalisation des DMO en France
Prise en charge de l'ostéoporose par le MG dans 80% des cas
Baisse de la prescription des traitements spécifiques
Augmentation de la prescription de supplémentation en CA² et vit D
Augmentation régulière du nombre de patients hospitalisés pour fracture en France

**1 an avant
l'hospitalisation**

Parmi les personnes identifiées avec fracture ostéoporotique :
.3 % ont eu une ostéodensitométrie
.12 % étaient traitées spécifiquement pour l'ostéoporose (10% pour la population témoin) malgré l'existence d'un bilan biologique spécifique pour 15% d'entre eux (proche de 0% pour la population témoin)

**Après
l'hospitalisation**

- 52 % n'ont pas consulté leur médecin traitant dans le mois qui suit l'hospitalisation court séjour (MCO)
- Le recours à l'ostéodensitométrie est inférieur à 10% quelle que soit la période observée (1,6 et 12 mois)
- Seules 15% des personnes sont traitées spécifiquement pour l'ostéoporose 1 an après leur sortie d'hospitalisation court séjour (MCO)
- Un taux de ré-hospitalisation de 29% dans le 6 mois après séjour en MCO dont 14% de séjours de la CMD 08 (affections ostéo-articulaire)

Une prise en charge ostéodensitométrie et traitements en deçà des référentiels recommandés par la HAS

L'ostéoporose demeure une pathologie sous-estimée, jugée peu grave, souvent assimilée à une fatalité, comme s'il n'y avait rien à faire en termes de prévention, de dépistage précoce (avant fracture) et de prise en charge adaptée. L'ostéoporose est insuffisamment reconnue même par les médecins³.

Pourtant en plus d'être fréquente, l'ostéoporose est grave. Le principal problème est le risque de fracture (et de fractures à répétition) et toutes les conséquences que cela engendre : douleur chronique, immobilisation, voire séquelles et aussi mort prématurée chez les personnes les plus âgées. En France, le nombre de décès liés à l'ostéoporose en 2010 était de 4 233.

L'ostéoporose est également une maladie coûteuse, toujours en 2010, le fardeau économique des fractures de fragilité (incidentes et antérieures) a été estimé à 4,8 milliards d'euros, dont 2,5 milliards d'euros pour les seules fractures du col du fémur.

Compte tenu des projections démographiques pour 2025⁴, le nombre de fractures incidentes passera de 376 000 (femmes et hommes en 2010) à 491 000 (2025), entraînant une augmentation des coûts de 26%⁵.

Face à ces constats, l'**AFLAR (Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale)** a souhaité mobiliser les acteurs de la prise en charge de l'ostéoporose autour de différents projets, dont les premiers états généraux de l'ostéoporose qui ont commencé en septembre 2016.

L'objectif étant de rendre plus visible cette pathologie silencieuse et de contribuer à l'amélioration de sa reconnaissance et de sa prise en charge.

1 Maravic M & col. Clin Exp Rheumatol. 2012 Mar-Apr ; 30(2):222-7

2 Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004). 2 juillet 2015

3 Rousière M. De l'importance de prendre en charge l'ostéoporose. Presse Med 2011;40:900-9.

4 Curran D et al. Epidémiologie des fractures liées à l'ostéoporose en France. Rev Rhum 2010;77:579-

85. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/245786671_Epidemiologie_des_fractures_liees_a_l_osteoporose_en_France_revue_de_la_litterature

5 Svedbom A et al. Osteoporosis in the European Union : a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos 2013;8:137 (p. 67/218). Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880492/>) ou sur le site de l'AFLAR <http://www.aflar.org/les-fractures-osteoporotiques>

L'ALLIANCE NATIONALE CONTRE L'OSTÉOPOROSE

AFLAR - Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale

Le GRIO - Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses

La SFR - Société Française de Rhumatologie

La SOFCOT (Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique)

Le SNMR - Syndicat National des Médecins Rhumatologues

L'AIRSS - Association pour l'Information et la Recherche sur le Syndrome Sapho

L'AFRETH - Association Française pour la Recherche Thermale

Le CNETh - Conseil National des Etablissements Thermaux.

La SFP-APA - Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée

APNO - Association des Polyarthritiques du Nord Ouest

Ordre national des pédicures-podologues

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Conseil National Professionnel de Rhumatologie

Syndicat National des Médecins Rhumatologues

Les gynécologues - société savante CNGE Collège Académique

Les gériatres - Sociétaire Française de Gériatrie et Gérontologie

Les médecins généralistes - société savante CNGE Collège Académique

Les patients des associations : AFLAR, ANDAR - Association Nationale de Défense contre l'Arthrite Rhumatoïde

AFS - Association France Spondyloarthrites

Association Asthme et Allergies

L'Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose est à l'origine des premiers états généraux de l'ostéoporose qui ont pour but de créer une dynamique suffisante pour faire reconnaître cette maladie comme un véritable fléau de santé publique.

Cette démarche est organisée en plusieurs étapes :

- Réaliser un véritable état des lieux des besoins et attentes des patients
- Interroger les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes quant à leurs besoins pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose
- Réunir les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'ostéoporose (professionnels et patients) pour une élaboration commune de propositions concrètes d'amélioration de la reconnaissance de la maladie et de sa prise en charge
- Synthétiser l'ensemble des travaux et les présenter aux autorités de santé



Panel Citoyen

Enquête patients / Médecins Généralistes

Enquêtes nationales

Lancement de 3 enquêtes nationales en ligne

1. enquête patients souffrant d'ostéoporose sans fracture
2. enquête patients souffrant d'ostéoporose avec fracture(s)
3. enquête médecins généralistes : attentes et besoins pour optimiser la prise en charge de l'ostéoporose (septembre 2016)

Panel Citoyen

Réalisation d'un panel citoyen sur l'ostéoporose (fin sept 2016)

Un panel de patients se réunit sur plusieurs journées afin d'élaborer de premières pistes d'amélioration de la prise en charge de l'ostéoporose.

Tables-rondes régionales (TRR)

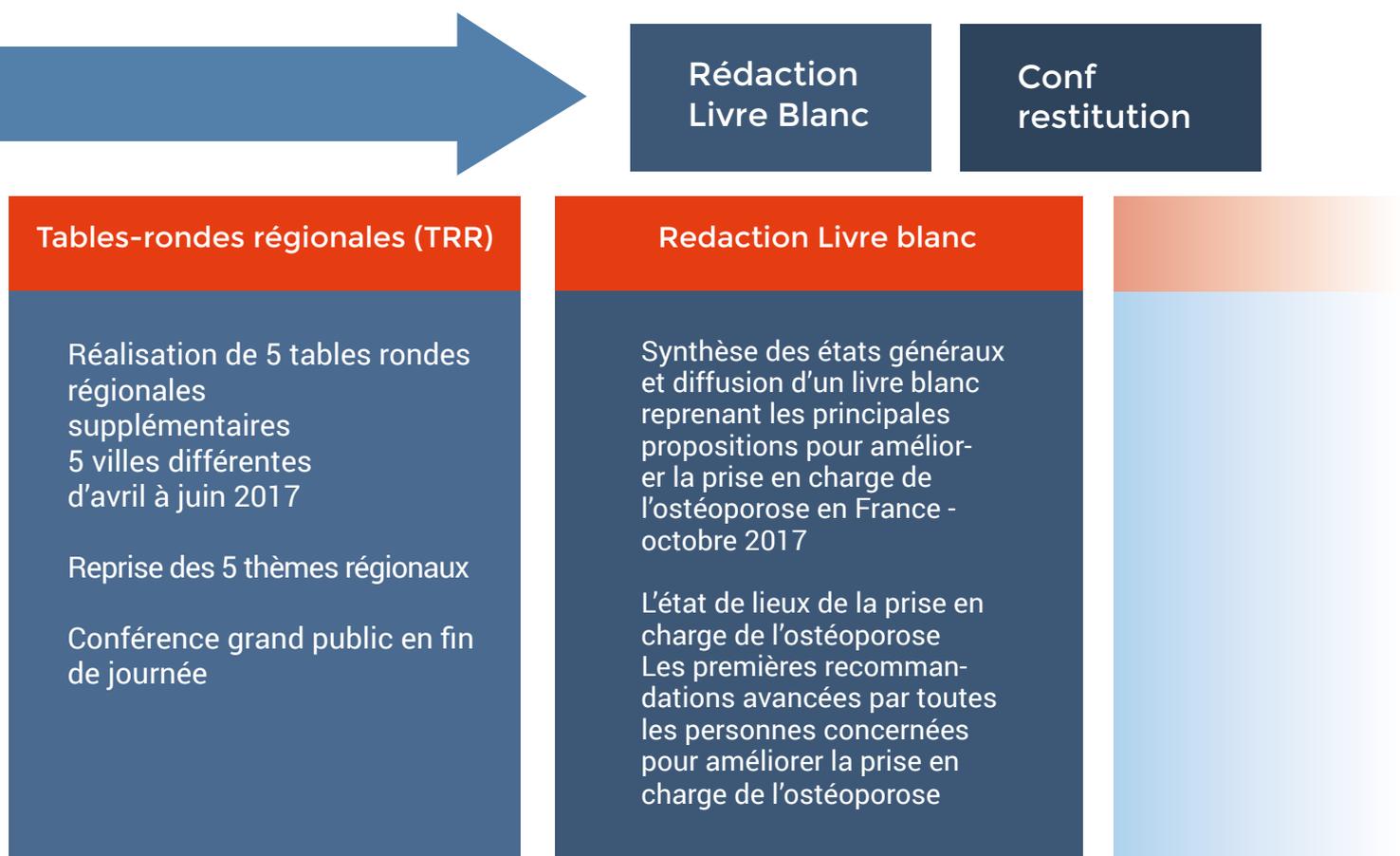
Dix TRR organisées en régions Patients, professionnels de santé et décideurs publics avancent des propositions d'amélioration du parcours de soins.

- Conférence grand public en fin de journée
- Réalisation de 5 premières tables rondes régionales sur 4 thèmes différents
- 5 villes différentes



LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

Récapitulatif des principales étapes des états généraux contre l'ostéoporose



LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE DE
SEPTEMBRE 2016 À OCTOBRE 2017.

- **DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS**
- **UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**
- **LE PANEL CITOYEN**
- **LES TABLES RONDES RÉGIONALES**
- **LES 7 PRIORITÉS-CLÉ**
- **LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES**

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS

L'ostéoporose, qu'en pensent les personnes concernées ?

Au mois de septembre 2016, deux enquêtes destinées aux patients ont été mises en ligne.

Ces enquêtes anonymes s'adressaient d'une part aux personnes n'ayant pas eu de fracture (premier questionnaire) et d'autre part aux personnes ayant eu une fracture liée à l'ostéoporose (deuxième questionnaire). En effet, les difficultés, les besoins et attentes des personnes malades peuvent être différentes si elles ont ou non été victimes de fracture.

Environ 400 personnes ont répondu à l'enquête en février 2017. Il s'agit de personnes toutes concernées directement par l'ostéoporose.

Profil des 400 répondants à l'enquête nationale sur l'ostéoporose

Plus de 90% (93,3%) des répondants à l'enquête sont des femmes. Ce qui n'est pas étonnant car ce sont elles qui sont le plus touchées par l'ostéoporose.

La majorité des répondants ont entre 50 et 69 ans : 71,3%. Il est cependant à noter que 20% des personnes ont moins de 50 ans. L'ostéoporose concerne donc également des personnes jeunes.

Pour plus de la moitié, il s'agit de personnes retraitées : 56,6%. 32,6% exercent une activité professionnelle.

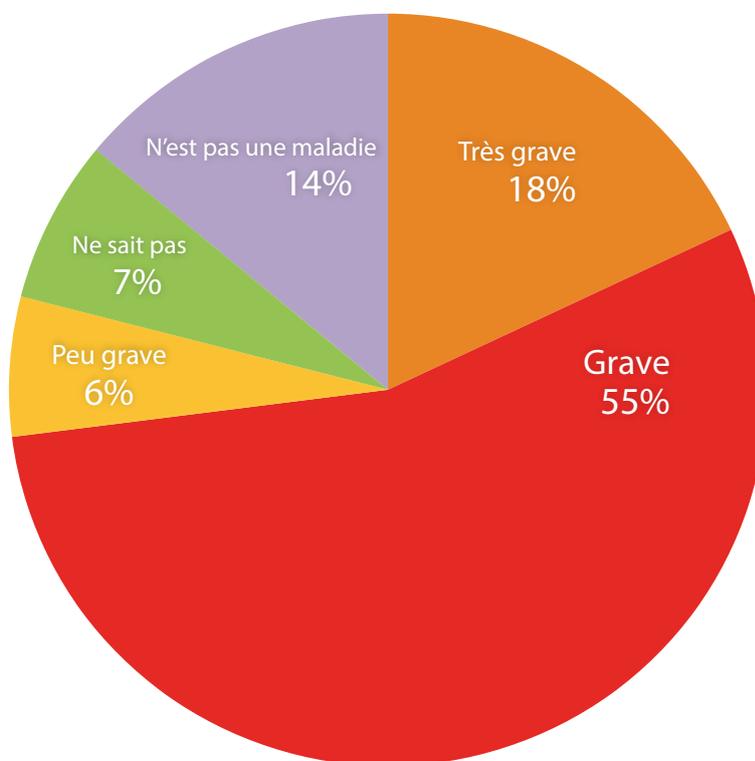
Les personnes ayant répondu à cette enquête vivent en majorité en milieu urbain : 63,5% et ont fait des études : 78,5% ont un niveau baccalauréat ou brevet professionnel complété ou non par des études supérieures (28,5% ont le Baccalauréat, 15,5% un brevet professionnel et 34,5% ont fait des études supérieures.)

Enfin, 65% des répondants ont une mobilité très faible voire nulle dans leur activité professionnelle.

GRAVITÉ DE L'OSTÉOPOROSE

Oui l'ostéoporose est une maladie grave et les répondants à l'enquête en ont conscience : 73% d'entre eux le confirment !

Perception de la gravité de l'ostéoporose



Perte de taille chez les répondants

Chez les répondants ayant eu une fracture 47% a perdu **plus de 3 cm de taille** ces dernières années

Chez les répondants n'ayant pas eu une fracture 20% a perdu **plus de 3 cm de taille** ces dernières années

Les répondants à l'enquête ont gradué la gravité qu'ils attribuaient à l'ostéoporose comparativement à d'autres maladies :

Ils considèrent l'ostéoporose aussi grave que les maladies suivantes :

	Moins grave	Aussi grave	Plus grave
L'arthrose	16%	69%	15%
Une hypertension	39%	52%	9%
Un excès de cholestérol	30%	51%	19%
Les allergies	33%	44%	23%
L'asthme	43%	47%	10%

Même si l'on en parle moins que d'autres maladies, l'ostéoporose est une maladie grave qui n'est cependant pas inéluctable, il existe des moyens d'action !

L'ostéoporose est par contre considérée comme moins grave que :

	Moins grave	Aussi grave	Plus grave
Un cancer	89%	9%	2%
Un infarctus	80%	17%	3%
Un accident vasculaire	80%	18%	2%
Le diabète	51%	44%	5%

MYRIAM, 72 ANS, ATTEINTE D'OSTÉOPOROSE

« Au fil des années j'ai perdu de la taille : au moins 3,5 cm. Je ne m'en suis pas préoccupée, je pensais que c'était normal »

MARIE, 63 ANS, ATTEINTE D'OSTÉOPOROSE

« Il est indispensable de bien s'informer sur les traitements. Il ne faut pas croire tout ce que l'on entend : que c'est dangereux »

IMPACT DE L'OSTÉOPOROSE SUR LE QUOTIDIEN DES PERSONNES CONCERNÉES

Bien qu'elle soit considérée comme silencieuse d'un point de vue clinique, l'ostéoporose ne se fait pas oublier dans le quotidien des patients. Les répondants à l'enquête ont en effet exprimé les répercussions de cette maladie dans leur vie de tous les jours.

Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre moral ?	54%
Votre ostéoporose gêne-t-elle vos activités physiques ?	44%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur vos loisirs ?	47%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur l'image que vous avez de vous-même ?	44%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre vie familiale ?	30%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur vos activités sociales (sorties culturelles, chez des amis...) ?	28%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre vie professionnelle ?	25%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre vie sexuelle ?	15%
Votre ostéoporose entraîne-t-elle des difficultés dans votre vie de couple ?	11%
Votre ostéoporose vous empêche-t-elle de réaliser seul des activités de la vie courante (toilette, lever, habillement...)	11%

LAURE, 59 ANS ATTEINTE D'OSTÉOPOROSE

« J'ai eu une fracture de vertèbre. 3 ans plus tard je souffre toujours beaucoup du dos, et j'ai été obligée d'arrêter de travailler ce qui me désespère »

CHRISTINE, 55 ANS, ATTEINTE D'OSTÉOPOROSE

« Au début je n'avais pas conscience qu'il s'agissait d'une maladie grave. Je m'en suis rendue compte il y a quelques années »

Les répercussions de la maladie les plus difficiles à vivre pour les personnes ayant répondu à l'enquête sont les suivantes :

	Personnes ayant eu une fracture	Personnes n'ayant jamais eu de fracture
La peur de nouvelles fractures	76%	
La peur de faire des chutes	65%	53%
L'incertitude sur l'évolution de la maladie	52%	69%
Le risque de fractures à répétition	42%	31%
Se sentir diminué physiquement	58%	45%
Les possibilités de loisirs	40%	20%
Les traitements	30%	35%
Dépendre des autres pour réaliser les activités quotidiennes	35%	35%

ROBERTE, 67 ANS, ATTEINTE D'OSTÉOPOROSE

« Lors d'un déménagement j'ai eu très mal dans le bas du dos et je me suis cassée une vertèbre. J'ai pris cela à la légère et quand la douleur s'est arrêtée je suis passée à autre chose. Je suis retournée à ma vie active et familiale très prenantes. Puis 10 ans après je me suis cassé le genou et le poignet en glissant sur du verglas.

Ça a été très douloureux, j'ai dû être immobilisée. Depuis j'ai peur de retomber et de me recasser. Je ne prends plus les transports en commun. »

DANIELLE, 56 ANS, ATTEINTE D'OSTÉOPOROSE

« Depuis que je suis malade, mon pire souvenir avec l'ostéoporose c'est ma double fracture du bassin. J'ai très peur d'une nouvelle fracture »

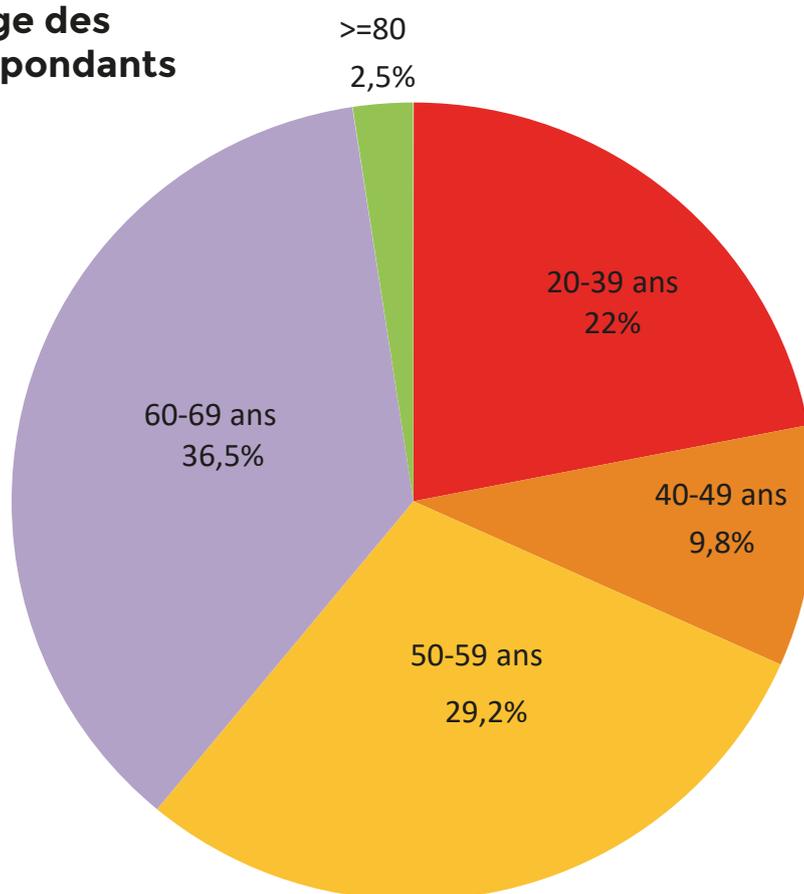
- DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS
- **UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**
- LE PANEL CITOYEN
- LES TABLES RONDES RÉGIONALES
- LES 7 PRIORITÉS-CLÉ
- LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Une troisième enquête a été lancée auprès des médecins généralistes. L'objectif est d'identifier leurs difficultés quant à la prise en charge de l'ostéoporose dans leur pratique quotidienne, mais aussi de recueillir leurs besoins et attentes pour réussir à mieux dépister et prendre en charge l'ostéoporose et ses complications.

Tranche d'âge des Médecins répondants



CE QUE PENSENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'OSTÉOPOROSE :

80,6% des répondants à l'enquête estiment qu'il existe des moyens efficaces pour traiter l'ostéoporose et 97,6% que l'on peut agir pour prévenir l'ostéoporose.

Quasiment tous les répondants (95,1%) savent qu'un faible poids peut être un facteur de risque de l'ostéoporose. La même proportion de répondants pense qu'il n'est pas dangereux d'avoir une activité physique lorsque l'on a de l'ostéoporose.

97,5% des médecins généralistes ayant répondu pensent que l'on peut limiter le risque de fracture en réduisant le risque de chutes.

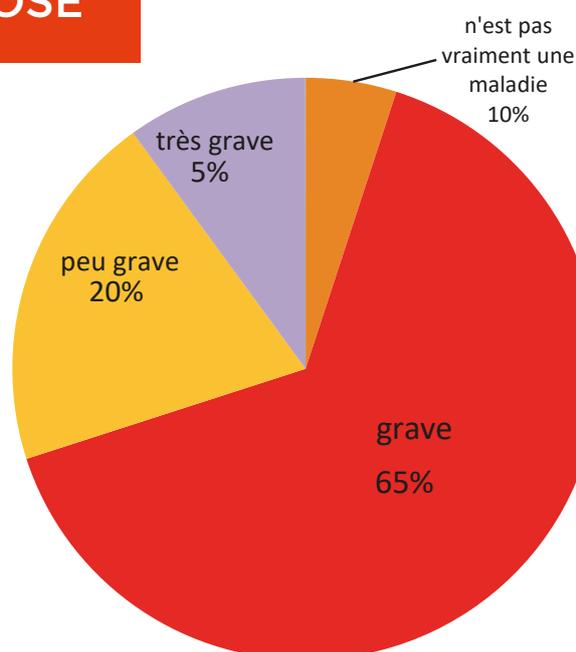
Enfin, 43,9% des répondants disent que l'ostéoporose est l'objet de nombreuses recherches médicales.



GRAVITÉ DE L'OSTÉOPOROSE

Les médecins interrogés perçoivent l'ostéoporose comme une maladie grave. En effet, 70% d'entre-eux la considèrent grave voire très grave.

Les médecins généralistes affirment que l'ostéoporose est une maladie grave, cependant, cette gravité est relative par rapport à d'autres maladies.



En effet, les médecins généralistes considèrent que l'ostéoporose est moins grave que :

	Moins grave	Aussi grave	Plus grave
Un infarctus	87,5%	10%	2,5%
Un AVC	87,5%	10%	2,5%
Un cancer	95,1%	2,4%	2,5%
Le diabète	63,4%	36,6%	0%
L'asthme	53,7%	41,5%	4,8%

Elle leur paraît aussi grave que :

	Moins grave	Aussi grave	Plus grave
Un excès de cholestérol	12,2%	56,1%	31,7%
Une hypertension	31,7%	56,1%	12,2%

Enfin, l'ostéoporose est, selon les médecins généralistes, aussi grave voire plus grave que :

	Moins grave	Aussi grave	Plus grave
Les allergies	17,1%	39%	43,9%
L'arthrose	5%	47,5%	47,5%

DIFFICULTÉS ET BESOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

Ce qui paraît le plus difficile aux médecins généralistes dans la prise en charge de l'ostéoporose :

Le dépistage	34,1%
Les fractures spontanées	29,3%
Les médicaments utiles	56,1%
Le lien avec le rhumatologue	14,6%
Les indications des examens complémentaires	26,9%
La motivation des patients	53,7%
La prévention de l'ostéoporose	31,7%
Le retour au domicile des personnes post fractures	22%
La dépendance de certains patients à la suite de fractures	58,5%
La présence de comorbidités	51,2%
Les femmes à traiter	19,5%
Les interactions médicamenteuses	29,3%
La tolérance des traitements de l'ostéoporose	58,5%
Les conseils d'hygiène de vie (nutrition, activité physique, tabac...)	21,9%
Les liens avec la rééducation	9,8%
Les médicaments à éviter chez la femme (prévention de l'ostéoporose)	36,6%

66% des médecins généralistes estiment avoir besoin d'être mieux informés sur l'ostéoporose et en particulier :

Sur les professionnels de santé qui peuvent vous aider dans la prise en charge	24%
Sur les différents traitements	84%
Sur la prévention des chutes	32%
Sur la maladie en général	64%

- DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS
- UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
- **LE PANEL CITOYEN**
- LES TABLES RONDES RÉGIONALES
- LES 7 PRIORITÉS-CLÉ
- LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

LE PANEL CITOYEN

En complément à ces enquêtes, un panel citoyen, regroupant une dizaine de personnes souffrant d'ostéoporose, a été organisé fin septembre 2016 pour établir une première liste de propositions concrètes attendues par les patients pour améliorer leur prise en charge.

Il s'agit d'un processus de démocratie participative fréquemment utilisé pour débattre de questions de société diverses : environnement, développement durable, démocratie locale, éthique... et obtenir des avis démocratiques sur des questions ou sujets d'intérêt public. Un échantillon de citoyens représentatifs de la population est sélectionné par tirage au sort. Les participants sélectionnés se réunissent durant plusieurs jours afin d'émettre des avis sur la question traitée. Durant l'ensemble du processus, ils doivent trouver un consensus ou adopter les résolutions par un vote à la majorité.

**8 PERSONNES SOUFFRANT
D'OSTÉOPOROSE ONT DONC ÉTÉ
RÉUNIES PENDANT 2 JOURNÉES.**

PROFIL DES 8 PARTICIPANTS AU PANEL CITOYEN

Il s'agissait de 7 femmes et un homme. 7 personnes étaient atteintes d'ostéoporose et une personne était un aidant.

Parmi les personnes atteintes d'ostéoporose, 5 avaient déjà eu au moins une fracture.

3 personnes étaient sous traitement anti-ostéoporotique

1 personne avait terminé son cycle de traitement (arrêt au bout de 5 ans),

1 personne était en attente d'une nouvelle molécule (changement de traitement).



Plusieurs propositions ont émergé de ces 2 journées de travail :

	Propositions du panel
Améliorer le parcours de soins	Définir un protocole de prise en charge de l'ostéoporose et le respecter (décrire notamment le protocole en cas de fracture et éviter de passer par les urgences)
	Le diagnostic est fait par le médecin généraliste. Il doit être précoce : - suivi de la taille systématique = réflexe toise - DMO systématique à la ménopause, à partir de 60 ans pour les hommes (âge à déterminer) et après chaque fracture
	Éviter les annonces dramatisantes : former les médecins généralistes
	Simplifier la forme des traitements de l'ostéoporose : trop de comprimés, trop gros. Privilégier les formes telles que les patchs, les injections
	Inclure les médecines complémentaires dans la prise en charge et éditer des guides d'information sur les cures thermales, l'activité physique adaptée (APA)
	Reconnaître la douleur comme un vrai symptôme et un signe d'alerte de fractures invisibles
	Suivi post-fracture (tous types de fractures pas que le poignet) : faciliter l'accès aux centres de rééducation (accès facile et rapide)
	Nécessité de former les pharmaciens à l'ostéoporose
Renforcer l'information, la prévention	Bien expliquer les effets indésirables des traitements notamment au niveau des dents
	Donner une image positive de l'ostéoporose pour la faire connaître
	Créer un événement : je marche, je nage, je bouge pour l'ostéoporose !
Améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'ostéoporose	Mettre en place des aides pour bénéficier d'APA au même titre que pour les aides ménagères
	Remboursement des consultations de pédicurie-podologie, de diététique
	Mobilisations associatives en région : cafés-thés, groupe de parole ostéoporose
Dynamiser la Recherche	Faire des recherches sur les traitements (opiacés, cannabis pour soulager la douleur...)

- DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS
- UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
- LE PANEL CITOYEN
- **LES TABLES RONDES RÉGIONALES**
- LES 7 PRIORITÉS-CLÉ
- LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

LES TABLES RONDES RÉGIONALES DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

De novembre 2016 à juin 2017, 10 journées d'échanges et de débats en région.

Ces journées, organisées sous forme de « tables rondes régionales », regroupent chacune 20 à 30 participants tous directement impliqués dans la prise en charge de l'ostéoporose (selon les villes) : rhumatologues libéraux et/ou hospitaliers, médecins généralistes, chirurgiens orthopédistes, médecins de rééducation, médecins de centre thermal, radiologues, nutritionnistes, gynécologues, médecins du travail,

gériatres, psychologues, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues, assistantes sociales, représentants de l'ARS, de la CNAM, de l'ANSM, de la MDPH, des collectivités locales, économiste, député, journaliste, patients.



CHAQUE JOURNÉE A ÉTÉ ORGANISÉE SUR UN PROGRAMME COMMUN :

9h - 10h30 : Introduction

- Ouverture de la journée par les institutionnels locaux
- Synthèse des résultats de l'enquête
- Interpellation sur les résultats du panel citoyen en lien avec la thématique de la table ronde

10h30 - 12h30 : temps de réflexion sur des sous-thèmes du sujet de la table ronde

14h - 15h : Synthèse des échanges de la matinée

15h - 16h : Ecriture de propositions communes

16h : Fin de la journée

Les tables rondes ont été animées par M. Alain Coulomb, ancien directeur de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans 7 villes sur 10, la mobilisation des différents acteurs de la prise en charge de l'ostéoporose a été suivie d'une réunion d'information grand public sur l'ostéoporose (généralités et modalités de prise en charge). Cette réunion s'est tenue en début de soirée et était animée par un binôme rhumatologue local/représentant de l'AFLAR. Les réunions grand public, tenues en amphithéâtre, ont été animées avec succès auprès du grand public, par les élus des villes hôtes, les rhumatologues et les équipes de l'AFLAR.

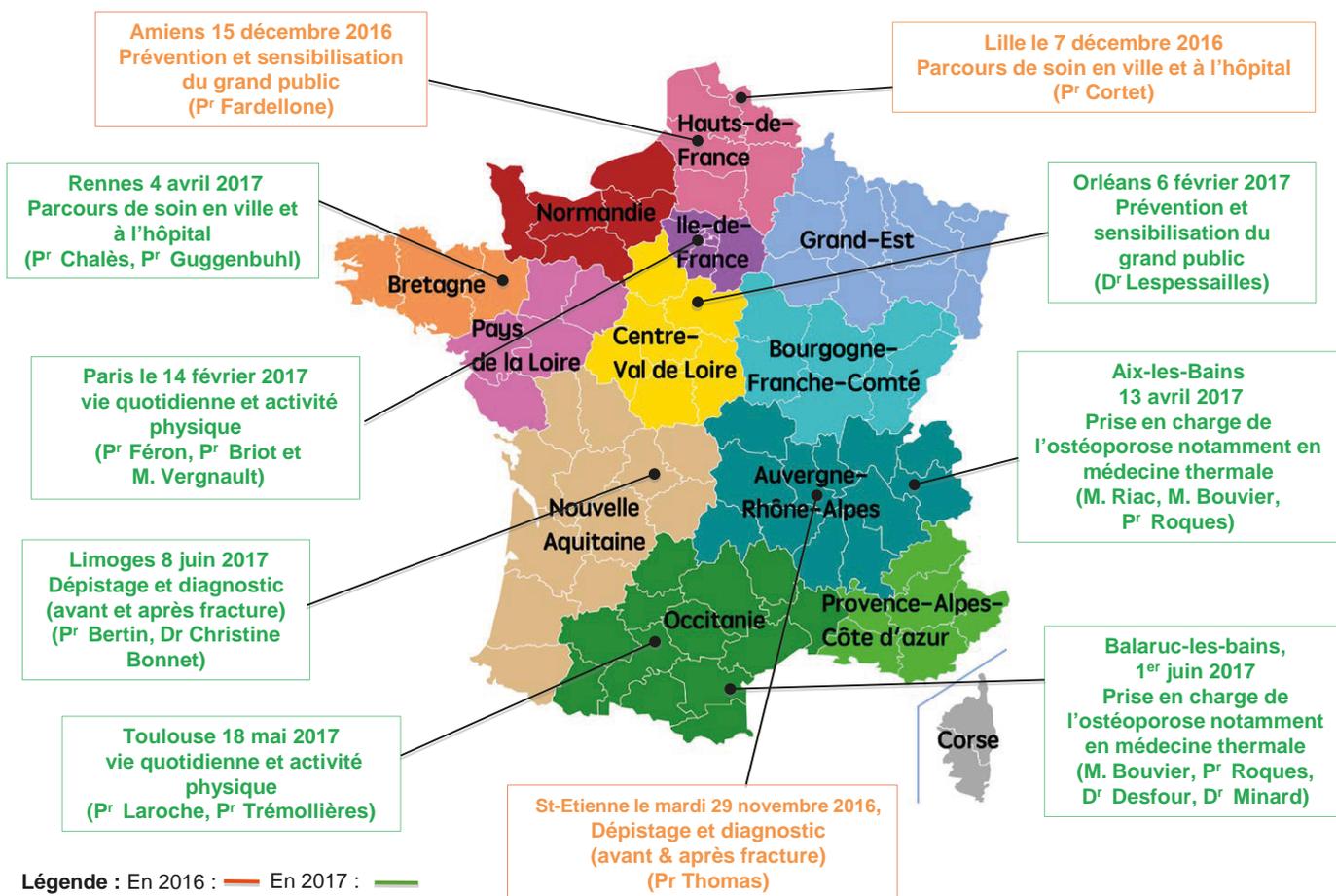


5 THÈMES IDENTIFIÉS

Afin de consolider les constats partagés et les propositions d'amélioration, 5 thèmes de discussion ont été identifiés et sont traités à deux reprises dans deux villes différentes (ainsi 2 tables rondes régionales aborderont le même thème) :

- **Thème 1 : Optimisation du parcours de soins en ville et à l'hôpital :** comment faire pour que le patient accède le plus rapidement possible au traitement le plus adapté à son cas en mobilisant le ou les professionnels impliqués : rhumatologue, médecin généraliste, mais aussi pharmacien, kinésithérapeute, gynécologue, gériatre, podologue, diététicien, etc...
- **Thème 2 : Vie quotidienne et activité physique :** comment améliorer la vie privée et professionnelle, notamment en favorisant l'activité physique adaptée et en luttant contre la dépendance physique ?
- **Thème 3 : Dépistage et diagnostic de l'ostéoporose (sans fracture ou au moment d'une fracture) :** quelle place pour le médecin généraliste, le gynécologue, le gériatre ?
- **Thème 4 : La prise en charge des soins :** quel est le circuit de prise en charge le plus efficace ? De quels médicaments disposons-nous ? Quels sont les besoins non couverts ? Quelle est la place des traitements non médicamenteux ? Quelle place pour l'éducation thérapeutique du patient ? Quel est le reste à charge pour les patients ?
- **Thème 5 : Prévention et sensibilisation du grand public :** comment changer le regard du grand public ? Comment prévenir une maladie silencieuse ? Quelle hygiène de vie ?

RÉPARTITION RÉGIONALE PAR THÈME DE DISCUSSION



Légende : En 2016 : — En 2017 : —

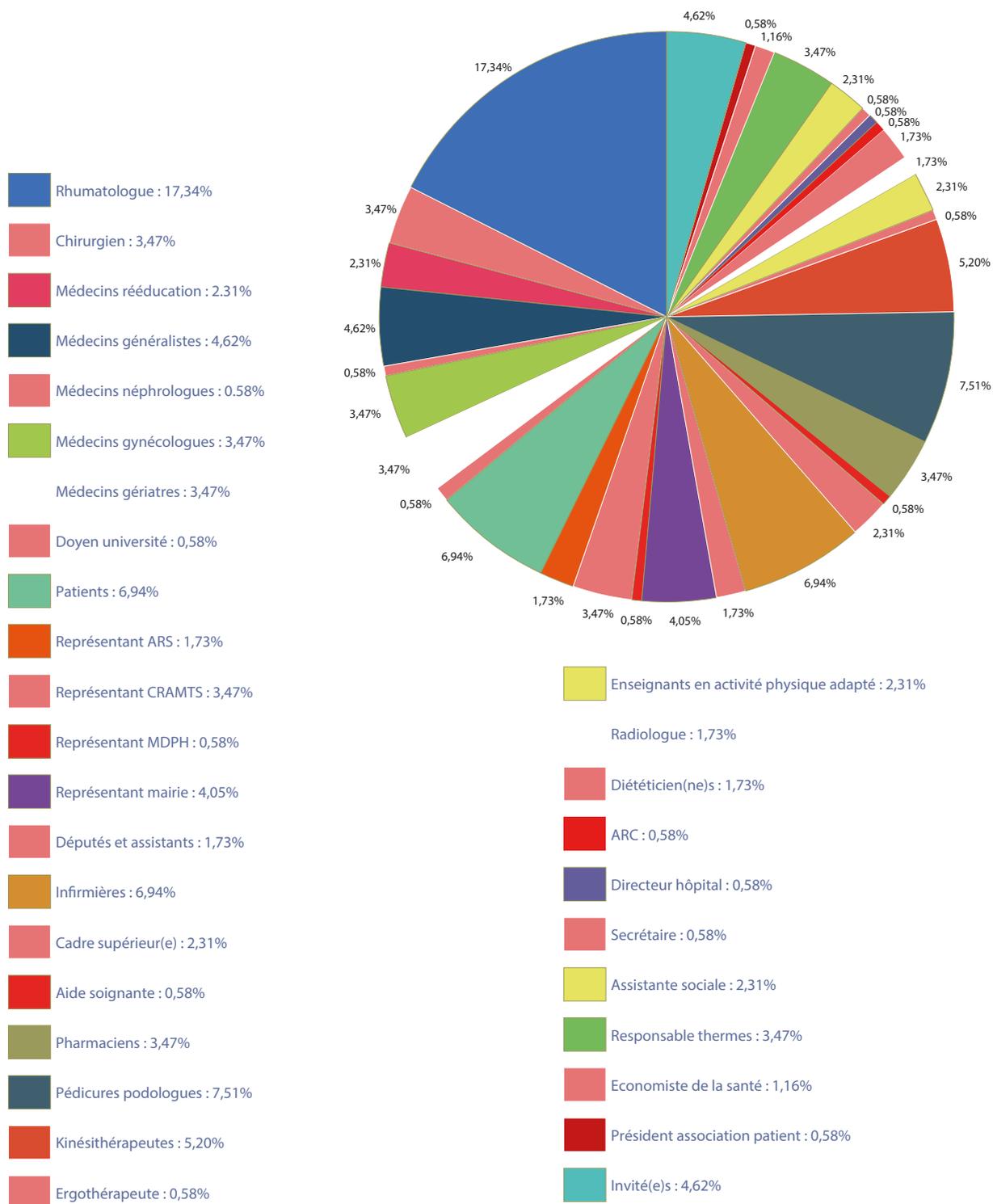


BILAN DE PARTICIPATION DES 10 TABLES RONDES RÉGIONALES :

Date	Lieu	Thème
29 novembre 2016	St-Etienne	Dépistage et diagnostic (thème 3)
7 décembre 2016	Lille	Parcours de soin en ville et à l'hôpital (thème 1)
15 décembre 2016	Amiens	Prévention et sensibilisation grand public (thème 5)
6 février 2017	Orléans	Prévention et sensibilisation grand public (thème 5)
14 février 2017	Paris	Vie quotidienne et activité physique (thème 2)
4 avril 2017	Rennes	Parcours de soin en ville et à l'hôpital (thème 1)
13 avril 2017	Aix-les-Bains	Prise en charge de l'ostéoporose notamment en médecine thermale (thème 4)
18 mai 2017	Toulouse	Vie quotidienne et activité physique (thème 2)
1er juin 2017	Balaruc-les-Bains	Prise en charge de l'ostéoporose notamment en médecine thermale (thème 4)
8 juin 2017	Limoges	Dépistage et diagnostic (thème 3)



LES 173 PARTICIPANTS AUX 10 TABLES RONDES RÉGIONALES (HORS ORGANISATEURS ET ANIMATEURS)



LES 36 PROPOSITIONS RECUEILLIES LORS DES 10 TABLES RONDES RÉGIONALES ONT ABOUTI AUX 7 PRIORITÉS D'UN PLAN DE SANTÉ PUBLIQUE CONTRE LES FRACTURES DE L'OSTÉOPOROSE

Les propositions recueillies lors des 10 tables rondes régionales des Etats Généraux de l'Ostéoporose ont fait l'objet d'une implémentation progressive puis ont pu être réécrites pour réussir une synthèse finale autour de 7 axes prioritaires.

Dès la 6ème table ronde régionale, les participants ont pu réagir aux 28 propositions recueillies lors des 5 premières tables rondes. Un questionnaire a été créé afin de recueillir leur note comprise entre 0 (pas du tout prioritaire) et 10 (tout à fait

prioritaire) pour chacune des propositions. Ensuite, un temps d'échange lors de la table ronde régionale nous a permis de recueillir leurs avis qualitatifs sur le libellé des propositions existantes et de réussir à en écrire de nouvelles.

Les propositions des 10 tables rondes se sont élevées au nombre de 36 avant d'être retravaillées lors d'une réunion du comité de pilotage des Etats Généraux qui s'est tenue à Paris le 6 juillet 2017.

Une grande thématique se dégage de l'ensemble des propositions : Faire reconnaître les fractures de l'ostéoporose comme un véritable fléau de santé publique ; nécessité d'une mobilisation générale (via un plan de santé national) pour faire en sorte qu'une 1ère fracture soit la dernière.



- DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS
- UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
- LE PANEL CITOYEN
- LES TABLES RONDES RÉGIONALES
- **LES 7 PRIORITÉS-CLÉ**
- LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

LES 7 PRIORITES-CLE, POUR UN PLAN DE SANTÉ PUBLIQUE CONTRE LES FRACTURES DE L'OSTÉOPOROSE.

Les 7 propositions prioritaires pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose en France

Priorité n°1	De l'ostéoporose à la fracture : Changer de paradigme Campagnes de sensibilisation
Priorité n°2	Développer les stratégies de prévention primaire des fractures de fragilité
Priorité n°3	Développer les stratégies de prévention secondaire des fractures de fragilité « pour que la 1ère fracture soit la dernière ! »
Priorité n°4	Promouvoir des mesures incitatives pour les médecins généralistes dans la prise en charge de l'ostéoporose
Priorité n°5	Promouvoir et soutenir un plan de recherche public-privé médico-économiques face aux enjeux du coût de la « cascade fracturaire » et de l'expérimentation de filières de soins pluridisciplinaires innovantes
Priorité n°6	Promouvoir la prévention des chutes et le maintien à domicile des personnes à risque de fracture ostéoporotiques
Priorité n°7	Créer un registre national des fractures de l'ostéoporose (débuter par une expérimentation sur une ou 2 régions)

PRIORITÉ N°1

DE L'OSTÉOPOROSE À LA FRACTURE : CHANGER DE PARADIGME CAMPAGNES DE SENSIBILISATION

Promouvoir des campagnes d'information auprès des publics les plus à risque de fracture sur les enjeux de la prise en charge d'une première fracture (« la 1ère fracture doit être la dernière ! », « les complications de l'ostéoporose sont graves, invalidantes et mortelles », « perdre plus de 4 cm en taille ou avoir une fracture après une simple chute juste de sa hauteur : ce n'est pas normal ! C'est que vos os sont devenus trop fragiles ! Agissez ! » « l'ostéoporose ça ne passe pas ça casse ! »), et lutter contre les idées fausses (« l'ostéoporose n'est pas une vraie maladie » ; « les traitements hormonaux de la ménopause sont dangereux », « les traitements de l'ostéoporose ne sont pas efficaces », « le calcium et la vitamine D suffisent », « se tasser c'est normal »...)

Promouvoir la formation des professionnels de santé de proximité Former les médecins généralistes, pharmaciens et dentistes

Créer une journée médiatique lors des journées mondiales de l'ostéoporose avec gratuité de la DMO pour toutes les femmes de plus de 65 ans (ou toutes les femmes ménopausées)



PRIORITÉ N°2

DÉVELOPPER LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES FRACTURES DE FRAGILITÉ

Dès le plus jeune âge, intégrer le dépistage des anomalies de la marche

Réaliser des campagnes de prévention à l'école sur la constitution d'os solides (constitution du capital osseux). Importance de l'apport d'1g/jour de calcium (soit un laitage), activité physique, apports protéiques...

Systématiser la mesure de la taille (toise) au moins une fois par an par le MG, le pharmacien et lors des cures thermales

Proposer le remboursement de la mesure de la densitométrie osseuse (DMO) pour les femmes de plus de 65 ans pour dépister les patientes à risque de fracture

Intégrer le dépistage de l'ostéoporose dans les bilans de santé de l'assurance maladie (ex : départ à la retraite) : consultations de prévention

Généraliser le dépistage chez les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète, les maladies respiratoires chroniques, l'hyperthyroïdie, la maladie de Parkinson...

Revaloriser et réinstaurer les traitements hormonaux de la ménopause comme des outils de prévention primaire de l'ostéoporose

Rendre le dépistage par ostéodensitométrie osseuse (DMO) systématique pour les femmes de plus de 65 ans avec ou sans facteur de risque ostéoporose.

Mener des études médico-économiques de mesure d'impact dans le but de valoriser et développer l'accès à la DMO (élargir les conditions de remboursement de l'ostéodensitométrie)



PRIORITÉ N°3

DÉVELOPPER LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION SECONDAIRE DES FRACTURES DE FRAGILITÉ « POUR QUE LA 1ÈRE FRACTURE SOIT LA DERNIÈRE ! »

Développer un accès équitable à de réels parcours de soins après une 1ère fracture liée à l'ostéoporose

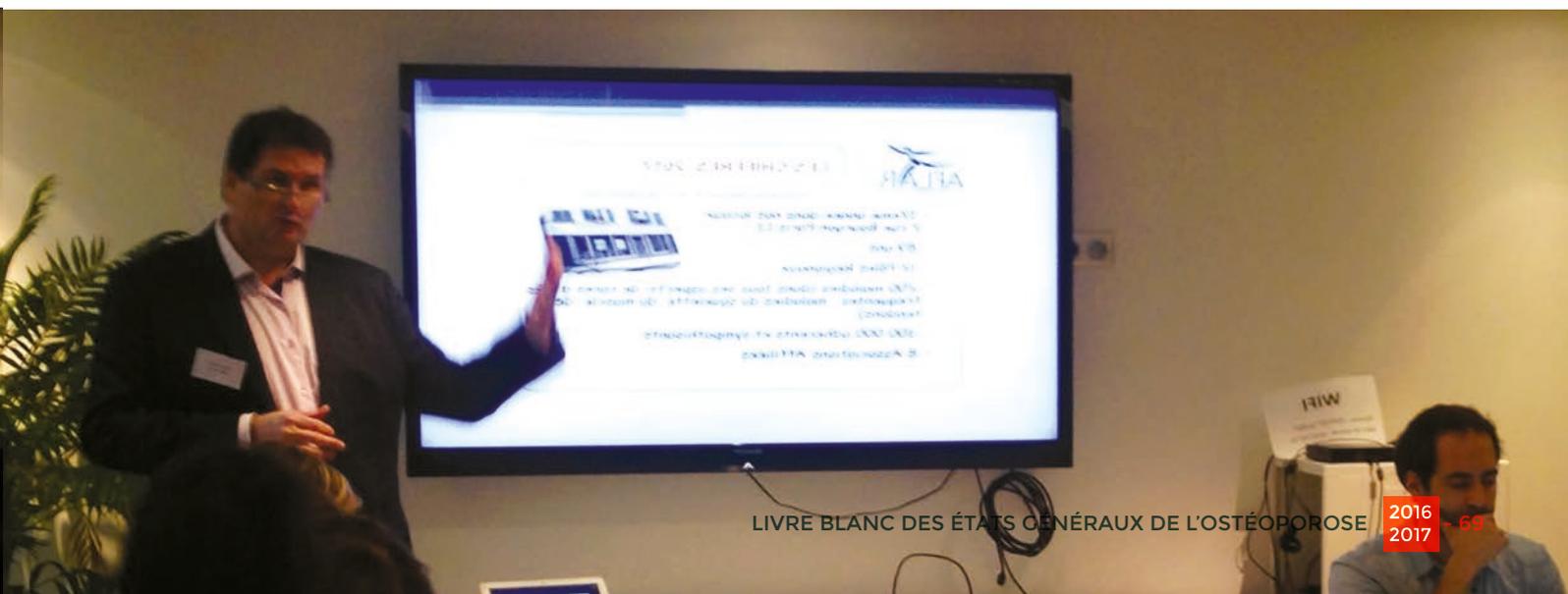
Refonder un parcours de soins de la fracture de l'ostéoporose (fractures vertébrales, du poignet, du col du fémur) à partir de la filière de soins post fracture, en lien avec les professionnels de santé concernés, et coordonnés par une infirmière hospitalière(par exemple)

Proposer des modes de rémunération adaptés à ces parcours de soins post fracture

Développer des mesures d'incitation pour les services d'urgence et de chirurgie orthopédique dans le dépistage de l'ostéoporose devant des fractures par fragilité osseuse (suite à une chute de sa hauteur ou de fracture vertébrale spontanée)

Instaurer un dépistage de l'ostéoporose et sa prise en charge dans les suites d'une hospitalisation pour fracture (en particulier si opération chirurgicale).

Développer la prise en charge les douleurs chroniques après fractures de l'ostéoporose (en particulier les fractures vertébrales)



PRIORITÉ N°4

PROMOUVOIR DES MESURES INCITATIVES POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE.

En application des recommandations de prise en charge de l'ostéoporose de la HAS et du GRIO (dépistage, utilisation des médicaments), pour :

Généraliser la surveillance de la perte de taille au moins une fois par an. Généraliser le dépistage des patients âgés à risque de chute (antécédent de chute dans la dernière année, temps d'appui unipodal < 5 secondes) et le dépistage systématique de l'ostéoporose chez les patients dépistés à risque de chute

Généraliser le dépistage de l'ostéoporose chez les patients souffrant de maladies chroniques (le diabète, les maladies respiratoires chroniques, l'hyperthyroïdie, la maladie de Parkinson...)

Intégrer l'ostéoporose dans le logiciel métier des médecins généralistes

Créer un outil d'aide à la prise de décision pour le patient (balance bénéfices/risques) des traitements

Proposer une rémunération spécifique dédiée à l'ostéoporose (consultation complexe dédiée à l'ostéoporose après fracture : explications clés sur la maladie, ses risques et sa prise en charge), par exemple dans le cadre des ROSP



PRIORITÉ N°5

PROMOUVOIR ET SOUTENIR UN PLAN DE RECHERCHE PUBLIC-PRIVÉ MÉDICO-ÉCONOMIQUES FACE AUX ENJEUX DU COÛT DE LA « CASCADE FRACTURAIRE » et de l'expérimentation de filières de soins pluridisciplinaires innovantes

Mobiliser les données du SNIIRAM pour évaluer les dépenses reconnues et remboursées au décours de la première fracture ostéoporotique dans les 12 et 24 mois qui suivent sa survenue.

Comparer le montant des dépenses reconnues et remboursées par l'Assurance maladie dans les 12 mois ayant précédé la fracture avec celles mises à sa charge dans les 12 mois qui ont suivi la survenue de la fracture.

Estimer à partir du montant de ce surcoût et en fonction des projections démographiques, le coût de l'ostéoporose en France à l'horizon 2020-2025

Montrer comment cette évolution des dépenses pourrait être infléchie par la mise en œuvre de dispositifs organisationnels innovants : réseaux de soins coordonnés, fracture liaison service FLS et des traitements médicamenteux spécifiques de l'ostéoporose sachant que l'observance est un enjeu majeur.



PRIORITÉ N°6

PROMOUVOIR LA PRÉVENTION DES CHUTES ET LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES À RISQUE DE FRACTURE OSTÉOPOROTIQUES

Engager les collectivités locales dans le dépistage et la prévention des causes intrinsèques de chute (ex : troubles de la vision, de la marche) et environnementales (ex : aménagement du domicile)

Faciliter la création de programmes de réassurance dans l'activité physique adaptée à leurs possibilités et ayant vocation d'autonomiser la personne dans une activité physique pérenne, coordonnés par des kinésithérapeutes ou des enseignants en APA

Faciliter la création de programmes d'éducation thérapeutique pour informer et éduquer les patients après fracture (observance, activité physique adaptée, prévention des chutes...) en particulier durant les séjours en médecine thermique et en rééducation

Créer un questionnaire (type G8) d'évaluation du risque de fracture chez les patients de plus de 75 ans.

APRÈS UNE FRACTURE

Organiser dans le parcours de soins le maintien de l'autonomie des personnes après fractures graves en favorisant le retour à domicile (aides et soins à domicile, portage des repas...).

Créer un acte infirmier « retour à domicile » après hospitalisation pour fracture

Soutenir les initiatives de la CNAM sur le PRADO "fragilité osseuse" et « post fracture » (retour à domicile post fracture du col du fémur). Faire bénéficier les patients dirigés en SSR gériatrique du PRADO « post fracture »

Proposer le remboursement systématique pour les patients post fracture par ostéoporose :

- une consultation chez le pédicure-podologue (importance du bilan diagnostic en pédicurie podologie permettant d'évaluer le risque de chute et de mettre en place des mesures de prévention),
- une consultation chez le masseur-kinésithérapeute qui a un rôle de bilan diagnostic des capacités fonctionnelles du patient pour une reprise de l'activité physique,
- un bilan de capacités physiques par un enseignant en activité physique adaptée (APA)

PRIORITÉ N°7

CRÉER UN REGISTRE NATIONAL DES FRACTURES DE L'OSTÉOPOROSE (DÉBUTER PAR UNE EXPÉRIMENTATION SUR UNE OU 2 RÉGIONS)



- DES ENQUÊTES EN LIGNE AUPRÈS DES PATIENTS
- UNE ENQUÊTE EN LIGNE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
- LE PANEL CITOYEN
- LES TABLES RONDES RÉGIONALES
- LES 7 PRIORITÉS-CLÉ
- LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES TABLES RONDES

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OSTÉOPOROSE

Les premières propositions ont été classées selon les cinq thématiques suivantes :

1. Créer une mobilisation générale contre l'ostéoporose
2. Renforcer l'information et la prévention
3. Améliorer le dépistage
4. Améliorer la prise en charge
5. Améliorer la qualité de vie des personnes malades



1. Créer une mobilisation efficace contre l'ostéoporose

Propositions	Commentaires
1. Lancer un véritable plan de santé publique de lutte contre l'ostéoporose	Importance de mobiliser les politiques : les arguments médicaux et économiques sont non contestables !
2. Développer des axes de mobilisation en matière de prévention primaire (capital osseux), secondaire (dépistage et prise en charge de la maladie à un stade silencieux) et tertiaire (éviter la "cascade" de fractures et ses conséquences délétères)	
3. Développer des axes de recherche pour mieux répondre aux enjeux du dépistage systématique, et l'expérimentation de filières de soins pluridisciplinaires innovantes.	
4. Créer une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) dédiée à l'ostéoporose pour mobiliser les médecins généralistes.	

2. Renforcer l'information et la prévention

Propositions	Commentaires
1. Réaliser des campagnes de prévention primaire de la maternelle aux universités sur la constitution d'os solides (constitution du capital osseux)	De 0 à 25 ans
2. Réaliser des campagnes d'information grand public sur les enjeux du dépistage et la prise en charge d'une première fracture	Peu de messages sont relayés. Les patients pensent donc qu'il ne s'agit pas d'une véritable maladie.

3. Améliorer le dépistage : identifier la maladie à un stade silencieux et/ou en cas de 1ère fracture

Propositions	Commentaires
1. Coupler le dépistage de l'ostéoporose à celui du cancer du sein (femme de plus de 50 ans avec ou sans facteur de risque ostéoporose). Mener des études médico-économiques de mesure d'impact. Elargir les conditions de remboursement de l'ostéodensitométrie	Rappel des facteurs de risque connus : <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs héréditaires - Faible poids corporel ; avoir souffert d'anorexie - Parents ayant eu une fracture du col - Corticothérapie - Avoir eu une 1ère fracture - Souffrir d'hyperthyroïdie
2. Créer une journée médiatique lors de la prochaine journée mondiale de l'ostéoporose avec gratuité de la DMO pour toutes les femmes de plus de 50 ans (ou toutes les femmes ménopausées)	Collaboration entre les rhumatologues et les radiologues. Expérimentation locale qui pourra être généralisée
3. Généraliser le dépistage dans le mois qui suit une hospitalisation pour fracture (en particulier si opération chirurgicale)	La littérature montre que la période post-fracture est un moment clé du changement de comportement. Après c'est trop tard
4. Généraliser la mesure de la taille (toise) au moins une fois par an par le médecin généraliste	Les patients sont rarement mesurés chez leur médecin
5. Généraliser le dépistage chez les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète, les maladies respiratoires chroniques, l'hyperthyroïdie, la maladie de Parkinson...	
6. Travailler avec les urgentistes en cas de chutes non traumatiques, de fractures vertébrales : instaurer une filière fracture	Sinon les patients ayant de l'ostéoporose ne sont pas vus. Leur fracture est réparée et ils rentrent chez eux. En cas de fracture vertébrale, ils retournent à leur domicile en pensant que ce type de fracture est normal pour leur âge.
7. Créer une consultation de prévention régulière, (pas que sur l'ostéoporose) chez le médecin généraliste : historique de fracture, perte de taille, douleurs aux pieds ?	Consultation de prévention globale qui s'appuie sur une grille d'évaluation avec des items bien précis
8. Généraliser une consultation d'annonce : explications clés sur la maladie et sa prise en charge	

4. Améliorer la prise en charge post-fracture (prévention de la cascade fracturaire)

Propositions	Commentaires
1. Créer une filière de soin post-fracture (ou véritable parcours de soin) où les soignants sont valorisés et avec des infirmières hospitalières de coordination (+ rôles clés du médecin traitant, du gériatre, du chirurgien orthopédiste et de la MDPH) incluant APA, prévention des chutes (aménagement du domicile), évitement des médicaments pouvant entraîner des chutes, consultation ophtalmo, podologue...	Demander à la HAS
2. Œuvrer au déploiement des initiatives de la CNAM sur le dispositif "fragilité osseuse" et PRADO (retour à domicile post-fracture du col du fémur)...	
3. Créer un acte infirmier "Retour à Domicile" après une hospitalisation pour fracture	
4. Remboursement pour les personnes souffrant d'ostéoporose (avec ou sans lère fracture) : - d'une consultation annuelle chez le pédicure/podologue et le diététicien - d'un bilan des capacités physiques par un expert APA	
5. Faire participer les patients à de véritables programmes d'ETP centrés sur l'observance, l'activité physique quotidienne et la prévention des chutes. Si possible en centres de rééducation mais aussi à distance (plateforme Internet ?)	
6. Faire participer les patients à des véritables programmes de réassurance dans l'activité physique adaptée à leurs possibilités et ayant vocation d'autonomiser la personne dans une activité physique pérenne	Ce genre de démarche rassure les patients et les professionnels de santé
7. Faire appliquer les recommandations du GRIO sur l'utilisation des médicaments	
8. Changer l'image négative des traitements (auprès des médecins généralistes, pharmaciens et dentistes) et insister sur l'insuffisance d'un traitement seul par supplémentation Calcium + Vit D quand la maladie est installée.	
9. Créer un outil d'aide à la prise de décision pour le patient (balance bénéfices/risques) des traitements	Il faut accompagner les patients quant à leurs changements de comportements. Actuellement, ils ne sont pas motivés à se soigner pour de mauvaises raisons.
10. Renforcer la prise en charge de la douleur chronique	

5. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'ostéoporose : mobilisation pour le maintien de l'autonomie au cours de la vie

Propositions	Commentaires
1. Prévention du handicap, maintien de l'autonomie des personnes après fractures graves. Favoriser le maintien à domicile	
2. Réduire les inégalités sociales parmi les personnes à risques de handicap (accès aux institutions, aides à domicile, aménagements nécessaires pour la prévention des chutes...)	
3. Evaluer la fragilité générale chez les patients de plus de 75 ans ayant chuté (à l'instar du questionnaire G8 utilisé en oncologie)	Il faut profiter de l'accompagnement spécifique lors d'une chute ou d'une fracture pour une évaluation gériatrique.

REMERCIEMENTS

Aux malades qui ont participé activement aux Etats généraux de l'Ostéoporose, au panel, aux enquêtes, aux 10 tables rondes régionales membres de l'Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose.

Aux membres de l'Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose.

Aux organisateurs des tables rondes régionales

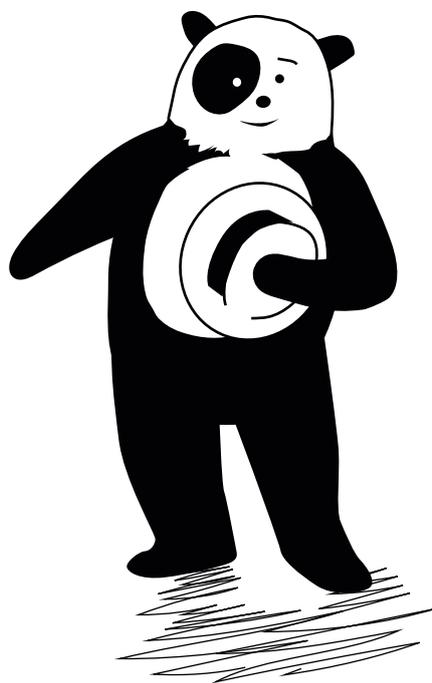


Table ronde (lieu, date)	Thème	Personne référente dans l'organisation de la table ronde	Structure d'accueil de la table ronde
Saint-Etienne le 29 novembre 2016	Dépistage et diagnostic	Pr Thierry Thomas	Faculté de médecine Jean Monet
Lille le 7 décembre 2016	Parcours de soin en ville et à l'hôpital	Pr Bernard Cortet	CHU Lille, Centre de consultation et d'imagerie de l'appareil locomoteur
Amiens le 15 décembre 2016	Prévention et sensibilisation grand public	Pr Patrice Fardellone	Hôtel Ibis Amiens centre cathédrale
Orléans le 6 février 2017	Prévention et sensibilisation grand public	Dr Eric Lespessailles	Nouvel Hôpital d'Orléans
Paris le 14 février 2017	Vie quotidienne et activité physique	Pr Jean-Marc Feron, Dr Karine Briot et Mr Mathieu Vergnault	Locaux de la SOFCOT à Paris 14
Rennes le 4 avril 2017	Parcours de soin en ville et à l'hôpital	Pr Gérard Chalès	Hôpital Sud Rennes et hôpital Pontchaillou
Aix-les-Bains le 13 avril 2017	Prise en charge de l'ostéoporose notamment en médecine thermique	Mr Claude-Eugène Bouvier, Pr Christian Roques, Mr Bernard Riac	Etablissement thermal d'Aix-les-Bains et centre des congrès d'Aix-les-Bains
Toulouse, 18 mai 2017	Vie quotidienne et activité physique	Mr Gérard Bapt, Pr Michel Laroche, Dr Florence Trémollières	Chambre de Commerce et d'Industrie de Toulouse
Balaruc-les-Bains le 1er juin 2017	Prise en charge de l'ostéoporose notamment en médecine thermique	Mr Claude-Eugène Bouvier, Pr Christian Roques, Mr Sylvain Bonnet Mme Nathalie Raffort	Thermes de Balaruc-les-Bains
Limoges le 8 juin 2017	Dépistage et diagnostic	Dr Christine Bonnet, Pr Philippe Bertin	Faculté de médecine de Limoges

LISTE DES PARTICIPANTS AUX TABLES RÉGIONALES

NB : les villes associées aux noms des participants correspondent aux lieux des différentes tables rondes régionales

Dr Mazen ALI, chirurgien orthopédiste, Orléans
Mme Bérangère ALIAGA, IDE Thermes de Balaruc-Les-Bains
Mme Françoise ALLIOT-LAUNOIS, vice-présidente de l'AFLAR
Mme Véronique ANATOLE-TOUZET, directrice CHU Rennes
M. Sébastien ARGOUD, directeur des soins, thermes d'Aix-Les-Bains
Mme Laëtitia ARRAULT-MEUNIER, pédicure-podologue, Orléans
Mme Martine ARSAC, conseillère municipale en charge du handicap, Orléans
Mme Nicole AUBERT, patiente, Paris
Mme Fabienne, AUBIN, pharmacien, Rennes
Mme Patricia AUCLAIR, cadre supérieur, CHU de Rennes
Mme Hélène AVISSE, directrice référente pôle des neurosciences et de l'appareil locomoteur, pharmacologie, pharmacie, Lille
Dr Anne-Christine BACLESSE, médecin de rééducation, Orléans
Dr Véronique BACLET, Conseil Départemental, MDPH, Lille
Dr Emmanuel BAHANS, médecin CNAM, Limoges
Mr Gérard BAILLEUX, podologue, Balaruc-Les-Bains
Mr Gérard BAPT, député rapporteur du PLFSS à l'Assemblée Nationale, Paris, Toulouse
Mme Brigitte BARTHE, masseur-kinésithérapeute, Orléans
Dr Catherine BEAUVAIS, rhumatologue, Paris
Mme Latifa BELBACHIR, patiente, Paris
Mme Armande BENTALHA, infirmière coordinatrice du réseau ostéoporose de Berck, Lille
Dr Vincent BENVENUTO, médecin généraliste, Saint-Etienne
Mme Martine BERANGER, infirmière, Orléans
Dr Jacques BERNARD, rhumatologue, CHU de Toulouse
Dr Jean-Paul BERNARD, rhumatologue, Aix-Les-Bains
Mr David-Romain BERTHOLON, EmPatient, équipe d'organisation
Mme Anne-Marie BERTHON, patiente curiste, Balaruc-Les-Bains
Pr Philippe BERTIN, service de rhumatologie, CHU de Limoges
Dr Pascal BLANC, gériatre, Orléans
Dr Christine BONNET, service de rhumatologie, CHU de Limoges
Mr Sylvain BONNET, directeur Thermes de Balaruc-Les-Bains

Dr Clémence BOURGEOIS, médecin généraliste, Orléans
Mme Charlotte BOUSSARD, Valvital, Aix-Les-Bains
Mr Claude-Eugène BOUVIER, président du CNETH
Mme Karine BOYER, patiente experte ANDAR, Limoges
Pr Michel BRAZIER, pharmacien clinicien, Amiens
Dr Daniel BRIANCON, rhumatologue, Aix-Les-Bains
Dr Karine BRIOT, rhumatologue, Paris
Dr Patrick BRISACIER, ARS Centre-Val de Loire, Orléans
Mme Marine BRUNAUD, diététicienne, Orléans
Dr Daniel BUCHON, médecin généraliste, Limoges
Dr Catherine CANAULT, médecin généraliste, Orléans
Dr Yves CANAULT, médecin généraliste, Orléans
Mme Anne CAPUTO, patiente curiste, Thermes de Balaruc-Les-Bains
Mme Danièle CARRER, patiente, Toulouse
Mme Brigitte CASAS, IDE, Thermes de Balaruc-Les-Bains
Mr Michel CASSAGNE, kinésithérapeute, Balaruc-Les-Bains
Mme Françoise CESSAC, IDE service de rhumatologie, CHU de Limoges
Dr Marie-Julie CEYRAT, médecin généraliste, Limoges
Mme Christelle CHAU, secrétaire de direction AFLAR
Mme Hakima CHAHRA, responsable qualité des soins, thermes de Balaruc-Les-Bains
Pr Gérard CHALES, AFLAR, rhumatologue hospitalier, Rennes
Dr Anthony CHAPERON, médecin généraliste, Rennes
Mme Ségolène CHAUDRU, enseignante APA, Rennes
Dr Maxime CHEVREAU, rhumatologue Reine Hortense, thermes d'Aix-Les-Bains
Dr Matthieu CLODONG, Secrétaire Général de la Cie Européenne des Bains, Aix-Les-Bains
Mme Hélène CLOUARD, IDE, Rennes
Dr Francis COLLIER, gynécologue, Lille
Pr Bernard CORTET, rhumatologue, président du GRIO, Lille
Mme Françoise COUCHOUD, assistante de direction AFLAR
Mr Alain COULOMB, ancien directeur de la HAS
Mme Anne COUVIDAT, EmPatient, équipe d'organisation
Mme Albane DARTOIS, IDE, Rennes
Mme Catherine DA-VIOLANTE, pharmacien, Orléans
Dr Marie-Marguerite DEFEBVRE, médecin de santé publique, chargée de mission vieillissement, direction de la stratégie et des territoires, Agence Régionale de santé Hauts de France, Lille
Dr Karine DELAHAYE MULLER, pédicure-podologue, Rennes
Mr Jean-Christophe DELAHAYE, association Jouvence, Balaruc-Les-Bains

Mme DENIAU, assistante sociale, thermes de Balaruc-Les-Bains
Pr Hervé DERAMOND, radiologue, Amiens
Dr Hugues DESFOUR, rhumatologue, Balaruc-Les-Bains
Pr Pierre-Louis DOUTRELLOT, médecin de rééducation, Amiens
Dr Bruno DREVET, gériatologue, Balaruc-Les-Bains
Dr Florence DUPRIEZ, médecin de rééducation, Orléans
Mme Sylvie ELLOW, masseur-kinésithérapeute, Saint-Etienne
Dr Antoine ESCOUROU, rhumatologue, Toulouse
Mr ETIENNE, assistante sociale, thermes de Balaruc-Les-Bains
Pr Patrice FARDELLONE, rhumatologue, Amiens
Pr Jean-Marc FERON, chirurgien orthopédiste, Paris
Mme Lysiane FINGONNET, cadre service de rhumatologie, CHU de Limoges
Mme Simone FONTANEL, patiente, Toulouse
Dr Romain FORESTIER, rhumatologue, Aix-Les-Bains
Mme Evelyne FORNER, mairie d'Aix-Les-Bains
Pr Albert FOURNIER, néphrologue retraité, Amiens
Dr Alain FRANCON, rhumatologue, Aix-Les-Bains
Mme Virginie GABAUD, Masseur-kinésithérapeute, CHU de Limoges
Dr Odile GAGNEUR, gynécologue, Amiens
Mr Patrice GARCIA, Professeur de sport-coach, Balaruc-Les-Bains
Mme Geneviève GILBERT, infirmière Saint-Etienne
Mme Julie GIRAUD, EmPatient, équipe d'organisation
Dr Régis GONTHIER, gériatre, Saint-Etienne
Dr Laurent GRANGE, Rhumatologue CHU Grenoble Alpes, président de l'AFLAR, Paris
Mme Isabelle GRANGER, IDE service de rhumatologie, CHU de Limoges
Dr Catherine GREGOIR, rhumatologue, Lille
Dr Thierry GOUGAM, orthopédiste, Limoges
Pr Pascal GUGGENBUHL, rhumatologue hospitalier, Rennes
Mme Caroline HACHE, IDE, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mme Virginie HENNING, pédicure-podologue, Lille
Mr Axel HERRADA, podologue, Balaruc-Les-Bains
Mr Gabriel HOCQUEMILLER, pédicure-podologue, Paris
Mme Véronique HONORE, patiente, Lille
Mme HUERTA, assistante sociale, thermes de Balaruc-Les-Bains
Dr Pauline HUND, orthopédiste-orthésiste-podologue, Balaruc-Les-Bains
Dr Claire JAHIER, médecin conseil CNAM, Rennes
Mme Aude JAUME, diététicienne, Balaruc-Les-Bains
Dr Sylvie JULIEN-PRALET, CNAMTS, Saint-Etienne
Mr Patrick KERROS, direction cohésion sociale et CCAS, Mairie d'Amiens
Mme Bernadette LACLAIS, députée de Savoie, Aix-Les-Bains

Mme Evelyne LAMBRE, patiente, Paris
Pr Michel LAROCHE, rhumatologue, CHU de Toulouse
Pr Robert LAUNOIS, Président du réseau d'évaluation en économie de la santé, Paris
Mr Julien-Rémy LAUNOIS, Masseur-kinésithérapeute/ostéopathe, Rennes
Mr Christophe LATRILLE, enseignant en activité physique adaptée, Paris
Mr Martial LECOCQ, ergothérapeute, MDPH Lille
Mr Bruno LELEU, directeur de l'institut de formation des masseurs-kinésithérapeutes, Lille
Mme Sabine LEPETZ, pédicure-podologue, Amiens
Dr Eric LESPESSAILLES, rhumatologue, Orléans
Mr Michel LOBJOIE, patient curiste, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mr Emile-Roger LOMBERTIE, maire de Limoges
Mme Martine LOURTEL, patiente, Orléans
Dr Benoît LOZE, rhumatologue, Toulouse
Mme Zohra MAHFOUF, patiente, Paris
Dr Raifah MAKDASSI, conseillère déléguée à la santé à la Mairie d'Amiens
Mme Catherine MARCHANDISE-FRANQUET, déléguée à la santé - Mairie de Rennes
Dr Huguette MARECHAL-EYL, gynécologue retraitée, Orléans
Mme Anne-Marie MARTIN, secrétaire, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mme Nicole MATHIEU, patiente, Toulouse
Mme Françoise MAZE, diététicienne, Rennes
Mr Daniel MELARD, pédicure-podologue, Limoges
Dr Dominique MENIER, Médecin Conseil, service RPS, Direction régionale du Service médical Rhône-Alpes, Aix-Les-Bains
Mme Géraldine MEULIN, infirmière de recherche clinique
Mr Geoffroy MIALHE, assistant social, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mr Christian MORANT, kinésithérapeute, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mr Sébastien MOYSNE-BRESSAND, pédicure-podologue, Aix-Les-Bains
Mme Pascale NAVARRO, CCI de Toulouse
Dr Thomas NERI, chirurgien orthopédiste, assistant chef de clinique, Saint-Etienne
Mme Chrystèle NEVEU, aide soignante, CHU de Rennes
Mr Pierre NIEMCZYNSKI, pédicure-podologue, Paris
Dr René NIVELET, ARS Bretagne
Dr Catherine OBIN, médecin conseil en charge du déploiement des PRADOS, CNAMTS, Lille
Mr Jean-Pierre OGIER, pédicure-podologue
Dr Jean-Pierre ORAIN, représentant des organismes de sécurité sociale, Amiens
Mr Dominique PEJOAN, cadre kinésithérapeute, CHU de Limoges
Mme Sandrine PELLETIER, masseur-kinésithérapeute, Orléans
Mme Isabelle PIAU, pédicure-podologue, Toulouse

Mme Anne-Christine PILLE, Cadre supérieur, CHU de Rennes
Mr Gilles PIRIOU, Pharmacien coordinateur de l'OméDit Bretagne, Rennes
Dr Stéphane POLLET, rhumatologue libéral, Rennes
Dr Didier POIVRET, rhumatologue, Paris
Pr François PUISIEUX, gériatre, Lille
Mme Marie-Noëlle QUADRELLI-CORREA, IDE, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mme Nathalie RAFFORT, directrice développement médico-thermal, thermes de Balaruc-Les-Bains
Mme Voahirana RATSIMBAZAFY, pharmacien, CHU de Limoges
Mr Bernard RIAC, Valvital, Aix-Les-Bains
Dr Alain RICHEL, neurochirurgie, Aix-Les-Bains
Dr Karen RUDELLE, médecin généraliste, Limoges
Pr Christian ROQUES, rhumatologue, AFRETH
Mme Andrée ROUSSEAU, patiente, Toulouse
Dr Emmanuelle SALIS, médecin rééducateur, thermes de Balaruc-Les-Bains
Dr Emilie SAULE, service de rhumatologie, CHU de Limoges
Mme Annie SAVATTE, cadre supérieur, CHU de Rennes
Mr Raphaël SERREAU, chef de service de médecine préventive, Mairie d'Orléans
Dr Laure SORITEAU, gériatre, Balaruc-Les-Bains
Dr Gwenaëlle SOST, gériatre, Rennes
Mme Perrine TESSON, MEM Radio, Rennes
Mr Gérard THIBAUD, président association ANDAR, Toulouse
Pr Thierry THOMAS, rhumatologue, président de la SFR, Saint-Etienne
Dr Anne-Laurence TOMI, rhumatologue, Orléans
Dr Marie-France TORTUL, gynécologue, Limoges
Mme Pascale TOUFFE, assistante Gérard Bapt, Toulouse
Dr Florence TREMOLLIERES, gynécologue, Toulouse
Mme Clara VAZEIX, assistante Gérard Bapt, Toulouse
Mr Mathieu VERGNAULT, enseignant en activité physique adaptée, Paris
Dr Catherine VICARIOT, gynécologue, Orléans
Pr Fabrice ZENI, doyen de la faculté de médecine de Saint-Etienne

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES PROPOSITIONS DU COLLECTIF OSTEOPOROSE	91
ANNEXE 2 : ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DU GRIO	93
ANNEXE 3 : RÉSULTATS BRUTS DE L'ENQUÊTE PATIENTS	97
ANNEXE 4 : L'OSTÉOPOROSE/CNAMTS	109
ANNEXE 5 : LE RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT APRES FRACTURE DE L'OSTÉOPOROSE	121
ANNEXE 6 : LE RÔLE DU PÉDICURE-PODOLOGUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE	125
ANNEXE 7 : LE RÔLE DE LA MÉDECINE THERMALE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE	127
ANNEXE 8 : LE RÔLE DE L'ENSEIGNANT ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA) DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE	129
ANNEXE 9 : OSTÉOPOROSE (OP) ET SPONDYLOARTHRITE (SA)	131
ANNEXE 10 : OSTÉOPOROSE (OP) ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR).....	135
ANNEXE 11 : LIVRET DE L'ASSURANCE MALADIE : fracture après un choc léger : j'ai une fragilité osseuse	143
ANNEXE 12: LIVRET LE VOLEUR D'OS, tout savoir pour l'arrêter	149

ANNEXE 1

LES PROPOSITIONS DU COLLECTIF OSTÉOPOROSE

Mesure N°1 : Pour une meilleure prise de conscience individuelle et collective : Proposer systématiquement le questionnaire rapide d'évaluation des facteurs de risques d'ostéoporose du GRIO au moment de la mammographie, pour toutes les femmes de plus de 50 ans.

Mesure N°2 : Pour un meilleur dépistage : Simplifier le remboursement de l'ostéodensitométrie : autoriser le remboursement de cet examen pour toute femme de plus de 60 ans.

Mesure N°3 : Pour une meilleure prévention : Profiter de l'annonce des conditions de remboursement simplifiées pour lancer des campagnes d'information et de sensibilisation à la prévention et au dépistage de l'ostéoporose vers le grand public et les professionnels de santé (MG, pharmaciens).

Novembre 2014



ANNEXE 2

ACTUALISATION 2017 DES RECOMMANDATIONS DU TRAITEMENT DE L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

Bernard Cortet



INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose et/ou de chutes multiples
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

EN CAS DE FRACTURE SÉVÈRE NON VERTÉBRALE

Les possibilités thérapeutiques (par ordre alphabétique) sont :

- ALN 70 mg hebdomadaire ou 10 mg/j
- DEN 60 mg 1 injection SC semestrielle
- RIS 35 mg hebdomadaire, 75mgx2 mensuel ou 5 mg/j
- ZOL 5mg 1 perfusion annuelle

Le seul traitement étudié chez les patients ayant souffert d'une fracture de l'ESF est ZOL à considérer en première intention dans ce cas (Grade A) (Lyles 2007).

EN CAS DE FRACTURE SÉVÈRE VERTÉBRALE

Les possibilités thérapeutiques (par ordre alphabétique) sont :

- ALN 70 mg hebdomadaire ou 10 mg/j
- DEN 60 mg 1 injection SC semestrielle
- RIS 35 mg hebdomadaire, 75mgx2 mensuel ou 5 mg/j
- RLX 60mg/j si risque de fracture périphérique faible (Grade A)
- TPD 20 g SC /j
- THM entre 50 et 60 ans si troubles du climatère.
- ZOL 5mg 1 perfusion annuelle

Le tériparatide est recommandé en première intention si >2 FV (Grade A)

Le raloxifène n'est remboursé que jusqu'à 70 ans

EN CAS DE FRACTURE NON SÉVÈRE OU ABSENCE DE FRACTURE

Les possibilités thérapeutiques (par ordre alphabétique) sont :

- ALN 70 mg hebdomadaire ou 10 mg/j
- DEN 60 mg 1 injection SC semestrielle
- RIS 35 mg hebdomadaire, 75mgx2 mensuel ou 5 mg/j
- RLX 60mg/j
- THM entre 50 et 60 ans si troubles du climatère
- ZOL 5mg 1 perfusion annuelle

RLX si risque de fracture périphérique faible (Grade A)

CHOIX DE TRAITEMENT

Pas d'études comparatives portant sur l'efficacité anti-fracturaire

Prise en compte des contre-indications et des contraintes des traitements

L'utilisation des médicaments à voie d'administration parentérale (acide zolédronique, denosumab (remboursé en 2ème intention après les bisphosphonates) peut être privilégiée dans les situations suivantes :

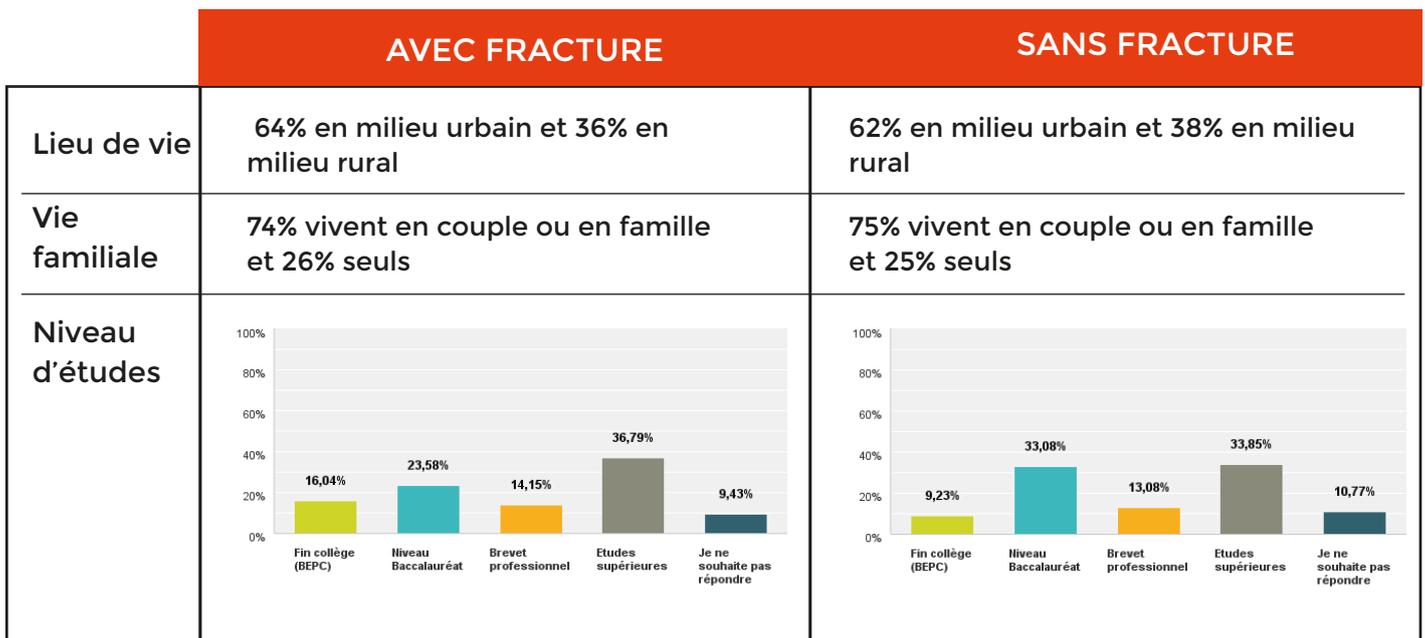
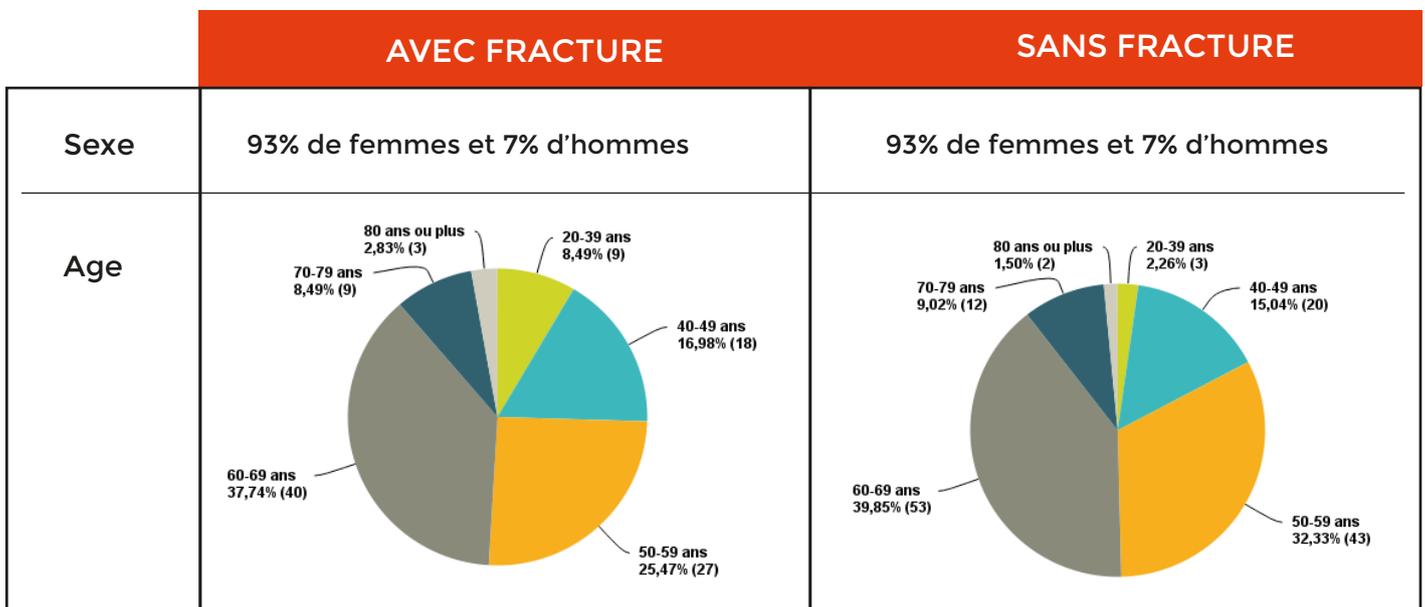
- fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF),
- DMO initiale très basse
- présence de comorbidités et notamment troubles mnésiques, défaut d'observance et polymédication.

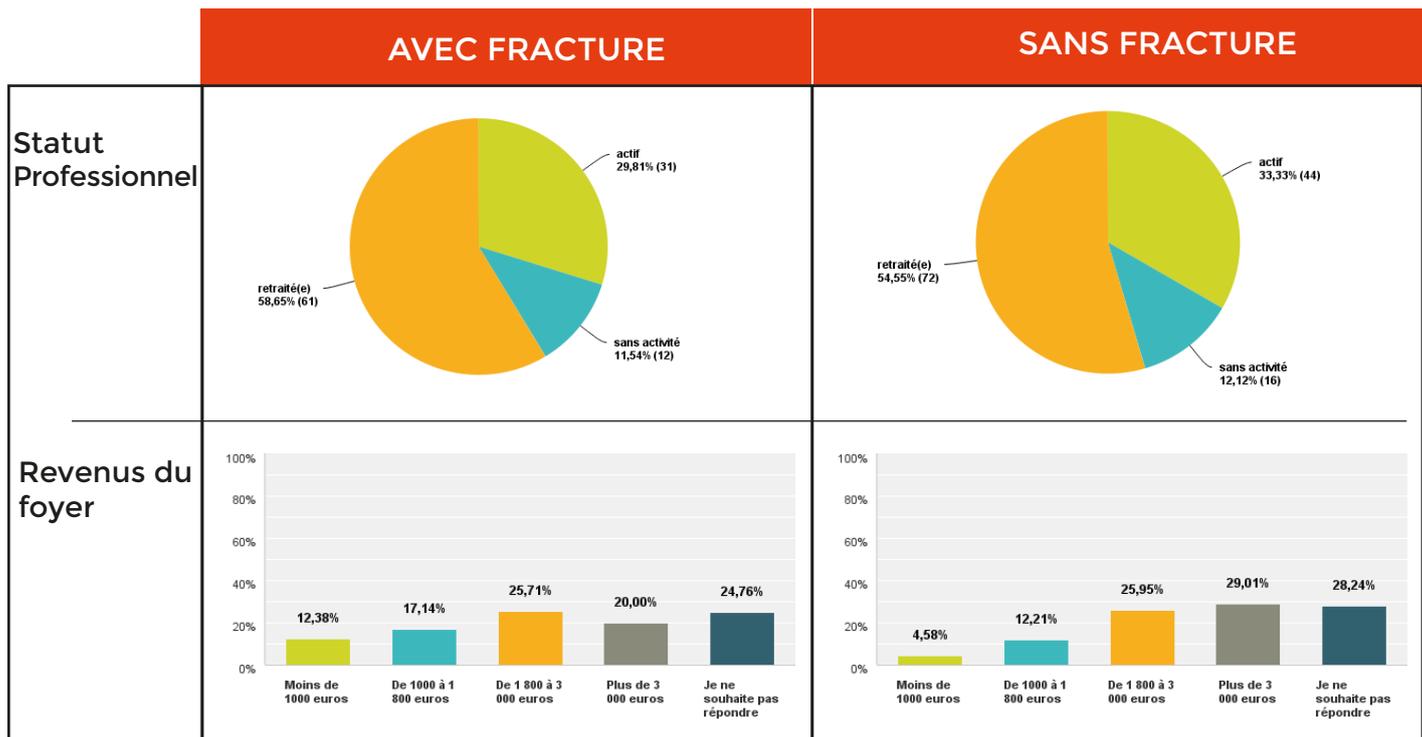
(Accord professionnel).

ANNEXE 3

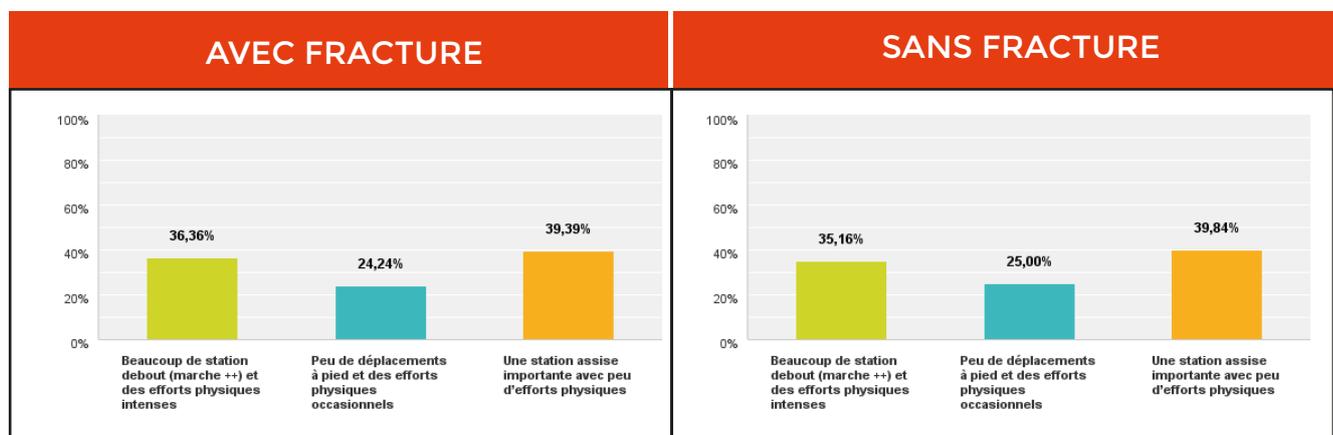
RÉSULTATS BRUTS DE L'ENQUÊTE PATIENTS OSTÉOPOROSE

Profil des répondants





Mobilité due à l'activité professionnelle

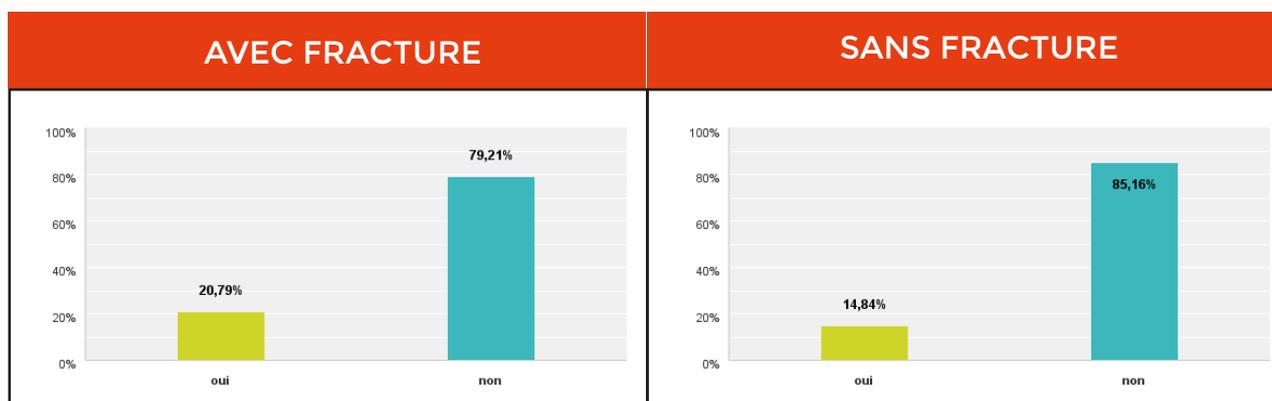


Perte de taille chez les répondants ces dernières années

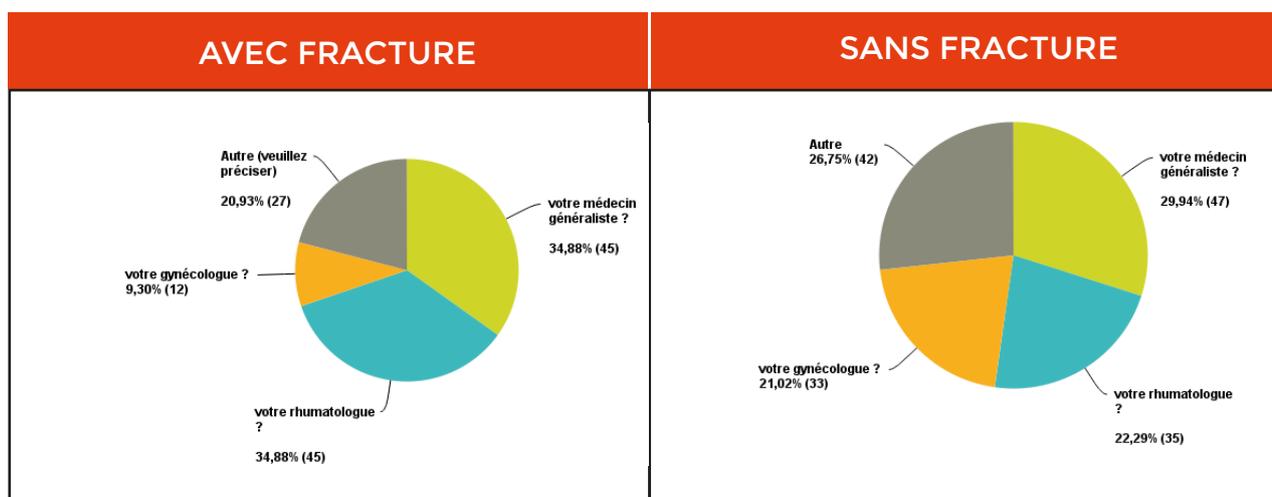
AVEC FRACTURE	SANS FRACTURE
47% ont perdu plus de 3 cm de taille ces dernières années	20% ont perdu plus de 3 cm de taille ces dernières années

Examens réalisés au moment du diagnostic	Avec fracture	Sans fracture
DMO	66%	95%
Radiographie	Non concernés par cette question	47%
Autre examen	Non concernés par cette question	18%

Antécédents de fracture du col du fémur chez les parents (père ou mère)



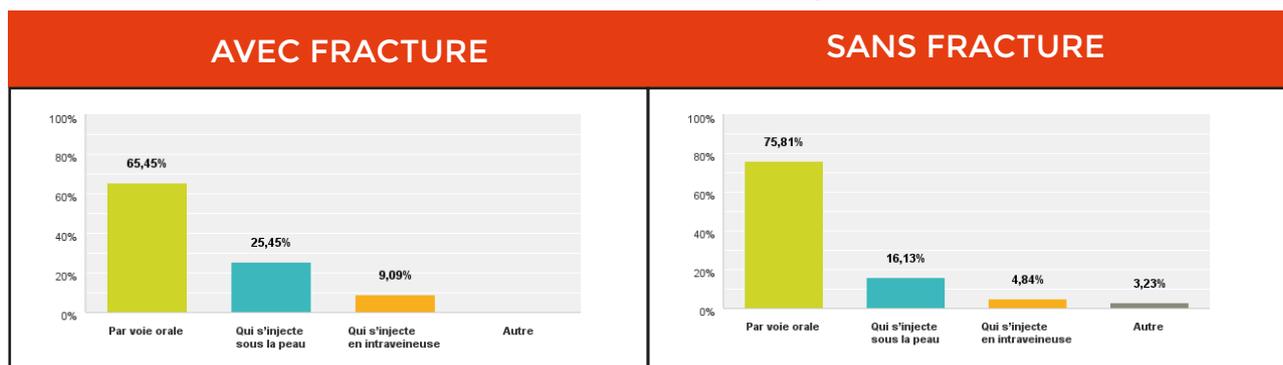
Professionnel ayant diagnostiqué de l'ostéoporose



Professionnels consultés au cours des 12 derniers mois pour l'ostéoporose	Avec fracture	Sans fracture
Médecin généraliste	74%	64%
Rhumatologue	56%	42%
Gynécologue	15%	27%
Kinésithérapeute	27%	13%
Infirmière	2%	3%
Acunpuncteur	4%	5%
Sophrologue	1%	0%
Pédicure-podologue	7%	2%
Chirurgien	9%	2%
Homéopathe	3%	5%
Ergothérapeute	0%	0%
Psychiatre	1%	2%
Bénévole ou responsable d'association	1%	2%
Assistance sociale	1%	0%
Psychologue	0%	1%
Diététicienne	3%	2%
Professionnel activité physique	1%	2%
Aucun	3%	9%
Autre	9%	10%

Traitements de l'ostéoporose	Avec fracture	Sans fracture
Prise régulière de suppléments en calcium	54%	45%
Consommation de nombreux laitages	66%	60%
Prise régulière de suppléments en vitamine D	85%	83%
Prise régulière de médicaments contre l'ostéoporose	53%	46%

Traitements de l'ostéoporose



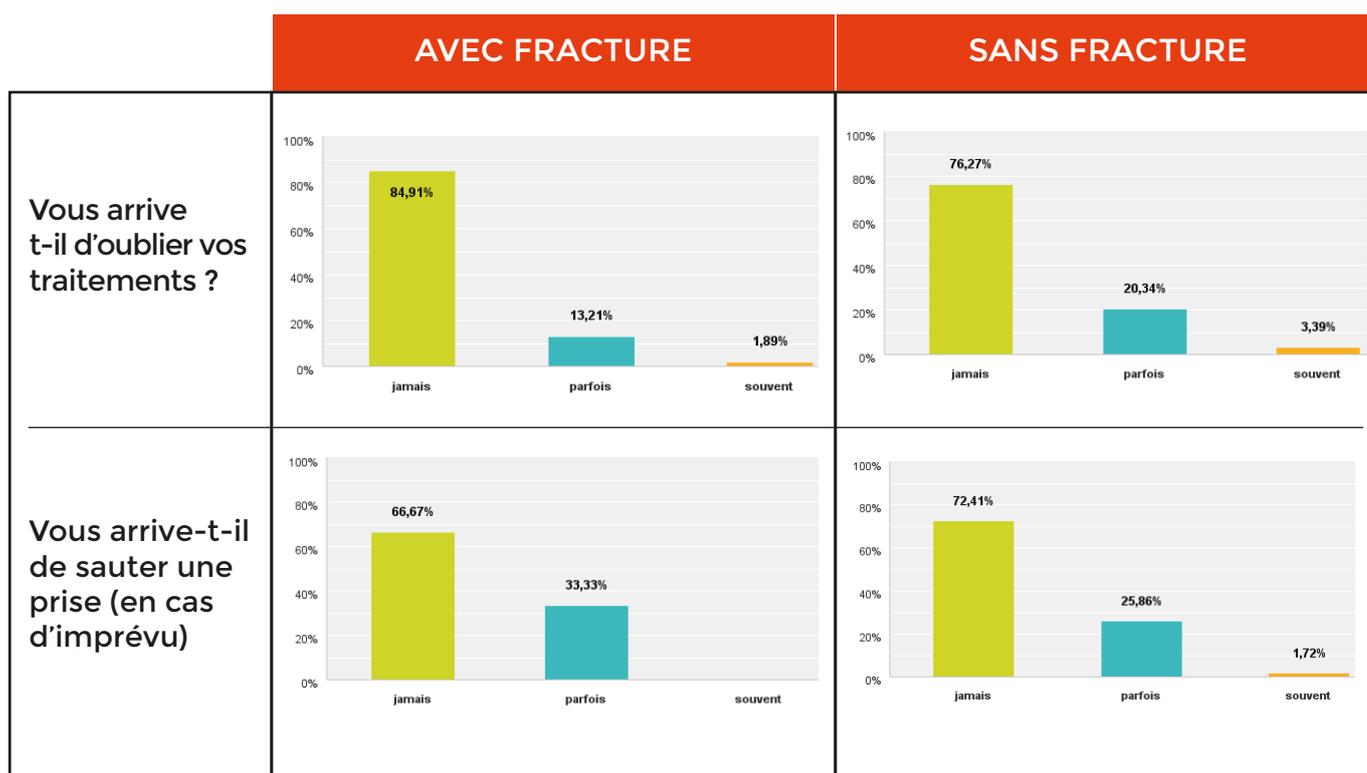
Traitements de l'ostéoporose

22% des personnes ayant eu une fracture et 15% de celles n'en ayant pas eu prennent des traitements complémentaires

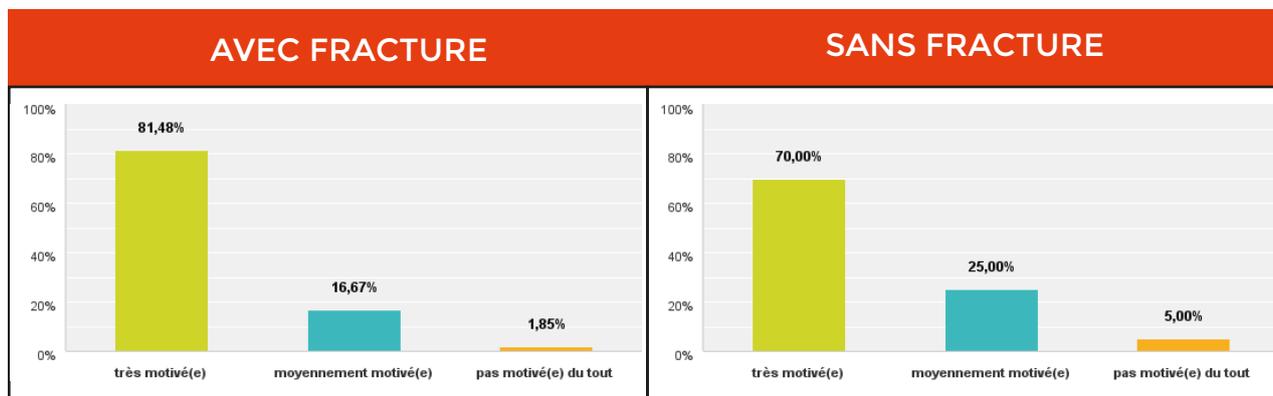
Médicaments	Avec fracture	Sans fracture
Famille des biphosphonates	60%	62%
Protelos®	8%	0%
Prolia®	15%	16%
E vista®, Optruma® ou Raloxifène	11%	16%
Forstéo®	11%	5%

Traitements complémentaires	Avec fracture	Sans fracture
Compléments alimentaires	45%	53%
Phytothérapie (ou phytoestrogènes)	9%	14%
Silicium	36%	29%
Vitamines (autres que vitamine D)	23%	38%
Homéopathie	14%	24%
Autre	36%	29%

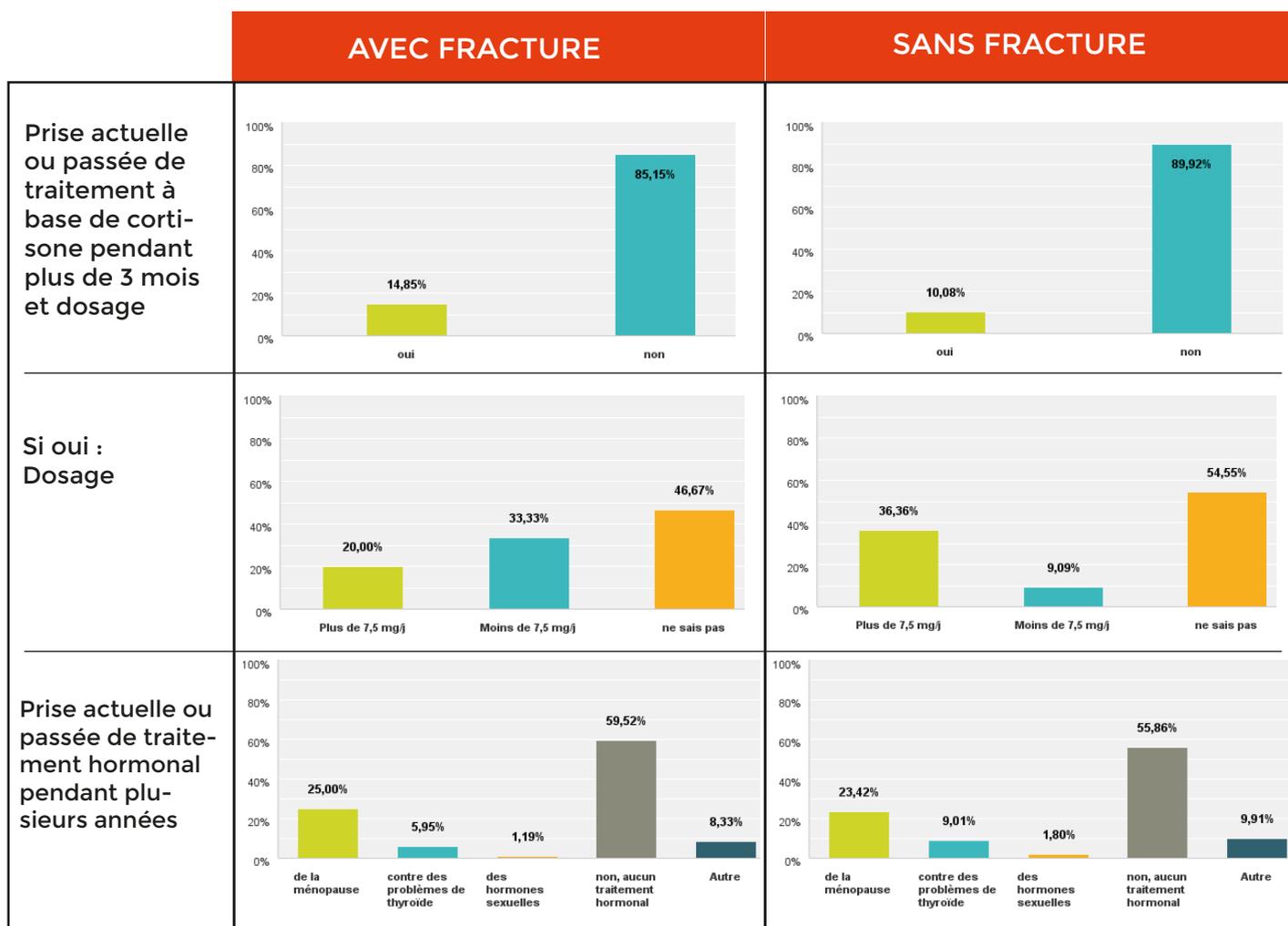
Observance des traitements de l'ostéoporose



Observance des traitements de l'ostéoporose



Autres traitements



Connaissances et croyances des répondants sur l'ostéoporose

Avis sur des affirmations concernant l'ostéoporose

« Une perte de taille importante peut être un signe de fracture vertébrale » 94,7% des répondants sont d'accord

« On peut avoir de l'ostéoporose avant 60 ans » 68% des répondants sont d'accord

« Un faible poids (maigreur) est un facteur de risque de l'ostéoporose » : 48% des répondants sont d'accord

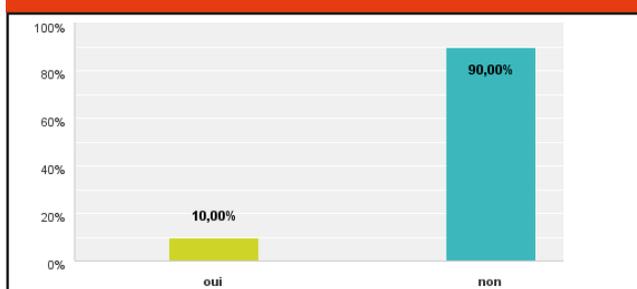
« On ne peut rien faire pour prévenir l'ostéoporose » : 68% le pensent

« On ne peut pas diagnostiquer une ostéoporose avant qu'une fracture apparaisse » : 94% le pensent

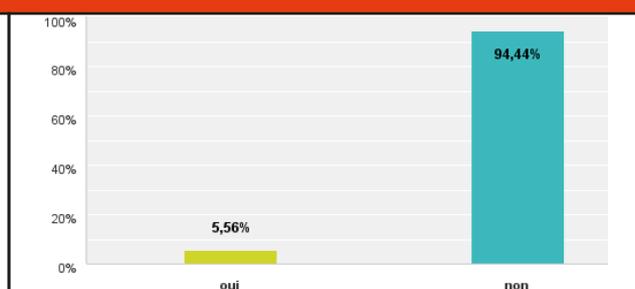
Comportements de santé

Utilisation d'une canne ou d'un déambulateur pour faciliter les déplacements

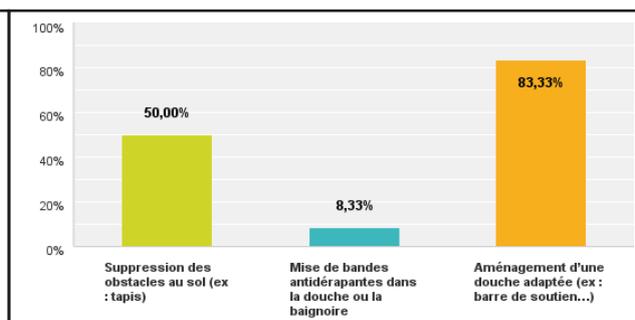
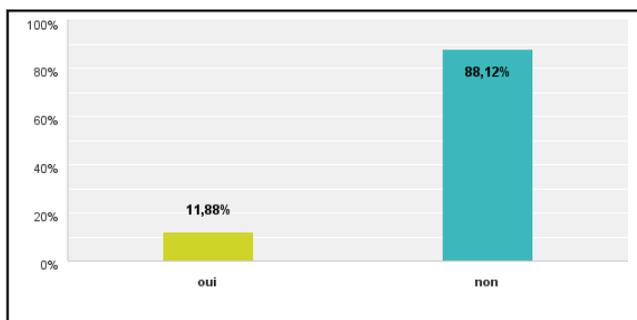
AVEC FRACTURE



SANS FRACTURE



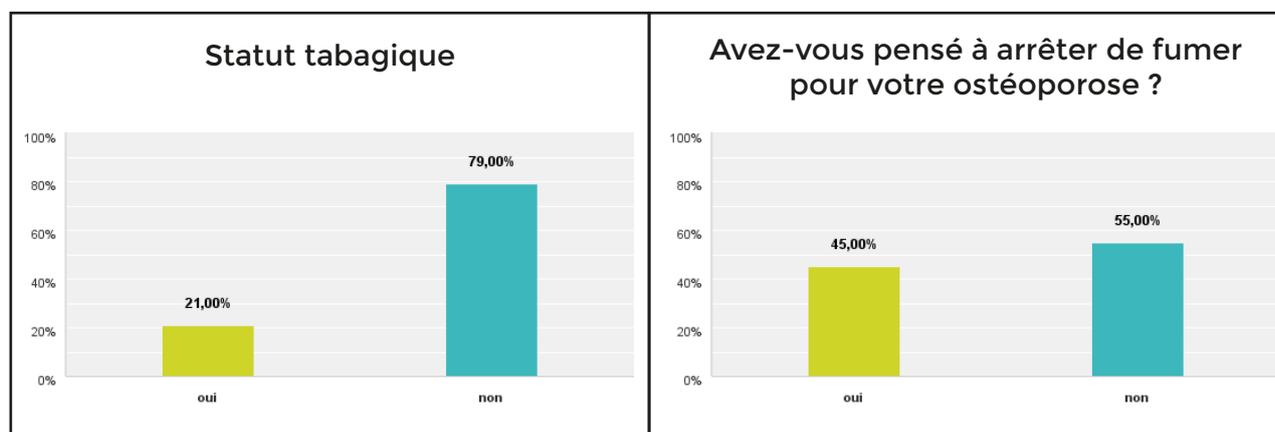
Aménagement du domicile pour éviter les chutes



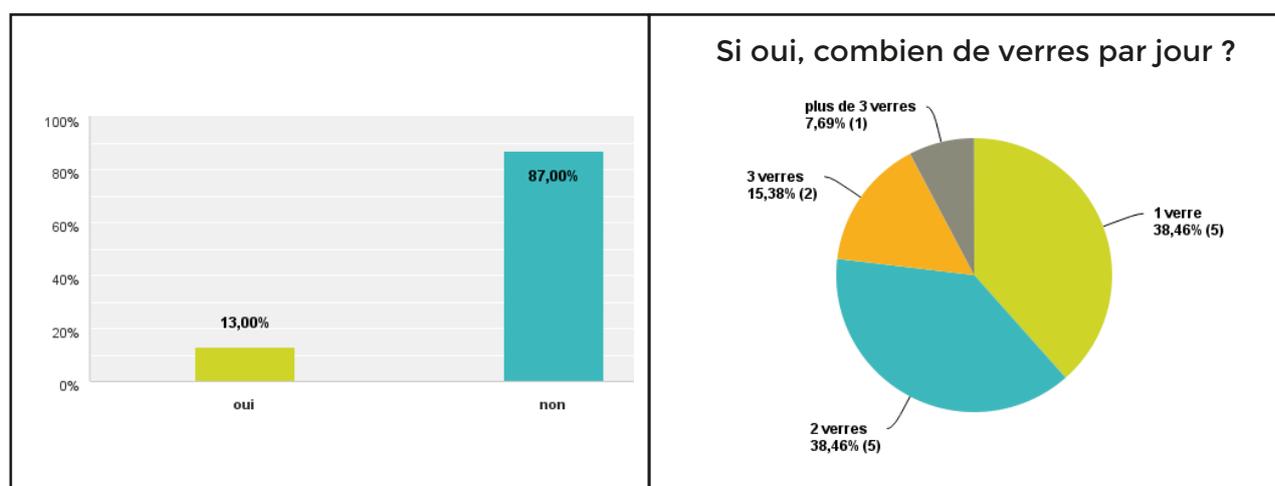
Modification de l'alimentation pour perdre du poids



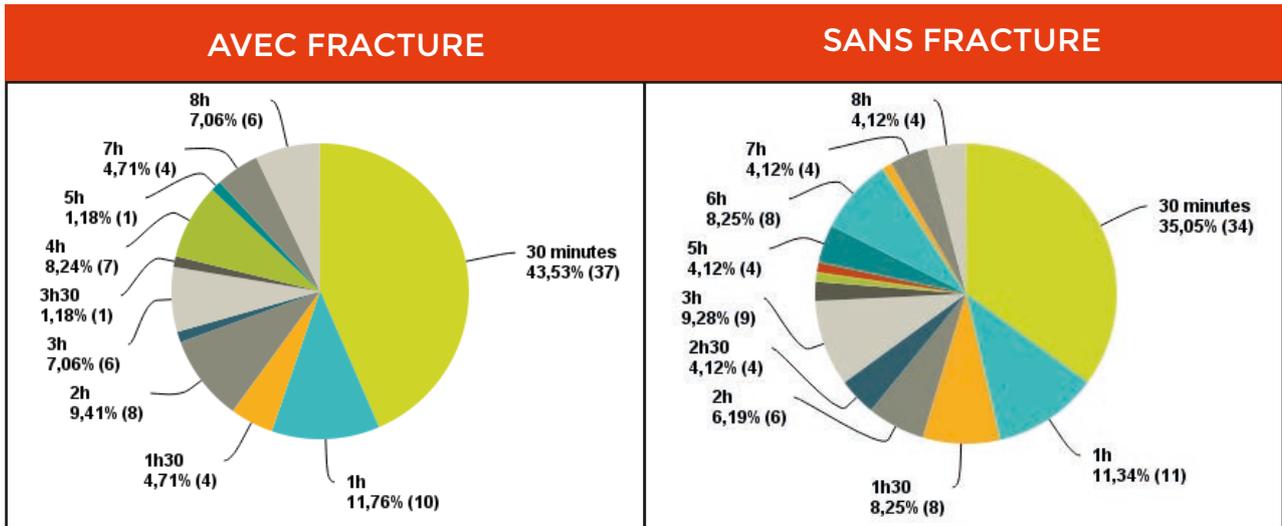
Tabac et ostéoporose



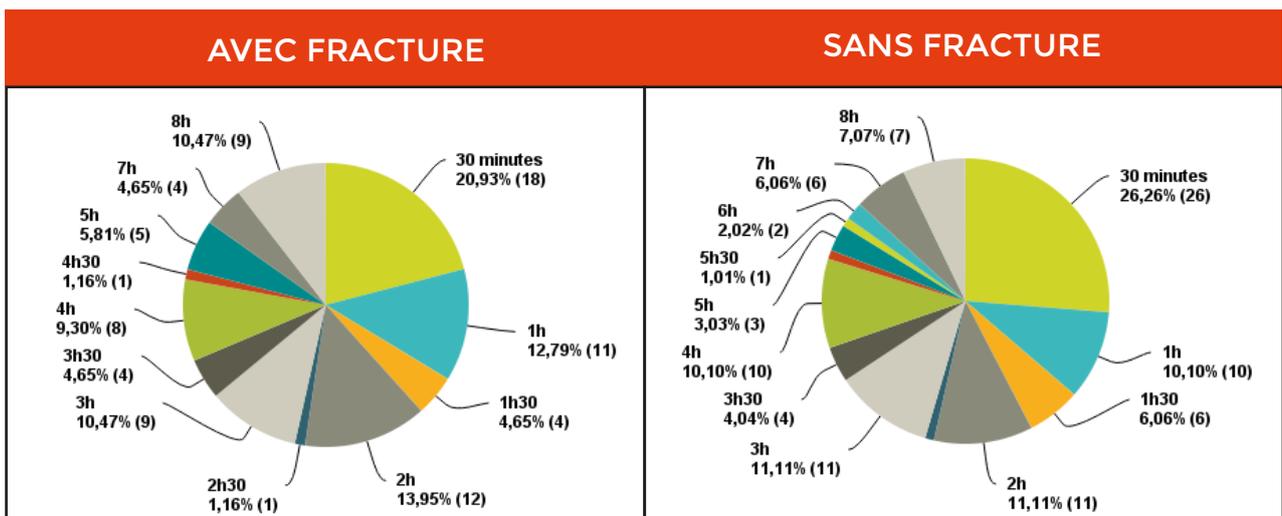
Consommation d'alcool



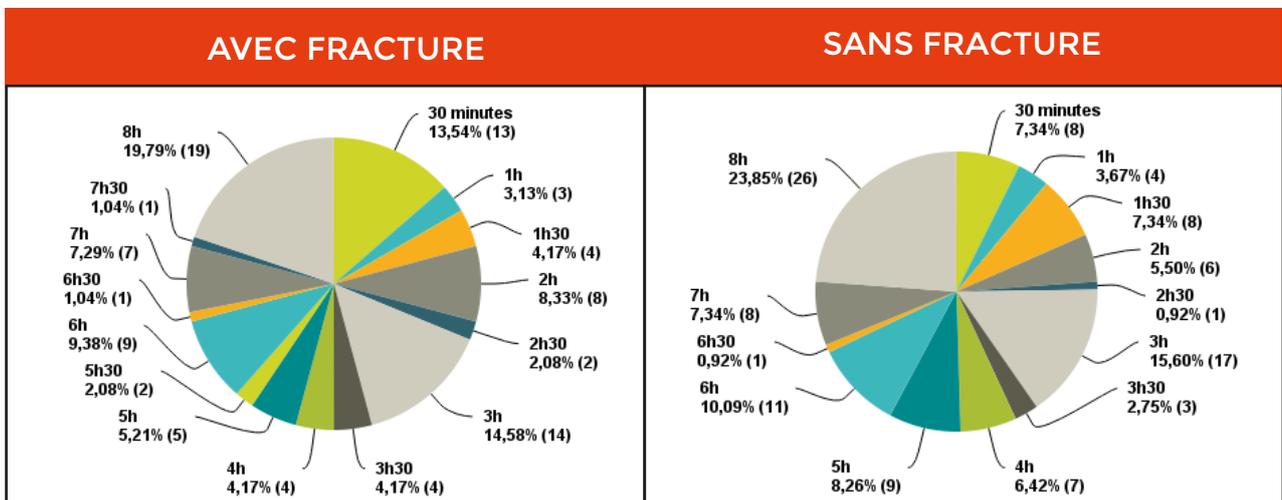
Temps passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours



Temps passé à faire des activités d'intensité modérée au cours des 7 derniers jours



Temps passé à marcher au cours des 7 derniers jours



Conséquences de l'ostéoporose dans le quotidien des personnes concernées

Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre moral ?	55%
Votre ostéoporose gêne-t-elle vos activités physiques ?	53%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur vos loisirs ?	47%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur l'image que vous avez de vous-même ?	44%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre vie familiale ?	31%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur vos activités sociales (sorties culturelles, chez des amis...) ?	28%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre vie professionnelle ?	24%
Votre ostéoporose a-t-elle un impact sur votre vie sexuelle ?	16%
Votre ostéoporose entraîne-t-elle des difficultés dans votre vie de couple ?	13%
Votre ostéoporose vous empêche-t-elle de réaliser seul des activités de la vie courante (toilette, lever, habillement...)	11%

Les répercussions les plus difficiles à vivre

	Avec fracture	Sans fracture
Les nouvelles fractures	76%	2%
La peur des chutes	66%	53%
L'incertitude sur l'évolution de la maladie	52%	68%
Le risque de fractures à répétition	45%	31%
Les possibilités de loisirs	42%	20%
Se sentir diminué(e) physiquement	62%	44%
Dépendre des autres pour réaliser des activités quotidiennes	37%	35%

ANNEXE 4

L'OSTÉOPOROSE/CNAMTS

Un enjeu de santé publique, présentation des données CNAMTS à partir des données de la base SNIIRAM (Assurance maladie)

L'Ostéoporose : Un enjeu de santé publique Présentation des données CNAMTS à partir des données de la base SNIIRAM (Assurance Maladie)



T. Thomas ⁽¹⁾ ; **P. Gabach** ⁽²⁾ ; **D. Buchon** ⁽³⁾ ; **M. Douge** ⁽²⁾ ; **JM. Féron** ⁽⁴⁾ ;
L. Grange ⁽⁵⁾ ; **C. Leboucher** ⁽²⁾ ; **E. Legrand** ⁽⁶⁾ ; **G. Peyre-Lanquar** ⁽²⁾ ; **P.**
Guggenbuhl ⁽⁷⁾ ; **E. Ronfle** ⁽²⁾ ; **E. Lespessailles** ⁽⁸⁾

- (1) Rhumatologie, CHU de Saint-Etienne, Saint-Étienne
- (2) CNAMTS, 50 avenue André Lemierre, 75986 Paris Cedex 20, Paris
- (3) Médecine générale, Université de Limoges, Limoges Cedex 1
- (4) Orthopédie et traumatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris
- (5) Rhumatologie, CHUGA Grenoble Alpes Hôpital Sud, AFLAR
- (6) Rhumatologie, CHU d'Angers, Angers
- (7) Rhumatologie, CHU Hôpital Sud, Rennes
- (8) Rhumatologie, Université d'Orléans, Orléans

- **Méthodologie**
- **État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
- **Analyse des séjours pour fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)



Méthodologie

- ➔ **Population d'étude:** Patients de 50 ans et plus affiliés au Régime Général ou aux Sections Locales Mutualistes (SLM) hospitalisés pour fracture
 - Représentatif de la population française
 - Âge et sites de fractures sélectionnés afin de cibler au mieux la fragilité osseuse
- ➔ **Période d'étude:** 2011 - 2013

- **État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
- **Analyse des séjours pour fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)



L'ostéodensitométrie

Nombre d'ostéodensitométries réalisées dans le secteur privé			
Sexe	2011	2012	2013
Masculin	32 942	32 883	32 043
Féminin	552 710	511 665	474 964
Mal renseigné	189	173	111
Total	585 841	544 721	507 118

Source : DCIR, 2011-2013 en date de soins – DACT – tous régimes

Nombre d'ostéodensitométries réalisées dans le secteur public			
Sexe	2011	2012	2013
Masculin	8 380	8 648	9 632
Féminin	54 224	53 677	54 157
Mal renseigné	4 811	4 269	518
Total	67 415	66 594	64 307

Source : PMSI, 2011-2013 – DACT – tous régimes

	2011	2012	2013
Total	683 256	611 315	571 425

Baisse de 6,4% chaque année

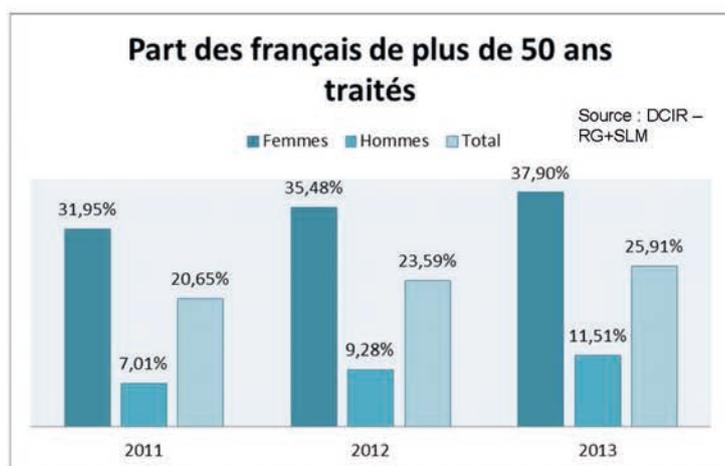
Population cible définie en 2006 par la HAS* : entre 3,7 et 4,2 millions de personnes

*Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose – HAS – juillet 2006



- **État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
- **Analyse des séjours pour fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)

Le nombre de personnes de plus de 50 ans sous traitement augmente



Le nombre de personnes sous traitement augmente avec le temps

Nombre de français (> 50 ans) traités

	Femmes	Hommes	Total
2011	4 100 665	745 175	4 845 840
2012	4 618 413	1 003 436	5 621 849
2013	4 995 902	1 263 031	6 258 933

Source : DCIR - RG + SLM

Entre 2011 et 2013:
+ 70 % chez les hommes
+ 21 % chez les femmes

Traitements retenus :

vitamine D, calcium, calcium et vitamine D associés, biphosphonates seuls ou associés, téraparatide, SERM, THM seuls ou associés, ranélate, dénosumab

Les prescripteurs

Tous médicaments confondus y compris Ca et Vit D

	2011		2012		2013	
	Nb de boîtes	Montant remboursé	Nb de boîtes	Montant remboursé	Nb de boîtes	Montant remboursé
Total MG	20 371 333	191 M€	↗ 22 713 218	↘ 164 M€	↗ 24 097 874	↘ 146 M€
Total GO	3 011 887	19 M€	↘ 2 887 496	↘ 16 M€	↘ 2 710 528	↘ 14 M€
Total R	1 253 713	25 M€	↘ 1 194 666	↘ 22 M€	↘ 1 093 631	↘ 20 M€
Autre spécialité	2 945 081	26 M€	↗ 3 230 426	↘ 24 M€	↗ 3 614 586	↗ 46 M€
TOTAL	27 582 014	262 M€	↗ 30 025 806	↘ 227 M€	↗ 31 516 619	↘ 227 M€

Source : DCIR - RG + SLM

Les généralistes sont à l'origine de plus de 80 % des prescriptions.

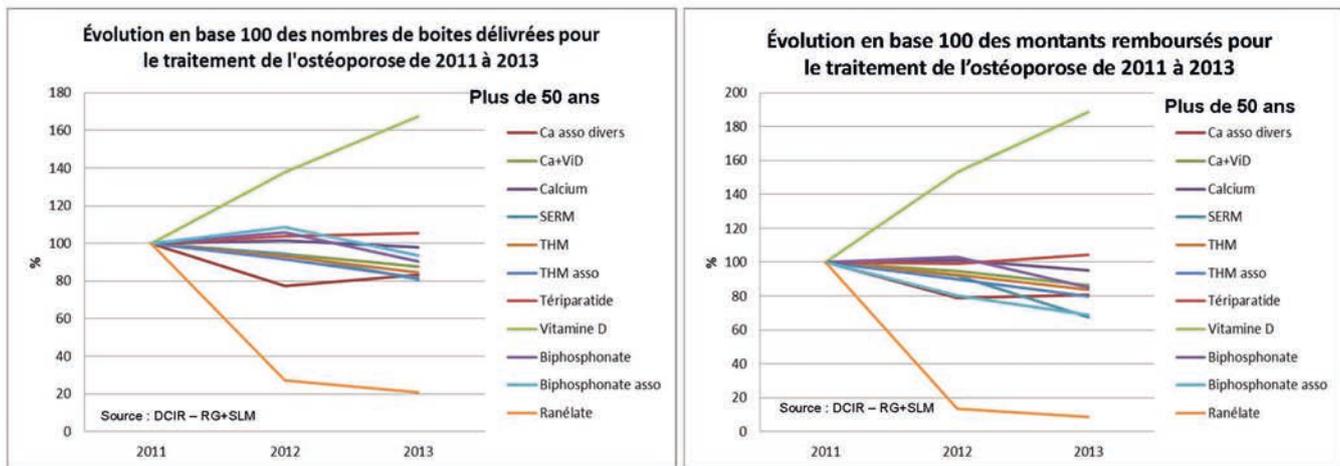
Les coûts des traitements

Évolution des traitements contre l'ostéoporose de 2011 à 2013

Famille	2011		2012		2013	
	Nombre de boîtes	Montant remboursé	Nombre de boîtes	Montant remboursé	Nombre de boîtes	Montant remboursé
Ca asso divers	84 884	0,4 M€	↘ 65 632	0,3 M€	↗ 70 712	0,3 M€
Ca+Vit D	7 053 458	42 M€	↘ 6 663 318	40 M€	↘ 6 179 128	37 M€
Calcium	1 392 454	7 M€	↗ 1 413 497	7 M€	↘ 1 362 101	7 M€
SERM	829 273	25 M€	↘ 783 850	23 M€	↘ 672 334	17 M€
THM	2 769 210	11 M€	↘ 2 577 109	10 M€	↘ 2 341 289	9 M€
THM asso	849 102	5 M€	↘ 776 281	4 M€	↘ 694 895	4 M€
Tériparatide	59 449	18 M€	↗ 61 621	17 M€	↗ 62 640	18 M€
Vitamine D	9 915 606	13 M€	↗ 13 642 488	20 M€	↗ 16 588 159	24 M€
Biphosphonate	2 073 291	66 M€	↗ 2 192 971	68 M€	↘ 1 872 846	56 M€
Biphosphonate asso	1 477 800	42 M€	↘ 1 606 734	34 M€	↘ 1 381 276	29 M€
Ranélate	1 077 489	34 M€	↘ 294 615	4 M€	↘ 224 114	3 M€
Dénosumab	0	0 €	0	0 €	67 123	23 M€
TOTAL	27 582 016	262 M€	↗ 30 078 116	228 M€	↗ 31 516 617	227 M€

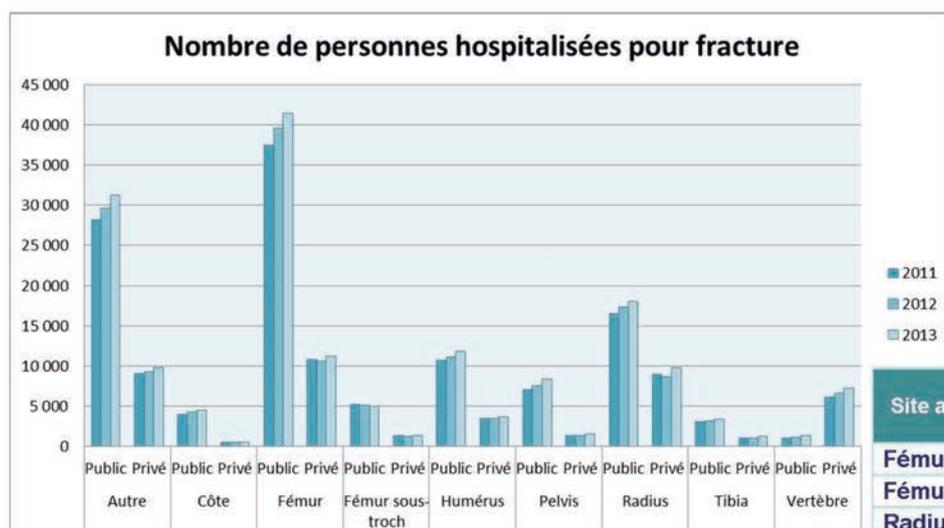
Source : DCIR - RG + SLM

Évolution par familles



- **État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
- **Analyse des séjours pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)

Évolution du nombre de patients (> 50 ans) hospitalisés de 2011 à 2013



Sites de fractures sélectionnés car susceptibles d'être liés à une fragilité osseuse

Source: CNAMTS – PMSI MCO – Régime général et SLM

2011 : 150 450 patients
2012 : 155 810 patients
2013 : 165 250 patients

Site anatomique	Nb de personnes >50 ans hospitalisées en 2012
Fémur	48 450
Fémur ss-troch	5 850
Radius	25 550
Humérus	14 050
Pelvis	8 500
Vertèbre	7 500
Côte	4 650
Tibia	4 000
Autre	37 700
TOTAL	155 810

Source : PMSI MCO – RG+SLM

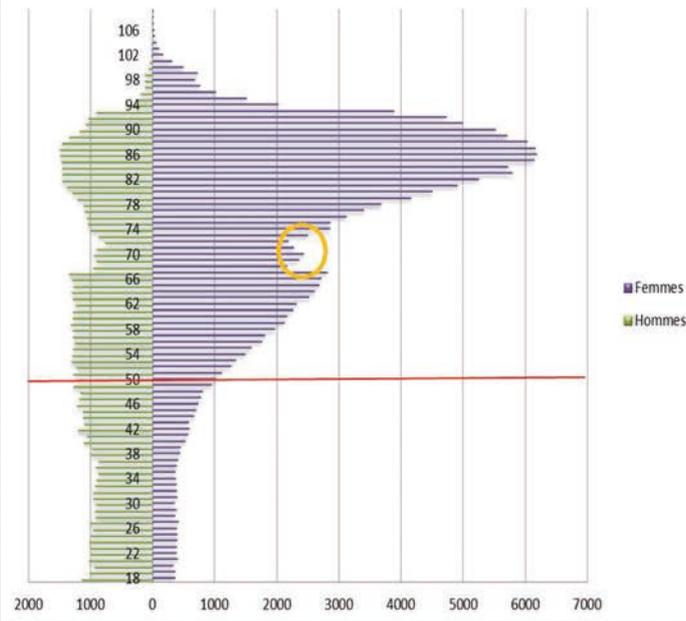


- **Etat des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
 - Hospitalisation
- **Analyse des séjours pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)



Fractures selon l'âge et le sexe – en 2013

Pyramide des âges des personnes fracturées en 2013
France entière

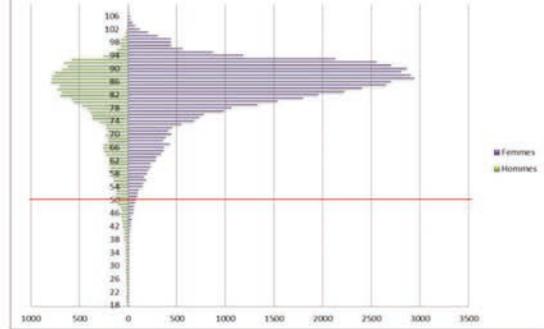


Sites de fractures sélectionnés car susceptibles d'être liés à une fragilité osseuse

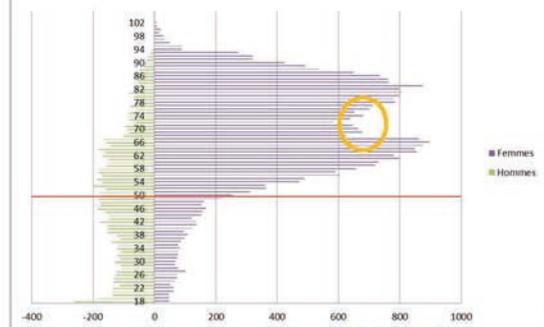
Source: CNAMTS - SNIIRAM – Régime général et SLM

○ Baisse des naissances due à la guerre 39/45

Pyramide des âges des personnes avec une fracture du fémur en 2013 - France entière



Pyramide des âges des personnes avec une fracture du radius en 2013 - France entière



15

l'Assurance
Maladie

Le mode de sortie des patients

	Domicile		Mutation (même établissement)				Transfert (autre établissement)					Décès
	Direct	Etablissement médico-social	HAD	Unité psy	Unité soins de longue durée	Unité SSR	HAD	Unité MCO	Unité psy	Unité soins de longue durée	Unité SSR	
> 50 ans												
Autre	65,57 %	1,30 %	0,03 %	0,03 %	0,14 %	6,64 %	0,07 %	6,83 %	0,14 %	0,67 %	15,35 %	0,60 %
Côte	70,72 %	1,81 %	0,06 %	0,16 %	0,18 %	7,73 %	0,04 %	7,98 %	0,24 %	0,33 %	8,71 %	1,20 %
Fémur	30,72 %	4,23 %	0,09 %	0,05 %	0,47 %	12,53 %	0,13 %	12,16 %	0,20 %	1,82 %	32,37 %	3,54 %
Fémur ss-troc	27,64 %	3,23 %	0,11 %	0,06 %	0,36 %	13,98 %	0,20 %	13,61 %	0,17 %	1,81 %	34,59 %	3,41 %
Humérus	59,28 %	1,56 %	0,04 %	0,06 %	0,19 %	8,18 %	0,06 %	7,87 %	0,27 %	0,80 %	18,18 %	1,01 %
Pelvis	33,94 %	2,31 %	0,09 %	0,04 %	0,21 %	19,40 %	0,10 %	12,70 %	0,14 %	1,13 %	27,29 %	1,41 %
Radius	87,38 %	0,80 %	0,01 %	0,02 %	0,06 %	1,97 %	0,04 %	2,23 %	0,12 %	0,31 %	4,73 %	0,09 %
Tibia	71,37 %	0,80 %	0,02 %	0,09 %	0,13 %	6,37 %	0,09 %	5,68 %	0,11 %	0,30 %	13,61 %	0,22 %
Vertèbre	62,73 %	1,15 %	0,08 %	0,11 %	0,04 %	6,87 %	0,03 %	11,53 %	0,24 %	0,61 %	12,97 %	1,00 %
TOTAL	56 %	2,32 %	0,06 %	0,05 %	0,25 %	9 %	0,09 %	9 %	0,2 %	1 %	21 %	1,7 %

Source : PMSI MCO 2013 - RG + SLM

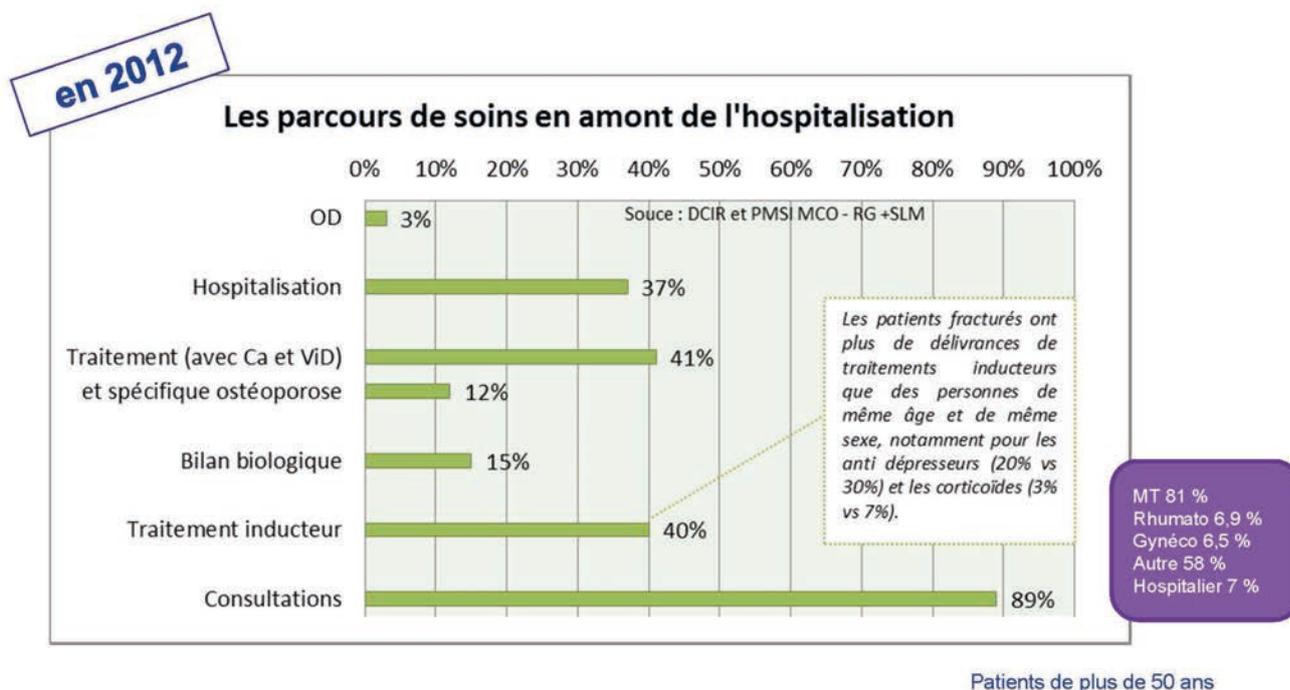
16

l'Assurance
Maladie

- **État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
- **Analyse des séjours pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)



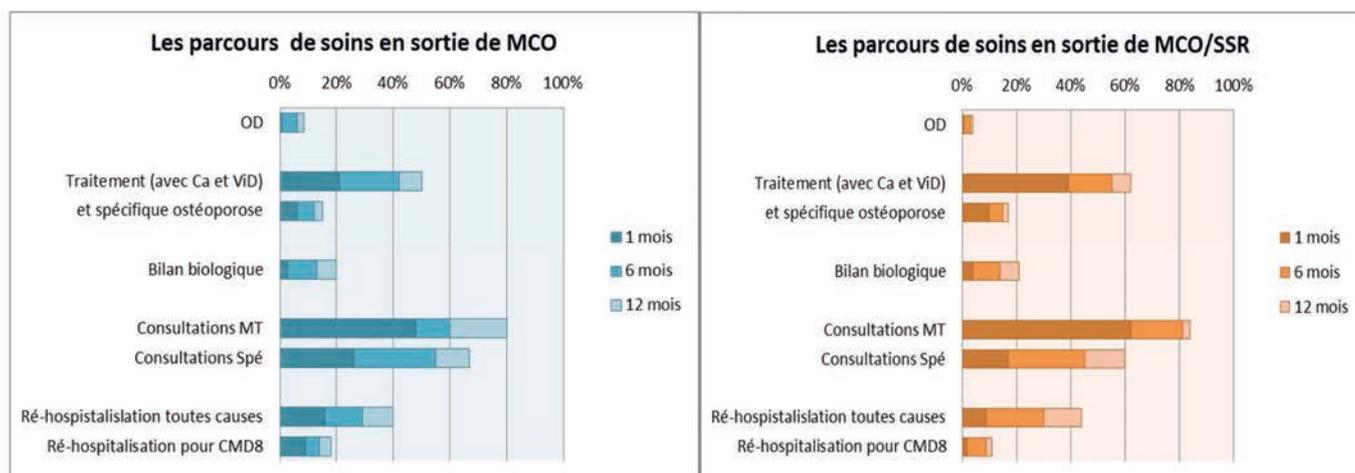
Le parcours 12 mois avant l'hospitalisation pour fracture de fragilité



- **État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France**
 - Ostéodensitométrie
 - Traitement
- **Analyse des séjours pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Évolution de 2011 à 2013
 - Étude détaillée des hospitalisations de 2013
- **Analyse des parcours pré et post hospitalisation pour fractures liées à fragilité osseuse**
 - Parcours pré hospitalisation (1 an)
 - **Parcours post hospitalisation (1, 6 et 12 mois)**



Le parcours de soins après hospitalisation pour fractures



Patients de plus de 50 ans

Source: CNAMTS – SNIIRAM- Régime général et SLM



Take home messages

État des lieux de la prise en charge de l'ostéoporose en France

Baisse de 6,4 % / an de la réalisation des DMO en France
Prise en charge de l'ostéoporose par le MG dans 80 % des cas
Baisse de la prescription des traitements spécifiques
Augmentation de la prescription de supplémentation en Ca²⁺ et vit D
Augmentation régulière du nombre de patients hospitalisés pour fracture en France

1 an avant l'hospitalisation

Parmi les personnes identifiées avec fracture ostéoporotique :

- 3 % ont eu une ostéodensitométrie
- 12 % étaient traitées spécifiquement pour ostéoporose (10 % pour la population témoin) malgré l'existence d'un bilan biologique spécifique pour 15 % d'entre eux (proche de 0 % pour la population témoin)

Après l'hospitalisation

- 52 % n'ont pas consulté leur médecin traitant dans le mois qui suit l'hospitalisation court séjour (MCO)
- Le recours à l'ostéodensitométrie est inférieur à 10 % quelle que soit la période observée (1, 6 et 12 mois)
- Seules 15 % des personnes sont traitées spécifiquement pour l'ostéoporose 1 an après leur sortie d'hospitalisation court séjour (MCO)
- Un taux de ré-hospitalisation de 29 % dans les 6 mois après séjour en MCO dont 14 % de séjours de la CMD 08 (affections ostéo-articulaires)

Une prise en charge (ostéodensitométrie et traitements) en deçà des référentiels recommandés par la HAS.

ANNEXE 5

LE RÔLE DU KINESITHERAPEUTE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT APRES FRACTURE DE L'OSTEOPOROSE

Anne-Françoise Alliot Launois, Frédéric Srour

La rééducation a une place importante dans le traitement de l'ostéoporose.

La rééducation contribue à la prise en charge globale du patient dans le parcours de soins après fracture de l'ostéoporose, par une action directe, car les contraintes mécaniques améliorent la trophicité osseuse, et par un mécanisme indirect non osseux, en réduisant la fréquence et la gravité des chutes.

Les contraintes mécaniques appliquées sur le squelette influencent le remodelage osseux local et un entraînement approprié augmente ou du moins préserve le capital osseux selon l'âge. La rééducation, dans le cadre de la prévention des chutes, comprend l'ergothérapie pour aménager l'environnement et la kinésithérapie dont l'objectif est double : corriger les déficiences physiques des patients susceptibles de favoriser les chutes, en améliorant en particulier l'équilibre et la coordination, et enseigner comment se relever du sol après une chute.

La rééducation fait également partie intégrante du traitement curatif des fractures ostéoporotiques. Ses modalités dépendent non seulement du type de fracture mais également du terrain et en particulier de l'âge du patient.

Exercice physique

L'exercice physique est un élément important du traitement de l'ostéoporose. Lorsqu'il y a déjà fracture de vertèbres, une kinésithérapie ciblée permet de renforcer la musculature et de récupérer rapidement sa mobilité. Des médicaments et une orthèse dorsale soulagent les douleurs. Une fois la fracture consolidée, il est essentiel de poursuivre la kinésithérapie. Il faut surtout entraîner la force et l'endurance des muscles dorsaux. Des orthèses dorsales spéciales avec biofeedback soutiennent la colonne vertébrale et stimulent ainsi la musculation. En plus des exercices kinésithérapeutiques guidés, certains sports sont particulièrement indiqués pour les patients ostéoporotiques : randonnée ou marche rapide, ski de fond, natation et danse.

Entraînement musculaire

Le renforcement musculaire augmente la masse musculaire, et génère ainsi des stimuli positifs pour la construction de masse osseuse, tout en améliorant la posture. Les programmes de rééducation font partie intégrante du traitement de l'ostéoporose.

L'activité physique et la musculation influence le métabolisme osseux car les contraintes en compression et en tractions sont de puissants stimuli. Ces contraintes additionnent leurs effets.

L'objectif de la musculation sera donc de solliciter les os qui ont un risque fracturaire élevé c'est-à-dire : le poignet, le rachis, le col fémoral. Le problème est de savoir comment déclencher le signal pour produire une ostéogénèse c'est-à-dire pour quelle intensité ? Durée ? Région du corps ?

Il semble qu'un seuil de charge soit nécessaire pour provoquer une réponse ostéogénique de l'os, c'est-à-dire qu'il y a une bande physiologique de sollicitation mécanique.

Plusieurs stratégies d'exercice physique sont employées pour stimuler l'os, les exercices en compression ou en traction.

Les exercices en compression tels que des exercices debout en compression axiale pour stimuler la région osseuse du col du fémur (exercice de « la brouette » ou de pompage pour stimuler la région du poignet).

Les exercices en traction c'est-à-dire en étirement. C'est une autre manière de stimuler l'os (introduction du stretching pour le muscle psoas pour stimuler ses insertions osseuses lombaire et trochantérienne).

Ici on aboutit dans l'idéal à un type de musculation ou d'exercices globaux à visée de gains musculaires et osseux.

La rééducation à l'activité physique, a côté du traitement médicamenteux spécifique de l'ostéoporose, exerce un rôle essentiel dans ce processus et elle augmente la pression ou la « charge » faite sur les os. C'est à ce moment que l'os se forme à nouveau pour ainsi remodeler le tissu osseux. Les principaux os du squelette (dos, jambes et poignets) ont besoin de différentes stimulations physiques afin que la charge exercée sur eux puisse maintenir leur structure et leur force.

L'activité physique ne vise pas uniquement la masse osseuse. Elle améliore l'équilibre et la coordination ce qui diminue le risque de chuter, car les chutes causent les fractures. Elle accroît la force physique, la souplesse et la posture tout en apaisant la douleur et permet aux personnes souffrant d'ostéoporose d'exécuter facilement les tâches quotidiennes, de lutter contre les handicaps et préserver leur autonomie.

GUINCESTRE J-Yet coll Principes, usages, mésusages et risques du renforcement musculaire. J. Traumatol. Sport, 2005, n° 22, pp 236-242.

BELLAUD E, BERTUCCI W, BELLAUD J Le renforcement musculaire en rééducation : descriptif de différentes méthodes. Kinésithér, les cahiers, 2003, n° 17-18, pp 69-77.

BONNEFOY M Sarcopénie, fonction musculaire et prévention. Nutrition clinique et métabolisme, 2004, n° 18, pp 175-180.

HUGHES VA, FRONTERA WR et coll Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity. Am J Clin Nutr, 2002, n° 76, p 473- 81(article cité dans la référence 3).

TISSANDIER O, THOMAS C et coll. Quel sens pour l'exercice physique du vieillard ? Neurologie.psychiatrie.gériatrie, janvier-février 2004, année 4, pp 25 -28.

VLOEBERGS F Intérêts de l'activité physique dans la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique. Annales kinésithérapiques, 1998, tome 25, n° 7, pp 317-319.

PORTERO P, MAÏSETTI O L'entraînement de la force : contexte général. Ann Kiné, 2003, n° 22, pp 27-28.

GAIN H, HERVE J-M, HICNET R, DESLANDES R Renforcement musculaire en rééducation. Encycl Méd Chir, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 2003, 26-055-A-11, 10 p

LE RÔLE DU PÉDICURE-PODOLOGUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

Camille Cochet, Pierre Niemczynski

Le rôle du pédicure-podologue dans la prise en charge de l'ostéoporose est effectif de plusieurs façons :

Sa formation initiale inclut ce sujet de pathologie dans les Unités d'Enseignements sur les thèmes : « Vieillesse et impact sur l'ensemble des systèmes » et « Pathologie du système locomoteur ».

Son action est largement préventive puisque, par ses traitements sur les douleurs de pieds et de certaines anomalies orthopédiques, il lutte contre l'un des facteurs favorisant la maladie : l'absence d'activité physique. Différentes études montrent que l'exercice physique tout au long de la vie concourt à préserver la masse osseuse ce qui est d'ailleurs l'une des recommandations de l'OMS. Être actif durant l'enfance et l'adolescence est important car cela génère un squelette plus résistant et permet donc de faire des réserves de masse osseuse qui serviront à l'âge adulte. Avec les années, l'activité physique entretient un meilleur équilibre et une meilleure coordination réduisant ainsi le risque de chute. Le pédicure-podologue participe à réduire les complications de l'ostéoporose en diminuant les douleurs, améliorant ainsi l'autonomie et la qualité de la vie.

Il dépiste et traite les affections mycologiques. De par son diagnostic et ses choix thérapeutiques (soins, orthonyxie, orthoplastie, orthèses plantaires) il traite et prévient la formation de callosités douloureuses et d'ongles incarnés. Rappelons que les douleurs interfèrent sur la transmission des informations de proprioceptivité essentielles à l'équilibre d'un individu. Aussi, il est

évident que des douleurs de pieds n'encouragent pas à chausser les baskets pour courir, marcher,...

Les troubles orthopédiques peuvent être à l'origine de chutes. Par l'analyse des troubles statiques et dynamiques, le pédicure-podologue diagnostique les anomalies orthopédiques afin de proposer des traitements ou compensations par tous moyens d'appareillages à sa disposition. Il va également orienter son patient vers d'autres professionnels de santé lorsque cela s'avère nécessaire.

Le pédicure-podologue a un rôle éducatif, notamment sur le choix de chaussage du patient souffrant d'ostéoporose (volume chaussant, stabilité...). Sa présence au domicile du patient âgé atteint d'ostéoporose va parfois permettre de compléter les conseils d'aménagement du lieu de vie de cette population particulièrement pénalisée par les chutes. Enfin, il participe à l'éducation thérapeutique du patient en expliquant, encourageant et facilitant l'exercice physique.

Ce professionnel de la marche peut évaluer l'équilibre, la qualité du chaussage et le risque de chute grâce à différents tests et mesures (HAS/Collège National de Pédicurie Podologie : Recommandations de Bonnes Pratiques 2005 sur la prise en charge du pied du sujet âgé, mise à jour fin 2017).

Il informera le médecin généraliste, le kinésithérapeute, l'infirmière et l'ergothérapeute afin que l'avis podologique soit intégré dans la stratégie de traitement et facilite la coordination entre médecins et autres professionnels de santé. Le pédicure-podologue s'inscrit de facto dans le parcours de soins du patient atteint d'ostéoporose.

LE RÔLE DE LA MÉDECINE THERMALE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

Pr Christian Roques

L'utilité de la médecine thermale pour la prise en charge de l'ostéoporose est assurément moins connue que celle de l'arthrose. Pourtant la médecine thermale offre de réelles ressources aux patients porteurs d'ostéoporose.

1) La cure thermale améliore les symptômes des patients ostéoporotiques : les soins thermaux de balnéation, thermothérapie, massothérapie, exercice en piscine, notamment, agissent favorablement sur les douleurs, les troubles de l'équilibre, la réduction de la mobilité articulaire, les déformations ; ils agissent également favorablement sur l'humeur et ils permettent d'accroître les activités comme ils favorisent les participations dans les situations de vie ; au total la qualité de vie est meilleure.

En restaurant le mouvement on améliore l'efficacité du système musculo-squelettique indispensable à l'entretien des masses musculaires et osseuses, à la prévention des chutes. Des études scientifiques établissent l'intérêt de la cure thermale et de la pratique d'exercices en immersion par rapport à des exercices à sec.

2) La cure thermale est un temps de prévention qui doit être mis à profit pour éduquer le malade ostéoporotique dont on sait qu'il doit maîtriser un certain nombre de compétences pour gérer son ostéoporose. Ces compétences concernent notamment : la protection corporelle dans la vie quotidienne, la nutrition, l'équilibre, la compréhension des facteurs de risque, les conséquences de l'ostéoporose, l'activité physique adaptée, la gestion du traitement médicamenteux, ... La mise en œuvre de programmes éducatifs dédiés devient une

priorité de la médecine thermale. Le bénéfice de l'éducation du patient ostéoporotique est à l'heure actuelle établi sur le plan scientifique.

3) La cure thermale (pour autre motif) peut être mise à profit pour des actions de prévention de l'ostéoporose : dépistage simple par auto-questionnaire, informations utiles, actions de prévention (nutrition, prévention des chutes, activité physique adaptée, ...). De telles actions de prévention peuvent se faire au bénéfice des curistes mais aussi des accompagnants comme des populations des territoires.

4) La consommation d'eau minérale riche en calcium offre une source intéressante d'apport calcique avec une bonne biodisponibilité. Ces eaux ont une action favorable sur le remodelage osseux qui serait un peu plus marquée pour les eaux bicarbonatées calciques que pour les eaux sulfatées calciques, comme ont pu le montrer des études scientifiques rigoureuses.

Enfin certaines eaux de réseau représentent, par l'importance de leur teneur en calcium, non seulement une source d'apport appréciable mais elles peuvent constituer aussi une difficulté pour l'administration de traitements par biphosphonates.

LE RÔLE DE L'ENSEIGNANT ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA) DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

Mathieu Vergnault

L'activité physique adaptée s'adresse à toutes personnes relevant d'un handicap, d'un problème de santé ou vieillissantes. Elle permet à ces personnes de bénéficier d'une activité physique et sont encadrées par les enseignants en APA, ce sont des professionnels qualifiés issus d'une formation sport santé, allant de Bac+3 à Bac +5. Ils exercent dans des établissements de soins, dans des collectivités territoriales, au sein de clubs sportifs et également en libéral.

Le rôle de l'enseignant APA est de promouvoir l'activité physique, dans une optique de prévention afin de lutter contre la sédentarité qui est installée dans notre société et qui évolue et devient un enjeu majeur de santé.

La sédentarité induit plusieurs co-morbidités (diminution de la masse musculaire, diminution des capacités cardio-vasculaire...).

Avec ce versant de prévention, l'APA joue un rôle majeur dans la prise en charge du sujet atteint d'ostéoporose.

En effet l'activité physique prend part entière dans la stimulation osseuse de l'enfant en croissance, ainsi que dans le maintien du capital osseux chez l'adulte.

L'enseignant APA évalue la condition physique de l'individu dans un premier temps, puis, en prenant compte des motivations et besoins de celui-ci, il va pouvoir l'orienter vers des activités d'endurance en station debout, de renforcement musculaire, des activités alliant équilibre et coordination.

L'enseignant APA assure l'encadrement d'une pratique physique bénéfique, adaptée, progressive, sans risques et de qualité.

OSTÉOPOROSE (OP) ET SPONDYLOARTHRITE (SA)

C. Chalès, professeur émérite de rhumatologie, Rennes

Si les spondyloarthrites (SA) partagent avec la polyarthrite rhumatoïde (PR) (voir Annexe 9) des mécanismes communs de perte osseuse conduisant à l'ostéoporose (diminution de l'activité, inflammation, production de molécules inflammatoires (cytokines type TNF, interleukines) stimulant l'activité des cellules résorbant l'os), ces 2 maladies n'en restent pas moins très différentes ; en effet, les SA se caractérisent par une atteinte préférentielle du rachis survenant plutôt chez des hommes jeunes, une augmentation paradoxale de la formation osseuse (prolifération osseuse à l'origine des « syndesmophytes » et d'une ankylose rachidienne en l'absence de traitement, d'où l'ancienne dénomination de spondylarthrite « ankylosante ») ; cette augmentation de la perte osseuse et de la formation osseuse conduit à un risque accru de fractures vertébrales [1].

L'association ostéoporose-spondyloarthrite est fréquente

La prévalence (nombre de personnes atteintes par la maladie) de l'ostéoporose (définie par la mesure de la densité minérale osseuse ou ostéodensitométrie) dans la SA dépend de l'âge de la population étudiée, de l'individu (variabilité interindividuelle), des critères de sélection (ASAS, New York), de la durée d'évolution de la maladie et des techniques de mesure de la densité osseuse ; elle est plus élevée que celle attendue dans la

population générale, variant, globalement de 3 à 62% [2,3] et de 21 à 25% selon des données prospectives récentes [4], selon le site de 8 à 29% au rachis lombaire et de 3 à 25% au col du fémur [5] ; estimée à 6,7% dans une étude française récente chez 89 patients (dont 52 hommes, d'âge moyen 44 ans, durée de la SA de 10 ans), sélectionnés sur les critères ASAS [6]. L'ostéoporose s'observe à tous les stades de la SA, y compris les formes débutantes.

La prévalence des fractures liées à l'ostéoporose varie aussi grandement de 0,4 à 39% pour les raisons évoquées ci-dessus [7,8]. Environ un quart des jeunes patients souffrant de SA ont une fracture vertébrale (un tiers chez les hommes, plus exposés aux traumatismes sévères) [3]. Dans un registre suédois comparant 53 108 patients fracturés à 370 602 témoins, le risque de fracture vertébrale était multiplié par 7 chez les patients souffrant de SA, alors qu'il était multiplié par 2,7 en cas de PR [9]. Dans une méta-analyse réunissant 13 études de cohortes et 9 études cas-témoins [8], le risque de faire une fracture vertébrale était globalement multiplié par 2 (qu'il s'agisse de fractures révélées par des douleurs ou l'imagerie). Le risque de fractures non-vertébrales est plus discuté mais un certain nombre de données récentes suggère une augmentation de ce risque de 19 à 35% [7,10], due au risque de chutes et à l'inflammation.

Concernant le rhumatisme psoriasique, une étude récente américaine, portant sur 28 675 patients, a montré que le risque d'ostéoporose était multiplié par 4, le risque de fracture par 3,4 (essentiellement vertèbres, bassin, fémur, tibia) [11].

Causes de l'ostéoporose associée à la SA
La production locale de molécules pro-inflammatoires et de facteurs de croissance osseux dans les tissus inflammatoires, comprenant les protéines de la morphogénèse osseuse, les interleukines (IL-22) et les facteurs tissulaires de croissance sont responsables de la formation osseuse excessive observée dans la SA, stimulée par la voie de signalisation Wingless non inhibée par les protéines dickkopf-1 et sclérostine dont le taux est abaissé dans la SA [3] (voir annexe 9). La résorption (destruction) osseuse est stimulée par l'inflammation (TNF, interleukines, notamment IL-17) [1]. La diminution de la densité minérale osseuse (DMO) est associée à l'âge, la durée de la maladie, un indice de masse corporelle (IMC) bas, aux paramètres de l'inflammation et à la présence d'œdème osseux en IRM du rachis [12].

Ces éléments constituent aussi les facteurs de risque des fractures vertébrales, tout comme la limitation de la mobilité du rachis, l'élévation des scores évaluant les anomalies structurales du rachis et la diminution de la DMO au col du fémur [8]. Il existe aussi des altérations de la microarchitecture dans la SA pouvant expliquer en partie la survenue de fractures vertébrales [13].

L'ostéoporose doit être décelée précocement dans la SA

Le test rapide d'ostéoporose permet de lister les facteurs de risque classiques de l'ostéoporose (disponible sur le site du GRIIO). L'évaluation du risque fracturaire repose sur la mesure de la densité osseuse (ostéodensitométrie) et la détermination du T-score (ou du Z-score chez les sujets jeunes). Cependant la mesure de la DMO au rachis peut être perturbée par la présence de végétations osseuses (syndesmophytes), ce qui est moins souvent le cas à la hanche ; il existe des paramètres de texture osseuse (trabecular bone score) non influencés par les syndesmophytes [14].

La détection de fractures vertébrales a une importance majeure dans la SA, mais celles-ci sont souvent non symptomatiques et quand elles le sont, trop souvent attribuées à une poussée inflammatoire de la SA. Le logiciel VFA (Vertebral Fracture Assessment) peut être utile à la détection de ces fractures vertébrales lors de la réalisation de l'ostéodensitométrie [15].

L'ostéoporose associée à la SA peut être prévenue

Comme dans la PR, l'ostéoporose associée à la SA peut être prévenue par le contrôle adéquat de l'inflammation, la réduction des chutes et des exercices physiques en charge, par une supplémentation calcique et vitaminique et un traitement médicamenteux contre l'ostéoporose (voir Annexe 9).

Le rôle des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans la diminution du risque fracturaire vertébral est discuté avec des arguments pour [7] du fait de la reprise de l'activité physique et de l'inhibition des prostaglandines et des arguments contre (pas d'effet dans les SA sévères).

Les anti-TNF augmentent de façon significative la DMO du rachis et du col du fémur, par diminution de la résorption osseuse, comme dans la PR [16]. Il n'y a pas cependant d'études longitudinales concernant l'effet des anti-TNF sur la survenue de nouvelles fractures vertébrales.

L'effet des anti-TNF sur la prolifération osseuse dans la SA est discutée, possiblement efficace lorsqu'il existe des signes limités de cette prolifération avant le début du traitement par les anti-TNF [1,12,17-19]. Les nouveaux biomédicaments (ciblant notamment les interleukines 17 et 23) ont montré des résultats prometteurs sur le ralentissement de la progression des signes radiographiques de la SA, à contrôler par des études contrôlées à long terme [1].

Comme dans la PR, les patients ayant une ostéoporose fracturaire et/ou des facteurs de risque doivent être traités par des médicaments contre l'ostéoporose, selon les recommandations actuelles [12].

Conclusions

En pratique, une douleur rachidienne aiguë au cours de la SA n'est pas toujours une poussée de la maladie.

Elle peut révéler une complication osseuse : une fracture discale aux conséquences neurologiques parfois graves ou une fracture ostéoporotique plus classique. L'existence d'une courbure excessive de la colonne vertébrale (hypercyphose) doit faire rechercher une fracture ostéoporotique [12].

L'évaluation de l'ostéoporose est indispensable au cours de la SA, car le risque relatif de fracture est indiscutablement augmenté.

Références / Auteurs

1. Magrey MN, Khan MA. *Curr Rheumatol Rep* 2017;19:17.
2. Kilic E, Ozgocmen S. *World J Orthop* 2015;6:298-310.
3. Rossini M et al. *Calcif Tissue Int* 2016;98:438-45.
4. Davey-Ranasinghe N, Deodhar A. *Curr Opin Rheumatol* 2013;25:509-16.
5. Van der Weijden MA et al. *Clin Rheumatol* 2012;31:1529-35.
6. Malochet-Guinamand S et al. *BMC Musculoskelet Disord* 2017;18:357.
7. Munoz-Ortego J et al. *JBMR* 2014;29:1770-6.
8. Pray C et al. *Calcif Tissue Int* 2017;101:182-92.
9. Weiss RJ et al. *J Rheumatol* 2010;37:2247-50.
10. Prieto-Alhambra D et al. *Osteoporos Int* 2015;26:85-91.
11. Kathuria P et al. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:1045-53.e3.
12. Briot K, Roux C. *Rev Rhum Monogr* 2015;82:12-6.
13. Haroon NN et al. *Arthritis Res Ther* 2015;17:377.
14. Wildberger L et al. *Joint Bone Spine* 2017;84:463-6.
15. Leone A et al. *Rheumatol Int* 2016;36:1335-46.
16. Haroon NN et al. *Sem Arthritis Rheum* 2014;44:155-61.
17. Arends S et al. *Curr Opin Rheumatol* 2014;26:259-68.
18. Sui S et al. *Arthritis Care Res* 2015;67:754-64.
19. Hinze AM, Louie GH. *Curr Treat Options in Rheum* 2016;2:271-82.

OSTÉOPOROSE (OP) ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)

G. Chalès, professeur émérite de rhumatologie, Rennes

L'ostéoporose (OP), caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux conduisant à une fragilité osseuse et une augmentation du risque de fractures, constitue une des complications extra-articulaires les plus importantes et les plus invalidantes de la polyarthrite rhumatoïde (PR), maladie auto-immune caractérisée par la présence d'anticorps (notamment anticorps anti-protéines citrullinées dits anti-CCP).

L'OP fait partie des maladies associées (comorbidités) les plus fréquemment rencontrées dans la PR comme les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, infectieuses et gastro-intestinales : pratiquement un patient sur deux atteint de PR a au moins une de ces maladies associées¹.

L'association OP-PR est-elle fréquente ?

La fréquence (prévalence) de l'OP dans la PR dépend de l'âge de la population étudiée et de l'individu (variabilité interindividuelle), globalement de l'ordre de 20 à 30 %², de 12 à 39 % au rachis lombaire et de 6 à 36 % au col du fémur³. La diminution de la densité osseuse (mesurée par l'ostéodensitométrie) est 2 fois plus fréquente dans la PR que dans

la population générale⁴, estimée de 2 à 17 % à la hanche et de 0 à 10 % au rachis (données variables selon la durée de la maladie, la proportion de femmes ménopausées, la prise de corticoïdes)².

Le risque de fracture (surtout hanche, bassin, vertèbres) est double en cas de PR avérée, qu'elle soit traitée ou non par les corticoïdes, conduisant à une diminution de la qualité de vie⁵. Un patient atteint de PR a 1,7 à 6,2 fois plus de chance d'avoir au moins une fracture vertébrale (non symptomatique dans deux tiers des cas) selon la durée d'évolution de la maladie ; ces fractures vertébrales, source de handicap, peuvent survenir au cours de la 1^{re} année de la maladie, jusqu'à 30 % des cas².

Quelles sont les causes de l'OP associée à la PR ?

Les complications osseuses au cours de la PR sont locales (érosions, raréfaction osseuse autour des articulations enflammées) et générales (ostéoporose). L'activité et la durée de la PR (inflammation), l'immobilité conséquence du retentissement articulaire, et le traitement corticoïde sont les principaux facteurs augmentant le risque fracturaire, parmi d'autres (âge, indice de masse corporelle ou rapport poids/taille², sexe)⁶. L'os est un tissu vivant qui se renouvelle en permanence, l'os ancien étant remplacé par de l'os nouveau selon un processus de remodelage osseux, pour avoir toujours un os de bonne qualité.

Les cellules destructrices d'os ancien sont appelées ostéoclastes (résorption osseuse) ; les cellules formatrices d'os nouveau sont les ostéoblastes (formation osseuse).

L'activité des ostéoclastes est régulée par un système binaire de molécules ayant des effets opposés (stimulation par le RANK ligand, inhibition par l'ostéoprotégerine) ; même régulation pour les ostéoblastes (stimulation par la voie de signalisation Wingless, inhibition par les protéines dickkopf-1 et sclérostine). Ces cellules se parlent entre elles et sont orchestrées par les ostéocytes (90 % des cellules osseuses) qui leur envoient des signaux (activation ou inhibition) et qui sont responsables de la régulation biomécanique (ostéocytes actives par la mise en charge lors de la position debout) de la masse osseuse. La mort des ostéocytes a un effet dramatique sur la diminution de la résistance osseuse⁶.

Quel est le rôle de l'inflammation ?

Les molécules inflammatoires (TNF, interleukines) vont stimuler la production de RANK ligand qui active les ostéoclastes (augmentation de la destruction osseuse) et les protéines dickkopf-1 et sclérostine qui inhibent les ostéoblastes (diminution de la formation osseuse)⁶.

Quel est le rôle de l'auto-immunité ?

L'auto-immunité, et notamment les anticorps anti-CCP influencent aussi le remodelage osseux, en augmentant le nombre et l'activité des ostéoclastes favorisant la perte osseuse ; les lésions osseuses locales et générales sont plus sévères chez les PR ayant des anticorps anti-CCP qui sont présents bien avant l'apparition des signes cliniques de la PR, expliquant que l'on observe une diminution de la masse osseuse dans les PR débutantes et que cette perte osseuse peut survenir en l'absence d'inflammation durant la phase « pré-clinique » (avant même les premiers signes de la PR⁷).

Quel est le rôle de l'activité physique

Il est évident que les fractures vertébrales et non vertébrales entraînent un handicap qui va diminuer l'activité physique des PR tout comme la fonte musculaire (sarcopénie) favorisée par la corticothérapie, conduisant à une immobilité relative, et à une moindre exposition au soleil source de carence en vitamine D. Tout ceci contribue à la perte osseuse, au risque de fractures et au risque de chutes⁸.

Corticoïdes : bon ou mauvais pour l'os ?

L'effet prédominant des corticoïdes sur l'os est l'altération de la formation osseuse, sans oublier l'effet nocif sur le muscle et la force musculaire source de chutes, et en soulignant qu'il existe là aussi une grande variabilité interin-

dividuelle ; une dose de 5 mg/jour de cortisone est suffisante pour diminuer rapidement et significativement les marqueurs biologiques de formation osseuse ; le risque de fractures est multiplié par 2 chez les patients traités par corticoïdes, et le risque de fractures vertébrales est encore plus élevé, apparaissant rapidement dans les 3 mois suivant le début du traitement, ce risque étant plus lié à la dose journalière qu'à la dose cumulative des corticoïdes, touchant plus l'os trabéculaire (vertèbres) que l'os cortical (col du fémur) ; cet effet nocif est cependant réversible à l'arrêt des corticoïdes⁹. Les corticoïdes augmentent le risque de fractures non seulement par diminution de la densité osseuse mais aussi par diminution ou altération de la qualité osseuse¹⁰. Dans la PR, l'apparition de fractures non vertébrales est prédictive du risque de fractures vertébrales⁹. Les corticoïdes ont cependant un effet favorable sur les paramètres de l'inflammation, permettant une meilleure activité physique ; une étude a montré, chez des PR débutantes traitées par un traitement préventif de l'ostéoporose, que l'addition de 10 mg de prednisone a du méthotrexate avec un contrôle serré de la PR n'entraînait pas de perte osseuse⁸.

Comment déceler l'ostéoporose dans la PR ?

Si la PR est reconnue pour être un facteur de risque indépendant d'une diminution de la densité osseuse et d'une augmentation du risque fracturaire, il faut toujours rechercher d'autres facteurs qui peuvent coexister : déficit en vitamine D, hyperparathyroïdie, malabsorption in-

testinale, hyperthyroïdie, médicaments (anti-épileptiques, lithium...). Le test rapide d'ostéoporose permet de lister les facteurs de risque : il est disponible sur le site du GRIO www.grio.org/espace-gp/test-risqueosteoporose1.php ; comportant 2 questions sur les antécédents familiaux, 11 questions sur les facteurs cliniques personnels et 4 questions sur les habitudes de vie (ce que l'on peut changer).

L'évaluation du risque fracturaire repose sur la mesure de la densité osseuse (ostéodensitométrie) et la détermination du T-score (Densité Minérale Osseuse (DMO) mesurée en écart-type par rapport à la valeur de référence représentée par la DMO moyenne d'un groupe de sujets jeunes (20 - 30 ans) de même sexe : chaque diminution d'un écart type correspond à 12 % de perte osseuse ; l'ostéoporose est définie par un T-score <2,5). Plus la valeur du T-score diminue (entre -1 et -4), plus le risque de fracture ostéoporotique et de hanche augmente¹¹.

L'outil de calcul FRAX permet de calculer le risque de présenter une fracture sévère dans les 10 ans, en comparant ce risque à celui de patients du même âge et du même sexe ayant déjà eu une fracture. Il y a cependant des limites dans la PR : il n'intègre pas les chutes qui augmentent nettement la probabilité de fracture chez des sujets y compris âgés ; il ne quantifie pas la dose ni la durée de la corticothérapie ; il ne prend en compte que la densité osseuse fémorale, et pas la mesure au rachis lombaire ; la PR fait partie du calcul du FRAX mais ne prend pas en compte

l'activité et la durée de la PR, le handicap associé¹¹.

La détection de fractures vertébrales souvent asymptomatiques a une importance majeure dans la PR, compte tenu du retentissement fonctionnel (handicap) et du risque de fractures ultérieures vertébrales et non vertébrales¹². Les densitomètres possèdent actuellement un logiciel VFA (Vertébral Fracture Assessment) permettant de dépister les fractures vertébrales lors de la réalisation de l'ostéodensitométrie.

L'OP ASSOCIÉE À LA PR PEUT-ELLE ÊTRE PRÉVENUE ?

Par le contrôle adéquat de l'inflammation ?

On a vu que les études ont montré que le risque fracturaire dans la PR augmente avec la durée et l'activité de la PR, et il paraîtrait logique de penser qu'un contrôle serré de la PR conduirait à une diminution de la perte osseuse et à une diminution du risque fracturaire.

Les données concernant l'effet des corticoïdes dans la PR sont conflictuelles (effets à la fois positif et négatif). L'effet des traitements de fond non biologiques (DMARDs) n'est pas connu, en dehors du méthotrexate qui n'a pas démontré dans de rares études un effet bénéfique sur l'os¹².

La suppression de l'inflammation médiée par le TNF sur le métabolisme osseux a été étudiée dans plusieurs cohortes de PR et des études cas-témoins.

L'analyse des études disponibles montre que l'introduction des anti-TNF dans le traitement de la PR a été associée à une diminution de la perte osseuse généralisée¹³ appréciée par la mesure de la densité minérale osseuse (DMO inchangée ou améliorée) ou par les marqueurs biologiques de formation ou de résorption osseuse, montrant que le traitement anti-TNF était associé à une diminution rapide de la résorption osseuse et un remodelage osseux positif chez les patients atteints de PR, en soulignant qu'il s'agit souvent d'études ouvertes (sans groupe contrôle), avec de petits effectifs, sans ajustement pour les facteurs de confusion (corticoïdes, tabac, comorbidités)¹³. Il est intéressant de noter que même chez des patients non répondeurs aux traitements anti-TNF (traitement ne marchant pas), on a observé un effet protecteur sur l'os, suggérant que le traitement anti-TNF pourrait restaurer le remodelage osseux indépendamment de son action anti-inflammatoire.

La vraie question est cependant de savoir si les anti-TNF sont capables de prévenir la survenue de fractures. La réponse n'est pas connue. Trois études rétrospectives, reprenant des données a posteriori, ont montré qu'il n'y avait pas de différence concernant le risque de fractures non vertébrales chez des patients atteints de PR selon qu'ils étaient traités par anti-TNF, méthotrexate ou autres traitements de fond non biologiques³.

Il y a quelques données concernant l'effet bénéfique d'autres biomédicaments, d'un anti-IL6 ou d'un anticorps anti-CD20 sur le remodelage osseux apprécié par l'étude des marqueurs biologiques du remodelage osseux¹³.

Par la réduction des chutes et des exercices physique en charge ?

Les chutes sont un facteur de risque majeur de fractures, favorisées chez les patients atteints de PR par une altération de la biomécanique de la marche due au retentissement de la PR sur les articulations des membres inférieurs et sur le rachis¹¹.

Les fondamentaux sont l'aménagement du domicile, le chaussage, la correction de la vue, la réévaluation de l'ordonnance (médicaments) et la lutte contre la sédentarité (voir le livret de l'Assurance maladie disponible sur internet : www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/PRADO_orthopedie-fragiliteOsseuse_livret_patient.pdf). La pratique d'exercices physiques est efficace pour réduire le nombre de chutes et le nombre de chuteurs chez les personnes vivant à domicile. Les programmes d'exercices physiques les plus efficaces sont ceux centrés sur le travail de l'équilibre. Le renforcement musculaire et l'amélioration de l'endurance participent au maintien des capacités fonctionnelles et ont des effets complémentaires au travail de l'équilibre sur la prévention des chutes (voir le rapport de l'INSERM disponible ici : www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6806).

L'exercice physique améliore la résistance osseuse, la force musculaire et l'équilibre. Les activités en charge sont conseillées comme la marche (ou le jogging) au moins 3 fois par semaine (ou 30 minutes par jour), avec un effet sur la perte osseuse¹². L'équilibre peut être amélioré en renforçant la force musculaire (cyclisme, natation, Tai Chi).

Par une supplémentation physique et vitaminique ?

L'absorption du calcium est altérée dans la PR, en particulier lorsqu'il existe un traitement corticoïde et un déficit en vitamine D. L'apport alimentaire conseillé est de 1200 à 1500 mg/j (3 produits laitiers par jour) après avoir fait un bilan des apports calciques www.grio.org/espace-gp/calcul-apport-calcique-quotidien.php.

Très récemment (2017), la fondation nationale de l'ostéoporose (National Osteoporosis Foundation) et la société américaine de cardiologie préventive (American Society for Preventive Cardiology) ont adopté la position suivante : l'apport de calcium par l'alimentation ou par supplémentation pharmaceutique (ne dépassant pas l'apport recommandé de 1200 mg/j) doit être considéré comme sans danger du point de vue cardiovasculaire¹⁴.

Par un traitement médicamenteux ?

La réponse est oui. Le but du traitement de l'ostéoporose est de prévenir l'apparition de fractures en augmentant la résistance de l'os. Il existe aujourd'hui des médicaments anti-résorbeurs (bloquant la destruction) et ostéoformateurs susceptibles de réduire le risque fracturaire vertébral de 40 à 70 %, non vertébral de 20 à 50 %, de la hanche de 40 à 50 % selon la molécule utilisée¹⁵.

Il faut tenir compte dans le choix de la molécule de l'âge, du site fracturaire (vertébral, non vertébral, hanche), de la fonction rénale, du risque thromboembolique (vaisseaux bouchés par un caillot de sang), des antécédents éventuels de radiothérapie, de l'état dentaire, et de la préférence du patient : comprendre ce que le patient attend et préfère, l'impliquer dans la prise de décision (décision médicale partagée) peuvent contribuer à améliorer la satisfaction du patient vis-à-vis du traitement, et par conséquent son adhésion au traitement. Rappelons que seulement moins de 40 % des patients prennent encore leur traitement au bout d'un an. Les préférences des patientes sont influencées par les données concernant l'efficacité et la tolérance du

traitement (les complications fréquentes gastro-intestinales ou plus rares à type d'ostéonécrose de la mâchoire ou de fracture atypique du fémur doivent être clairement annoncées), la voie d'administration (orale ou parentérale) et l'intervalle entre les prises médicamenteuses. L'indication d'un traitement est guidé par les recommandations sur l'ostéoporose post-ménopausique réactualisées en 2016 / 2017 disponibles www.grio.org/documents/page500/recommandations-opm-grio-2016-2017.pdf et [l'osteo-porose cortico-induite](#)¹⁶.

En conclusion

La PR et son environnement augmentent le risque de fractures vertébrales et non vertébrales, ce qui doit alerter le patient et le médecin (outils diagnostiques) pour prévenir l'ostéoporose. Cette prévention passe par un contrôle serré de l'activité de la PR, la prescription d'une dose minimale efficace de corticoïde (voire son arrêt qui est un des buts des biothérapies), la prévention des chutes et le respect des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, apport calcique, vitaminique D, protéique, exercices physiques, éviter le tabac et l'alcool, activité physique)¹². Il y a aujourd'hui des médicaments efficaces pour réduire le risque fracturaire vertébral et non vertébral.

Références / Auteurs

1 Innala L et al. Arthritis Res Ther 2016;18:33.2 Roux C, Briot K. Rev Rhum 2015;82:91-7.
3 Kim SY et al. JBMR 2012;27:789-96.
4 Haugeberg G et al. Arthritis Rheum. 2000;43:522-30.
5 van Staa TP et al. Arthritis Rheum 2006;54:3101-12.
6 Butlink IE et al. Curr Rheumatol Rep 2012;14:224-30.
7 Schett C. Mod Rheumatol 2017;27:193-7.
8 van der Goes MC et al. Osteoporos Int 2013;24:1429-36.

9 Briot K, Roux C. RMD open 2015;1:e000014.

10 Rentero ML et al. BMC Musculoskelet Dis 2015;16:300.

11 Mullen MB, Saag KG. Best Pract Res Clin Rheumatol 2015;29:614-29.

12 Hoes JN et al. Expert Opin Pharmacother 2015;16:559-71.

13 Zerbin CA et al. Osteoporos Int 2017;28:429-46.

14 Kopecky SL et al. Ann Intern Med 2016;165:867-8.

15 O'Connor KM. Med Clin N Am 2016;100:807-26.

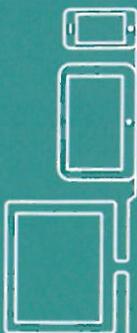
16 Briot K et al. Rev Rhum 2014;81:385-94.

LIVRET DE L'ASSURANCE MALADIE



Fracture après un choc léger : j'ai une fragilité osseuse

L'Assurance Maladie en ligne



Sur ameli.fr :

- ▶ Je me renseigne sur mes droits et mes démarches selon ma situation.
- ▶ Je m'informe avec l'annuaire santé sur les tarifs, horaires, spécialités et localisation des médecins, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier(e)s et établissements de soins.
- ▶ Je me connecte à mon compte [ameli](http://ameli.fr), mon espace personnel.

Je télécharge gratuitement l'appli [ameli](http://ameli.fr)

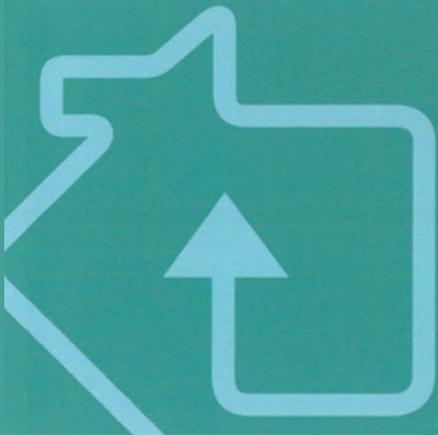


Sur ameli-sante.fr :

- ▶ J'accède à de l'information santé : maux du quotidien, maladies chroniques, offres de prévention de l'Assurance Maladie.

Document réalisé en collaboration avec :





J'ai plus de 50 ans et j'ai une fracture après un choc léger : j'ai une fragilité osseuse.

La fragilité osseuse se caractérise par une diminution de la masse osseuse et l'altération de la micro-architecture des os. L'ostéoporose est l'exemple le plus fréquent de maladie par fragilité osseuse.

À partir de 50 ans, le risque de développer une fragilité osseuse augmente, entraînant un risque accru de fracture.

Comment réduire le risque de fracture ?

Le risque de fracture est déterminé par un certain nombre de facteurs dont certains sont modifiables (par exemple l'activité physique, l'alimentation et le tabagisme) tandis que d'autres ne peuvent pas l'être (l'âge, certaines maladies...).

4 conseils sont à retenir pour réduire le risque de nouvelle fracture et bien prendre soin de mes os après 50 ans :

- 1** Prévenir les chutes
- 2** Faire régulièrement de l'exercice
- 3** Adopter une alimentation bénéfique pour mes os
- 4** Éviter certaines habitudes de vie et maintenir un poids correct

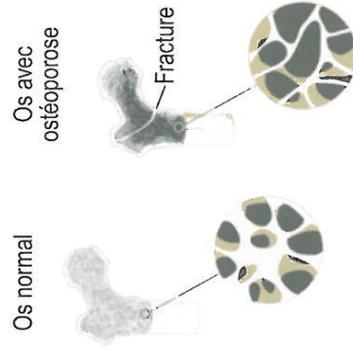
Ces conseils me permettent de rester en forme et de garder toutes mes forces.

Ma fragilité osseuse est peut-être due à l'ostéoporose.

Pour le confirmer, l'équipe hospitalière et/ou mon médecin traitant peuvent me prescrire des examens complémentaires.

Qu'est-ce que l'ostéoporose ?

C'est une maladie qui fragilise les os, conduisant à une augmentation du risque de fracture. L'ostéoporose ne présente aucun signe ni symptôme jusqu'à ce qu'une fracture se produise, c'est pourquoi on l'appelle souvent « maladie silencieuse ».



Les fractures dues à l'ostéoporose surviennent le plus souvent à des endroits tels que le poignet, le bassin, la hanche et les vertèbres. Elles peuvent provoquer de fortes douleurs et être invalidantes.

La première fracture est un signal d'alarme ! Il est important que j'en discute avec mon médecin. Il fera le point avec moi sur les raisons de ma fracture, pourra faire un bilan (vision, équilibre...) et pourra me prescrire, si nécessaire, une ostéodensitométrie. L'examen ne prend que quelques minutes et est indolore.

Pratiquer une activité physique, avoir une alimentation équilibrée permettent de lutter contre l'ostéoporose. Mon médecin pourra me prescrire également un traitement médicamenteux spécifique de l'ostéoporose après avoir évalué mon risque de fragilité.

4 Éviter certaines habitudes de vie et maintenir un poids correct

Certaines habitudes, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et le surpoids ou la maigreur peuvent avoir des conséquences sur ma santé osseuse et augmenter mon risque d'ostéoporose et de fractures.

Tabagisme

Les fumeurs réguliers⁴, tout comme les anciens fumeurs, présentent un risque accru de fracture par rapport aux non-fumeurs.

Consommation excessive d'alcool

Une consommation importante d'alcool sur le long terme augmente le risque de fracture chez les femmes et les hommes⁵.

Maintenir un poids correct

La maigreur est associée à une perte osseuse plus importante et à un risque plus important de fracture. Les personnes ayant un IMC inférieur à 20 kg/m² ont un risque deux fois plus élevé de fracture par rapport aux personnes ayant un IMC de 25 kg/m².

Je m'assure que mes repas m'offrent un apport calorique adapté et suffisant ainsi que les nutriments dont j'ai besoin pour maintenir des os et des muscles en bonne santé⁶.

4 Personne déclarant fumer tous les jours ou déclarant un nombre de cigarettes fumées par jour (Baromètre santé Inpes 2014).

5 INPES : Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool. Pour les consommateurs réguliers : pour les femmes, pas plus de 2 unités* d'alcool en moyenne par jour ; pour les hommes, pas plus de 3 unités* d'alcool en moyenne par jour (*une unité d'alcool = un verre standard = 10 grammes d'alcool).

6 INPES : Dossier de presse > L'activité physique au quotidien protège votre santé — L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer si un sujet est trop maigre, de corpulence normale, en surpoids ou obèse. Cet indice est calculé en divisant le poids (en kg) par le carré de la taille (en m). Pour l'adulte entre 20 et 65 ans, il est préférable d'avoir un IMC compris entre 18.5 et 25. En dessous de 18.5, on parle de maigre et au-dessus de 25 de surpoids. À partir de 30, on parle d'obésité.

7 Prévenir les chutes

Je tombe fréquemment ou j'ai peur de tomber parce que je me sens fragile.

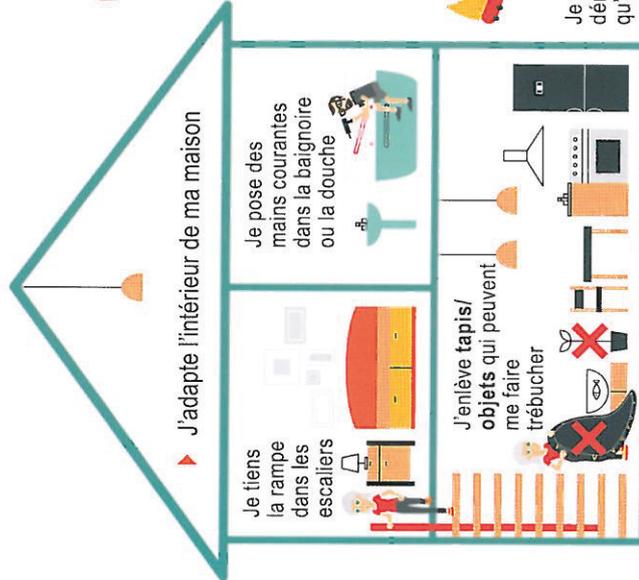
En général, les accidents ont lieu lors d'activités habituelles comme marcher, se lever d'une chaise, faire son ménage ou jardiner. En vieillissant, on a moins de réflexes et de puissance musculaire, la vue baisse et certains médicaments font perdre parfois l'équilibre.

Comment éviter les chutes ?

▶ Je vérifie régulièrement



▶ Mon médecin vérifie que mes médicaments n'entraînent pas des déséquilibres et ne favorisent pas les chutes.



▶ Je porte des chaussures antidérapantes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison.



Pour en savoir plus : Je consulte le guide de l'INPES « Accidents de la vie courante – Comment aménager sa maison pour éviter les chutes ? » www.inpes.sante.fr

2 Faire régulièrement de l'exercice

À partir de 50 ans et / ou après la ménopause, faire de l'exercice devient particulièrement important pour le maintien de la masse osseuse et de la force musculaire, pour l'équilibre et pour préserver la solidité des os.

Les programmes d'activité physique doivent être adaptés à mes besoins et à mes capacités, j'en parle à mon médecin.

Le minimum d'activité physique actuellement recommandé est « l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour »¹.

Voici quelques exemples d'activités qui peuvent me convenir :



Marche lente, bricolage, arrosage du jardin, faire la vaisselle, pétanque, bowling, tennis de table, danse de salon.



Marche rapide (d'un bon pas), nettoyage des vitres ou de la voiture, ramassage de feuilles, vélo ou natation « plaisir », aquagym, badminton.



Marche avec dénivelés, randonnée en moyenne montagne, bêchage du jardin, jogging, natation « rapide », jeux de ballon collectifs.

Par exemple, si je marche lentement pendant 45 minutes, c'est comme si je faisais du vélo pendant 30 minutes ou que je faisais du jogging pendant 20 minutes.

Les exercices qui renforcent les jambes et mettent à l'épreuve l'équilibre peuvent réduire le risque de chutes.

Les exercices visant à améliorer la posture et redresser les épaules peuvent réduire le risque de fracture, en particulier au niveau des vertèbres.

Faire un peu, c'est déjà mieux que rien du tout. Toute augmentation de l'activité physique, même minime, est bénéfique pour ma santé. Si je ne peux pratiquer aucune de ces activités, je demande conseil à mon médecin.

¹ « La santé en mangeant et en bougeant », guide nutrition à partir de 55 ans élaboré dans le cadre du Plan National Nutrition-Santé 2011-2015.

3 Adopter une alimentation bénéfique pour mes os

Le fonctionnement de l'organisme subissant au fil des années quelques modifications, il convient de veiller à avoir une alimentation équilibrée avec des apports suffisants en calcium et en vitamine D.

Quelques règles à connaître :

- ▶ **Une alimentation adaptée en quantité à ma faim et à mes besoins** : le maintien du poids est un très bon moyen de vérifier que l'équilibre entre apports et dépenses est bien maintenu.
- ▶ **Une alimentation diversifiée**, avec :
 - 3 à 4 fois par jour², des produits laitiers pour couvrir mes besoins en calcium ;
 - 1 à 2 fois par jour de la viande², 2 fois par semaine du poisson¹ ou des œufs, pour les protéines et le fer ;
 - chaque jour, l'équivalent de 8 à 10 verres d'eau, soit 1,5 à 2 litres d'eau ou de boissons non alcoolisées ;
- mais aussi des fruits et légumes (au moins 5 portions par jour²), des féculents, des matières grasses variées.
- Une alimentation à rythme régulier : si possible 3 repas par jour, plus 1 ou 2 collations³ en fonction de mes besoins et de mes habitudes.



Pour en savoir plus : Je consulte le guide de l'INPES

« Alimentation et exercices physiques — Comment garder son équilibre après 60 ans ? » www.inpes.sante.fr

2. Plan National Nutrition-Santé (PNNS) 2011-2015.

3. PNNS : Mangez — Bougez : La collation et le goûter ne sont pas une obligation, ils peuvent néanmoins nous aider à patienter jusqu'à l'heure du déjeuner ou du dîner. Une collation ou un goûter peut comporter un ou deux aliments, par exemple : 1 produit laitier : yaourt, fromage, lait... — 1 produit céréalier : biscuits aux céréales, pain — 1 fruit : frais ou en compote. L'idéal est de prendre une collation deux heures avant le déjeuner.

L'AFLAR, Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale, a fait de la lutte contre l'ostéoporose l'une de ses priorités.



L'AFLAR et le GRID (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses) ont permis ces dernières années de grandes avancées en matière de prise en charge :
 remboursement des traitements anti-ostéoporotiques après la première fracture et remboursement de l'ostéodensitométrie (en présence de facteurs de risque).

L'Aflar met à votre disposition un numéro dédié « Allo OSTÉOPOROSE » pour répondre à toutes vos questions.

Envoi d'autres documentations sur simple appel.

Allo OSTÉOPOROSE

► N°Azur 0 810 43 03 43

PRIX APPEL LOCAL

L'ostéoporose n'est plus une fatalité !

Faites un bilan avec votre médecin et adoptez les bonnes habitudes pour renforcer vos os tous les jours.

Ce document a été rédigé avec l'aide d'un comité d'experts et de personnes atteintes d'ostéoporose. Il a reçu la validation du GRID (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses).

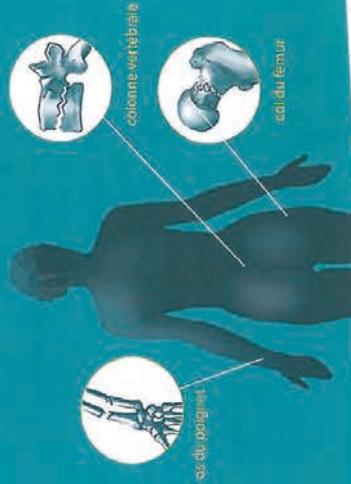
Ce dépliant a été réalisé avec le soutien institutionnel de Yoplait et du laboratoire Amgen



LE «VOLEUR D'OS» TOUT SAVOIR POUR L'ARRETER

Le « voleur d'os » ou le « voleur silencieux » vous connaissez ? C'est le nom qui a été donné par l'IOF* à l'ostéoporose. C'est une maladie des os, insidieuse, qui progresse sans se faire sentir. Elle touche surtout les femmes mais les hommes ne sont pas épargnés.

Les zones les plus souvent atteintes

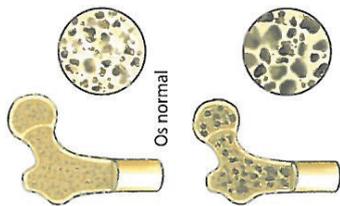


*IOF : International Osteoporosis Foundation

Médiation : Empaquent / Conception graphique : Christian Scheibing / Illustrations : Laure Sotcher / Impression : septembre 2017 / N°P.R.N. 11.0403

L'ostéoporose qu'est-ce que c'est ?

L'os est un tissu vivant qui se renouvelle toute la vie. Dans certaines situations (ménopause, prise de certains traitements, maladies hormonales, etc.) l'os perd de sa masse et devient poreux, c'est l'ostéoporose.



Os atteint d'ostéoporose

Je suis jeune, est-ce que ça me concerne ?

L'ostéoporose survient le plus souvent après 50 ans et s'aggrave avec l'âge. Néanmoins elle est plus fréquente chez les personnes qui ont un « profil » particulier.

Pour savoir si vous avez un risque accru d'être atteint(e) d'ostéoporose (on parle aussi de « facteurs de risque »), menez l'enquête en répondant aux questions suivantes :

Je bois plus de 3 verres de boissons alcoolisées par jour (ou 2 verres pour les femmes) :

oui non

Je suis fumeur/fumeuse :

oui non

Je suis plutôt maigre

(ou j'ai un Indice de Masse Corporel inférieur à 19*) :

oui non

J'ai pris des corticoïdes plus de 3 mois par voie orale :

oui non

Je suis atteint(e) de polyarthrite rhumatoïde :

oui non

Un de mes parents a eu un tassement vertébral ou est fortement vouté, ou encore a eu une fracture du col du fémur suite à une chute :

oui non

J'ai déjà eu une fracture du poignet ou du fémur sans choc brutal :

oui non

Ma taille a diminué de plus de 3 cm depuis l'âge adulte :

oui non

Si vous avez coché oui à au moins l'une de ces questions, ou si vous avez plus de 50 ans, parlez-en à votre médecin.

* Indice de Masse Corporelle = Poids en kilos / (Taille en mètre)²

Pourquoi est-ce un problème si ça ne fait pas mal ?

Le fait d'avoir moins de masse osseuse en soi n'est pas gênant, mais un os fragilisé par cette maladie se casse plus facilement, même sans choc brutal. Ces fractures peuvent générer des douleurs et une perte de mobilité voire d'autonomie.

Comment connaître l'état de mes os ?

Un examen, appelé ostéodensitométrie, mesure la densité osseuse qui est un bon reflet du degré de solidité des os. Il permet de prendre des mesures préventives ou de mettre rapidement un traitement en place avant la survenue d'une fracture.

Il est prescrit par un médecin et est remboursé par la Sécurité Sociale si vous présentez des facteurs de risque. Dans le cas contraire, renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour savoir si elle rembourse cet examen.

Que faut-il faire pour prévenir cette maladie ?

C'est au cours des 20 premières années de vie que chacun se constitue un capital osseux, jusqu'à atteindre son maximum, appelé « pic de masse osseuse ».

A tout âge de la vie on peut contribuer à préserver son capital osseux :

- en veillant à avoir des apports suffisants en calcium et en vitamine D,
- en ayant une activité physique régulière.

La vitamine D permet la fixation du calcium sur les os et l'exercice physique renforce l'ossature.

Quizz

- 1 L'ostéoporose peut atteindre les hommes.**
 vrai faux
- 2 La perte osseuse de l'ostéoporose fait mal.**
 vrai faux
- 3 Ma mère et ma grand mère ont eu de l'ostéoporose, j'en aurai forcément aussi.**
 vrai faux
- 4 Après 20 ans, je n'ai plus besoin de consommer du calcium.**
 vrai faux
- 5 Après la ménopause, il est important de continuer à faire de l'activité physique.**
 vrai faux
- 6 Il n'existe pas de traitement contre l'ostéoporose.**
 vrai faux

6. Faux : Il existe actuellement des traitements efficaces pour éviter les fractures (même si l'on en a déjà eu une), en association avec de l'activité physique adaptée et des apports en calcium et en vitamines D suffisants.

5. Vrai : Pratiquer régulièrement (au moins 1/2 heure, 3 fois/semaine) une activité physique « en charge » comme la marche, la danse, la gymnastique etc., contribue à renforcer vos os et à lutter contre l'ostéoporose.

4. Faux : Même si l'ostéoporose peut avoir beaucoup de causes différentes, une alimentation équilibrée apportant suffisamment de calcium contribue à protéger votre capital osseux, le plus longtemps possible et quel que soit votre âge.

3. Faux : Vous êtes plus à risque mais ne serez pas nécessairement touché(e) par cette maladie. Un dépistage est néanmoins conseillé dans votre cas.

2. Faux : Ce sont les fractures et leurs conséquences qui font mal, entre les sexes.

1. Vrai : Après 50 ans, l'ostéoporose touche 1 homme sur 5 (pour 1 femme sur 3). Après 80 ans, il y a une tendance à l'égalisation entre les sexes.

Réponses

QUEL REGARD

ont les femmes de 50 à 70 ans

SUR L'OSTÉOPOROSE



Des femmes concernées par la perte de centimètres

3 FEMMES SUR 10

ont perdu des centimètres par rapport à leur taille à l'âge de 20 ans



Parmi elles, **47%** ont entre 65 et 70 ans

Selon elles, cette perte est due à :



la vieillesse

74%



l'ostéoporose

44%
SEULEMENT



Une connaissance de l'ostéoporose limitée

91%

des femmes sont conscientes que la ménopause accroît le risque d'ostéoporose

MAIS

91%

pensent qu'un tassement vertébral n'est pas une fracture



36%

pensent que la perte osseuse est douloureuse



Une connaissance de l'existence de traitement perfectible

1 FEMME SUR 4

ne sait pas qu'il existe
DES TRAITEMENTS
contre l'ostéoporose



Étude réalisée en ligne par OpinionWay auprès de 500 femmes âgées de 50 à 70 ans. Sondage réalisé du 16 au 20 septembre 2015 (échantillon représentatif de la cible selon la méthode des quotas).



“*opinionway*”

AMGEN



FR-NP-162-1015-115665



AFLAR
ASSOCIATION FRANÇAISE
DE LUTTE ANTIRHUMATISMALE

2, rue Bourgon - 75013 Paris
contact@aflar.org

www.aflar.org



Suivez-nous sur Facebook
www.facebook.com/AFLAR.org



Suivez-nous sur Twitter
www.twitter.com/asso_aflar

ALLIANCE NATIONALE CONTRE L'OSTÉOPOROSE



AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE

