



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 septembre 2009

Par

Mademoiselle WOZNIAK Sarah

**PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE EN MEDECINE
GENERALE ET APPORT D'UNE FILIERE DE SOINS
SPECIALISEE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur WERYHA
Monsieur le Professeur KLEIN
Monsieur le Professeur KAMINSKI
Monsieur le Docteur BOIVIN

Président
Juge
Juge
Juge

2009

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Le 28 septembre 2009

Par

Mademoiselle WOZNIAK Sarah

**PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE EN MEDECINE
GENERALE ET APPORT D'UNE FILIERE DE SOINS
SPECIALISEE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur WERYHA	Président
Monsieur le Professeur KAMINSKI	Juge
Monsieur le Professeur KLEIN	Juge
Monsieur le Docteur BOIVIN	Juge

- 2 - UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle : **M. Christophe NEMOS**

du 2^{ème} Cycle : **M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

du 3^{ème} Cycle : **M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

Filières professionnalisées : **M. le Professeur Christophe CHOSEROT**

Prospective : **M. le Professeur Laurent BRESLER**

FMC/EPP : **M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT

Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTÉ – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET
=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

**Monsieur le Professeur G. WERYHA
Professeur d'endocrinologie et Maladies Métaboliques**

**Veillez recevoir nos sincères remerciements pour nous
avoir soutenue dans ce travail, et pour votre présence lors
des différentes étapes de son élaboration.**

**Votre bienveillance constante et toujours renouvelée nous
honore.**

A NOS MAITRES ET JUGES

**Monsieur le Professeur P. KAMINSKI
Professeur de Médecine Interne**

**Nous vous remercions d'être notre juge pour ce moment
primordial de notre vie professionnelle.**

Monsieur le Professeur M. KLEIN
Professeur d'Endocrinologie et Maladies métaboliques

**Nous vous remercions de votre acceptation spontanée d'être
notre juge.**

**Monsieur le Docteur J.M. BOIVIN
Docteur en médecine générale**

**Votre accompagnement, votre disponibilité et vos conseils
précis et éclairés ont été une aide précieuse et indispensable
à la réalisation de cette thèse.**

A Marc,

Malgré le temps qui passe et les épreuves de toute sorte, rien ne nous sépare, mais tout nous rapproche et renforce notre union. Je t'aime et te remercie de ton soutien et ta compréhension.

A notre fille Annabelle,

Le trésor inestimable de notre vie. Ton enthousiasme et ta curiosité nous émerveillent perpétuellement. Quand tu liras ces lignes, sache que j'ai trouvé la force de faire cette thèse en te regardant.

A mes parents,

Je ne vous remercierai jamais assez pour les sacrifices que vous avez consentis, afin de me permettre de mener à bien mes études. Vous êtes toujours aimants et disponibles, solides face aux épreuves de la vie. Vous m'avez donné la solidité, la rigueur et un certain goût pour l'épicurisme ! Ce travail vous est aussi dédié.

A ma sœur Laetitia,

A Simone et Georges,

La belle-mère et le beau-père rêvés ! Voilà plus de dix ans que vous êtes dans ma vie, vous êtes maintenant mes deuxième père et mère. Merci pour votre soutien en toutes circonstances. Il y a quelqu'un qui doit être aussi soulagé que moi...

A ma famille,

A ma belle famille,

A mes amis,

A Mme le Docteur Holweck, Mme le Docteur Wilhelm, Mr le Docteur Nicolas, Mr le Docteur Mucka et tous les médecins que j'ai remplacé,

Vous m'avez fait confiance en me laissant pratiquer la médecine et en me confiant votre patientèle. Grâce à vous, j'ai pu progresser dans ma pratique et « apprendre le métier ».

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

I.	THESE DE MÉDECINE GÉNÉRALE : présentée sous la forme d'un article scientifique, soumis à un comité de lecture dans le but d'une publication.....	page 14
II.	ANNEXE 1 : Scénario des entretiens en focus group.....	page 24
III.	ANNEXE 2 : Retranscription des entretiens en focus group	
	a. Focus group des médecins expérimentés	page 26
	b. Focus group des médecins enseignants	page 39
	c. Focus des jeunes médecins	page 46
IV.	ANNEXE 3 : Analyse qualitative des entretiens en focus group	page 56
V.	ANNEXE 4 : Grille de lecture analytique	
	a. Par groupe de médecins.....	pages 70 et 71
	b. Selon la réception ou non de la visite médicale	pages 72 et 73
VI.	LETRE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE POSTAL...	page 74
VII.	QUESTIONNAIRE POSTAL.....	page 75
VIII.	MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA FILIERE QOL.....	page 77
IX.	BIBLIOGRAPHIE	page 79
X.	RESUME.....	page 82

INTRODUCTION

L'ostéoporose constitue une « épidémie silencieuse », responsable d'une augmentation de morbi-mortalité et représentant un coût financier important (1, 2, 3). Elle est toujours insuffisamment diagnostiquée et bien que les médecins généralistes se disent préoccupés par cette affection, la prise en charge se fait le plus souvent à un stade fracturaire (4, 5, 6, 7). L'étude transversale « INSTANT », publiée en 2009, confirme l'insuffisance de diagnostic de l'ostéoporose en France (8).

Le défaut de prise en charge pourrait être dû aux coûts des examens complémentaires et des traitements, au temps nécessaire au diagnostic, aux effets indésirables des médicaments, au défaut de consigne quant au responsable du diagnostic et du traitement (9). La publication de recommandations officielles n'a rien changé à la pratique des médecins, et ce support ne répond pas à leurs attentes (10, 11).

Quelle est en 2009 la prise en charge de l'ostéoporose par les médecins généralistes et quelles sont les difficultés rencontrées? Une filière spécialisée multidisciplinaire de dépistage et de traitement telle que celle développée en Lorraine présente-t-elle un intérêt pour les médecins généralistes ?

Nous avons, pour répondre à ces questions, mené deux enquêtes auprès des médecins généralistes. Une première enquête de type qualitatif sous forme d'entretiens semi-dirigés en focus group et une seconde enquête quantitative sous forme d'un questionnaire à réponses fermées.

MATERIELS ET METHODES

Enquête qualitative : Trois focus group de 5 à 11 participants, réunissant des médecins expérimentés non enseignants, des médecins expérimentés enseignants ou de jeunes médecins, ont été constitués. Les entretiens semi-dirigés d'une durée d'environ 2 heures se sont déroulés entre mai 2008 et mars 2009, avec l'aide d'un modérateur et d'un observateur. Le script comportait quatre chapitres : prescription de la densitométrie osseuse, perception de la maladie ostéoporotique, traitement et suivi, intérêt d'une filière spécialisée multidisciplinaire. Tous les focus group ont été enregistrés sur bande vidéo et intégralement retranscrits. L'analyse des entretiens a été réalisée par item, en mettant en évidence les similarités, différences, mots clés et verbatims au sein de chaque groupe et entre les groupes. Deux grilles de lecture analytique, l'une séparant les 3 focus group et l'autre séparant les

médecins recevant ou non les représentants des laboratoires pharmaceutiques, facilitent l'exploitation des informations en montrant des blocs de réponses.

Enquête quantitative : Elle a été menée auprès d'un échantillonnage aléatoire de médecins généralistes proches du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy. L'enquête s'est déroulée de juillet 2008 à avril 2009. Il n'y a pas eu de rappel. Le questionnaire postal comportait douze questions fermées.

RESULTATS

Etude qualitative

	Médecins expérimentés (n=11)	Médecins enseignants (n=5)	Jeunes médecins (n=7)
Homme	8	4	5
Femme	3	1	2
Exercice rural	0	0	6
Exercice urbain	11	5	5
Reçoit visiteurs médicaux	11	3	5

Tableau 1 : Répartition démographique et mode d'exercice des médecins ayant participé aux focus group

Prescription de la densitométrie osseuse : Les médecins ne connaissent pas parfaitement les critères de remboursement de la densitométrie osseuse, et s'appuient sur des aide-mémoire. La recherche de ces critères par les radiologues gêne les médecins expérimentés non enseignants, de même que la gestion de l'ostéoporose par les gynécologues : ils se sentent spoliés dans leur activité. Les limites au remboursement fixées par l'AFFSAPS contrarient les médecins expérimentés non enseignants, qui souhaitent un dépistage systématique, « sans nécessité de critères ». La systématisation du dépistage n'est pas jugée utile par les médecins enseignants ni par les jeunes médecins, qui toutefois y seraient favorables « si on leur apporte la preuve scientifique qu'un dépistage de masse est justifié ».

Perception de la maladie ostéoporotique : Les médecins expérimentés non enseignants sont unanimes concernant le défaut de prise en charge de l'ostéoporose, les jeunes pensent qu'elle est « insuffisamment dépistée, donc insuffisamment traitée ». Les enseignants ne se prononcent pas, du fait d'un manque de recul et car ils se méfient de la pression exercée par l'industrie pharmaceutique et les médias. Il y a 10 ans, les enseignants s'en préoccupaient déjà, « mais avec d'autres moyens » (traitement hormonal de la ménopause, vitamine D). Les médecins expérimentés non enseignants utilisent du calcium, parfois de la vitamine D et recommandent d'avoir une activité physique. Les jeunes médecins étaient alors étudiants, et les traitements qui leur étaient présentés ne sont pas aujourd'hui à la hauteur de leurs attentes : « il y a eut un phénomène d'emballlement, ... les biphosphonates ne sont pas la panacée ».

Traitement de l'ostéoporose et suivi : Aucun traitement n'est perçu comme « le » plus efficace, mais le calcium est jugé « indispensable » par les médecins expérimentés non enseignants, la vitamine D « incontournable » par les enseignants, et la « supplémentation vitamino-calcique primordiale » par les jeunes médecins. Les biphosphonates sont cités par les trois groupes, en cas de fracture. Les enseignants structurent leur choix thérapeutique selon la balance bénéfice risque, « l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) de chaque produit » et les études scientifiques. Les indications et les effets indésirables propres de chaque traitement sont approximativement connus des médecins expérimentés non enseignants, qui fondent leur choix autant sur leur expérience personnelle que sur les études scientifiques. Les effets indésirables freinent les jeunes médecins et les non-enseignants dans leurs prescriptions. Les jeunes médecins ne s'estiment « pas compétents » et ne font pas confiance aux résultats des essais cliniques, soupçonnant un manque d'objectivité des laboratoires et un manque de fiabilité des résultats. Un seul d'entre eux a un schéma thérapeutique structuré selon l'âge. Les avis sont très partagés concernant la durée optimale de traitement : ininterrompue pour les enseignants, en moyenne cinq ans pour les jeunes médecins, pas d'avis précis chez les médecins expérimentés non enseignants. En cas de fracture sous traitement, les enseignants demandent un avis spécialisé si le traitement est instauré depuis suffisamment longtemps. Les jeunes médecins et les médecins expérimentés non enseignants n'ont pas d'attitude structurée mais certains demandent un avis spécialisé. Il n'a pas été constaté de différence d'attitude pratique entre les médecins qui reçoivent ou non les représentants des laboratoires pharmaceutiques.

Intérêt d'une filière : Les jeunes médecins et les enseignants trouvent unanimement la prise en charge complexe. Les enseignants et les jeunes médecins souhaiteraient un « arbre décisionnel simple et synthétique », afin de gérer au mieux l'ostéoporose. Ils ne souhaitent pas un recours systématique au spécialiste, « qui ne fait pas sortir de la complexité » et qui est utile « pour pallier les insuffisances de la médecine générale ». Les médecins expérimentés non enseignants demandent facilement un avis spécialisé au rhumatologue, voire au gynécologue ou à la filière spécialisée. La filière est connue par neuf des médecins enseignants et des médecins expérimentés non enseignants, mais inconnue des jeunes médecins. Cette filière est jugée utile et le service rendu jugé satisfaisant. La préoccupation principale des médecins expérimentés non enseignants concerne la rapidité d'obtention d'un rendez-vous ainsi que celle du retour de courrier.

Etude quantitative

Sur 195 questionnaires postés, 123 ont été retournés.

Les résultats sont présentés dans les tables 2 et 3.

Homme : 87 (71,9%)	Femme : 34 (28,1%)	
Seul : 69 (56,6%)	Association : 53 (43,4%)	
Rural : 82 (67,2%)	Semi-urbain : 22 (18%)	Urbain : 18 (14,8%)
1988+ /- 10 ans		

Table 1 : Caractéristiques démographiques et mode d'exercice

Question	Réponses
Quelle(s) est(sont) les conditions évocatrices qui vous fait(font) évoquer le diagnostic d'ostéoporose ?	Fracture ostéoporotique : 112 (91,1%) Résultats densitométrie osseuse : 112 (91,1%) Présence de facteurs de risque : 106 (86,2%) Transparence osseuse sur clichés radiologiques : 72 (58,5%) Fracture sentinelle : 70 (56,9%)
Avez-vous connaissance de conditions de remboursement de la densitométrie osseuse ?	Parfaitement : 51 (41,4%) En partie : 65 (52,9%) Assez peu : 7 (5,7%)
Demandez-vous un avis spécialisé pour vos patients ostéoporotiques ?	Jamais : 5 (4,1%) Parfois : 87 (70,7%) Souvent : 26 (21,1%) Toujours : 5 (4,1%)
Si oui, à quel spécialiste vous adressez-vous ?	Rhumatologue : 109 (92,4%) Filière QOL : 32 (27,1%) Gynécologue : 7 (5,9%) Gériatre : 1 (0,8%)
Dans quel cas le spécialiste a-t-il sa place ?	Prescription des examens complémentaires : 35 (29,4%) Diagnostic : 31 (26,1%) Instauration de traitement : 46 (38,7%) Suite à récurrence fracturaire : 76 (63,9%)
Connaissez-vous la filière QOL ?	Oui : 89 (72,4%) Non : 34 (27,6%)
Avez-vous des patients qui ont intégré cette filière ?	Oui : 81 (65,9%) Non : 27 (21,9%) Ne sait pas : 15 (12,2%)
Si oui, cette filière vous rend-elle des services ?	Assez peu : 28 (34,2%) En partie : 37 (45,1%) Beaucoup : 17 (20,7%)
Tenez-vous compte des résultats des études concernant les sites d'efficacité des différents traitements ?	Oui : 81 (65,9%) Non : 42 (34,1%)
Le choix de votre traitement tient-il compte de :	Age : 100 (81,3%) T-score : 98 (79,7%) Antécédents personnels fracturaires : 82 (66,7%) Sexe : 69 (56,1%)
En cas de récurrence fracturaire sous traitement, quelle est votre décision ?	Avis spécialisé : 98 (79,7%) Recherche mauvaise observance : 47 (38,2%) Réévaluation densitométrique : 40 (32,5%) Changement de traitement : 25 (20,3%) Poursuite du même traitement : 4 (3,3%)

Table 2 : Résultats de l'enquête postale

	Traitement jugé le plus puissant (n=88)	Fréquence de citation à la question : 3 principaux traitements (n=121)
Biphosphonates	27,3%	90,1%
Tériparatide	25%	24,8%
Traitement hormonal de la ménopause	19,3%	38,8%
Ranélate de strontium	17,1%	55,4%
SERM (Raloxifène)	6,8%	43,8%
Calcium-vitamine D	4,5%	47,1%

Table 3 : Classification des traitements par les médecins ayant répondu au questionnaire : traitement jugé le plus puissant et trois principaux traitements.

DISCUSSION

Le fort taux de réponse (63,1%) illustre l'intérêt des médecins généralistes pour l'ostéoporose. Les indications de la densitométrie osseuse sont imparfaitement maîtrisées. Le tableau 2 illustre la complexité et la disparité des critères d'indication de la densitométrie osseuse d'un pays à l'autre, et même au sein d'un même pays. Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (12) n'apporte pas plus de schéma thérapeutique simplifié. La densitométrie osseuse fait partie des outils diagnostiques courants du médecin généraliste, comme l'a constaté Jaglal dans son analyse en focus group (13). Notre étude confirme que 91,1% des médecins répondants se basent sur la densitométrie osseuse, entre autres critères, pour affirmer le diagnostic d'ostéoporose. La prescription de densitométrie osseuse est facilitée par son caractère remboursable sous conditions, bien que l'absence de parfaite connaissance de la patientèle soit un frein pour les jeunes médecins qui ont une activité de remplacement. Les médecins expérimentés ressentent quant à eux l'existence de ces critères comme un obstacle injustifié au dépistage. Jaglal et coll. ont montré que la densitométrie osseuse était le plus souvent initiée par les médecins généralistes (10): la proportion de demandes de cet examen est passée de 43,7% à 80,1% en 8 ans. L'étude Instant, réalisée en France par Lespessailles (8), confirme que l'appropriation du dépistage s'est faite en faveur du généraliste au dépend du spécialiste: le médecin de famille diagnostique plus souvent une ostéoporose que le rhumatologue et le gynécologue (43,7% vs 37% et 17,3% respectivement en 2006).

L'ostéoporose préoccupe les médecins généralistes, bien qu'ils l'estiment sous diagnostiquée et insuffisamment traitée. Taylor en 1998 constatait ce même paradoxe (4). Dans l'enquête de Dorner et coll. menée auprès des médecins autrichiens, 84% des praticiens

	Sexe		Fracture basse énergie	Dépistage systématique	Avant corticothérapie	Réévaluation suite à traitement	Facteurs de risque	Avant traitement anti-ostéoporotique
	Homme	Femme						
AFSSAPS 2006	Si fracture ou facteur de risque	Ménopausée avec FDR : Antcdt fracture fémur chez parent 1 ^{er} degré, IMC<19 Ménopause précoce, Antcdt corticothérapie	Homme ou femme	Non	Non	Oui (3 à 5 ans après) ou à l'arrêt du traitement	Endocrinopathie Traitement déminéralisant	Non
NOF (www.nof.org)	>70ans sans FDR entre 50 et 70 ans si FDR	> 65 ans sans FDR ménopause précoce	Et si > 50 ans Ou en début de ménopause	Oui	Non	Oui	Endocrinopathie Traitement déminéralisant	Oui
International society of clinical densitometry (www.iscd.org) 2007	> 70 ans avant 70 ans si FDR	> 65 ans avant 65 ans si FDR début de ménopause avec FDR	Oui	Oui	Non	Oui	Endocrinopathie Traitement déminéralisant	Oui
American collège of obstetricians and gynecologists		Ménopausée > 65 ans Ménopausée < 65ans avec FDR	Toute femme post ménopausée	Ménopausée > 65 ans Ménopausée < 65ans avec FDR	Non	Non		Non
HAS (www.has-sante.fr) 2006		Ménopause précoce	Périphérique ou vertébrale radiologique chez femme ménopausée		Oui, si plus de 3mois à >7,5mg/j	Non	Endocrinopathie Suite à corticothérapie Parents du 1 ^{er} degré avec fracture vertèbre ou fémur IMC <19	Non

Tableau 2 : Comparaison des indications de prescription de densitométrie osseuse, selon différentes organisations de santé

considèrent que l'ostéoporose a un fort impact en terme de santé publique et la même proportion estime que sa prévention est primordiale (14). Dans notre étude, les médecins enseignants sont réservés à ce sujet, estimant que l'amplitude de ce problème de santé publique est peut être surestimée. Deux tiers des praticiens interrogés en 1998 par Taylor et coll. n'étaient pas non plus convaincus de l'ampleur annoncée par les études épidémiologistes (4). Les prédictions établies dans les années 1990 ont été contestées par Couris et coll. dans l'étude menée entre 2001 et 2004, en France dans la région Rhône-Alpes (15). Ils concluaient à une surestimation de 70% du nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur à venir chez les femmes de plus de 85 ans. Ils émettaient l'hypothèse que les patientes de plus de 85 ans avec des facteurs de risque ne fracturant pas ont un risque individuel faible, ou qu'elles ont d'ores et déjà présenté une fracture de l'extrémité supérieure du col du fémur. Ils émettaient aussi l'hypothèse que la moindre prévalence des fractures dans cette tranche d'âge par rapport aux modèles statistiques pouvait être due à la plus forte mortalité propre à cette tranche d'âge.

Il est troublant d'observer dans notre enquête qu'une transparence osseuse augmentée sur des clichés radiologiques fait penser à l'ostéoporose chez près de 60% des médecins ayant répondu au questionnaire posté, alors que moins de 60% l'évoquent en présence d'une fracture sentinelle (qui fait partie des critères de remboursement de la densitométrie osseuse). Les examens complémentaires biologiques, par ailleurs, ne sont pas évoqués dans le cadre du diagnostic de la maladie, le spécialiste étant consulté pour la prescription de ce bilan par un tiers des médecins généralistes interrogés.

La stratégie de prévention et le choix du traitement, en cas d'ostéoporose avérée, sont très différents selon la catégorie de médecins interrogés. Si les médecins enseignants ont une stratégie proche des recommandations, les médecins ayant 25 à 30 ans d'expérience mais qui n'enseignent pas ont un savoir imparfait. Leur connaissance des effets indésirables et des indications des différentes classes thérapeutiques est approximative. Leur expérience personnelle les guide dans le choix du traitement autant que le résultat des études scientifiques. Perez-Edo constatait en 2001, comme dans notre étude, que les connaissances les plus à jour étaient celles des jeunes médecins (16). Le médecin généraliste, quelque soit sa catégorie (médecin expérimenté non enseignant, médecin enseignant ou jeune médecin), redoute et limite sa prescription de biphosphonates, en raison des effets indésirables. Simonelli constatait en 2002 que les médecins généralistes évoquaient volontiers la iatrogénie de cette classe thérapeutique, et ils n'étaient de plus pas convaincus par les études d'efficacité et de faible toxicité des traitements de l'ostéoporose (17).

Après 30 ans de pratique, le médecin, lorsqu'il n'est pas enseignant croit toujours que le calcium est la pierre angulaire du traitement préventif de l'ostéoporose. Ceci est corroboré par l'étude de Solomon et Coll. de 2003 (18). La vitamine D n'est pas en effet systématiquement citée, contrairement aux deux autres groupes (enseignants et jeunes médecins). L'emploi de la vitamine D, dont l'importance ne cesse d'être soulignée, a bien été intégré par les jeunes médecins. Notre enquête postale va dans ce sens : l'association calcium-vitamine D est classée dernière à la question du traitement le plus efficace, mais est citée une fois sur deux dans l'arsenal des trois principaux traitements. Ce qui laisse penser qu'elle est employée comme traitement adjuvant, non curatif. Les biphosphonates sont toutefois largement en tête de l'arsenal thérapeutique des médecins ayant répondu à l'enquête postale et aux focus group. Ce choix est justifié par la simplicité d'utilisation, l'acceptabilité par les patients, qui sont souvent réticents à ajouter un traitement supplémentaire, sur une liste parfois longue, pour une maladie dont ils ne ressentent pas toujours les symptômes. La durée de traitement est différemment ressentie selon les groupes de l'étude qualitative : les médecins expérimentés non enseignants n'ont pas d'opinion claire à ce sujet, alors que les médecins enseignants estiment que le traitement doit être d'au minimum 5 ans voire à vie, tandis que les jeunes médecins le proposent pour une durée de 3 à 5 ans. Les médecins généralistes ne recourent pas systématiquement au spécialiste pour choisir le traitement. En effet, le spécialiste est peu cité dans chacun des groupes d'étude qualitative et n'est évoqué que par 38% des médecins ayant répondu au questionnaire. La proportion s'inverse lors de la survenue d'une fracture sous traitement : le médecin généraliste recourant dans 64% des cas à un spécialiste, le rhumatologue étant plus largement cité. Un tiers des médecins généralistes estime qu'une filière développée selon le modèle de la filière QOL (Qualité de l'Os en Lorraine) présente un intérêt dans la prise en charge des patients qui récidivent. Il n'existe pas de codification en cas de fracture sous traitement.

La prise en charge de l'ostéoporose, allant du diagnostic au choix du traitement et de sa durée, ainsi que la gestion des complications sont mal codifiées. La gestion de cette pathologie est ressentie comme complexe. Les comportements des médecins généralistes ne sont pas similaires et mal codifiés. Les enseignants ont une attitude qui s'approche le plus des recommandations, et les jeunes médecins ont des connaissances encore à jour. Il n'existe pas d'enseignement spécifique de l'ostéoporose à la faculté de médecine de Nancy, ce qui est regretté par les jeunes médecins. On en voit la nécessité, étant donné la pauvreté des connaissances des médecins expérimentés qui n'enseignent pas. Toutefois, l'ostéoporose est abordée de façon transversale dans différents modules d'enseignement du cycle des études

médicales. En raison de toutes les difficultés évoquées, il est apparu utile de mettre en place une filière ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge de l'ostéoporose. Cette filière créée en 2000 est bien connue des médecins généralistes interrogés dans l'enquête postale et des médecins des focus group, à l'exception des jeunes médecins qui ont une activité de remplacement et par conséquent une vision partielle de l'offre sanitaire locale. Les recommandations officielles ne changent pas la pratique des médecins (11) et l'on sait maintenant que ce sont des structures de soins intégrées aux hôpitaux qui permettent l'amélioration du taux de diagnostic et de traitement (19) et non pas les interventions directes auprès des patients ou des médecins (20, 21, 22).

Notre étude comporte certaines limites. Il existe probablement un biais de recrutement induit par le fait que la zone géographique d'exercice des médecins interrogés recouvre celle de la diffusion de la filière QOL. Les médecins généralistes sont peut être plus impliqués dans le dépistage de l'ostéoporose et son traitement par l'émulation qu'elle produit. Enfin, si l'effectif réduit des médecins ayant participé aux entretiens en focus group peut faire craindre de ne pas permettre une généralisation à la population médicale généraliste, la redondance de l'information lors des entretiens tend à démontrer l'inverse.

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont impliqués dans le dépistage et le traitement de l'ostéoporose, mais la prise en charge est inégale entre les différentes catégories de médecins. Les connaissances les plus à jour sont celles des médecins enseignants et des jeunes médecins, du fait de la fréquentation récente de l'enseignement universitaire ou de congrès de permettant une mise à jour des connaissances. Les médecins expérimentés non enseignants ont des connaissances imparfaites, et leur mise à jour ne s'effectue le plus souvent que par le biais de la formation médicale continue, souvent sponsorisée par l'industrie pharmaceutique, donc de qualité inégale, et non exempte de partialité. La prise en charge est ressentie comme complexe, et un avis spécialisé est souvent demandé, surtout lors de la survenue de fractures sous traitement. Si le rhumatologue est le principal interlocuteur des praticiens interrogés, un tiers des médecins généralistes lorrains interrogés se tourne vers la filière QOL pour répondre à des besoins spécifiques, comme la récurrence fracturaire sous traitement. Les médecins interrogés se disent satisfaits du service rendu par cette filière multidisciplinaire.

Ce travail appelle donc une procédure d'évaluation de la filière. Elle pourrait faire l'objet d'une évaluation médico-économique, bien que difficile à mettre en œuvre étant donné

la durée de l'évolution de l'ostéoporose. Cette évaluation permettrait d'en démontrer l'intérêt et ses limites dans la perspective de la généraliser aux autres CHR-U.

ETUDE QUALITATIVE EN FOCUS GROUP
SCENARIO

PLACE DE LA FILIERE QOL EN MEDECINE GENERALE

En 2006, l'AFSSAPS a émis de nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'ostéoporose. Elles ne sont déjà plus d'actualité. Depuis 20 ans, nous disposons de la densitométrie osseuse pour l'aide au diagnostic. Il a été affirmé en 1994 par l'OMS que ce diagnostic est rendu possible par cette seule densitométrie. Parallèlement, l'arsenal thérapeutique s'est élargi. Pourtant, les épidémiologistes et les laboratoires pharmaceutiques affirment que l'ostéoporose est toujours insuffisamment traitée.

UTILISATION DE L'OSTÉODENSITOMÉTRIE (indications, remboursement)

Connaissance de critères de remboursement de la densitométrie osseuse

Connaissez-vous parfaitement les critères de remboursement de l'ostéodensitométrie et en tenez-vous compte lorsque vous prescrivez cet examen ? Pensez-vous, au contraire, que c'est au radiologue de savoir si elle doit être remboursée ou non ?

La DMO doit-elle être un examen de dépistage systématique ?

Trouvez-vous justifié de réaliser une ostéodensitométrie à toutes les patientes ménopausées ? Vous trouvez-vous souvent confrontés à une demande qui vous paraît injustifiée de la part de la patiente ? De la part du (ou de la) gynécologue (prescription systématique de la ménopause) ?

LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE AUJOURD'HUI

Insuffisance de traitement de l'ostéoporose

Partagez-vous cette dernière affirmation : en 2008, l'ostéoporose est toujours insuffisamment traitée ? Ou, au contraire, pensez-vous que les laboratoires exercent une pression injustifiée, qui risque de faire traiter des patientes injustement et de les exposer à des complications iatrogènes ?

Evolution du volume de pratique en ostéoporose entre il y a 10 ans et aujourd'hui

En 1990, combien de consultations quotidiennes d'ostéoporose avez-vous effectuées ? Et actuellement ? Combien avez-vous rédigé d'ordonnances de traitement anti-ostéoporotique ces dernières semaines ?

Pensez-vous que vous êtes davantage préoccupés par l'ostéoporose aujourd'hui par rapport à il y a 10 ans ? Quelle en est la raison à votre avis ?

Est-ce que les restrictions concernant l'utilisation auparavant quasi systématique du traitement hormonal substitutif de la ménopause en est, à votre avis, la raison majeure ?

CHOIX THERAPEUTIQUE (indications, effet de classe, critères de choix)

Quel est le traitement phare de l'ostéoporose dans votre pratique ?

Quels en sont les avantages et les justifications par rapport à celui ou ceux de vos confrères ?

Quels résultats en attendez-vous ?

Quels sont vos critères de choix pour un traitement plutôt qu'un autre ?

Tenez vous en compte des résultats des études, en particulier de l'effet sur la consolidation du col fémoral qui n'est pas observée avec tous les traitements ?

Est-ce que la valeur du T-score influence votre choix ?

Est-ce que l'âge de votre patiente influence votre choix ?

La survenue d'une nouvelle fracture remet-elle en cause votre choix thérapeutique ?

Quelle durée de traitement vous semble idéale ?

MODALITÉS PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE

Estimez-vous que la prise en charge de l'ostéoporose est complexe ?

Préférez-vous avoir recours au spécialiste de l'ostéoporose ? Au rhumatologue ?

Avez-vous déjà entendu parler de la filière QOL ?

PRESENTATION DE LA FILIERE QOL

Une telle filière de soins hospitalière intégrée et multidisciplinaire vous rend-elle des services ?

Quels en sont les avantages et les inconvénients ?

Si vous connaissez la filière QOL, quels en sont les points faibles ?

FOCUS GROUP MEDECINS EXPERIMENTES
4 JUIN 2008

PRESENTATION DES PARTICIPANTS

	F1	H1	H2	H3	F2	H4	F3	H5	H6	H7	H8
Sexe	F	M	M	M	F	M	F	M	M	M	M
Age	54	58	60	56	65	65	64	58	59	58	58
Reçoit visiteurs médicaux	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Oui
Rural/Urban	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U

1. INTRODUCTION DU SUJET

2. INDICATION ET PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DE DENSITOMETRIE OSSEUSE

La première chose que je vais vous demander concerne l'ostéodensitométrie. Est-ce que vous en faites beaucoup ? Exprimez-vous...

F2: Non, s'il n'y a pas de notion de fracture, je n'en fais pas.

H2: Moyennement, on va dire. Il y a toujours ces fameuses règles (de prescription) qui nous empêchent (de prescrire) en fonction des critères de remboursement. C'est côté 49 (euros) et le radiologue a plus intérêt à la vendre 89 (euros).

Qu'est-ce qui vous gêne? C'est le côté remboursement/ non remboursement ?

H5: Non, mais on ne rencontre pas toujours des personnes dans une certaine tranche d'âge, ou bien on le découvre à 70-75 ans. Je ne dis pas que c'est trop tard, (F3: Ben non, c'est pas trop tard) mais on se doute bien que quand on fait de l'ostéoporose, c'est bien d'être préventif ou de les voir dans une tranche d'âge pré-ménopausique, ce n'est pas le plus courant. C'est plutôt les gynécologues qui les voient.

Et dans cette tranche d'âge pré-ménopausique, vous pensez que c'est le rôle du généraliste ou que c'est au contraire le rôle d'un spécialiste de les prendre en charge ?

H2 : Je pense que s'il y avait moins de contraintes, oui (ce serait le rôle du généraliste).

H5 : Je pense que ça nous échappe parce que les gynécologues suivent des traitements de substitution de la ménopause et donc qu'ils les voient beaucoup plus souvent et il y a aussi le dépistage du cancer du sein qui est pris en charge souvent par les gynécologues et donc que cette période un peu critique nous échappe. On les voit un peu plus tard.

Est-ce que vous regrettez le fait que cela vous échappe ? Est-ce que vous pensez que c'est le rôle du généraliste de prendre en charge cette prescription d'ostéodensitométrie ou que finalement « ça nous échappe, tant pis ».

F2 : Ce n'est pas tant pis.

Donc ça vous gêne ?

F2 : Oui, je regrette vraiment.

Est-ce que vous êtes parfaitement à l'aise avec les critères de remboursement ?

F2 : Non.

H2 : De toute façon, les radiologues ne jouent pas le jeu. Parce qu'ils ont intérêt à la vendre le plus cher possible, donc parfois on a des patientes qui ne sont pas remboursées.

H5 : Si, ils jouent le jeu.

Qu'est ce que vous faites dans votre pratique ? Est-ce que vous prescrivez l'ostéodensitométrie et puis vous vous dites que c'est au radiologue de décider si c'est remboursé ou pas ?

F2 : Ah non, non, non. On met (sur l'ordonnance) les critères (de remboursement) de la patiente.

H3 : Il faut spécifier au radiologue (le cas échéant) : corticothérapie, ménopause précoce, s'il y a des fractures, s'il y a des tassements vertébraux.....

H4 : Il faut que les choses soient claires entre le praticien et le patient. Il ne faut pas qu'il y ait d'ambiguïté.

H5 : Quand on fait une prescription, enfin pour ma part, moi je marque les facteurs de risque, s'il y a eu une fracture, comme vous tous je pense, pour faire pencher la balance du côté du remboursement par le radiologue. Parce que si on met simplement « ostéodensitométrie » (sur l'ordonnance), ce n'est pas le radiologue qui va faire l'enquête (des facteurs de risque).

H2 : Si, si, si.

H6 : Il faut qu'on motive aussi la demande de l'ostéodensitométrie, l'âge...

Est-ce que vous pensez que toutes les femmes ménopausées devraient avoir une ostéodensitométrie ?

H2 : Absolument.

H5 : Absolument, mais je reviens sur ce que j'ai dit. À partir du moment où des spécialistes ne nous transmettent pas de dossier gynécologique spécifique, on ne sait pas si elles (les

patientes) ont été prises en charge et c'est dommage, parce que là, on se réfère finalement au gynécologue. Et ça, ce n'est pas bien, il faut qu'on sache exactement si ces femmes sont suivies sur le plan gynécologique, ostéoporotique... On peut travailler plus en amont.

F3 : Il faut demander (aux patientes ce qu'elles ont reçu comme examen, traitement...).

F1 : Est-ce qu'une femme à partir de 60 ans va toujours chez son gynécologue ? Oui ? Non ? Je te pose la question parce que tu dis que c'est toujours les gynécologues qui prescrivent, mais souvent les femmes à partir d'un certain âge (à part le dépistage du cancer du sein), elles n'ont pas vraiment besoin d'un examen gynécologique systématique. Elles ont parfois besoin d'un examen complémentaire s'il y a suspicion de quelque chose et auquel cas c'est le généraliste qui se charge du suivi habituel de ces femmes-là.

H5 : Malheureusement, c'est 40% des patientes comme ça qui nous échappe.

Vous pensez qu'il y a quand même une grande proportion des patientes qui nous échappent, et vous le déplorez ?

H5 : Moi, personnellement non.

3. L'OSTEOPOROSE EST-ELLE INSUFFISAMMENT TRAITÉE ?

En 2008, on pense que l'ostéoporose est toujours insuffisamment traitée. Est-ce que partagez cette affirmation ?

H4 : Oui.

F2 : Oui.

H3 : Oui.

H2 : Oui.

H5 : Oui.

H6 : Oui.

4. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE

Alors comment pensez-vous améliorer les choses ?

H2 : La première chose serait que l'on puisse faire une ostéodensitométrie n'importe quand. C'est un examen qui ne coûte pas cher.

F3 : Et sans (nécessité de) critères.

F1 : Systématiquement, tout le monde en fait (déjà).

H7 : Est-ce qu'on pourrait ? Il faudrait que la première soit prise en charge.

Est-ce que vous seriez pour un dépistage systématique ?

H3 : On fait bien des mammographies tous les 2 ans...

H2 : Exactement .

Et chez l'homme alors ?

H2 : Chez l'homme, c'est nouveau ça. J'ai des patients qui ont de l'ostéoporose.

H3 : Même réponse.

F2 : Ça existe.

H4 : Moi, j'ai des patients qui en ont.

À quel moment feriez-vous une ostéodensitométrie chez l'homme, si vous la faites à la ménopause chez la femme ?

F3 : Après une fracture.

H2 : À l'andropause.

H3 : À l'andropause.

F2 : À l'andropause.

H2 : L'andropause n'existe pas. Aucun homme n'a jamais décrit l'andropause. Tous les articles que j'ai lus à ce sujet sont écrits par ces saloperies de bonnes femmes !

F1 : Moi, j'en ai un chez qui cela a été dépisté et il est parti au centre de l'ostéoporose.

Donc chez l'homme, c'est encore plus imprécis.

H5 : Chez l'homme comme chez la femme, on doit parler de facteurs de risque. Si mon ami H2 est hypogonadique, il me le dit et je lui dose sa testostérone et l'on verra.

On fait la densitométrie après le dosage de la testostérone alors ? Est-ce que vous pensez que cette affirmation (que l'ostéodensitométrie est insuffisamment traitée en 2008) est plus un message marketing, très clairement, ou alors un message d'experts ; en d'autres termes, est-ce que vous pensez que l'industrie pharmaceutique exerce une pression très importante sur les généralistes aujourd'hui ?

H7 : Un petit peu très importante !

H2 : Il y a des règles à respecter, ils ne peuvent aller au delà.

H5 : Il y a trop de marketing à ce sujet ; c'est despotique quand même.

F1 : Toutes les molécules sont représentées par les laboratoires qui viennent régulièrement nous voir, en tout cas moi, j'ai des visites très régulières.

Vous avez l'impression tout de même que cette pression de l'industrie fait que vous prescrivez beaucoup plus qu'avant. Il est vrai qu'il y avait beaucoup moins de traitements auparavant aussi. Mais si vous comparez votre activité de 2008 par rapport à celle de 1998 par exemple, et-ce que vous prescrivez plus maintenant ?

H2 : Évidemment ! On ne prescrivait pas en 1998 de traitement de l'ostéoporose.

H3 : On ne prescrivait pas en 1998 de traitement de l'ostéoporose.

F2 : On ne prescrivait pas en 1998 de traitement de l'ostéoporose.

F3 : On ne prescrivait pas en 1998 de traitement de l'ostéoporose.

H5 : On ne prescrivait pas des traitements spécifiques comme ça mais moi j'ai toujours prescrit de la vitamine D et de la calcithérapie. Toi aussi ?

F1 : Moi, je leur demandais de bouger aussi. Du calcium aussi, oui.

H5 : A partir de la ménopause, j'ai toujours associé les deux.

F1 : La perte de vitesse du traitement hormonal substitutif a peut-être mis aussi en valeur les autres traitements de l'ostéoporose.

H2 : Absolument, oui.

Est-ce qu'il y a aussi une pression de la part des patientes, est-ce qu'elles sont demandeuses d'un dépistage ?

H5 : Un peu plus.

H7 : Oui, mais on les informe que ce n'est pas forcément nécessaire.

H2 : Oui.

À combien de patients prescrivez vous un traitement de l'ostéoporose par semaine ?

F1 : Trois

F2 : Deux

H2 : Un

H3 : Quatre

F2 : Un

H4 : Un

F3 : Cinq

H5 : Un

H6: Un

H7: Un

Et en 1998, tout traitement confondu ?

H2 : Un par an

H7: Calcithérapie ?

H5 : Des traitements curatifs ? Il n'y en avait pas !

Est-ce que les complications qui ont été décrites vous effraient un peu ? Comme la nécrose des mâchoires, qui peut effrayer les chirurgiens dentistes ?

H2 : Il n'y en a pas beaucoup, il faut relativiser.

F2 : Non

F1 : Pour les soins dentaires, cela m'embête.

H5 : On se pose des questions. Plus que les nécroses, c'est plutôt le système digestif. C'est difficile pour une personne d'un certain âge de prendre régulièrement, à jeun, un tel traitement.

F3: Les effets indésirables digestifs oui.

C'est plus d'après vous des problèmes de tolérance digestive que des complications au niveau nécrose des mâchoires. Est-ce que vous en avez déjà rencontré ?

H1 : Non

H2: Non

H3: Non

F2: Non

F3: Une fois.

Est-ce que vous y pensez quand vous prescrivez ?

H5: Non, à partir du moment où les dentistes nous prennent des implants pour des nécroses...

H7: De toute façon, tu es obligé d'y penser.

F1: Il n'y a pas toujours besoin de soin dentaire.

Et les problèmes cutanés avec le ranélate de strontium ?

H2: C'est pareil.

F2: C'est quoi les problèmes cutanés avec le ranélate de strontium ?

H7: Il y a aussi des problèmes cardio-vasculaires.

H5: Moi ce qui me gêne le plus c'est que ces patients sont en général polymédiqués. Je suis désolé, mais il faudrait des produits mensuels uniques ou même annuels.

Quel est LE traitement phare ? Quand on vous dit ostéoporose, d'après vous quel est le traitement de l'ostéoporose ?

F1 : Calcium

H7: Ben oui, c'est indispensable ça.

H2: C'est indispensable.

H3: C'est indispensable.

H2: Je dis quand même biphosphonates.

Quel est celui qui vous semble incontournable ? Le plus important pour votre pratique et pour l'intérêt de vos patientes ?

H3 : Calcium

F2 : Calcium

H2 : Calcium et vitamine D

H6 : Calcium

H3 : augmenter l'apport alimentaire de calcium

H8 : calcium et vitamine D et biphosphonates

Quel résultat attendez-vous d'un traitement quel qu'il soit ? Quel bénéfice vous attendez ?

F3 : Moins de fractures

F1 : Que les patients ne fracturent pas

H5 : Nous on attend que lorsque les patients vieillissent, ils fassent non plus leur fracture du col du fémur à 75 ans mais à 95 ans comme ça ils dégagent plus vite. Parlons réalité économique : quelqu'un de 75 ans a encore une espérance de vie de 10 ans et suite à une fracture il faut ajouter un inconfort et toutes les complications qui vont suivre. Il est vrai qu'il vaut mieux donner un traitement à long terme et que la fracture, qui sera peut-être inévitable, survienne plutôt à 90 ans c'est tout. Ce cynisme, il en faut !

Il existe de nombreuses spécialités commercialisées, est ce que vous prescrivez un peu de tout ? Quels sont vos critères de choix ? La densitométrie, l'âge, le mode d'administration... ?

F3 : L'observance

F1 : Les examens complémentaires.

H20 : Il y a quand même certains produits qui ne sont pas très actifs.

Lesquels par exemple ?

H2 : Justement, je suis en train de chercher.

H3 : Le protélos ?

H2 : Non, non

F2 : le didronel ? Il n'existe plus..

H2 : Non, ...le raloxifène.

H7 : Il a des indications précises, dans les problèmes du sein notamment.

Si on met en balance les différents autres traitements, est-ce que vous avez des cibles privilégiées pour les autres classes thérapeutiques à part les biphosphonates ? Est-ce qu'il y a des critères de choix pour les autres traitements ?

H5 : Moi, j'aime bien le ranélate de strontium, je le dis carrément, même si ça fait pas plaisir (aux laboratoires), car je crois qu'il a moins d'effets indésirables digestifs, on n'a plus le problème de régularité, de problème secondaire digestif, et on fait boire un petit peu, c'est bien pour les personnes âgées. Il y a des gens qui ont des problèmes de malabsorption, de problèmes digestifs un peu particuliers. C'est bien quand même, je n'enlèverai pas ce traitement en tout cas. Je ne choisirai pas obligatoirement un traitement hebdomadaire, mais je garderai de côté ce produit-là.

Voilà pour les critères de tolérance, mais pour ce qui est de l'efficacité ?

H1 : On n'a pas de recul.

F1 : C'est difficile de parler efficacité. Moi j'ai du recul pour les biphosphonates. J'ai des patientes très âgées qui ont des biphosphonates depuis plus de dix ans, qui sont souvent tombées et qui ne se sont jamais rien cassé.

H3 : On a du recul avec les biphosphonates mais pas avec les autres traitements.

Ce qui importe le plus, c'est votre expérience ou alors les résultats des études scientifiques pour vous guider dans vos prescriptions ?

H3 : Non, pas les études scientifiques

H2 : les deux

F2 : les deux

F1 : les essais cliniques, c'est incontournable.

Entre une spécialité qui a une efficacité clinique sur le col fémoral et une autre qui n'en a pas, vous privilégiez celle qui a une preuve clinique ? Est ce que c'est un critère de choix ?

F2 : Oui

H2 : Oui, le Bonviva® n'en a pas.

H5 : Pour ceux qui disent qu'il y a une efficacité, j'aimerais savoir s'ils ont fait une densitométrie de contrôle 2 ou 3 ans après. Je te renvoie la balle. Est ce que c'est les biphosphonates que tu as mis depuis 10 ans qui ont fait que leurs os sont plus solides ou alors peut être sont-ils tombés sur leurs fesses ? Est-ce que franchement un autre traitement ne serait pas aussi efficace ?

F1 : Je te parlais d'un seul produit, d'une seule catégorie de produit. Je tiens bien à le signaler.

H7 : C'est son expérience personnelle.

Est-ce que le T-score a une influence sur le choix de la thérapeutique que vous utilisez ?

H2 : Non, pas forcément.

L'âge ?

H2 : Oui

H3 : Oui

F2 : Oui

5. MODALITÉS PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

Quand vous avez fait un choix et que la patiente fracture à nouveau, est-ce que cela remet en cause votre choix thérapeutique ? Est-ce que vous vous dites « je me suis trompé » ?

H5 : Pas spécialement, parce que si on ne connaît pas vraiment le capital osseux de départ ou alors si le T-score est très sévère, alors on ne peut pas conclure.

F3 : Moi je continue sauf s'il y en a trop avec le même produit ; alors j'essaie autre chose.

F1 : Je passe par le CHU par exemple. J'ai une patiente comme ça et elle a reçu une perfusion.

Donc une première facture ne modifie pas votre traitement. Il faut qu'il y en ait plusieurs ?

F1 : Je prendrai l'avis du spécialiste.

Quelle durée de traitement vous paraît idéale ?

H5: Minimum trois ans.

F1 : Je ne sais pas

H1 : Je ne sais pas

H2 : Je ne sais pas

H3 : Je ne sais pas

F3 : Alors tu commences à 60 ans et tu t'arrêtes à 63 ans ?

H5 : De toute façon, on doit faire une ostéodensitométrie de contrôle et puis comme tu dis pour les gens qui cassent souvent, on va avoir le réflexe : « est-ce qu'il n'y a pas quelque chose d'organique ? », c'est à dire une autre pathologie sous-jacente qui nous a échappé, comme une hyperthyroïdie par exemple ?

Pour quelqu'un qui fait des tassements vertébraux à répétition, est-ce qu'il y a un traitement qui vous vient à l'esprit ?

F3 : Elle ne prend peut-être pas son traitement !

Est-ce que vous mettez un traitement au-dessus des autres ?

H5 : Moi je les mets dans un fauteuil coquille avec des sangles !

H2 : Le Protelos® est mieux supporté.

On reste aussi fidèles aux biphosphonates.

Vous ne me contredirez pas quand je vous dis que la prise en charge est complexe. Quand est-ce que vous pensez qu'il faut avoir recours au spécialiste ? Est-ce que c'est au stade initial, quand vous ne savez pas trop ? Ou est-ce que vous pensez que dans la grande majorité des cas c'est au médecin généraliste de prendre en charge le patient seul ? Est-ce qu'il y a vraiment une place pour le spécialiste ? Je ne pense pas au gynécologue. Est-ce qu'il y a encore une place pour un expert précoce ?

H5 : Quand il y a un échec. Justement, nous agissons en préventif, au même titre que pour les maladies cardio-vasculaires. C'est à nous de prendre en charge les patientes, en collaboration avec d'autres spécialistes, gynécologues.

F1 : Les rhumatologues.

F2 : Les rhumatologues.

6. CONNAISSANCE ET PERCEPTION DE L'UTILITÉ D'UNE FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Est-ce que vous avez entendu parler de la filière QOL ?

F3 : Moi, par une de mes patientes.

H2 : C'est sûr, elle en fait 5 par jour (des patientes âgées ostéoporotiques) !

Intervention du Pr Weryha pour expliquer le fonctionnement et le service de la filière QOL pour les médecins traitants et les patients.

La filière QOL (Qualité de l'Os en Lorraine) a été mise en place au service d'endocrinologie. D'abord, on fait un recensement des patients fracturés au service d'accueil des urgences de l'hôpital central, on va le faire avec la clinique de traumatologie et on le fait maintenant avec les urgences de l'hôpital Saint Charles de Toul. On propose également aux médecins traitants et à vos patients de faire des bilans intégrés complets et maintenant une mission globale de prévention. De plus en plus nous travaillons avec le Professeur Bénétos sur le plan vasculaire dans des tranches d'âge plus âgées, afin d'étudier l'ensemble de l'élasticité des tissus.

Sur le plan osseux, on travaille en hôpital de jour : on fait une ostéodensitométrie, une VFA (vertebral fracture assessment) qui est une densitométrie de profil, qui permet de mesurer de manière automatique les hauteurs vertébrales, de connaître l'importance de la fracture et de savoir quels sont les traitements et de les suivre dans le temps. Les patients ont aussi un bilan biologique, une enquête nutritionnelle (calcium, protéines) et une origine secondaire de l'ostéoporose est recherchée (métastases, myélome, autres...). De plus en plus, nous faisons un scanner, de manière à avoir une image sagittale, de savoir le nombre exact de fractures et leur importance et d'avoir une image de la structure osseuse. Nous avons mis en place une étude encore expérimentale pour apprécier la structure osseuse avec l'IRM qui permet des résolutions allant jusqu'à quelques microns.

A partir de là, on propose une thérapeutique, en fonction du nombre de facteurs de risque, des types de fracture. Elle peut aller de la simple vitamine D (qui doit être quasiment systématique) à des traitements comme les biphosphonates. Il y a un traitement intéressant que l'on a essayé de vous faire dire qui est le Forstéo, qui est un bon traitement modulateur.

F3 : On y a pensé mais il a des indications limitées aux vertèbres !

H5 : Mais ça ne nous intéresse pas tellement les traitements injectables, tous les jours comme ça...

Pr Weryha : Le problème, si tu veux, c'est qu'il est le seul traitement qui fasse gagner de l'os. En fait, il ne faut pas oublier que les biphosphonates, c'est quelque chose qui améliore la minéralisation, qui empêche la perte osseuse, mais le gain de masse osseuse est surtout un

gain de minéralisation. Le Forstéo, c'est du gain d'os mais très transitoire. C'est-à-dire que si on fait le traitement par Forstéo, c'est 18 mois de traitement, et que le gain d'os disparaît à l'arrêt du traitement. Il faut donc alors un traitement anti-résorptif, pour minéraliser l'os formé. Cela coûte 400 euros par mois. Il est très intéressant dans les ostéoporoses graves, particulièrement au niveau vertébral. On a de bons résultats, et c'est un traitement haut de gamme.

Bientôt on aura les anti-Ranc, qui se feront en sous-cutané et tous les 6 mois, qui sont encore en phase 3 mais potentiellement intéressants. D'autres produits arrivent pour la régulation osseuse.

La filière QOL est donc à votre disposition et à celle de vos patients pour essayer de faire avancer les choses. Il y a encore une chose dont on n'a pas parlé, c'est la vertébro-plastie et la kyphoplastie. C'est une injection de ciment pour redresser la colonne, pour les patientes qui n'arrivaient pas à se retourner dans leur lit et qui le lendemain lacent leurs lacets. Il y a donc une bonne efficacité antalgique. On en fait régulièrement, 3 à 4 par mois. Ils ont leur bilan chez nous puis chez le Pr Blum. Ils restent en ATOL 3 à 4 jours, car c'est quand même un geste invasif. On met deux aiguilles dans les pédicules vertébraux. Au bout des aiguilles, il y a des ballons, qui sont gonflés et qui créent un vide. Ce vide est comblé de ciment. L'avantage est que c'est un geste à basse pression et donc qu'il y a moins de risques de fuites. La vertébroplastie fonctionne bien, mais il faut pousser plus fort et soit on n'y arrive pas, soit on risque une fuite, avec accident vasculaire et embolie, même si ce sont des embolies qui ne vont jamais très loin.

Est ce que la filière QOL vous rend des services ?

F3 : Au bout de combien de temps obtient-on un rendez-vous ?

F1 : C'est rapide.

H2 : Moi j'en ai plusieurs (des patients qui ont été pris en charge par la filière QOL).

F1 : Tout simplement, les patients appellent au secrétariat et ils ont un rendez-vous.

H3 : Oui, cela rend des services.

H2 : Oui.

F1 : Oui.

H7: Oui.

Quel type de patient envoyez-vous à la filière QOL ?

H7 : Ceux qui ont eu des fractures.

H2 : Pas forcément.

H3 : Pas forcément.

F2 : Pas forcément.

Quels sont les avantages de la filière ?

H5 : C'est une prise en charge globale.

F1 : Le fait que le bilan se fasse sur une journée, c'est intéressant.

Le fait d'être pluridisciplinaire constitue-t'il un plus pour votre pratique ?

H2 : Oui

H3 : Oui

F2 : Oui

Quels en sont ses inconvénients ?

H2 : Il faut qu'il y ait une lettre de retour.

F1 : On a un compte-rendu.

Donc vous ne connaissiez pas, mais vous vous en serviez ! Quels sont les points faibles ?

F3 : Le courrier peut être assez long. Une fois j'ai dû demander un courrier au bout de huit mois !

Quelle est la durée optimale de retour de courrier selon vous ?

F1 : 15 jours à 3 semaines.

H2 : 15 jours à 3 semaines.

H3 : 15 jours à 3 semaines.

F2 : 15 jours à 3 semaines.

F3 : 15 jours à 3 semaines.

FOCUS GROUP MEDECINS ENSEIGNANTS 03 mars 2009

PRESENTATION DES PARTICIPANTS

H9 : je suis en association depuis 1972, j'ai 63 ans (cabinet groupe)
Reçoit les laboratoires pharmaceutiques.

H10 : j'ai 48 ans, j'exerce seul en milieu urbain (9700 habitants) et semi rural, et je suis
médecin coordonnateur d'une EPHAD
Reçoit les laboratoires pharmaceutiques.

F4 : j'ai 56 ans, j'exerce en cabinet de groupe en milieu urbain (2500 habitants)
Ne reçoit pas les laboratoires pharmaceutiques.

H11 : j'ai 53 ans, installé depuis 1984. J'exerce seul, avec une petite activité d'homéopathe
d'environ 15%, milieu urbain
Reçoit les laboratoires pharmaceutiques.

H12 : j'ai un exercice urbain et j'ai 55 ans, et j'exerce seul.
Ne reçoit pas les laboratoires pharmaceutiques.

1. INTRODUCTION DU SUJET

2. INDICATION ET PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DE DENSITOMETRIE OSSEUSE

Connaissez vous les critères de remboursement de la densitométrie osseuse et en tenez-vous compte lorsque vous la prescrivez ?

F4 : Moi je ne prescris pas lorsque cela n'est pas remboursé car ma patientèle est peu aisée, et il faut vraiment que je tire un bénéfice essentiel d'un examen de ce coût là pour que je le prescrive. J'ai l'impression d'avoir bien mémorisé les critères et quand j'ai des doutes, j'ai un petit mémo.

Est-ce que tu transgresses parfois les indications quand cela te semble utile ?

F4 : Non

H9 : Moi aussi, j'ai l'impression de bien connaître les critères, mais cela reste à vérifier. Moi aussi, je suis sensible au remboursement. Je n'ai pas souvenir, en tout cas récemment, d'avoir prescrit une DMO non remboursée, cependant j'en vois beaucoup qui ont été faites sans ma prescription.

H12 : je ne connais pas par cœur les critères de remboursement de densitométrie osseuse, je vérifie quand je la prescris.

H11 : personnellement je prescris beaucoup de densitométries osseuses, de radiographies. Je vois beaucoup de patientes qui en ont prescrites par les gynécologues, beaucoup qui viennent de la filière QOL. Les critères, je ne les ai pas appris; mais je les regardais beaucoup en 2006

au début, maintenant je ne les regarde plus, et probablement que ma mémoire me fais défaut. Ce qui est clair, c'est que le fait qu'elle soit remboursée a permis d'en prescrire beaucoup plus. Avant je n'en prescrivais pratiquement jamais.

H10 : Je ne pourrais pas donner exactement les critères de remboursement, j'en prescris plus depuis qu'il y a ce remboursement possible. Il y a certaines patientes qui sont elles aussi demandeuses de densitométrie osseuse pour faire un état de lieux, alors qu'on ne se pose même pas la question. Quand c'est un peu douteux, j'envoie au CHU.

Est ce qu'il vous semble bien que le radiologue décide du remboursement de la densitométrie osseuse?

H9 : non cela ne me dérange pas.

H10 : non cela ne me dérange pas.

H 3 : non cela ne me dérange pas.

Est ce que vous êtes confrontés à un grand nombre de patientes qui se sont fait prescrire une DMO par un gynécologue, ou autre, de façon systématique ?

H9 : oui

H11 : oui

Est-ce que ça vous choque, est-ce que ça vous heurte ?

F4 : Quand c'est prescrit n'importe comment cela me heurte toujours. Je fais beaucoup de suivi gynécologique et donc j'ai peu de patientes suivies par un gynécologue extérieur.

H10 : Moi aussi je fais du suivi gynécologique, cela me heurte, d'autant plus quand je n'ai pas les résultats de la DMO. C'est-à-dire que j'apprends par la patiente que la DMO a été faite et que moi en tant que médecin traitant je ne suis pas destinataire au moins d'une copie des résultats.

H11 : Moi cela me heurte quelquefois, pas forcément que ce soit prescrit mais quand c'est redemandé au bout d'un an, comme c'est souvent le cas, et cela me paraît être des gens incompetents qui prescrivent cela tous les ans.

Est ce que le concept de faire une DMO systématique à la ménopause vous gêne? Si cela était pris en charge, est-ce que vous seriez amenés à la prescrire de façon systématique comme le font certains gynécologues ?

F4 : Non, car la prévention de l'ostéoporose repose beaucoup sur l'alimentation suffisamment riche en calcium et l'exercice physique. On la ferait chez les femmes suffisamment à risque d'ostéoporose et non pas de façon systématique à la ménopause.

H11 : Chez les femmes avec un faible poids, des risques d'ostéoporose, cela se justifierai.

H10 : Moi ce que j'ai constaté, c'est que la dérive de prescription des gynécologues se situe au moment de la polémique sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause, qui étaient prescrits de façon très systématique. Tout d'un coup, ils n'avaient plus cette possibilité et ils se sont tournés vers la DMO.

3. L'OSTÉOPOROSE EST-ELLE INSUFFISAMMENT TRAITÉE ?

Pensez-vous que l'ostéoporose est actuellement insuffisamment traitée ?

F4 : Moi, je pense que les laboratoires exercent une pression sur les médecins pour les inciter à prescrire.

H11 : On saura si l'ostéoporose est insuffisamment traitée en 2009 quand on sera en 2029.

H9 : Absolument.

H11 : On en traite de plus en plus jeunes, choses que l'on ne faisait pas avant. On traitait l'ostéoporose quand il y avait des fractures.

H10 : Vu le nombre de patients chez qui j'ai retrouvé des tassements vertébraux, je pense que j'ai insuffisamment traité des ostéoporoses, mais j'y suis peut-être plus sensible maintenant, il y a probablement un impact des firmes pharmaceutiques derrière.

H12 : Je n'en sais strictement rien, je n'ai pas assez d'élément pour juger ; je ne sais pas si l'ostéoporose est insuffisamment traitée.

H9 : C'est très difficile d'apprécier cela, mais cependant on ressent une énorme pression des industries pharmaceutiques, qui est toujours un peu suspecte.

4. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

Entre 1990 et aujourd'hui, comment a évolué votre pratique de l'ostéoporose ? Votre activité s'est-elle amplifiée ?

H11 : Ma prescription a beaucoup augmenté: au départ je prescrivais des dosages de vitamine D, et j'ai très vite arrêté car les 9/10èmes des patients étaient déficitaires. Donc quasiment tous mes patients de plus de 50 ans ont une à deux ampoules de vitamine D par an, et je me demande si je ne vais pas descendre à l'âge de 40 ans comme limite. Cette augmentation, je ne l'ai pas forcément constatée pour les autres classes thérapeutiques.

Vous dosez la vitamine D à vos patients ?

F4 : non mais cela m'intéresse plus que l'ostéoporose, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus de carences.

H9 : Pas toujours, mais je prescris beaucoup de vitamine D.

Donc il vous semble que vous êtes beaucoup plus préoccupés par l'ostéoporose qu'il y a 20 ans ?

H9 : On ne s'en occupait pas beaucoup, on ne s'en occupait que quand ils avaient fracturé.

H11 : On s'en occupait quand les gens avaient mal, quand c'était trop tard.

Pourquoi vous en préoccupez-vous plus maintenant ?

H10 : grâce à toutes les études qui nous ont sensibilisés. Quand vous avez lancé des enquêtes d'inclusion, ce qui rend plus attentif aux facteurs de risque (en s'adressant au Pr Weryha).

H11 : Suite à plusieurs facteurs : le CHU par le biais des études sur l'ostéoporose, les remboursements des DMO et des traitements, l'industrie pharmaceutique, les revues médicales...

Est ce que la baisse de prescription des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause est un facteur de surexposition à l'ostéoporose et de regain d'intérêt des médecins généralistes?

H9 : certainement.

F4 : Il y a effectivement eu une bascule médiatique, qui a poussé à moins prescrire de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause mais plus de biphosphonates : la question est un peu faussée, mais ce n'est pas le seul facteur. Moi, je n'ai pas l'impression de m'en préoccuper plus mais avec d'autres moyens.

H12 : Quand on a commencé à faire du traitement hormonal substitutif de la ménopause, l'indication ostéoporose était une de nos motivations pour en prescrire.

Quel traitement médical vous semble le plus efficace ?

F4 : Cela dépend de la situation clinique. Dans l'ostéoporose fracturaire, je prescrirai des biphosphonates et l'association calcium-vitamine D ; un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) quand il n'y a pas de contre indication et que c'est précoce. Tout dépend du contexte clinique.

H11 : Je ne fais plus de THS, sauf pour raison de confort. Chez la femme jeune, je prescrirai des SERM plus facilement, et chez la femme plus âgée je mettrai des biphosphonates sans oublier Calcium-vitamine D. Il y a des gens qui ne font que du Calcium-vitamine D. Personnellement je donne beaucoup plus de biphosphonates que les autres classes thérapeutiques car c'est plus simple.

H10 : Pareil pour moi, je donne principalement des biphosphonates et puis systématiquement calcium vitamine D.

H12 : Je prescris des biphosphonates sur critère densitométrique.

Entre calcium et vitamine D, lequel mettez vous en priorité ?

H11 : je les mets toujours ensemble.

H10 : toujours ensemble et le plus important est la vitamine D.

F4 : le plus important est la vitamine D.

H9 : la vitamine D est incontournable.

Quel critère va guider votre choix ?

F4 : l'AMM (autorisation de mise sur le marché) de chaque produit.

H11 : les SERM n'ont pas d'indication dans la fracture du col du fémur. Je ne les prescris pas sans DMO. Par contre je prescris des biphosphonates sans DMO.

H9 : je suis limité par le risque thrombogène des SERM.

F4 : les bouffées de chaleur en plus de la ménopause aussi, cela les rend difficiles à manier.

H11 : chez une femme qui a une activité sexuelle régulière, les SERM sont intéressants.

Les problèmes d'ostéonécrose vous inquiètent?

F4 : cela entre dans la balance bénéfice-risque.

H11 : en oncologie probablement, autrement je ne suis pas sur. Je n'en ai jamais rencontré.

F4 : j'en ai rencontré en oncologie ; c'est un risque qui semble prendre de l'importance au niveau statistique depuis qu'on commence à en parler.

H11 : on en prescrit plus, donc on en rencontre plus aussi.

Tenez-vous compte des études concernant l'activité sur le col fémoral ou le rachis, est-ce que cela guide votre choix ?

H9 : oui

H11 : oui

H12 : non

Et la valeur du T-score ?

H11, H9, F4 : pour l'indication du traitement, oui.

H11, H10, F4 : pour le choix du traitement, non.

Et l'âge ?

F4 : je n'en ai pas beaucoup, alors je ne peux pas dire.

H10 : moi j'ai une patiente âgée que j'ai mis sous SERM (qui est plutôt utilisé chez la femme jeune), mais en général non.

5. MODALITÉS PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

En cas de fracture sous traitement, quelle est votre attitude ?

F4 : cela dépend s'il y a une discordance entre le délai de survenue de la fracture et le moment de mise en place d'un traitement.

H9 H10 H12 et H11 : je demande un avis spécialisé.

H11 : bien entendu, si survenue après 18 mois de traitement au moins.

H11 : il y a aussi le problème des biphosphonates injectables, car on ne sait pas quand faire le rappel, il y a des risques d'oublis. Le Protelos®, je le prescris aux patients intolérants aux SERM et avec une bonne observance.

Il y a aussi les biphosphonates injectables par trimestre.

H10 : il y a aussi l'intolérance à la forme injectable annuelle de biphosphonate, qui peut provoquer un refus de poursuite du traitement par les patients.

Quelle est la durée optimale de traitement?

F4 : moins de 5 ans, sauf critère densitométrique de persistance d'une ostéoporose.

H9 : moi j'aurai tendance à ne pas arrêter.

H10 : moi pareil.

H11 : moi je n'arrête pas.

La prise en charge vous paraît-elle complexe ?

H11 : oui, depuis que l'industrie pharmaceutique nous inonde d'informations, c'est devenu complexe.

H12 : cela ne paraît pas suffisamment codifié.

H9 : oui.

F4 : le problème, c'est que c'est un traitement de prévention à long terme, et que l'évaluation des traitements est difficile du fait des multiples facteurs qui interviennent. Je pense que le manque de codification vient un peu de tout ça : les produits sont récents, les conditions de vie ont changé, les critères d'indication sont sujets à plein de cautions et en ce sens là, c'est complexe. Si on se réfère aux études et aux revues de type « Prescrire », les indications sont peu nombreuses et très restreintes.

H11 : les recommandations chez la femme datent de quelques années alors que chez l'homme, cela manque de codification.

H10 : j'aimerais bien un arbre décisionnel simple et synthétique; car en fait on est saturés par les données des articles qui nous apportent plein de données nouvelles, et on ferme les écouteilles, on sature.

Faites vous appel à un spécialiste ?

H11 : spécialiste en ostéoporose, au CHU.

H9 : spécialiste.

H12 : ces derniers temps, c'est ce que je fais.

F4 : je ne fais pas appel au spécialiste.

H9 : le spécialiste ne nous fait pas sortir de la complexité.

6. CONNAISSANCE ET PERCEPTION DE L'UTILITÉ D'UNE FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Connaissez vous la filière QOL ? Qualité de l'Os en Lorraine ?

H9 H10 H12 H11 : oui.

F4 : non.

H12 : j'ai des patientes qui ont été orientées vers la filière par le service des urgences après une fracture, à mon avis pas toujours de manière pertinente.

Intervention du Pr Weryha pour expliquer le fonctionnement et le service de la filière QOL pour les médecins traitants et les patients.

Cela vous semble intéressant ?

H11 : en général ils sortent avec le traitement « Aclasta® »; sont-ils reconvoqués à un an, alors que nous ne l'avons pas prescrit ?

Pr weryha : vous êtes prévenus par courrier.

Que pensez-vous de la parathormone ?

F4 : C'est un traitement coûteux et qui a peu d'indications et qui n'est pas du ressort du généraliste.

FOCUS GROUP JEUNES MEDECINS 10 MARS 2009

PRESENTATION DES PARTICIPANTS

H13 : homme de 30 ans, je remplace depuis 2 ans et demi, je suis entré en 3ème cycle de médecine générale en 2003.

H14 : homme 29 ans, je remplace depuis 1 an et de façon régulière depuis 5 mois, je suis entré en 3ème cycle en 2005.

H15 : homme 31 ans, je suis entré en 3ème cycle en 2005, je remplace depuis 3 ans et demi en milieu urbain, semi rural et rural.

F5 : femme 27 ans, je suis entrée en 3ème cycle en 2005 et terminé le 3ème cycle par un stage en SASPAS. Je remplace depuis 4 mois en milieu urbain et semi rural.

H16 : homme 30 ans, je remplace depuis 2005, à temps plein depuis 2 ans, je suis entré en 3ème cycle en 2003 et j'exerce en rural et semi rural.

H17 : homme 29 ans, je suis entré en troisième cycle en 2005, j'ai remplacé pendant 1 an et demi et depuis 5 mois j'exerce en collaboration libérale dans 2 cabinets dans les Vosges la moitié du temps et l'autre moitié du temps je suis assistant à la faculté de médecine.

F6 : femme 30 ans , je remplace depuis 1 an et demi, et je suis entrée en troisième cycle en 2004.

1. INTRODUCTION DU SUJET

2. INDICATION ET PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DE DENSITOMETRIE OSSEUSE

Avez-vous connaissance des critères pour la prescription et le remboursement de la densitométrie osseuse ? Et faites vous confiance au radiologue pour l'indication du remboursement ?

H13 : oui je pense les connaître et avant d'envoyer une patiente en DMO, je vérifie la présence de ces critères de remboursement.

H14 : je ne les connais pas parfaitement, mais je me suis fait une fiche pour savoir si la patiente entre dans les critères de remboursement.

H15 : moi c'est pareil, je me suis fait une fiche parce que il y en a toujours un ou deux que j'oublie.

F5 : moi je pense les connaître, et j'essaie d'en tenir compte, et si la patiente en désire hors conditions de remboursement, j'explique que ce ne sera pas remboursé.

H16 : je ne les connais pas du tout, et comme pour tout ce que je ne connais pas je fais une recherche sur internet, sur google, pour trouver les recommandations.

H17 : je pense les connaître et j'ai des outils informatiques si besoin.

F6 : je fais confiance au radiologue

H13 : j'en prescrit très rarement, personnellement.

Pourquoi en prescrivez vous peu ?

F5 : on n'y pense pas. On y pense s'il y a une circonstance particulière, comme une fracture. Mais en tant que remplaçant, les gens viennent nous voir pour une raison précise ; mais si c'est du dépistage, on n'y pense pas car on ne connaît pas le dossier parfaitement, et on n'a pas le temps de tout voir, comme on découvre complètement le dossier.

Et pour les remplacements réguliers ?

H17 : je n'en propose pas en prévention primaire.

C'est au second plan pour vous ?

H16 : le remplaçant n'a qu'une vision partielle du dossier, il n'est là que pour une fenêtre temporelle, et on n'est pas tous amenés à faire des remplacements fixes dans le même cabinet.

H15 : cela dépend aussi du médecin que l'on remplace, car j'en ai remplacé un dans un endroit particulier qui faisait des DMO à tout le monde, et dont la patientèle est aisée.

Est ce que cela vous semblerait logique de faire une DMO à tous vos patients en imaginant que vous soyez installés ?

H17 : moi, je le demanderai pas sauf en cas de fracture ou de signe d'appel, je ne ferai pas une DMO en dépistage de masse et si elle me montre une ostéoporose, je ne saurai pas vraiment quoi en faire.

H13 : si on nous apporte la preuve scientifique qu'un dépistage de masse systématique de l'ostéoporose par DMO est justifié, alors pourquoi pas oui en faire de façon systématique .

F6 : je pense qu'un dépistage de masse est excessif.

C'est un petit peu le cas avec les gynécologues.

F5 : oui c'est souvent le cas. Le généraliste n'est pas souvent le prescripteur et souvent le patient arrive avec un résultat et ce n'est pas non plus le généraliste qui initie le traitement.

Est ce que vous êtes souvent confrontés à des patients qui vous demandent une DMO non justifiée ?

H13 : non

H14 : non

H15 H16 H17 F5 : non

Que pensez vous de la prescription quasi systématique de certains gynécologues ?

H13 : c'est comme le débat des urologues pour le dosage des PSA !

F5 : on se demande si depuis qu'il y a moins de THS prescrit, ils n'ont pas essayé de reprendre leur place en prescrivant des DMO.

H16 : je n'ai pas d'avis sur le sujet car je ne connais pas bien le sujet. Si cela ne présente pas d'intérêt, on peut alors suspecter des attitudes suspicieuses de la part de certains spécialistes.

H17 : moi je m'étais un peu penché sur la question et cela me gêne dans le sens que si on recherche une ostéoporose avec une arrière pensée d'ostéoporose, alors que faire du résultat de DMO ? Si de toute façon, on pense que l'on va traiter, quel est l'intérêt d'une DMO? On est un peu perdu quand on regarde toutes les données que l'on a. Personnellement je prescris beaucoup de vitamine D à rythme de une ampoule tous les 6 mois.

3. L'OSTÉOPOROSE EST-ELLE INSUFFISAMMENT TRAITÉE ?

Concernant la prise en charge de l'ostéoporose, est-ce que vous partagez l'affirmation qu'elle est insuffisamment traitée ?

F6 : oui, et insuffisamment diagnostiquée.

H13 : elle est insuffisamment dépistée donc elle est insuffisamment traitée par définition.

H16 : chez la plupart des patientes d'un très grand âge que je vois, la question de l'ostéoporose n'a pas été soulevée dans le dossier.

H15 : en maison de retraite de type moyen séjour où je remplace, je constate qu'il y a de nombreuses patientes qui sont hospitalisées pour fracture du col du fémur et les dossiers sont assez incomplets, et que se soit de la part du chirurgien ou du médecin du service hospitalier lors du séjour, la question de l'ostéoporose n'a pas été soulevée.

Vous pensez donc que le dépistage est insuffisamment réalisé ?

H14 : De façon globale peut être mais cela dépend des médecins. Chez certains que je remplace, la question du dépistage est faite de façon systématique, comme chez les gynécologues. Beaucoup de patientes sont passées par le dépistage densitométrique, cela ne représente pas toujours un intérêt.

Recevez vous les laboratoires pharmaceutiques ?

H13 : oui

H14 : oui

H15 : oui, je fais comme le médecin que je remplace

F5 : oui par politesse

H16 : j'honore les rendez vous déjà pris avant mon arrivée, mais par la suite, je n'en prends pas, et ceux qui viennent entre 2 patients je ne les accepte pas.

H17 : je ne les reçois pas

F6 : oui

Quand vous serez installés est ce que vous les recevrez ?

H13 : je ne sais pas.

H14 : sur rendez-vous.

F6 : oui

H15 : sur rendez-vous

F5 : je n'espère pas

H16 : non

H17 non

Il y a une vraie pression des laboratoires pharmaceutiques (nouvelles indications, galéniques...) est ce que cela vous incite à prescrire plus ces traitements et expose des patients qui n'auraient pas forcément besoin d'être traités ?

F6 : c'est le médecin prescripteur qui a le dernier mot.

H16 : oui très clairement, sinon ils ne mettraient pas autant d'argent dans la visite médicale. Je pense qu'il y a une sur-prescription et qu'il y a des patientes qui sont traitées sans indications et cela leur porte préjudice.

H14 : je ne pense pas, cela m'aide à connaître les différentes galéniques qui existent et cela me semble intéressant. Dans la mesure où je me sers des recommandations pour prescrire, je ne vois pas ce que cela change si j'ai vu des visiteurs médicaux ou pas.

H17 : la prescription d'un médicament quand il n'y a plus de visite médicale baisse de 80 % la première année, donc je pense que cela a un impact.

H15 : cela a certainement une influence mais quand je reçois un visiteur médical, je réussis à peu près à oublier quelle molécule il m'a présenté.

F5 : je n'ai pas encore suffisamment de recul, mais je pense que cela a une grosse influence

On est face à un paradoxe : vous dites qu'il y a beaucoup de femmes traitées à tort et que l'ostéoporose est insuffisamment traitée.

H13 : je pense que si l'indication n'y est pas, le médecin ne va pas prescrire à tort, mais par contre il va se souvenir du médicament présenté lors d'une visite médicale. J'espère que cela ne va pas l'inciter à prescrire à tort.

4. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

Ces dernières semaines, avez vous régulièrement prescrit des traitements anti-ostéoporotiques ?

H16 : oui, même un médicament que je ne connaissais pas, le « forsteo » en renouvellement, mais instauré non.

H13 : renouvelé oui, instauré 2 fois depuis le début de mes remplacements, parce que la patiente venait avec les résultats de sa DMO.

H14 : pas si souvent que ça.

Etes-vous sensibles aux effets secondaires des traitements anti-ostéoporotiques ?

F6 : oui

H16 : je suis abonné à « Prescrire », et les ulcères buccaux, les ostéonécroses de mâchoire me freinent.

F5 : oui les ostéonécroses de mâchoire. Et les troubles digestifs. Cela nous préoccupe, et lors d'un renouvellement, l'occasion est prise de réexpliquer le mode de prise pour qu'il n'y ait pas de toxicité.

H15 : c'est l'argument majeur de l'« Aclasta® », sur le plan digestif.

Est ce que vous avez l'impression qu'entre le moment ou vous êtes entrés en 3ème cycle et maintenant, il y ait une différence en terme de diffusion de l'information et de connaissance de l'ostéoporose ?

H17 : j'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus d'incertitude qu'au départ.

H15 : je suis assez d'accord.

H16 : les biphosphonates sont sortis quand on était externes, et étaient présentés comme la molécule miracle pour traiter les personnes âgées. On se rend compte maintenant que la balance bénéfice-risque n'est plus évidente.

F5 : je pense qu'il y a eu un phénomène d'emballement et que maintenant on se rend compte que les biphosphonates ne sont pas la panacée.

Pensez vous que l'on parle plus des traitements depuis que le THS est tombé en disgrâce ?

F5 : oui c'est mon avis comme je le disais tout à l'heure

H15: non

H14 : non

H13 : non, car les personnes âgées par exemple de 75 ans ne sont pas à traiter par THS.

F5 : c'est ce que l'on dit maintenant car les recommandations ont changé et que cela laisse la place à d'autres choses.

Et cela vous semble logique ? Ou vous pensez que c'est une brèche et que l'industrie s'est jetée dedans ?

F5 : cela paraît logique

Quel est votre traitement phare de l'ostéoporose ?

H16 : la supplémentation vitamino-calcique, selon les apports calciques de la patiente.

H17 : en prévention je prescris la supplémentation vitamino-calcique et en curatif des biphosphonates.

H13 : il faut déjà corriger les carences avant de traiter donc la supplémentation vitamino-calcique est primordiale.

H14 : calcium vitamine D même s'il y a un traitement par biphosphonate.

H15 : calcium vitamine D en systématique et après j'ai toujours une hésitation entre les différents biphosphonates et les différentes galéniques et entre les différentes classes thérapeutiques autres. Et après cela dépend de la patiente aussi.

H17 : cela dépend de la patiente et du fait qu'il s'agisse ou non d'une ostéoporose uniquement densitométrique ou s'il y a une fracture ; dans ce dernier cas je mets un biphosphonate.

H14 : si il y a des facteurs de risque sans fracture, tu ne mets pas de biphosphonates ?

H17 : non

F5 : j'associe supplémentation vitamino-calcique et biphosphonate au même niveau en terme d'efficacité.

H16 : moi je place en premier lieu la supplémentation vitamino-calcique.

H17 : pareil

F6 : si c'est une ostéoporose avérée, je traite par supplémentation vitamino calcique et biphosphonate.

H13 : j'ai toujours eu beaucoup de mal dans la stratification de l'ostéoporose. La supplémentation vitamino calcique est primordiale. Pour ce qui est du traitement, cela dépend de l'âge de la patiente.

F6 : si c'est une femme très âgée et qui a une ostéoporose terrible, quel est l'intérêt de mettre des biphosphonates ? est ce que cela change réellement quelque chose ?

Avez-vous des critères de choix entre les différents traitements ?

H13 : l'âge.

Avez vous votre arbre décisionnel personnel ?

H13 : s'il y a une ostéoporose à traiter : entre 50 et 65 ans je vais traiter par SERM
Entre 65 et 80 ans par un biphosphonate et chez les plus de 80 ans je prescris le Protelos®.
Voilà sur le plan schématique, mais j'en prescris très rarement.
J'en ai initié 2 fois en 2 ans et demi et à chaque fois c'étaient des biphosphonates.

H17 : moi je n'ai pas d'avis trop tranché car je n'en prescris pas beaucoup, j'aurais tendance à prescrire plutôt des biphosphonates.

H16 : supplémentation vitamino-calcique et biphosphonates. Le ranélate de strontium (Protelos®) et les autres classes ne montrent pas une balance bénéfico-risque supérieure aux biphosphonates donc ils représentent une alternative aux biphosphonates en cas de contre-indication. Ensuite cela me dépasse et je demande l'avis du spécialiste.

Tenez vous compte des indications des traitements au sein d'une même classe et des résultats des études ?

H13 : les études sont essentiellement celles présentées par les laboratoires pharmaceutiques.

H17 : en ce qui concerne les études, au-delà de 70 ans c'est la supplémentation vitamino-calcique, mais pour le reste je ne suis pas convaincu du résultat des études, en l'absence de fracture.

F6 : je n'en tiens pas compte.

H13 : avant 65 ans pas de SERM car ils n'ont pas démontré d'efficacité sur la hanche et à 70 ans je cherche l'efficacité sur la hanche.

Est ce que le T-score influence votre pratique ?

H16 : je ne m'estime pas compétent

H13 : non

H14 : cela dépend de la localisation du T-score, si c'est fémoral ou rachidien. Mais je ne me sens pas suffisamment compétent.

5. MODALITÉS PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

Si vous avez opté pour un choix thérapeutique, et si 3 ans plus tard une fracture survient, quelle est votre attitude ?

H16 : si cela m'arrivait je ferai des recherches sur l'adéquation entre le cas clinique et le choix thérapeutique et si le choix a été juste, je poursuivrais le même traitement.

F5 : on peut peut-être changer pour un biphosphonate de même classe thérapeutique dans un cas comme celui-là, il me semble que cela peut être indiqué.

H13 : j'aurais tendance à demander un avis spécialisé, mais le risque existe toujours même s'il est diminué, on peut aussi refaire une DMO.

H14 : il faut au moins 4 ans de traitement pour avoir une efficacité des biphosphonates, donc une fracture à 3 ans ne me ferait pas changer de traitement.

Combien de temps garderiez-vous le même traitement ?

H13 : 4 à 5 ans

H17 : si c'est suite à une DMO, je dirai 5 ans.

H15 : 5 ans

F5 : 5 ans

H16 : il paraît qu'au bout d'un certain temps ce n'est pas la peine de continuer...

H14 : je ferai même encore plus longtemps si la DMO n'est pas encore suffisante.

Est ce qu'il y a un traitement au dessus des autres, dont l'efficacité est supérieure aux autres ?

H17 : vitamino-calcique.

H16 : vitamino-calcique et l'importance de la prévention des chutes, je regarde l'habitat en visite et je demande au kinésithérapeute de voir l'habitat si je ne peux pas le faire.

Il y a aussi des études qui ont évalué l'intérêt des rembourrages de hanches pour prévenir les fractures du col du fémur, mais cela ne réduit pas le risque fracturaire.

Le terme « traitement le plus puissant » est un mauvais terme.

F5 : les biphosphonates, il n'y a pas 50 solutions non plus.

Vous trouvez la prise en charge complexe ?

H13 2 3 4 5 F5 2 : oui

Pourquoi ? Avez vous l'impression que l'on a besoin de guide de pratique plus précis ?

F5 : oui

H16 : et le besoin d'être formés. Les visiteurs médicaux nous donnent une information de mauvaise qualité.

Vous pensez que l'avis du spécialiste est fréquemment nécessaire ?

H16 : nécessaire pour certaines patientes et inutile pour d'autres.

H17 : dans certains cas particuliers: ostéoporose précoce, cas familiaux. Cela pourrait être une aide à la décision, je ne suis pas certain que pour les cas particuliers l'organigramme de la HAS (Haute Autorité de Santé) puisse nous renseigner.

H13 : la place du généraliste est centrale, elle concerne la prise en charge des facteurs de risque, la prévention. Mais la prise en charge de l'ostéoporose est complexe et il n'y a pas que le traitement médicamenteux (marche, prévention chutes, médicaments). Les recommandations AFSSAPS que j'ai consulté récemment m'ont embrouillé et je m'y suis perdu.

Le recours au spécialiste vous semble dans certains cas utile ?

H16 : dans la mesure où la médecine générale n'est pas compétente, oui.

Vers quel spécialiste vous tournez-vous ?

H17 : vers celui qui est à côté de chez nous, dans ma pratique, on adresse à un médecin interniste qui exerce dans la ville où je travaille, qui nous renseigne sur les cas délicats. C'est le médecin « joker ».

H16 : pas le rhumatologue dans ma pratique.

F5 : le rhumatologue.

H15 : ou l'endocrinologue.

H16 : assez logiquement c'est l'endocrinologue, mais dans la pratique, c'est plutôt au rhumatologue auquel on pense.

H15 : on essaie d'avoir des rendez-vous pas trop loin dans le temps.

H16 : toutefois, ce n'est pas une urgence !

Avez-vous une attitude différente entre pratique à la campagne et à la ville ?

F5 : il y a beaucoup de patientes que l'on n'osera pas faire déplacer à une demi-heure ou une heure de route.

H17 : la population n'est pas la même. En ville, ils viennent plus spontanément demander une DMO, alors qu'à la campagne on ne les voit pas nous demander de DMO.

H15 : cela dépend de la patientèle.

H13 : cela dépend de l'information des patientes et de l'accès au dépistage.

H16 : cela dépend aussi de la gynécologie. Je pense que les femmes qui vont chez le gynécologue ont une meilleure prise en charge à ce sujet, et que la différence rural/urbain tient de cela.

Moi je n'ai pas peur de dire à la patiente qu'il faut faire une heure de route pour une DMO. On dit au patient ce qui est bien pour lui. Cela ne me limite pas dans la pratique.

6. CONNAISSANCE ET PERCEPTION DE L'UTILITÉ D'UNE FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Connaissez vous la filière QOL ?

H13 : non

H17 : non

H16 : moi j'ai entendu parler d'une filière existant dans les Vosges (l'école de l'ostéoporose).

Intervention du Pr Weryha pour expliquer le fonctionnement et le service de la filière QOL pour les médecins traitants et les patients.

Est ce que cela vous semble intéressant comme aide ?

H15 : cela me semble intéressant. En moyen séjour où je travaille, je me rends compte que les patientes qui ont été hospitalisées pour une intervention orthopédique n'ont pas toujours eut une évaluation de leur risque ostéoporotique et je trouve cela étonnant.

H17 : je trouve cela intéressant, mais je m'interroge sur l'intérêt de traitements comme « Aclasta® ». Comment faire pour gérer l'injection de rappel, va-t'on être noyés par des courriers de rappel ou d'indication de traitement par un autre anti-ostéoporotique ?

Pr Weryha : aujourd'hui nous sommes confrontés à un problème médico-légal, nous avons une obligation de moyen, mais pas de résultats.

H16 : c'est un système qui pallie les insuffisances de la médecine générale. On ne dispose pas de moyens actuellement de faire de la recherche de médecine générale. On saurait alors mieux dépister et on serait moins débordés par des piles de courriers de spécialistes.

ANALYSE QUALITATIVE DES ENTRETIENS EN FOCUS GROUP

1. INDICATION ET PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DE DENSITOMETRIE OSSEUSE

1.1 Connaissance de critères de remboursement de la densitométrie osseuse

Les médecins enseignants prescrivent beaucoup de densitométries osseuses, surtout depuis l'instauration de son remboursement, et se sont familiarisés avec les critères de remboursement. Ils estiment connaître partiellement ces critères et quant ils ont un doute, ils consultent des aide-mémoire. Ils font confiance au radiologue.

Les médecins expérimentés se sentent spoliés par leurs confrères gynécologues, qui gèreraient seuls le dépistage de l'ostéoporose des patientes, et leurs reprochent de ne pas les tenir informés des résultats. Ils ne connaissent pas parfaitement les critères de remboursement et confient les patients au radiologue, en les laissant prendre la décision, parfois sans grande confiance. Ils sont contrariés par l'existence de ces critères, qui brident leur marge de manœuvre.

Les jeunes médecins ne connaissent pas parfaitement les critères de remboursement, ne prescrivent que rarement des densitométries osseuses du fait de leur activité ponctuelle auprès d'une patientèle et de leur manque de vue générale sur les dossiers. Ils travaillent toujours avec l'appui d'un aide-mémoire, et prescrivent plus volontiers en cas de fracture. Ils font confiance au radiologue.

1.1.1 Médecins enseignants

Aucun des enseignants ne connaît parfaitement les critères de remboursement de la DMO :

- « j'ai l'impression de bien connaître les critères, mais cela reste à vérifier (H9) »,
- « J'ai l'impression d'avoir bien mémorisé les critères et quand j'ai des doutes, j'ai un petit mémo (F4) »,
- « je ne connais pas par cœur...je vérifie quand je prescris une DMO (H12) »,
- « probablement que ma mémoire me fait défaut (H11) ».

Ils se réfèrent à des aide-mémoire. Ils acceptent que le radiologue décide du caractère remboursable.

1.1.2 Médecins expérimentés

Dans le groupe des médecins expérimentés, aucun ne connaît parfaitement ces critères, et seule F2 déclare cet état de fait, les autres participants restant silencieux à ce sujet. Ils précisent sur l'ordonnance les facteurs de risque du patient et laissent le radiologue décider du caractère remboursable de l'acte :

- « Il faut spécifier au radiologue (les critères de remboursement) (H3) »,
- « Moi je marque les facteurs de risque, ...pour faire pencher la balance du côté du remboursement (H5) »,
- « Il faut que l'on motive la demande d'ostéodensitométrie (H6) ».

Toutefois, certains d'entre eux suspectent les radiologues de ne pas tenir compte et/ou de ne pas rechercher ces facteurs de risque, afin de réaliser un meilleur profit en effectuant des densitométries osseuses non remboursées :

- « C'est coté 49 euros et le radiologue a plus intérêt à la vendre 89 euros...de toute façon, les radiologues ne jouent pas le jeu. Parce qu'ils ont intérêt à la vendre le plus cher possible, donc parfois on a des patientes qui ne sont pas remboursées (H2). »

Ils déplorent l'appropriation du dépistage de l'ostéoporose par les gynécologues et le manque de communication des résultats :

- « ...à partir du moment où des spécialistes ne nous transmettent pas de dossier gynécologique spécifique, on ne sait pas si (les patients) ont été prises en charge (H5) ...».

Ils critiquent l'existence de critères de remboursements, qui sont perçus comme péjorativement limitants : « Ces fameuses règles (de prescription) qui nous empêchent (de prescrire) (H2) ».

1.1.3 Jeunes médecins

Dans le groupe des jeunes médecins, la connaissance est imparfaite, l'utilisation de supports comme les aide-mémoire, les fiches est fréquent. Deux médecins pensent bien les connaître (H13, F5) :

- « Je pense les connaître et avant d'envoyer une patiente en DMO, je vérifie la présence de ces critères de remboursement (H13) »,
- « Je ne les connais pas parfaitement, mais je me suis fait une fiche (H14) »,
- « Je me suis fait une fiche, parce qu'il y en a toujours un ou deux que j'oublie (H15) »,

- « Moi je pense les connaître (F5) »,
- « Je ne les connais pas du tout, ...je fais des recherches sur internet...(H16) »,
- « Je pense les connaître, ...outils informatiques si besoin (H17) ».

Ils prescrivent peu cet examen car « on ne connaît pas le dossier parfaitement, on n'a pas le temps de tout voir, comme on découvre complètement le dossier (F5) », « le remplaçant n'a qu'une vision partielle du dossier, il n'est là que pour une fenêtre temporelle (H16) ».

Le facteur déclenchant la prescription est la fracture :

- « je n'en propose pas en prévention primaire (H17) »,
- « on y pense s'il ya une circonstance particulière, comme une fracture (F5) ».

1.2 La DMO doit-elle être un examen de dépistage systématique ?

Les médecins enseignants sont sensibles au poids des critères de remboursement et prescrivent dans des indications précises. Ils ne transgressent pas les indications. Ils prescrivent plus de DMO depuis l'apparition de ces critères, mais n'estiment pas ces critères trop restrictifs. En cas de doute, un avis est demandé au CHU. Ils désapprouvent la stratégie de dépistage des gynécologues et regrettent le manque de communication des résultats.

Les médecins expérimentés sont très favorables au dépistage systématique de l'ostéoporose par densitométrie osseuse, sans nécessité de critères, quelque soit le sexe du patient.

Les jeunes médecins sont opposés au dépistage systématique, et s'appuient sur les facteurs de risque. Ils sont les seuls à évoquer l'absence de preuve scientifique quant à l'intérêt d'un dépistage de masse. Ils ont une attitude structurée et fondée sur l'Evidence Based Medicine. Ils ne cautionnent pas le dépistage systématique effectué par les gynécologues.

1.2.1 Médecins enseignants

Ils prescrivent plus de densitométrie osseuse depuis son remboursement : « C'est le fait qu'elle soit remboursée qui a permis d'en prescrire beaucoup plus. Avant je n'en prescrivais pratiquement jamais (H11)».

Ils estiment que les gynécologues prescrivent mal et de façon non codifiée, répétitive et injustifiée :

- « ...quand c'est redemandé au bout d'un an, comme c'est souvent le cas, ... cela me paraît être des gens incompetents qui prescrivent cela tous les ans (H11)»,
- « Quand c'est prescrit n'importe comment, cela me heurte toujours (F4) »,

Ils suspectent que la diminution de prescription de traitement hormonal substitutif de la ménopause les pousse à augmenter leur activité de dépistage de l'ostéoporose : « Ce que j'ai constaté, c'est que la dérive de prescription des gynécologues se situe au moment de la polémique sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause, qui étaient prescrits de façon très systématique. Tout d'un coup, ils n'avaient plus cette possibilité et ils se sont tournés vers la DMO (H10)».

Ils reprochent au gynécologue de ne pas les tenir informés des résultats de DMO : « ...j'apprends par la patiente que la DMO a été faite et que moi en tant que médecin traitant, je ne suis pas destinataire au moins d'une copie des résultats (H10) ».

1.2.2 Médecins expérimentés

Les médecins expérimentés ne s'opposent pas au dépistage systématique de l'ostéoporose :

- « La première chose serait que l'on puisse faire une ostéodensitométrie n'importe quand (H2) »,
- « et sans nécessité de critères (F3) »,
- « on fait bien des mammographies tous les deux ans (H3) ».

Ils sont favorables à un dépistage chez l'homme : « Chez l'homme comme chez la femme, on doit parler de facteurs de risque (H5) », et feraient ce dépistage lors « d'une fracture (F3) » ou « à l'andropause (H2, H3, F2) ».

1.2.3 Jeunes médecins

Ils pensent que le dépistage de masse à la lumière des connaissances actuelles n'est pas indiqué :

- « si on nous apporte la preuve scientifique qu'un dépistage de masse systématique de l'ostéoporose par DMO est justifié, alors pourquoi pas oui en faire de façon systématique (H13)»,
- « je pense qu'un dépistage de masse est excessif (F6) »,
- « je ne ferai pas une DMO en dépistage de masse et si elle me montre une ostéoporose, je ne saurai pas vraiment quoi en faire H17) ».

L'interprétation des résultats de la DMO ne leur semble pas aisée : « ...si on recherche une ostéoporose avec une arrière-pensée d'ostéoporose, que faire du résultat de DMO ? Si de toute façon on pense que l'on va traiter, quel est l'intérêt d'une DMO ? (H17) ».

Ils suspectent un virage de l'activité des gynécologues vers le dépistage de l'ostéoporose suite à la baisse des prescriptions de traitement hormonal substitutif de la ménopause : « on se demande si depuis qu'il y a moins de THS prescrit, ils n'ont pas essayé de reprendre leur place en prescrivant des ostéodensitométries (F5)».

2. L'OSTÉOPOROSE EST-ELLE INSUFFISAMMENT TRAITÉE ?

Les médecins enseignants ont un avis mitigé. Ils estiment qu'il est difficile de faire la part des choses, du fait du manque de recul, de la pression des firmes pharmaceutiques.

Les médecins expérimentés sont unanimes sur ce point, sans commentaire supplémentaire.

Les jeunes médecins préfèrent parler d'insuffisance de diagnostic et de dépistage plutôt que d'insuffisance de traitement. Ils se méfient de la pression exercée par l'industrie pharmaceutique.

2.1 Médecins enseignants

Leur pratique s'oriente vers une prévention, alors qu'auparavant on ne traitait uniquement qu'au stade fracturaire :

- « On saura si l'ostéoporose est insuffisamment traitée en 2009 quand on sera en 2029 (H11, H9)»,
- « Vu le nombre de patients chez qui j'ai retrouvé des tassements vertébraux, je pense que j'ai insuffisamment traité des ostéoporoses, mais j'y suis peut être plus sensible maintenant, il y a probablement un impact des firmes pharmaceutiques derrière (H10) »

Ceux qui reçoivent les visiteurs médicaux sont conscients de la pression exercée. Ils sont réservés, car suspicieux envers l'industrie pharmaceutique : « On ressent une énorme pression des firmes pharmaceutiques, qui est toujours un peu suspecte (H9) ».

2.2 Médecins expérimentés

Ils sont unanimes sur ce point, mais sans développer le sujet. Ils reçoivent tous les visiteurs médicaux mais se disent conscients de la pression subie :

- « (la pression des firmes pharmaceutiques exercée sur les généralistes) est très importante (H7) »,
- « il y a trop de marketing à ce sujet (H5) ».

2.3 Jeunes médecins

Les jeunes médecins préfèrent parler d'insuffisance de diagnostic et de dépistage plutôt que d'insuffisance de traitement :

- « insuffisamment diagnostiquée (F6) »,
- « Elle est insuffisamment dépistée donc elle est insuffisamment traitée par définition (H13) »,
- « la question de l'ostéoporose n'a pas été soulevée (H15, H16) ».

Ils suspectent une forte influence de l'industrie pharmaceutique (F5, H16, H17), et ceux qui reçoivent les visiteurs médicaux estiment qu'ils ne seront pas influençables :

- « C'est le médecin prescripteur qui a le dernier mot (F6) »,
- « Quand je reçois un visiteur médical, je réussis à peu près à oublier quelle molécule il m'a présentée (H15) ».

3. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE

3.1 Il y a 10 ans

Les médecins enseignants se préoccupaient moins de l'ostéoporose qu'actuellement, et avec d'autres moyens. Le traitement ne se faisait qu'au stade fracturaire et les principales armes étaient la vitamine D et le Traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Les médecins expérimentés ne prescrivaient que du calcium, activité physique et parfois vitamine D, car ils ne disposaient pas de traitement curatif.

Les jeunes médecins poursuivaient alors leurs études et les traitements qui leur étaient présentés s'avèrent moins efficaces que prévus (biphosphonates), et non dépourvus de risques : ils sont moins enthousiastes envers les possibilités thérapeutiques actuellement.

3.1.1 Médecins enseignants

Dans le groupe des médecins enseignants, la prévention de la carence en vitamine D est unanimement évoquée :

- « ...quasiment tous mes patients de plus de 50 ans ont une à deux ampoules de vitamine D par an, et je me demande si je ne vais pas descendre à à l'âge de 40 ans comme limite (H11) »,
- « j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de carences (F4) »,
- « je prescris beaucoup de vitamine D (H9) ».

Le traitement ne se faisait qu'au stade fracturaire :

- « On ne s'en occupait pas beaucoup, on ne s'en occupait que lorsque les patients avaient fracturé (H9)»,
- « On ne s'en occupait que quand les gens avaient mal, quand c'était trop tard (H11)».

Il manquait une prise en charge plus spécifique. Le principal traitement de l'ostéoporose était le THS avec la vitamine D, et reposait donc sur la prévention. Actuellement, la préoccupation est plus centrée sur des traitements plus spécifiques (ostéoformateurs, anti-résorptifs...) :

- « ...je n'ai pas l'impression de m'en occuper plus (parlant de l'ostéoporose), mais avec d'autres moyens (F4)»,
- « Quand on a commencé à faire du traitement hormonal substitutif de la ménopause, l'indication ostéoporose était une de nos motivations (H12) ».

3.1.2 Médecins expérimentés

Les médecins expérimentés prescrivaient peu alors, et cela se résumait à du calcium et de l'activité physique. Seuls quelques uns insistent sur l'association calcium et vitamine D, associée à l'activité physique (F1). Il n'y a pas d'autre traitement évoqué.

3.1.3 Jeunes médecins

Les jeunes médecins étaient encore étudiants il y a dix ans et constatent que le traitement de l'ostéoporose soulève plus d'interrogation et d'incertitude actuellement par rapport à ce qui était enseigné lors de leurs études (F6, H15, H16, H17) :

- « Je pense qu'il y a eut un phénomène d'emballement et que les biphosphonates ne sont pas la panacée (F6)»,
- « J'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus d'incertitude qu'au départ (H17, H15) »,
- « Les biphosphonates sont sortis quand on était externes, et étaient présentés comme la molécule miracle...la balance bénéfice-risque n'est plus évidente (F5) ».

3.2 Quel est le traitement le plus efficace ?

Les médecins enseignants ont une approche structurée, modulée par le contexte clinique et l'âge de la patiente. Il y a ainsi un traitement adapté à chaque situation clinique, modulé par le rapport bénéfice-risque. Ils citent de façon unanime l'association calcium-vitamine D.

Les médecins expérimentés placent la calcithérapie en priorité dans leur pratique. Ils sont peu informés des indications propres aux différentes classes thérapeutiques. Ils se basent autant sur leur expérience personnelle que sur les études scientifiques ou les libellés d'AMM afin de guider leur choix.

Les jeunes médecins manquent d'expérience pratique. Leur traitement phare est la vitamine D avec une dose de calcium adaptée aux besoins de la patiente, et y ajoutent des biphosphonates. Ils ne font pas confiance aux études scientifiques et en tiennent peu compte, l'industrie pharmaceutique ne leur semblant pas digne de confiance.

3.2.1 Médecins enseignants

Spontanément, les médecins enseignants évoquent les biphosphonates, en associant calcium et vitamine D. Pour eux, la vitamine D est efficace et incontournable :

- « le plus important est la vitamine D (F4, H10) »,
- « la vitamine D est incontournable (H9) ».

Ils modulent toutefois leurs prescriptions selon le contexte clinique et les risques liés aux traitements :

- « Dans l'ostéoporose fracturaire, je prescrirai des biphosphonates avec calcium-vitamine D, un traitement hormonal substitutif quand il n'y a pas de contre-indications et que c'est précoce (H4)»,
- « Chez la femme jeune, je prescrirai des SERM plus facilement (H11) ».

3.2.2 Médecins expérimentés

Pour les médecins expérimentés, le calcium est le plus évoqué et jugé « indispensable (H7, H2, H3) ». Deux médecins citent en second lieu la vitamine D (H2, H8). Deux médecins citent les biphosphonates en second lieu (H2, H8). Pour F1, les biphosphonates sont efficaces : « j'ai des patientes très âgées qui ont des biphosphonates depuis plus de dix ans, qui sont souvent tombées et qui ne se sont jamais rien cassé ». Le manque de recul sur l'efficacité à long terme est souligné par H3 : « on a du recul avec les biphosphonates mais pas avec les autres traitements », et H1.

Leur expérience personnelle est aussi importante pour eux que les résultats d'études scientifiques à grande échelle (H2, F2, F1), voire les supplante (H3).

3.2.3 Jeunes médecins

Les jeunes médecins citent la supplémentation vitamino-calcique de façon unanime et les biphosphonates, ces derniers étant à réserver à l'ostéoporose avérée :

- « la supplémentation vitamino-calcique, selon les apports de la patiente (H16) »,
- « en prévention, je prescris la supplémentation vitamino-calcique et en curatif des biphosphonates (H17) »,
- « calcium-vitamine D même s'il y a un biphosphonate (H14) »,
- « calcium-vitamine D en systématique et après j'ai toujours une hésitation entre les différents biphosphonates (H15) »,
- « s'il y a une fracture, je mets un biphosphonate (H17),
- « j'associe supplémentation vitamino-calcique et biphosphonate au même niveau en terme d'efficacité (F5) »,
- « j'ai toujours du mal dans la stratification de l'ostéoporose. La supplémentation vitamino-calcique est primordiale (H13) ».

La question de l'intérêt de traiter les personnes très âgées est soulevée : « si c'est une femme très âgée qui a une ostéoporose terrible, quel est l'intérêt de mettre des biphosphonates ? Est-ce que cela change réellement quelque chose ? (F6) ».

3.3 La gestion des risques d'effets indésirables

Les médecins enseignants tiennent compte des effets indésirables dans leur choix de traitement et dans le suivi et choisissent en connaissance de cause.

Les médecins expérimentés sont gênés par les effets indésirables, mais ils ne maîtrisent pas les inconvénients propres à chaque classe. Leurs connaissances sont vagues.

Les jeunes médecins appréhendent les effets indésirables de ces traitements et en ont une grande méfiance.

3.3.1 Médecins enseignants

Les médecins enseignants se disent limités par ces effets indésirables : « Je suis limité par le risque thrombogène des SERM (H9) ». Ils rationalisent le problème des ostéonécroses des mâchoires en les replaçant dans leur contexte oncologique : « En oncologie, probablement. Autrement, je ne suis pas sûr (H11) ». Ils évoquent un biais concernant leur prévalence :

- « On ...prescrit plus (*de biphosphonates*), donc on en rencontre plus aussi (H11)»,
- « ...c'est un risque qui semble prendre de l'importance au niveau statistique depuis qu'on commence à en parler (F4) ».

3.3.2 Médecins expérimentés

Les médecins expérimentés sont gênés par les effets indésirables :

- « pour les soins dentaires, cela (*les ostéonécroses de mâchoire*) m'embête (*parlant des biphosphonates*) (F1)»,
- « Plus que les nécroses, c'est plutôt le système digestif (H5, F3) ».

Ils relativisent la fréquence des ostéonécroses de mâchoire : « A partir du moment où les dentistes nous prennent des implants pour des nécroses ! (H5) ».

Ils ne maîtrisent pas parfaitement les effets indésirables spécifiques à chaque classe de traitement de l'ostéoporose :

- « C'est quoi les problèmes cutanés avec le ranélate de strontium ? (F2) »,
- « Il y a aussi les problèmes cardio-vasculaires (H7) »,
- « Il y a des indications précises, dans les problèmes du sein notamment (H7) ».

Ils sont plus préoccupés par les problèmes de galénique et d'observance (F3) des patients : « H5 : il faudrait des produits mensuels uniques ou même annuels ».

3.3.3 Jeunes médecins

Ils sont gênés par les effets indésirables dans leur prescription:

- « ...les ulcères buccaux, les ostéonécroses de mâchoire me freinent (H16) »,
- « ...les ostéonécroses de mâchoires... les troubles digestifs (F5) ».

3.4 Le choix du traitement

Les médecins enseignants se basent surtout sur les libellés d'AMM et les études d'efficacité dans leur choix thérapeutique. Leur utilisation est raisonnée.

Les médecins expérimentés se basent autant sur leur expérience personnelle que sur les études scientifiques ou les libellés d'AMM afin de guider leur choix.

Les jeunes médecins ne se basent pas sur les résultats du T-score, et ne font pas confiance aux études scientifiques qui sont soumises à caution à leur sens. Seul l'un d'entre eux a un arbre décisionnel.

3.4.1 Médecins enseignants

Ils tiennent compte des études concernant l'activité sur le col fémoral ou le rachis (H9, H11). Ils tiennent compte du T-score pour l'indication du traitement (H9, H11, F4) mais pas

pour le choix du traitement (H10, H11, F4), et pour H11 : « je prescris des biphosphonates sans DMO ». L'âge est peu discriminant. Ils sont favorables aux SERM. Le choix se fonde sur les AMM, les résultats des études scientifiques, en étant conscient des effets indésirables possibles : » cela entre dans la balance bénéfice-risque (F4) ».

3.4.2 Médecins expérimentés

Les médecins expérimentés ont une perception personnelle et subjective du traitement, fondée sur leur pratique personnelle. L'expérience personnelle est placée au même niveau que les preuves issues de l'EBM, avec des extrêmes : « F1 : les essais cliniques, c'est incontournable » versus « H3 : non, les études scientifiques *ne me guident pas dans mes prescriptions* ». Le T-score n'a pas forcément d'influence sur leur choix de traitement. L'âge est pour certains d'entre eux un critère de choix (H2, H3, F2).

3.4.3 Jeunes médecins

Ils ne se sentent pas « suffisamment compétent(s) » (H16, H14) pour l'interprétation des résultats de DMO. Les études scientifiques sont soumises à caution: « les études sont essentiellement celles présentées par les laboratoires pharmaceutiques (H13) ».

Seul H13 a un arbre décisionnel : « entre 50 et 65 ans, des SERM ; entre 65 et 80 des biphosphonates ; chez les plus de 80 ans du Protelos® ». Pour H16, les classes thérapeutiques autres que les biphosphonates « sont une alternative en cas de contre-indication ».

4. MODALITÉS PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

4.1 En cas de récurrence sous traitement

Les médecins enseignants demandent un avis spécialisé, assez facilement, si le contexte est défavorable.

Les médecins expérimentés n'ont pas d'avis très tranché et sont gênés pour répondre.

Les jeunes médecins ne changent pas le traitement de départ, mais n'ont pas de prise en charge très structurée dans ce cas.

4.1.1 Médecins enseignants

Ils demandent un avis spécialisé dans un contexte péjoratif:

- « ...s'il y a discordance entre le délai de survenue de la fracture et le moment de mise en place d'un traitement (F4) »,
- « ...bien entendu, si survenue après 18 mois de traitement au moins (H11) ».

Ils tiennent compte de la durée écoulée entre le début du traitement et le moment de survenue de la fracture.

4.1.2 Médecins expérimentés

Deux d'entre eux demandent un avis spécialisé. Les avis sont très variés :

- « Je continue sauf s'il y en a trop avec le même produit ; alors j'essaie autre chose (F3) »,
- « Si on ne connaît pas vraiment le capital osseux de départ ou alors si le T-score est très sévère, alors on ne peut pas conclure (H5)».

4.1.3 Jeunes médecins

La gestion de la récurrence fracturaire est peu systématisée :

- « ...changer pour un *autre* biphosphonate ... (F5)»,
- «...demander un avis spécialisé...refaire une DMO... (H13)»,
- « ...je ferai des recherches sur l'adéquation entre le cas clinique et le choix thérapeutique...(H16) »,
- « ...une fracture à 3 ans ne me ferai pas changer de traitement (H14)».

4.2 Durée de traitement

Les médecins enseignants font un traitement continu, et ne sont pas tentés d'arrêter, sauf F4 : « moins de 5 ans, sauf critère densitométrique de persistance d'une ostéoporose ».

Les médecins expérimentés ne savent pas quelle est la durée idéale. La durée minimale de 3 ans est évoquée par H5.

Les jeunes médecins estiment qu'il faut en moyenne cinq ans (H13, H15, H17, F6) de traitement voire plus (H14).

4.3 Complexité de prise en charge

Les médecins enseignants trouvent la prise en charge complexe : « J'aimerais bien un arbre décisionnel simple et synthétique (H10) ». Les recommandations leurs semblent peu

synthétiques, « insuffisamment codifiées (H12) ». Selon F4, « les produits sont récents, les conditions de vie ont changé, les critères d'indications sont sujets à caution, et en ce sens-là, c'est complexe », il existe un manque de recul scientifique. Ils font appel au spécialiste si besoin.

Les médecins expérimentés demandent un avis spécialisé au rhumatologue ou au gynécologue. Peu d'acquiescement au fait que la prise en charge est complexe.

Les jeunes médecins trouvent unanimement la prise en charge complexe. Ils souhaitent des guidelines. Les recommandations sont obscures : « Les recommandations AFSAPPS que j'ai consulté récemment m'ont embrouillé et je m'y suis perdu (H13) ». Ils pensent que la collaboration avec les spécialistes est utile mais ne doit pas être systématique (H16). Elle se fait avec les endocrinologues selon la logique, avec les rhumatologues dans la pratique (H16).

5. CONNAISSANCE DE LA FILIÈRE OOL

Les médecins enseignants la connaissent. H12 critique l'intégration systématique des patients : « orientés vers la filière...à mon avis pas toujours de manière pertinente ». H11 se pose la question de la gestion sur suivi des traitements prescrits par le service.

La moitié des médecins expérimentés connaît la filière, la trouve utile pour la prévention et le traitement. Ils apprécient la rapidité d'obtention de l'avis spécialisé (F1) et n'adressent pas seulement les patients au stade fracturaire (H2, H3, F2). Le caractère pluridisciplinaire est un atout à leurs yeux (H2, H3, F2). Ils souhaitent surtout un retour de courrier rapide.

Les jeunes médecins ne connaissent pas mais trouvent le « service rendu intéressant (H15, H17) : « c'est un système qui pallie les insuffisances de la médecine générale (H16) ».

ANNEXE 4 :

- Grille analytique en fonction des groupes de médecins
- Grille analytique en fonction de la réception des visiteurs médicaux

		Médecins expérimentés											Médecins enseignants					Jeunes médecins						
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	F1	F2	F3	H9	H10	H11	H12	F4	H13	H14	H15	H16	H17	F5	F6
Connaissance des critères de remboursement de DMO	Oui			■	■	■	■						■				■							■
	Non	■						■	■												■	■		■
	Imparfaite		■							■	■			■	■	■		■	■	■	■	■		
Tient compte des critères lors de la prescription de DMO	Oui			■	■	■	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Non renseigné	■	■					■	■	■														
Transgression des critères	Oui																							
	Non		■									■	■	■	■	■								
Accepte que le radiologue recherche les critères de remboursement	Oui											■	■	■									■	
	Non		■	■	■	■	■				■													
Critique des prescriptions de DMO par les gynécologues	Oui					■						■	■	■		■		■		■		■		
	Non																							
Favorables à une DMO systématique	Oui		■	■		■		■		■	■			■			■							
	Non											■	■			■					■		■	
Ostéoporose insuffisamment traitée	Oui		■	■	■	■	■				■						■	■	■	■	■		■	
	Non																							
	NSP											■	■	■	■	■								
Activité d'ostéoporose augmentée	Oui		■	■		■					■	■	■	■			■			■				
	Non																	■						
Dosage de vitamine D ?	Oui											■												
	Non															■								
Plus d'intérêt depuis baisse du THS ?	Oui		■							■		■	■		■	■		■	■	■			■	
	Non																■	■	■					

		Médecins expérimentés											Médecins enseignants					Jeunes médecins						
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	F1	F2	F3	H9	H10	H11	H12	F4	H13	H14	H15	H16	H17	F5	F6
Place de la supplémentation vitamino-calcique	Calcium			■			■	■		■	■													
	Vitamine D												■											
	Les deux		■			■			■					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Critères entrant en compte lors du choix de traitement	AMM							■							■		■							
	Effets indésirables		■			■		■		■		■	■		■		■						■	■
	Etudes scientifiques		■							■	■		■		■	■							■	■
	Agés		■	■							■								■					
Attitude en cas de fracture sous traitement	Fonction du délai d'instauration					■									■	■	■			■				
	Avis spécialisé							■		■	■		■	■	■	■			■					
Durée optimale de traitement	3 à 5 ans					■											■		■					
	5 ans																			■			■	■
	Ininterrompu												■	■	■					■				
	NSP	■	■	■							■													
Impression de complexité de la prise en charge	Oui												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Non																							
Avis spécialisé	Oui	Rhumatologue								■	■											■	■	
		Endocrinologue																			■			
		Filière QOL		■			■		■		■					■								
	Non																■							
Connaissance de la filière QOL	Oui		■	■				■		■	■		■	■	■	■								
	Non										■						■	■				■	■	
Utilité de la filière QOL	Oui		■	■				■		■	■									■		■		
	Non										■						■	■				■	■	

		Reçoivent les représentants de laboratoires pharmaceutiques																			Ne reçoivent pas			
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	F1	F2	F3	H9	H10	H11	H13	H14	H15	F5	F6	H12	H16	H17	F4
Connaissance des critères de remboursement de DMO	Oui			■	■	■	■						■							■				■
	Non	■						■	■												■			
	Imparfaite		■							■	■			■	■	■	■	■	■					
Tient compte des critères lors de la prescription de DMO	Oui			■	■	■	■				■		■	■	■	■	■	■	■	■				■
	Non renseigné	■	■					■	■	■														
Transgression des critères	Oui																							
	Non		■										■	■	■									■
Accepte que le radiologue recherche les critères de remboursement	Oui												■	■	■						■			
	Non		■	■	■	■	■				■													
Critique des prescriptions de DMO par les gynécologues	Oui					■							■	■	■		■			■			■	■
	Non																							
Favorables à une DMO systématique	Oui		■	■		■		■		■		■			■	■								
	Non												■	■	■						■		■	■
Ostéoporose insuffisamment traitée	Oui		■	■	■	■	■				■					■	■	■	■		■			
	Non																							
	NSP												■	■	■	■							■	■
Activité d'ostéoporose augmentée	Oui		■	■		■					■	■	■	■	■	■								
	Non										■	■	■	■	■	■	■							
Dosage de vitamine D ?	Oui												■											
	Non																							■
Plus d'intérêt depuis baisse du THS ?	Oui		■							■			■	■	■					■				■
	Non																■	■	■					

		Reçoivent les représentants de laboratoires pharmaceutiques																			Ne reçoivent pas				
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	F1	F2	F3	H9	H10	H11	H13	H14	H15	F5	F6	H12	H16	H17	F4	
Place de la supplémentation vitamino-calcique	Calcium			■			■	■		■	■														
	Vitamine D												■												
	Les deux		■			■			■					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Critères entrant en compte lors du choix de traitement	AMM							■							■									■	
	Effets indésirables		■			■				■		■	■		■					■	■			■	
	Etudes scientifiques		■							■	■		■		■							■			
	Agés		■	■							■	■					■								
	T-score										■		■		■							■		■	
Attitude en cas de fracture sous traitement	Fonction du délai d'instauration					■									■		■				■	■		■	
	Avis spécialisé							■		■	■		■		■	■					■	■			
Durée optimale de traitement	3 à 5 ans					■										■								■	
	5 ans																		■	■			■		
	Ininterrompu												■		■		■								
	NSP	■	■	■							■														
Impression de complexité de la prise en charge	Oui												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Non																								
Avis spécialisé	Oui	Rhumatologue									■	■									■		■		
		Endocrinologue																		■					
		Filière QOL		■			■		■		■				■										
	Non																							■	
Connaissance de la filière QOL	Oui		■	■				■		■		■	■		■						■				
	Non										■					■						■	■	■	
Utilité de la filière QOL	Oui		■	■				■		■	■								■			■			
	Non																					■	■	■	

ANNEXE 5

Mlle Wozniak Sarah
Médecin généraliste remplaçant
06 88 16 62 21

Vandœuvre-lès-Nancy, le 19 août 2008

Objet : Thèse de Docteur en médecine générale

Madame, Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de solliciter votre participation dans le cadre d'une enquête de médecine générale (dans le cadre d'une thèse) ayant pour thème la place d'une filière de soins hospitalière multidisciplinaire dédiée aux patients à risque de maladie ostéoporotique, et son intégration dans votre pratique quotidienne. En effet, cette filière existe depuis 2000 et se nomme filière QOL : Qualité de l'Os en Lorraine. Elle est installée au sein du service d'endocrinologie du CHU de Brabois (Pr Weryha), et s'adresse aux patients ayant un risque de fragilité osseuse, que ce soit suite à une fracture de type ostéoporotique ou devant de forts risques de survenue d'une telle fracture. Elle a pour buts : dépistage, diagnostic, proposition de traitement et gestion des facteurs de risques.

Le but de l'enquête ici menée est de mesurer la diffusion de ce service en médecine générale libérale, d'en améliorer les services rendus et d'en dépister les carences. Parallèlement, elle vise à étudier la perception de la maladie ostéoporotique par les médecins généralistes.

Le recueil des données se fera par l'analyse anonyme des questionnaires, dont je vous joins un exemplaire avec ce courrier. Je vous serai très reconnaissante de bien vouloir accorder quelques minutes de votre précieux temps au remplissage de ce document. Vous pouvez me le réadresser par courrier dans l'enveloppe ci-jointe.

Veillez accepter, Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses et confraternelles.

Mlle Sarah Wozniak

Questionnaire : place de la filière QOL en médecine générale libérale

1. Connaissez-vous la filière QOL ?
 - Oui
 - Non

2. Avez-vous des patients qui ont intégré cette filière ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais pas

3. Si oui, cette filière vous rend-elle service dans votre pratique quotidienne ?
 - Beaucoup
 - En partie
 - Assez peu

4. Demandez-vous un avis spécialisé pour vos patients ostéoporotiques ?
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours

5. Si oui, à quel spécialiste vous adressez-vous ?
 - Rhumatologue
 - Gynécologue
 - Gériatre
 - Filière QOL

6. Dans quel cas, selon vous, le spécialiste a-t'il sa place ?
 - Diagnostic
 - Prescription des examens complémentaires
 - Instauration de traitement
 - Suite à une récurrence fracturaire sous traitement

7. Quelle(s) est(sont) la(les) condition(s) qui vous fait(font) évoquer le diagnostic d'ostéoporose ?
 - Présence de facteurs de risque
 - Survenue d'une fracture de type ostéoporotique
 - Résultats de densitométrie osseuse
 - Transparence osseuse sur des clichés radiologiques
 - Fracture sentinelle (en un autre site que ceux classiquement reconnus comme étant liés à l'ostéoporose)

8. Avez-vous connaissance des conditions de remboursement de la densitométrie osseuse ?
- Oui parfaitement
 - Oui en partie
 - Assez peu
9. Classez à votre avis les 3 principaux traitements de l'ostéoporose par ordre d'efficacité décroissante
- Calcium-vitamine D
 - Biphosphonates
 - Traitement hormonal substitutif de la ménopause
 - Ranélate de strontium (Protelos®)
 - SERM (Raloxiphène, Evista®)
 - Parathormone (Tériparatide, Forstéo®)
10. Tenez-vous compte des résultats des études concernant les sites d'efficacité des différents traitements (vertèbre, fémur) ?
- Oui
 - Non
11. Le choix de votre traitement tient-il compte (plusieurs réponses possibles) :
- De l'âge du patient
 - Du sexe du patient
 - Du T-score
 - Des antécédents personnels fracturaires
12. En cas de récurrence fracturaire sous traitement, quelle est votre décision ?
- Poursuite du même traitement
 - Changement de traitement (échec)
 - Avis spécialisé
 - Réévaluation densitométrique
 - Recherche d'une mauvaise observance

Afin d'analyser ces données, j'aurais également besoin de connaître :

Votre année d'installation :

Votre mode d'exercice (seul, association ?) :

Votre type d'activité (rural, urbain, semi rural ?) :

Votre lieu d'exercice :

Je vous suis très reconnaissante d'avoir bien voulu participer à mon enquête.

Mme Wozniak Sarah
Médecin généraliste remplaçant

ANNEXE 7

MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA FILIERE QOL

La filière QOL (Qualité de l'Os en Lorraine) a été mise en place au service d'endocrinologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, en 2000. Il y a deux principaux modes d'accès au service pour les patients. Le premier fait classiquement suite à une fracture de type ostéoporotique ou suspecte d'ostéoporose. Pour cela, une collaboration a été mise en place avec les services hospitaliers suivants :

- le service d'accueil des urgences de l'Hôpital Central de Nancy,
- la clinique de traumatologie de Nancy,
- les urgences de l'hôpital Saint Charles de Toul,
- le centre de rééducation de Bainville-sur-Madon,
- le centre de rééducation de Flavigny-sur-Moselle.

D'autre part, il est proposé également aux médecins traitants et à leurs patients de faire des bilans intégrés complets, suite à une fracture non bilantée ou dans un cadre de prévention primaire.

Les consultations ont lieu au sein du service d'endocrinologie, en hôpital de jour. Elles sont effectuées par une équipe de médecins (endocrinologues, gynécologue, rhumatologue), d'infirmières formées en ostéoporose et de manipulateurs radiologiques formés en densitométrie osseuse. Le bilan classique comporte :

- une ostéodensitométrie,
- une VFA (Vertebral Fracture Assessment), soit une densitométrie de profil, qui a l'avantage de permettre un suivi dynamique de l'efficacité des traitements et une prise en charge personnalisée,
- un bilan biologique,
- une enquête nutritionnelle (calcium, protéines, vitamine D),
- la recherche d'une ostéoporose secondaire,
- un examen scannographique, analysant la structure osseuse et le nombre exact de fractures.

A la suite de ces examens paracliniques, un traitement est proposé, et un courrier médical est adressé au médecin traitant, qui a la décision finale de la prescription. Le

traitement par biphosphonate injectable annuel est également pratiqué dans le service, et un système de convocation lors du renouvellement est mis en place, pour ne pas générer d'oublis.

Une collaboration avec le service de radiologie du Pr Blum a été créée afin de traiter précocement les fractures vertébrales par vertébro-plastie et kyphoplastie, permettant une récupération fonctionnelle au moins partielle et une antalgie rapide.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Center, J R, T V Nguyen, D Schneider, P N Sambrook, et J A Eisman.**
«Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study.»
Lancet 353, n° 9156 (Mar 1999): 878-82.
- 2. Johnell, O, et J A Kanis.**
«An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures.»
Osteoporosis international 17, n° 12 (Dec 2006): 1726-33.
- 3. Maravic, Milka, Christine Le Bihan, Paul Landais, et Patrice Fardellone.**
«Incidence and cost of osteoporotic fractures in France during 2001. A methodological approach by the national hospital database.»
Osteoporosis international 16, n° 12 (Dec 2005): 1475-80.
- 4. Taylor, J C, et al.**
«Opinions and experiences in general practice on osteoporosis prevention, diagnosis and management.»
Osteoporosis international 12, n° 10 (Jan 2001): 844-8.
- 5. Hajcsar, E E, G Hawker, et E R Bogoch.**
«Investigation and treatment of osteoporosis in patients with fragility fractures.»
CMAJ 163, n° 7 (Oct 2000): 819-22.
- 6. Khan, S A, C de Geus, B Holroyd, et A S Russell.**
«Osteoporosis follow-up after wrist fractures following minor trauma.»
Archives of internal medicine 161, n° 10 (May 2001): 1309-12.
- 7. Juby, A G, et C M De Geus-Wenceslau.**
«Evaluation of osteoporosis treatment in seniors after hip fracture.»
Osteoporosis international 13, n° 3 (Mar 2002): 205-10.
- 8. Lespessailles, Eric, François-Emery Cotté, Christian Roux, Patrice Fardellone, Florence Mercier, et Anne-Françoise Gaudin.**
«Prevalence and features of osteoporosis in the French general population: the Instant study.»
Joint, bone, spine : revue du rhumatisme (Elsevier Masson SAS) 76, n° 4 (Jul 2009): 394-400.
- 9. Elliot-Gibson, V, E R Bogoch, S A Jamal, et D E Beaton.**
«Practice patterns in the diagnosis and treatment of osteoporosis after a fragility fracture: a systematic review.»
Osteoporosis international 15, n° 10 (Oct 2004): 767-78.
- 10. Jaglal, Susan B, et al.**

«Information needs in the management of osteoporosis in family practice: an illustration of the failure of the current guideline implementation process.»
Osteoporosis international 14, n° 8 (Aug 2003): 672-6.

11. Freemantle, N, E L Harvey, F Wolf, J M Grimshaw, R Grilli, et L A Bero.
«Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes.»
Cochrane database of systematic reviews (Online), n° 2 (Jan 2000): CD000172.

12. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group.»
World Health Organization technical report series 843 (Jan 1994): 1-129.

13. Jaglal, Susan B, et al.
«How are family physicians managing osteoporosis? Qualitative study of their experiences and educational needs.»
Canadian family physician Médecin de famille canadien 49 (Apr 2003): 462-8.

14. Dorner, T, K Lawrence, E Rebhandl, E Weichselbaum, et A Rieder.
«Opinions and attitudes concerning osteoporosis among Austrian general practitioners.»
Wiener medizinische Wochenschrift (1946) 159, n° 9-10 (May 2009): 247-252.

15. Couris, Chantal Marie, et al.
«A seventy percent overestimation of the burden of hip fractures in women aged 85 and over.»
Bone 41, n° 5 (Nov 2007): 896-900.

16. Pérez-Edo, L, et al.
«Management of osteoporosis in general practice: a cross-sectional survey of primary care practitioners in Spain.»
Osteoporosis international 15, n° 3 (Mar 2004): 252-7.

17. Simonelli, Christine, Kathleen Killeen, Susan Mehle, et Leah Swanson.
«Barriers to osteoporosis identification and treatment among primary care physicians and orthopedic surgeons.»
Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic 77, n° 4 (Apr 2002): 334-8.

18. Solomon, D H, et al.
«Factors related to the use of bone densitometry: survey responses of 494 primary care physicians in New England.»
Osteoporosis international 14, n° 2 (Apr 2003): 123-9.

19. Kurup, Harish V, et J Glynne Andrew.
«Secondary prevention of osteoporosis after Colles fracture: Current practice.»
Joint, bone, spine : revue du rhumatisme (Elsevier Masson SAS) 75, n° 1 (Jan 2008): 50-2.

20. Majumdar, Sumit R, et al.
«Multifaceted intervention to improve diagnosis and treatment of osteoporosis in patients with recent wrist fracture: a randomized controlled trial.»

CMAJ : Canadian Medical Association journal 178, n° 5 (Feb 2008): 569-75.

21. Kuo, I, C Ong, L Simmons, D Bliuc, J Eisman, et J Center.

«Successful direct intervention for osteoporosis in patients with minimal trauma fractures.»

Osteoporosis international 18, n° 12 (Dec 2007): 1633-9.

22. Solomon, Daniel H, et al.

«Osteoporosis improvement: a large-scale randomized controlled trial of patient and primary care physician education.»

Journal of Bone and Mineral Research 22, n° 11 (Nov 2007): 1808-15.



NANCY, le 3 septembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 7 septembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

Professeur G. WERYHA

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 10 septembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

Résumé :

Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer les difficultés de prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale et l'intérêt d'une filière de soins multidisciplinaire dédiée à son dépistage et à sa prise en charge.

Méthodes : Trois focus group en entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 23 médecins généralistes (catégorisés en expérimentés, enseignants et jeunes médecins). Les entretiens ont été intégralement retranscrits puis analysés afin d'identifier les caractéristiques propres à chaque groupe et de comparer les groupes entre eux. Un questionnaire postal a été adressé à 195 médecins lorrains tirés au sort, parmi lesquels 123 ont été complétés.

Résultats : Enquête qualitative : les médecins généralistes expérimentés ont des connaissances partielles et se fondent sur leur expérience autant que sur les résultats des études scientifiques. Les médecins enseignants et les jeunes médecins ont une prise en charge plus conforme aux recommandations officielles. Ils connaissent plus souvent l'existence de la filière de soins locale et sont satisfaits des services rendus. Enquête quantitative : la moitié des médecins ne connaît pas parfaitement les critères de remboursement de la densitométrie osseuse, et la moitié recherche une ostéoporose suite à une fracture sentinelle. Le spécialiste est souvent consulté (85,9% des cas à diverses fréquences), surtout en cas de récurrence fracturaire sous traitement. L'interlocuteur principal est le rhumatologue, suivi de la filière de soins. Celle-ci est bien connue (72,4%) et rend service à 65,8% des médecins interrogés.

Conclusion : La prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale est ressentie comme fastidieuse et n'est pas consensuelle suivant le niveau d'expérience et de connaissances scientifiques des médecins. Le recours au spécialiste est pratiquement inévitable, à un moment donné du suivi. La filière de soins multidisciplinaire contribue à améliorer le diagnostic et le traitement de cette maladie.

Mots clés : Ostéoporose, filière de soins, étude qualitative, médecine générale

Titre en anglais : Osteoporosis management in general practice and contribution of a specialised service

Thèse : Médecine générale – Année 2009

Intitulé et adresse de l'UFR :

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54500 Vandoeuvre-les-Nancy