

## Freins et leviers de la mise en place d'une politique de prévention secondaire de l'ostéoporose : Étude EFFEL

Le premier engagement du projet de loi « Ma Santé 2022 » est de « favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ». Ce chantier consacré à l'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins a été mené conjointement par l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de Santé (HAS) pour renforcer les liens entre institutions, professionnels de santé et patients. En raison du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie, l'ostéoporose est un problème de santé publique dont l'importance est croissante.



**Cette maladie chronique asymptomatique qui évolue à bas bruit déclenche souvent des cascades fracturaires que le système de soins peine à endiguer et qui sont source de nombreuses complications.** Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), 2019, le taux de réhospitalisation après une première fracture est de 8 % à trois ans et le taux de mortalité est de plus de 30 % au cours des trois ans qui suivent une fracture sévère (hanche, vertèbres, côtes, épaule, bassin). De ce fait, l'ostéoporose est une maladie coûteuse : 1,1 milliard d'euros en 2013 en France dont 770 millions pour le secteur médecine chirurgie obstétrique et 340 millions pour celui des soins de suite et de réadaptation. Ces coûts atteignent 4,8 milliards d'euros lorsque le périmètre de définition des postes budgétaires pris en compte est élargi en prenant en compte les admissions dans les Établissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes, et les pertes de qualité de vie après les avoir valorisées monétairement (Svedbom al., 2013). Une croissance de 26% du montant de ces dépenses est attendue sur l'horizon 2017-2030 (International Osteoporosis Foundation, 2018).

**En dépit du fardeau engendré par l'ostéoporose, un déficit de prise en charge diagnostique et thérapeutique est communément observé dans la plupart des pays industrialisés :** 70 à 80 % des victimes d'une première fracture ne font l'objet d'aucune investigation et ne bénéficient d'aucun traitement anti-ostéoporotique (Mendi, Ganda, & Seibel, 2017). La prise en charge est trop souvent incomplète : il s'agit uniquement de réparer les dommages, sans aucune investigation supplémentaire et sans prévention secondaire. Toutefois, la prévention du risque de refracture est un enjeu majeur de l'amélioration du parcours de soins des patients.

**Ce déficit dans la qualité de la prise en charge et dans le nombre de patients effectivement traités est paradoxal.** D'une part, les facteurs de risque sont connus, bien documentés et des stratégies de prévention adéquates peuvent être facilement mobilisées. Le niveau de la perte du capital osseux est repérable par les examens ostéodensitométriques, matériel dont l'Europe est largement doté, avec 11 appareils par million d'habitants (Harvey, et al., 2017); Pourtant, le taux d'ostéodensitométrie réalisé reste faible : à huit semaines de la fracture index, l'examen n'est pratiqué que sur 1,3 % des patients et à un an que pour 4,4 % des patients (CNAM), 2019. De plus, l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques est attestée (réduction de 30 à 70 % du risque de fracture des vertèbres et de 40 % du risque de fracture de la hanche (Kanis, et al., 2008) et pourtant dans notre pays, seuls 6,4 % des patients ayant subi une fracture ostéoporotique sévère ou du poignet prennent un traitement anti-ostéoporotique dans les trois mois qui suivent la fracture index (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), 2019); Malgré des recommandations de bonnes pratiques régulièrement actualisées, un

*Avec le soutien institutionnel des laboratoires UCB*

fossé subsiste entre la connaissance de la maladie, les possibilités de diagnostic, la prise en charge idéale et la réalité du parcours de soins des patients.

**L'écart persistant entre les soins prodigués et les soins optimaux exige pour qu'il puisse être résorbé d'avoir une vision claire des obstacles qui en sont à l'origine.**

Pour combler le fossé de la non-qualité qui caractérise la situation actuelle et accélérer le changement, l'identification par le patient lui-même des obstacles et des facteurs clés d'un déploiement réussi d'une politique de prévention des fractures ostéoporotiques est le préalable à sa mise en place.

Éclairer la prise en charge et construire le parcours de soins compte tenu des attentes des malades victime de fracture par ostéoporose, tel est l'objectif du programme de recherches « freins et leviers » de l'étude EFFEL.

Par le Pr Robert Launois



## PAROLE DE PATIENTS

La parole des malades est révélatrice de leurs croyances par rapport à ce qu'ils considèrent bien souvent être un accident comme en témoigne ces verbatims extraits de l'étude EIFFEL.

**Enquête n°3 :** « pour moi, c'était un accident, je me suis mal réceptionnée et puis voilà, je suis tombé sur le poignet qui fait bientôt 90°, disons c'est le hasard ».

**Enquête n°3 :** « Qu'est-ce que ce serait pour vous la meilleure solution pour éviter une nouvelle fracture ? » réponse : « La meilleure solution, de ne pas être distrait quand on marche »!

**Enquête n°9 :** « Pour moi ce n'était pas catastrophique, dans la mesure où c'était par rapport à mon âge ».

**Enquête n°10 :** « je suis tombé tout d'un coup. Peut-être parce que j'étais fatigué ? ».

Les praticiens ne sont pas loin de partager la même opinion : **Enquête n°4 :** « Les recommandations du généraliste pour moi, c'était de changer ce sol qui m'avait fait tomber ».

### Bibliographie sélective :

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). (2019) *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004)*.

International Osteoporosis Foundation. *Broken bones, broken lives: a roadmap to solve the fragility fracture crisis in Europe*, 2018.

Kanis J.A., Burlet N., Cooper C., et al., 2008. "European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women", *Osteoporos Int*, 19:399.

Harvey N.C.W., McCloskey E.V., Mitchell P.J., et al., 2017. "Mind the (treatment) gap: a global perspective on current and future strategies for prevention of fragility fractures", *Osteoporos. Int.*, 28, 1507–1529.

Launois, R., Trouiller, J.B., Cabout, E., 2018. Comment mesurer l'efficacité en vie réelle ? *Annales Pharmaceutiques Françaises* 76 : 421–435. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2018.07.003>

Mendis A.S., Ganda K., Seibel M.J., 2017. "Barriers to secondary fracture prevention in primary care", *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* 28, 2913–2919.

Ministère des Solidarités et de la Santé (Paris, FRA), (2018) *Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final : Inscrire la qualité et la pertinence au coeur des organisations et des pratiques [Rapport] / Le Guludec, Dominique; Ceretti, Alain-Michel; Lyon-Caen, Olivier; et al;*

Svedbom, A., Hernlund, E., Ivergård, M., Compston, J., Cooper, C., Stenmark, J., McCloskey, E.V., Jönsson, B., Kanis, J.A., EU Review Panel of IOF, 2013. *Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports*.

Avec le soutien institutionnel des laboratoires UCB