



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale :
comment l'améliorer ?**

Partie 2 : les freins au dépistage et les propositions d'amélioration

Présentée et soutenue publiquement le 15 Mai 2014 à 16H00
Au Pôle Recherche
Par Coralie GOUDAERT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Bernard CORTET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Monsieur le Professeur Gérard FORZY

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Travail de l'Institut Catholique de Lille

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADCN	Association pour le Dépistage des Cancers dans le Nord
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
APOROSE	Aide à la Prise en charge de l'OstéopoROSE
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CRP	C Reactive Protein (protéine C réactive)
CTX	Télopeptide C terminal du collagène de type I
DALA	Déficit Androgénique Lié à l'Âge
DMO	Densité Minérale Osseuse
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DS	Déviatiion Standard
FESF	Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur
FMC	Formation Médicale Continue
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone
GRIO	Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IOF	International Osteoporosis Foundation
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NTX	Télopeptide N terminal du collagène de type I
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
THS	Traitement Hormonal Substitutif
VFA	Vertebral Fracture Assessment
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Définition.....	4
II. Epidémiologie	5
A. Généralités	5
B. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur	6
C. Les fractures vertébrales	6
D. Les fractures du tiers inférieur de l'avant-bras	7
E. Les autres fractures ostéoporotiques périphériques.....	7
III. Diagnostic de l'ostéoporose.....	8
A. L'interrogatoire et l'examen clinique	8
B. La radiographie standard	9
C. La densitométrie osseuse	9
D. Les examens biologiques.....	13
E. La VFA (Vertebral Fracture Assessment ou évaluation de la morphologie vertébrale).....	13
Matériels et méthodes.....	16
I. Type d'étude	16
II. Population interrogée.....	17
III. Recueil des données	18
A. Les entretiens.....	18
B. Le canevas d'entretien	19
C. L'enregistrement.....	19
D. La retranscription.....	19
IV. Analyse des données	20
Résultats	21
I. Les entretiens	21
II. Population étudiée	22
III. Analyse qualitative.....	23
A. Les difficultés du dépistage de l'ostéoporose en consultation	23
1. Une pathologie silencieuse	23
2. Le manque de temps en consultation.....	23
a) Les multiples motifs de consultation.....	23
b) Les multiples dépistages à réaliser	23
3. La mauvaise compliance des patients.....	24
a) La mesure de la taille	24
b) La thérapeutique	24
4. La mesure de la taille controversée.....	25
5. Croyances et ostéodensitométrie	25
a) Le non-remboursement et la méconnaissance des critères	25
b) L'accessibilité de l'ostéodensitométrie.....	26
c) La fiabilité de l'ostéodensitométrie	26
6. Le flou thérapeutique pour les médecins.....	26
a) Les doutes sur l'efficacité thérapeutique et la crédibilité des études ..	26

b)	La peur des effets secondaires des traitements	27
c)	Les mauvaises connaissances thérapeutiques	28
B.	Propositions d'amélioration	28
1.	Standardiser les pratiques.....	28
a)	Rester vigilant.....	28
b)	Mesurer les adultes	28
c)	Utiliser un auto-questionnaire standard.....	29
d)	Organiser une consultation dédiée au dépistage	29
e)	Développer l'usage des logiciels médicaux	29
2.	Former et informer.....	29
a)	Développer la formation et l'information des médecins	29
b)	Développer le statut de maître de stage.....	30
c)	Sensibiliser et informer la population.....	30
3.	Réformer le système de santé	31
a)	Le dépistage de masse et les centres de dépistage.....	31
b)	Développer les filières de soins.....	31
c)	Adapter la cotation de la Sécurité sociale au dépistage de l'ostéoporose.....	31
d)	Développer la recherche pour le dépistage et le traitement	32
e)	Les correspondances avec les gynécologues	32
f)	Des maisons de santé pluridisciplinaires.....	32
Discussion	33
I.	Explication de la méthode.....	33
II.	Les forces de l'étude.....	35
III.	Les limites de l'étude	37
IV.	Analyse des résultats.....	38
Conclusion	47
Références bibliographiques	49
Annexes	55
Annexe 1 :	Les principaux facteurs de risque de fragilité osseuse.....	55
Annexe 2 :	Les facteurs de risque de chute	56
Annexe 3 :	Test rapide du risque d'ostéoporose de l'IOF	57
Annexe 4 :	Canevas d'entretien n°1	59
Annexe 5 :	Canevas d'entretien n°2.....	60
Annexe 6 :	Canevas d'entretien n°3.....	61
Annexe 7 :	Formulaire de consentement libre et éclairé	62
Annexe 8 :	Fiche profil médecin	63
Annexe 9 :	Verbatims	64
Annexe 10 :	Tableaux de codage des entretiens semi-directifs.....	65
Annexe 11 :	Tableaux de codage du focus group n°1	71
Annexe 12 :	Tableaux de codage du focus group n°2	77

RESUME

Contexte : Classée par l'OMS parmi les dix maladies prioritaires, l'ostéoporose est un problème majeur de santé publique. L'ostéoporose est largement sous-estimée et sous-dépistée. Considérée comme une pathologie exclusivement féminine, peu de médecins généralistes s'intéressent aux hommes. L'objectif est de comprendre ce sous-dépistage en médecine générale et de l'améliorer.

Méthode : Analyse qualitative par entretiens semi-directifs et focus groups auprès des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : La principale difficulté est de penser à dépister l'ostéoporose. Les motifs de consultation en médecine générale sont variés et peu centrés sur les pratiques de prévention. Le manque de temps est un frein au dépistage. La mesure de la taille est simple, non chronophage mais peu réalisée. Tous savent pourtant qu'une perte de taille significative est corrélée à une fracture vertébrale. Les médecins critiquent le manque de sensibilité de l'ostéodensitométrie. Ils ont peur des effets secondaires des traitements anti-ostéoporotiques. Certains avouent avoir des doutes sur la fiabilité des études scientifiques. L'activité physique, la vitamine D et le calcium sont donc privilégiés. Il faut être plus systématique en consultation : mesurer la taille régulièrement chez les femmes et les hommes, utiliser un auto-questionnaire standard, développer les logiciels médicaux, réaliser une consultation dédiée au dépistage de l'ostéoporose. Certains proposent une cotation annuelle par la Sécurité sociale. Les correspondances entre les médecins et les filières de soins post-fracturaires sont à développer ainsi que la diffusion des recommandations. Enfin, les charges administratives sont contraignantes et limitent le temps dédié au dépistage. Une réforme de santé vers des maisons de santé pluridisciplinaires pourrait être une solution.

Conclusion : Le médecin généraliste se situe au centre des pratiques de prévention. L'enjeu principal est de penser à dépister cette pathologie silencieuse avant l'évènement fracturaire. Standardiser les pratiques, informer et former les médecins, sensibiliser la population sont donc essentiels pour améliorer le dépistage de l'ostéoporose.

INTRODUCTION

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, tous deux responsables d'une fragilité osseuse (1). Elle touche 200 millions de personnes dans le monde (2)(3). Cette diminution de résistance osseuse peut être estimée par la densitométrie osseuse.

L'ostéoporose est une maladie asymptomatique jusqu'au stade fracturaire. Les fractures surviennent au cours d'un traumatisme de faible énergie comme une chute de sa hauteur. Les fractures sévères telles que la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), la fracture vertébrale et la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus sont associées à une augmentation de la mortalité (4). La fracture vertébrale, qui survient le plus souvent de manière spontanée, est fréquemment asymptomatique. Seulement un tiers des fractures vertébrales sont diagnostiquées (5)(6). Les fractures périphériques telles que la fracture de l'extrémité inférieure du radius peuvent entraîner une morbidité importante et sont un facteur de risque de fractures ultérieures.

Cette pathologie représente un enjeu majeur de santé publique en raison de la morbi-mortalité et de l'impact économique qu'elle engendre. Bien que la prévalence soit plus élevée chez les femmes, la mortalité post-fracturaire est plus élevée chez les hommes (7). Parmi les sujets victimes d'une FESF, 10 à 20 % décéderont au cours des six premiers mois et 50 % conserveront un handicap chronique (8). Les fractures ostéoporotiques coûtent en France 1 à 2 milliards d'euros par an.

De nombreuses études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose (9)(10). L'ostéoporose reste encore une maladie trop souvent banalisée et assimilée au simple phénomène de vieillissement : sa prise en charge diagnostique par le médecin généraliste reste insuffisante même après une fracture (5).

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage. L'enjeu principal est le diagnostic précoce d'une pathologie silencieuse avant la survenue d'un

événement fracturaire majeur. Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale pourrait être dû à un manque de temps en consultation, à l'absence de pratique diagnostique standardisée comme une mesure systématique de la taille des adultes au même titre que la prise de la tension artérielle, au manque de sensibilisation des médecins généralistes et des patients à ce sujet, à l'absence d'intégration du risque ostéoporotique dans les logiciels médicaux. Les motifs de consultation en médecine générale sont multiples, le plus fréquemment liés à un symptôme. Malgré la publication de critères de remboursement de la densitométrie osseuse par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2006 (11), la pratique de dépistage est difficile à réaliser en consultation courante. La difficulté principale est de repérer les sujets à risque qui ne manifestent aucun symptôme. La prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose est mal connue des médecins car elle est complexe. Les patients sont généralement peu observants (12). L'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique clarifie cette prise en charge et pourrait faciliter le dépistage (13).

L'étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes a pour but de comprendre ce sous-dépistage en médecine générale et de l'améliorer.

I. Définition

L'ostéoporose est une maladie des os. C'est la plus fréquente des ostéopathies fragilisantes. Le terme « ostéoporose » signifie « os poreux ». La définition de cette pathologie a évolué au cours du temps. La survenue d'une fracture a été pendant longtemps le seul critère diagnostique de l'ostéoporose. A partir de 1990, l'ostéoporose a été définie comme une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, tous deux responsables d'une fragilité osseuse et par conséquent d'une augmentation du risque de fracture. En 1994, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a finalement retenu une définition non plus basée sur la survenue d'une fracture mais sur la seule densité minérale osseuse (DMO), mesurée par l'ostéodensitométrie (1). On parle souvent de « maladie silencieuse ». En effet, l'ostéoporose est asymptomatique jusqu'à l'évènement fracturaire.

II. Epidémiologie

A. Généralités

Il s'agit d'une maladie fréquente, à prédominance féminine (sept femmes pour un homme). Dans le monde, 200 millions de personnes souffrent d'ostéoporose.

En France, une femme sur quatre souffre d'ostéoporose à partir de 65 ans et une femme sur deux à partir de 80 ans (14). Après l'âge de 50 ans, 40 % des femmes et 15 à 20 % des hommes subiront au moins une fracture de fragilité au cours du reste de leur vie (3)(15)(16).

L'ostéoporose post-ménopausique est la plus fréquente et touche en France plus d'un tiers des femmes ménopausées. Chez l'homme, l'ostéoporose est dans un cas sur deux secondaire à une maladie ou à un traitement. Les causes les plus fréquentes sont la prise de corticoïdes, l'alcool, l'hypogonadisme et les maladies hépato-digestives.

La complication de l'ostéoporose est la fracture, survenant après un traumatisme de faible énergie comme une chute de sa hauteur. La fracture sentinelle est le premier évènement fracturaire, survenant pour un traumatisme minime, après l'âge de 45 ans, pouvant révéler une fragilité osseuse. Il s'agit le plus souvent de la fracture du poignet ou de vertèbre représentant le signe annonciateur de fractures ultérieures. Les fractures ostéoporotiques sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (près de deux tiers des fractures ostéoporotiques surviennent chez les femmes) mais les hommes souffrent d'une mortalité associée plus importante (7)(17). Chez les femmes, l'incidence des fractures ostéoporotiques est plus élevée que l'incidence combinée du cancer du sein et des maladies cardiovasculaires (18). Chez les hommes, ce risque est supérieur à celui du cancer de la prostate (19).

L'ostéoporose est devenue un enjeu de Santé Publique compte tenu des coûts humains et économiques qu'elle engendre. Le coût global de l'ostéoporose en France est de l'ordre de 2 milliards d'euros par an. La fracture la plus dévastatrice en termes de morbi-mortalité est la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

B. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur

La FESF représente 20 % des fractures ostéoporotiques et concerne surtout les patients à partir de 70 ans. En France, son incidence annuelle est estimée à 50 000. Celle-ci devrait tripler d'ici l'an 2050, au vu de l'explosion démographique que va subir la France au cours de ces vingt prochaines années (2)(8)(20)(21). La plupart des FESF surviennent à la suite d'une chute banale de sa hauteur. L'augmentation de ce type de fracture après 70 ans s'explique à la fois par la perte osseuse liée à l'ostéoporose mais aussi par une augmentation du risque de chute à cet âge (22). L'environnement du domicile est souvent propice aux chutes. Ce type de fracture entraîne quasi-systématiquement une hospitalisation. Le coût moyen d'une hospitalisation pour une FESF est de 8 000 euros (23). Compte tenu du vieillissement de la population, les dépenses de santé ne vont cesser d'augmenter. Les FESF peuvent entraîner une perte d'autonomie importante : 40 % des sujets sont incapables de marcher indépendamment un an après la fracture, 30 % sont totalement dépendants et institutionnalisés et 10 à 20 % mourront dans l'année suivant la fracture (3)(24)(25).

C. Les fractures vertébrales

Les fractures vertébrales sont les plus fréquentes et représentent 40 % des fractures ostéoporotiques. Elles surviennent surtout à partir de 60 ans. L'incidence annuelle des fractures vertébrales est de 50 000 à 75 000 mais elle est largement sous-estimée. En réalité, il y en a trois fois plus (5). Les fractures vertébrales sont le plus souvent sous-diagnostiquées compte tenu de leur caractère souvent asymptomatique et non traumatique. En France, seulement un tiers des fractures vertébrales sont diagnostiquées (13). Les fractures vertébrales ont des conséquences moins lourdes que les FESF. Toutefois, elles peuvent être très handicapantes, responsables à court terme de douleurs aiguës et à plus long terme de déformations vertébrales entraînant cyphose et douleurs chroniques. Les fractures vertébrales représentent un signe d'alarme. L'ostéoporose vertébrale est un facteur de risque essentiel d'autres fractures, vertébrales et périphériques. Parmi les patientes victimes d'une première fracture vertébrale, 20 % développeront dans

l'année suivante une nouvelle fracture vertébrale (21). Les femmes avec un antécédent d'au moins une fracture vertébrale ont un risque de nouvelles fractures vertébrales multiplié par quatre par rapport à celles sans antécédents de fractures. Ce risque augmente avec le nombre de fractures vertébrales antérieures (26). L'existence d'une fracture vertébrale multiplie par deux le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur (21). C'est pourquoi, il est primordial de prévenir la première fracture afin d'éviter cette cascade fracturaire (27).

D. Les fractures du tiers inférieur de l'avant-bras

Elles représentent 14 % des fractures ostéoporotiques. Elles surviennent plus précocement, à partir de 50 ans. L'incidence annuelle des fractures du poignet en France est de 35 000. Elles ne semblent pas associées à une augmentation de la mortalité. Ces fractures sont souvent révélatrices d'une fragilité osseuse et devraient permettre un dépistage précoce de l'ostéoporose. En effet, le risque de nouvelle fracture est multiplié par deux par rapport aux patientes qui n'ont pas d'antécédents fracturaires. Malheureusement, ces fractures périphériques de survenue précoce ne sont pas prises en charge de manière optimale (28)(29).

E. Les autres fractures ostéoporotiques périphériques

Tous les os peuvent être le siège d'une fracture ostéoporotique excepté le crâne, les os de la face, le rachis cervical, les trois premières vertèbres thoraciques, les mains et les orteils. Les autres fractures ostéoporotiques périphériques sont trop souvent négligées. Une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en 2009 concluait que le dépistage d'un antécédent de fracture de côte apparaissait capital et aussi important que le dépistage d'un antécédent de fracture du col fémoral, de vertèbre ou du poignet (30).

III. Diagnostic de l'ostéoporose

A. L'interrogatoire et l'examen clinique

L'interrogatoire doit rechercher les facteurs de risque d'ostéoporose et de chute (annexes 1 et 2). Ces derniers jouent un rôle important dans la survenue des fractures. En effet, un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans font au moins une chute chaque année et 5 % de ces chutes s'accompagnent de fractures (31)(32). On estime que 90 % des fractures de hanche résultent d'une chute (33).

L'HAS a élaboré des recommandations en 2005 facilitant le dépistage des personnes à risque de chute (34) :

- rechercher un antécédent de chute dans l'année précédente ;
- en l'absence de chute, rechercher les facteurs de risque et réaliser des tests simples (get up and go test, test unipodal, poussée sternale, walking and talking test) confirmant l'absence de risque.

Par ailleurs, la recherche d'une fracture vertébrale est un élément important en raison du caractère fréquemment asymptomatique et du risque de nouvelles fractures. Des signes d'alerte peuvent être présents :

- une notion de chute récente ;
- des rachialgies aiguës ou chroniques ;
- une déformation rachidienne ;
- une perte de taille historique égale ou supérieure à 4 cm (la référence peut être la taille sur la carte d'identité bien que discutable en raison du mode déclaratif) ou une perte de taille prospective égale ou supérieure à 2 cm (mesure répétée au cours du suivi). Ceci sous-entend la nécessité de la mesure régulière de la taille des adultes (13).

B. La radiographie standard

La radiographie standard n'a pas d'indication dans le diagnostic positif de l'ostéoporose. La méthode n'est pas assez sensible pour détecter la déminéralisation osseuse (35). Par contre, la radiographie du rachis reste indispensable au diagnostic des fractures vertébrales. Les arguments radiologiques en faveur d'une fracture vertébrale de nature ostéoporotique sont (36) :

- fracture située sous la cinquième vertèbre dorsale (T5) ;
- absence d'ostéolyse ;
- respect du mur postérieur et de l'arc postérieur.

En revanche, une fracture située au-dessus de T5, une ostéolyse ou le recul du mur postérieur doivent faire évoquer une cause maligne. Un scanner ou une IRM sera alors réalisé pour confirmer le diagnostic.

C. La densitométrie osseuse

L'ostéoporose est définie par une diminution de la résistance osseuse, pouvant être estimée par la mesure de la densité minérale osseuse. L'absorptiométrie biphotonique à rayon X est la méthode de référence actuelle en raison de sa fiabilité, son excellente reproductibilité, sa rapidité et une irradiation très faible. La mesure est réalisée sur deux sites osseux, en général le rachis lombaire et l'extrémité supérieure du fémur. En cas d'impossibilité d'interprétation (arthrose), une des mesures sera remplacée par celle du radius.

Le résultat s'exprime en gramme par centimètre carré et en déviation standard (DS) par rapport à la valeur moyenne des adultes jeunes de même sexe (T-score) ou des adultes de même âge et de même sexe (Z-score) au même site osseux (36).

Selon l'OMS, la classification diagnostique de l'ostéoporose post-ménopausique par l'ostéodensitométrie est la suivante (1) :

- normale : T-score $> - 1$ DS
- ostéopénie : $- 2,5$ DS $<$ T-score $\leq - 1$ DS
- ostéoporose : T-score $\leq - 2,5$ DS

Chez l'homme, cette définition peut être appliquée à partir de 50 ans. Avant la ménopause et chez les hommes de moins de 50 ans, l'ostéoporose est définie par un Z-score inférieur à $- 2$ DS (37).

La densitométrie osseuse permet de faire le diagnostic de diminution de densité minérale osseuse et non de fracture. Une DMO basse est associée à une augmentation du risque de fracture. Ainsi, chaque diminution d'une déviation standard de la DMO multiplie par deux le risque de fracture. Cette relation semble comparable à celle établie entre hypercholestérolémie et maladie coronarienne (38).

Une des limites de l'ostéodensitométrie est sa faible sensibilité. L'interprétation du T-score est difficile à l'échelle individuelle. Il est donc indispensable d'interpréter les résultats de la densitométrie osseuse en prenant en compte les facteurs de risque de fracture, d'autant plus que la plupart des fractures surviennent chez les sujets ostéopéniques (39).

En 2006, l'HAS a défini des critères de remboursement de la densitométrie osseuse (11) :

✓ Pour un premier examen

- Indications dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :

- En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :

- lors d'une corticothérapie systémique, prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose égale ou supérieure à 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone (il est préférable de faire l'examen en début de traitement) ;
- antécédent documenté d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite, hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un analogue de la GnRH]).

- En cas de signes d'ostéoporose :

- découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ;
- antécédent personnel de fracture périphérique de fragilité, c'est-à-dire survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical).

- Indications supplémentaires chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse) :
 - antécédent de corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose égale ou supérieure à 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone ;
 - indice de masse corporelle inférieur à 19 kg/m² ;
 - antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré ;
 - ménopause avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause.

- ✓ Pour un deuxième examen

- Chez la femme ménopausée, une seconde ostéodensitométrie peut être réalisée dans deux conditions :
 - à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors d'un arrêt précoce pour effet indésirable ;
 - chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une seconde ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la première, en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

D. Les examens biologiques

Un bilan biologique minimal est indispensable afin de ne pas méconnaître les autres ostéopathies fragilisantes et les ostéoporoses secondaires :

- hémogramme ;
- vitesse de sédimentation et CRP ;
- électrophorèse des protéines sériques ;
- calcémie, phosphorémie, phosphatases alcalines, créatinémie avec clairance ;
- 25OHD3 ;
- calciurie et créatinurie des 24 heures.

Ces résultats doivent être normaux dans l'ostéoporose primitive. La calciurie peut être abaissée témoignant d'un déficit d'apport en calcium (36).

Il existe des marqueurs biologiques du remodelage osseux capables d'évaluer l'activité de formation osseuse (ostéocalcine et phosphatases alcalines osseuses) ou de résorption osseuse (télopeptides du collagène : CTX et NTX). En raison de leur grande variabilité individuelle, leur utilisation en pratique courante est controversée. Certains l'utilisent afin d'estimer le risque fracturaire ou le suivi à court terme d'un traitement (36)(40).

E. La VFA (Vertebral Fracture Assessment ou évaluation de la morphologie vertébrale)

C'est une méthode d'acquisition d'images du rachis dorso-lombaire de face et de profil par absorptiométrie biphotonique à rayons X. La VFA peut être intéressante lors des déformations vertébrales rendant l'interprétation radiologique difficile ou chez des patients asymptomatiques au décours de la réalisation d'une densitométrie osseuse. Les avantages principaux de la VFA par rapport à la radiographie standard sont : une faible irradiation (200 fois moins qu'une radiographie thoracique et lombaire), une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Cependant, la radiographie

standard reste, à l'heure actuelle, l'examen de référence en cas de suspicion clinique de fractures vertébrales (41).

Les indications de la VFA publiées en 2007 par l'International Society for Clinical Densitometry sont (42) :

✓ Chez les femmes ménopausées

- Les femmes ménopausées avec une diminution de la DMO et un des critères suivants :
 - âge égal ou supérieur à 70 ans ;
 - perte de taille historique égale ou supérieure à 4 cm ;
 - perte de taille prospective égale ou supérieure à 2 cm ;
 - antécédent de fracture vertébrale.

- Les femmes ménopausées avec une diminution de la DMO et au moins deux des critères suivants :
 - âge entre 60 et 69 ans ;
 - antécédent de fracture non vertébrale ;
 - perte de taille historique entre 2 et 4 cm ;
 - maladies chroniques avec risque de fractures vertébrales.

✓ Chez les hommes

- Les hommes avec une DMO basse et un des critères suivants :
 - âge égal ou supérieur à 80 ans ;
 - perte de taille historique égale ou supérieure à 6 cm ;
 - perte de taille prospective égale ou supérieure à 3 cm ;
 - antécédent de fracture vertébrale.

- Les hommes avec une DMO basse et au moins deux des critères suivants :
 - âge entre 70 et 79 ans ;
 - antécédent de fracture non vertébrale ;
 - perte de taille historique entre 3 et 6 cm ;
 - traitement anti-androgénique ou antécédent d'orchidectomie ;
 - maladies chroniques avec risque de fractures vertébrales.

- ✓ Chez les femmes et les hommes
 - Dans la population générale :
 - corticothérapie égale ou supérieure à 5 mg par jour d'équivalent prednisone pendant plus de 3 mois.

 - Chez les femmes ménopausées et les hommes avec une ostéoporose documentée, si la présence d'une ou plusieurs fractures vertébrales modifie la prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

L'objectif de ce travail était de comprendre l'expérience vécue des médecins généralistes et d'étudier leurs comportements dans le dépistage de l'ostéoporose. L'approche qualitative était la plus appropriée. Il s'agit d'une démarche phénoménologique, c'est-à-dire une observation des phénomènes relatifs à l'expérience.

La triangulation des méthodes par entretiens semi-directifs combinés à des focus groups renforce la validité des résultats. Ce type d'étude permet de recueillir les pratiques courantes des médecins sur la base d'un questionnaire ouvert appelé canevas d'entretien. La compréhension du sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale et le repérage des freins au dépistage ont permis de proposer des solutions visant à l'améliorer.

II. Population interrogée

Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Les médecins participant aux entretiens semi-directifs ont été sélectionnés dans les Pages Jaunes de l'annuaire. Un échantillonnage raisonné a été obtenu en préservant la mixité et en variant les zones d'activité (urbaine et rurale). Cet échantillon reflétait la diversité de la population interrogée. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Les enquêteurs se sont présentés comme des médecins généralistes remplaçants réalisant une thèse et ont demandé un rendez-vous afin de réaliser l'entretien.

Les médecins participant aux focus groups ont été sélectionnés par bassin d'activité : le premier dans la région de Cambrai et le deuxième dans les Flandres. Le focus group de Cambrai a réuni des médecins de Cambrai, Bapaume et environs. Ils ont été invités par téléphone et sélectionnés par réseau de connaissances selon la technique de la boule-de-neige. Le focus group des Flandres a réuni des médecins de la région d'Hazebrouck. La plupart de ces médecins ont été informés par e-mail via une mailing liste de la Formation Médicale Continue (FMC) d'Hazebrouck, les autres ont été sélectionnés dans les Pages Jaunes.

III. Recueil des données

A. Les entretiens

L'étude a débuté par des entretiens semi-directifs. Le premier a permis de tester le canevas d'entretien.

Les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés au cabinet des médecins, au cours des consultations, du 24 septembre au 19 Novembre 2013.

Le focus group de Cambrai a été réalisé au domicile du premier modérateur (médecin généraliste à Escaudoeuvres) le 18 Octobre 2013 et celui d'Hazebrouck dans la salle des fêtes de la maison de retraite « Le Clos des Tilleuls » le 6 Novembre 2013. L'entretien collectif d'Hazebrouck a été animé par un modérateur différent, également médecin généraliste. Pour chaque focus group, les enquêteurs avaient un rôle d'observateur et ne participaient pas au débat afin de ne pas interférer dans la discussion et de repérer les expressions non verbales de chaque participant.

A la fin des entretiens, les participants ont reçu une information orale sur les sites du GRIO et APOROSE ainsi qu'une information écrite contenant un questionnaire d'aide au dépistage (test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation (IOF) en annexe 3) et l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique.

Les entretiens ont pris fin après saturation des données. Celle-ci a été confirmée lors d'un entretien individuel supplémentaire (onzième).

B. Le canevas d'entretien

Le canevas d'entretien comportait six questions ouvertes avec des sous-questions pour le troisième et le quatrième item (annexes 4, 5 et 6). Les idées n'étaient jamais suggérées. Afin d'approfondir certaines remarques ou incompréhensions, les questions ont été reformulées. Les médecins ont parfois été encouragés à développer leurs propos. Le canevas d'entretien a été réajusté à deux reprises, après le quatrième entretien puis après le sixième. Cette réflexivité des chercheurs est un critère de validité scientifique dans la recherche qualitative.

C. L'enregistrement

L'enregistrement a été réalisé avec le dictaphone d'un I-Phone et celui d'un I-Pad (application Audio Mémos Free) en double enregistrement pour parer à toute éventualité. L'enregistrement audio des entretiens permet une retranscription exacte. Les médecins ont été informés du respect de l'anonymat. Tous ont donné leur accord écrit pour la participation à l'étude et l'enregistrement audio (formulaire de consentement libre et éclairé en annexe 7).

D. La retranscription

Les entretiens ont été retranscrits tels quels, mot à mot, sur Microsoft Word avec une double relecture. Les syntaxes ont été conservées telles qu'elles avaient été enregistrées. Les silences, rires et expressions non verbales ont été inclus afin de renforcer le sens des déclarations. Les hésitations et les tics de langage ont été remplacés par des [...]. Par respect de l'anonymat, les médecins ont été nommés dans l'ordre de la prise de parole avec un F pour les femmes et un H pour les hommes, suivi d'un chiffre. Les médecins des focus groups ont été dénommés FGF ou FGH selon leur sexe. Les données obtenues sont appelées les verbatims (annexe 9).

Les participants avaient la possibilité de corriger leur déclaration. En effet, la retranscription leur a été soumise par e-mail pour vérification (rétroaction).

IV. Analyse des données

Les verbatims ont été codés manuellement en réalisant un tableau Microsoft Excel, en double lecture permettant une triangulation de l'analyse (annexes 10, 11 et 12). Le codage a été effectué au fur et à mesure des entretiens.

RESULTATS

I. Les entretiens

Parmi les médecins généralistes contactés, 5 ont refusé l'entretien individuel évoquant, pour 3 d'entre eux, le manque de temps. Ainsi, 11 entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le bassin Lillois : 10 rendez-vous ont été obtenus par appel téléphonique et un par l'intermédiaire d'un des médecins interrogés.

Concernant le recrutement des médecins pour les focus groups, 35 ont refusé d'y participer. Parmi eux, 2 ont accepté un entretien individuel. Au total, 2 focus groups de 8 médecins ont été organisés, un dans les Flandres et un dans la région de Cambrai.

La durée des entretiens semi-directifs variait de 7 minutes 27 secondes à 18 minutes 27 secondes avec une moyenne de 13 minutes 48 secondes. Celle des entretiens collectifs était de 54 minutes 29 secondes à 87 minutes soit une moyenne de 70 minutes 42 secondes.

II. Population étudiée

Au total, 27 médecins généralistes ont participé à l'étude, 11 femmes et 16 hommes. Toutes les tranches d'âge étaient représentées : ils avaient entre 29 et 67 ans, avec une moyenne d'âge de 48 ans. Parmi eux, 14 médecins avaient une activité urbaine, 13 une activité rurale ou semi-rurale.

Dans cet échantillon, 24 médecins recevaient des visiteurs médicaux, 22 médecins participaient aux formations médicales continues. Il y avait 2 médecins remplaçants, 5 étaient maîtres de stage.

La plupart des médecins avaient une activité d'omnipraticien. Un médecin était homéopathe, un autre spécialisé en maladies infectieuses et un troisième avait une orientation en homéopathie et en nutrition.

III. Analyse qualitative

A. Les difficultés du dépistage de l'ostéoporose en consultation

1. Une pathologie silencieuse

La principale difficulté était d'y penser.

« L'ostéoporose, ça ne m'arrive quasiment jamais d'y penser (...). Les patients ne viennent pas en disant je pense que j'ai de l'ostéoporose. » FGF4

« La seule difficulté est de l'évoquer et d'y penser (*rires*). (...) les patients ne s'en plaignent pas de l'ostéoporose, sauf quand ça casse ! » H1

« C'est une pathologie chronique, et tant qu'il n'y a pas eu d'effets secondaires comme une fracture, c'est toujours le sujet qu'on reporte à la fois prochaine. » FGH6

2. Le manque de temps en consultation

a) Les multiples motifs de consultation

« On n'a pas le temps dans une consultation pour autre chose, de gérer ces problèmes-là. » FGH1

« Ils viennent avec plein de motifs de consultation. » FGF3

« Ah [...] ce n'est pas systématique, les patients viennent pour plein de trucs à la fois donc [...] c'est quand j'y pense. » H3

b) Les multiples dépistages à réaliser

« Il faut deux minutes pour l'ostéoporose, deux minutes pour le mélanome, deux minutes pour le cancer du sein (...) on n'arrive pas à penser à tout sur une seule consultation. » FGF5

« Donc le dépistage est assez chronophage ! » FGH4

« On est multi-sensibilisés aussi, c'est ça le problème ! » FGH3

« On est obligé de penser à plein de trucs et puis c'est vraiment un truc qui arrive après (...). » FGH1

3. La mauvaise compliance des patients

a) La mesure de la taille

La perte de taille était vécue de manière péjorative par les patients.

« Ce n'est pas (...) bien perçu par les patients, ils sont un peu surpris. » FGH8

« Ils n'ont pas envie de savoir s'ils ont rétréci. » FGH6

« C'est péjoratif de perdre des centimètres, tu n'as pas envie. » FGH8

« Les personnes de plus de soixante-cinq ans sont très attachées à la tension et trouvent que la taille, c'est du temps perdu. » H6

Le déshabillage en consultation était un obstacle.

« Ce n'est pas dans les mœurs ! (...) Quand on leur demande d'enlever les chaussures, c'est un peu difficile. » FGH8

« Ils refusent d'enlever les chaussures. » H6

b) La thérapeutique

Les effets secondaires des traitements étaient difficiles à faire accepter.

« On lui a enlevé toutes ses dents, c'est devenu très contraignant, le patient ne voulait plus faire le traitement au final. » FGF6

« Quand on a l'indication de la perfusion intraveineuse d'Aclasta, les patientes sont très très réticentes (...). » F2

L'observance au long cours était mauvaise.

« (...) tu ne sais jamais trop s'ils le prennent. » H2

« C'est difficile de donner un traitement qui soit pris régulièrement. » FGH7

« J'ai proposé un traitement mais elle ne l'a pas suivi. » FGH7

« Alors maintenant, est-ce qu'elle le prend ? Ça, c'est une autre affaire ! » F4

4. La mesure de la taille controversée

Certains médecins critiquaient la recherche de perte de taille historique. La toise n'était pas pour eux un outil d'aide au dépistage fiable.

« Sur le coup je me suis dit, elle n'a pas été mesurée au moment de faire sa carte d'identité. » FGH8

« Deux personnes étaient persuadées de faire cette taille-là, donc elles ont mis ça sur leur carte d'identité. Et il y avait cinq centimètres de moins quand je les ai mesurées. » FGF5

« Tu as bien réglé ta toise ? (*rires*) » FGH6

« Je pense qu'on mesure tous les patients mais je ne suis pas sûre que ce soit le critère de prescription de la densitométrie. » FGF1

La perte de taille était perçue comme un élément trop tardif.

« Vous disiez la mesure de la taille, mais ça, c'est un peu tard ! (*rires*) » H1

« Ce n'est plus du dépistage, ils sont déjà tassés. » FGH5

5. Croyances et ostéodensitométrie

a) Le non-remboursement et la méconnaissance des critères

« Ça devrait être remboursé systématiquement, parce qu'il y a des patients qui ne veulent pas la faire. » F3

« En même temps, l'examen n'est pas hors de prix mais pour des personnes qui n'ont pas d'argent, quarante ou cinquante euros, c'est cher. » H1

« Je ne connais pas trop les critères de remboursement. » H2

« Je ne fais pas attention aux critères de remboursement. » F2

« [...] elles (*les ostéodensitométries*) sont toutes remboursées ! » FGH5

« Normalement, c'est remboursé une fois de manière systématique. » H3

b) L'accessibilité de l'ostéodensitométrie

« Il y a un problème d'accessibilité aussi, la densitométrie on ne l'a pas en claquant des doigts. » FGF6

« Ma méconnaissance des centres où ça se fait dans le secteur. » H5

« L'examen n'est pas au lieu habituel des autres radios. » FGH2

« Il y a de moins en moins de cabinets de radiologie qui font des densitométries. » FGH6

c) La fiabilité de l'ostéodensitométrie

Certains médecins avaient des doutes quant à la fiabilité de la densitométrie osseuse.

« On a des patients qui se tassent sans avoir d'ostéoporose à la densitométrie osseuse. (...) Je n'ai pas confiance en la densitométrie. Je trouve que c'est un truc qui a été survendu, qui n'est pas très fiable. (...) La densitométrie, ce n'est pas un excellent examen. » H6

« Je ne crois pas trop à la densitométrie. » FGH7

« (...) on trouve des patients qui sont tassés de tous les côtés avec une ostéodensitométrie normale, on se pose des questions quand même ! » FGH5

« Les femmes (...) peuvent se casser un col du fémur même si elles ont des densitométries tout à fait normales. » H4

6. Le flou thérapeutique pour les médecins

a) Les doutes sur l'efficacité thérapeutique et la crédibilité des études

Les traitements anti-ostéoporotiques n'avaient pas convaincu les médecins.

« Je ne crois pas aux traitements de l'ostéoporose. » FGH10

« Je pense que les médicaments ont très peu d'intérêt dans l'ostéoporose. » FGH8

« Je n'ai pas du tout confiance (...). J'ai mis un traitement et, trois ans après, ce n'était pas tellement efficace. » F4

Les médecins n'avaient pas confiance dans les résultats des études scientifiques.

« Les études, elles ne sont vraiment pas concluantes (...). Elles ont été extrêmement gonflées. » H6

« J'ai des doutes sur l'efficacité de ces produits. (...) Je me demande si c'est aussi efficace que les labos le disent ! » F3

« Ce qui fait douter de toutes ces études et (...) de leur caractère [...] vraiment scientifique ! » H4

b) La peur des effets secondaires des traitements

« Quand tu donnes des médicaments très dangereux à des milliers de personnes pour éviter une seule fracture, ce n'est pas rentable du tout. » FGH10

« Il y a un décalage entre les bénéfices attendus du dépistage de l'ostéoporose et les complications potentielles des traitements possibles. Il y a des risques à prendre en compte (...) des problèmes de chicots, de phlébites. Et les bénéfices quels sont-ils ? » FGH6

« (...) la toxicité impressionnante de certains qui sont retirés progressivement. » F3

« Qu'on essaie de faire quelque chose, d'accord, mais que ça ne soit pas au péril de la santé des gens ! » F4

Les médecins évoquaient les effets secondaires des biphosphonates, en particulier les troubles digestifs et le risque d'ostéonécrose de la mâchoire.

« Tu vas lui faire une perforation de l'œsophage avec des biphosphonates ! » FGH8

« J'entends dire que certains dentistes commencent à avoir des gros problèmes avec certaines personnes [...] j'ai peur (...). » H5

c) Les mauvaises connaissances thérapeutiques

« On n'a pas de traitements efficaces. Une fois qu'on le dépiste, qu'est-ce qu'on en fait ? » FGH8

« Et combien de temps il faut le mettre, on ne sait même pas ? » FGH3

« On ne sait pas combien d'années il faut faire le traitement (...). Toutes ces questions pour lesquelles les réponses restent un peu floues, pour nous, en médecine générale. » H4

« (...) je suis [...] en difficulté de savoir qu'est-ce qu'il faut traiter ou pas traiter. » H5

« J'avais la notion que le traitement chez les hommes était hors AMM. » FGH1

B. Propositions d'amélioration

1. Standardiser les pratiques

a) Rester vigilant

« C'est à moi d'être plus vigilant. » H1

« Il faudrait peut-être que j'y pense plus (...). » F4

« En relançant la mode de l'ostéoporose, car je pense qu'en fait, on est tous branchés dépistage mais avec tous les dépistages imposés actuellement, on oublie un peu l'ostéoporose. » FGF1

b) Mesurer les adultes

La toise était perçue comme un outil simple, à utiliser de manière systématique.

« C'est un élément intéressant. (...) Je devrais mesurer plus les personnes [...] être plus attentif. » FGH7

« Ce serait assez simple à faire quand même (*mesurer la taille*). » F1

« Pour la mesure de la taille systématique, il faudrait que je l'inclue dans le logiciel. » F2

c) Utiliser un auto-questionnaire standard

« Peut-être faire un questionnaire ostéoporose spécifique (...). » FGH9

« Un auto-questionnaire standard serait intéressant. » FGH1

d) Organiser une consultation dédiée au dépistage

« Je pense qu'il faudrait créer une consultation dédiée. » FGH1

« Il faudrait formaliser (...) une vraie consultation de dépistage où on ne parle pas des médicaments. » H6

e) Développer l'usage des logiciels médicaux

« Ce serait bien que nos ordinateurs puissent imprimer sur le dos de l'ordonnance : êtes-vous à facteurs de risque pour l'ostéoporose ? Ils mettent quatre items, les patients cochent et la prochaine fois, ils te le ramènent. » FGH3

« On peut les instaurer sur les logiciels (*les rappels*). » FGF4

« Avec les nouveaux logiciels, on a tendance à le faire (*standardiser les pratiques*) mais il faut que ça rentre dans des habitudes. » H6

« Il faudrait que je mette dans mon logiciel quelque chose de systématique (...) surtout chez les hommes ! » F2

2. Former et informer

a) Développer la formation et l'information des médecins

« Pour en revenir à la taille, il faudrait aussi peut-être qu'on nous en parle plus pendant notre formation médicale. (...) On n'est pas suffisamment sensibilisé. » FGF4

« Il faut participer aux FMC sur l'ostéoporose. » FGH6

« Je pense qu'il faudrait déjà une formation pour savoir ce qu'il faut faire tout simplement. » F1

« Par la meilleure connaissance de la liste des facteurs de risque. » H5

« Ce qu'il faudrait pour dépister, qu'on nous persuade de l'utilité d'un traitement. » FGH10

« On n'a pas de réponses claires (...) Doit-on traiter ? Qui traiter ? Comment traiter ? Autant dans l'hypertension, l'infarctus, on a des fiches de l'HAS qui sont très standardisées. (...) Autant l'ostéoporose [...] (*souffle*). » F5

« C'est de l'information avant tout évidemment ! Avant on en parlait plus, les labos surtout. » FGH5

b) Développer le statut de maître de stage

« On fait plus attention à notre pratique quand on a un stagiaire c'est vrai ! (...) Tu veux montrer l'exemple donc tu essaies de bien faire les choses (...). Et pas forcément comme tu le fais ! » FGH1

« On fait un effort surhumain pour dépister tout ce qui passe (...). » FGF1

« Je le fais rarement (*mesurer la taille*), ce sont mes internes, heureusement d'ailleurs, qui le font le plus souvent ! » F2

« Ils (*les stagiaires*) sont loin des patients mais près des bouquins (...). Ils sont un peu systématiques parfois trop (...) c'est bien, parce que, nous, on pourrait ne pas l'être assez. Cela améliore notre pratique. » H6

c) Sensibiliser et informer la population

« Il ne faut pas que nous sensibiliser, les patients aussi ! » FGF2

« (...) les freins, ce n'est pas que nous, c'est l'habitude des patients. » H6

« Ils balancent à toutes nos patientes un petit papier dans les remboursements: pensez à aller faire votre frottis ! Pensez à parler d'ostéoporose à votre médecin, ça pourrait aussi nous faire tilt ! » FGF1

« L'envoi comme l'ADCN d'un courrier à quarante-huit ans. » FGH8

3. Réformer le système de santé

a) Le dépistage de masse et les centres de dépistage

« Il y a des centres de dépistage (...). Ils ne font pas ça alors qu'ils sont purement un centre de prévention et de dépistage. » FGH3

« Pourquoi est-ce que le dépistage n'est pas pris en charge au même titre que le cancer du sein [...] par des organismes ? » FGH4

« La sécu devrait envoyer un petit questionnaire tout simple avec les remboursements trimestriels, avec les facteurs de risque pour savoir si les gens sont ciblés ou pas ciblés. Eux, ils ont tout le temps de le faire. » FGH3

« Réaliser ce dépistage de manière systématique comme pour le cancer du sein. » H1

b) Développer les filières de soins

« Il faudrait développer les filières de soins après une fracture aux urgences, améliorer la correspondance entre le traumatologue et le généraliste. » FGH7

c) Adapter la cotation de la Sécurité sociale au dépistage de l'ostéoporose

Certains médecins proposaient la mise en place d'un forfait annuel par la Sécurité sociale.

« Si la caisse nous paie sur ce genre de critères. » F4

« On a des cotations particulières de la Sécurité sociale pour faire le dépistage de la maladie d'Alzheimer, on pourrait faire aussi une cotation particulière pour le dépistage de l'ostéoporose. » FGH6

d) Développer la recherche pour le dépistage et le traitement

« Qu'on nous trouve des médicaments qui ne soient pas toxiques (...) qui soient bien tolérés. » F3

« Moi j'attends qu'il y ait (...) un dosage dans le sang qui nous dise il y a de l'ostéoporose, il faut traiter ! » FGH2

« Le PSA ostéoporotique ! » FGH4

« Trouver un autre moyen de dépistage, plus rapide ou plus accessible. » FGF4

« Un traitement efficace ! » FGH8

e) Les correspondances avec les gynécologues

Les patientes consultaient leur gynécologue sans courrier du médecin traitant.

« Mais on a du mal à avoir un retour sur ce qu'ils font (...). Il y a peu de communication. » FGH3

« Oui, parce que les gynécos, elles ont le droit d'y aller sans lettre du médecin traitant donc on ne sait pas quand elles y vont (...). On n'a pas un réseau assez développé avec les gynécos ! » FGF2

« Je n'ai jamais de résultats de la densitométrie prescrite par le gynéco (...) et après, avec l'âge les patientes n'y vont plus [...] il n'y a plus de suivi. » FGH2

f) Des maisons de santé pluridisciplinaires

Les médecins évoquaient tous les tâches administratives vécues comme contraignantes et chronophages. Un des médecins proposait de les alléger et de déléguer certaines tâches.

« Les infirmières pèsent, mesurent, posent des questions, le psychologue voit les patients et (...) le médecin fait son boulot de médecin. » FGH1

DISCUSSION

I. Explication de la méthode

L'ostéoporose est sous-dépistée en médecine générale. L'enjeu de cette étude était de comprendre les difficultés des médecins généralistes face à ce dépistage et de proposer des solutions visant à l'améliorer. L'analyse qualitative est la méthode la plus appropriée. Elle consiste à explorer des opinions, des sentiments, des comportements, ce qui est difficilement réalisable avec une méthode quantitative. Le but n'est pas de mesurer mais de comprendre les phénomènes sociaux.

Le recrutement des médecins interrogés a été complexe. Certains ont refusé de participer par peur de l'inconnu. En effet, le sujet de l'étude n'a pas été volontairement dévoilé pour ne pas biaiser les réponses. Le canevas a été élaboré en entonnoir de façon à amener le sujet progressivement. Concernant les focus groups, la plupart des participants ont été recrutés par réseau de connaissances, selon la technique de la boule-de-neige et informés du sujet afin de les encourager à se déplacer.

Dans une étude qualitative, l'échantillonnage est théorique, c'est-à-dire raisonné et non aléatoire (43). Les participants ont ainsi été sélectionnés par relation et dans les Pages Jaunes de l'annuaire de manière à obtenir un échantillonnage en variation maximale. Les médecins ont été choisis en fonction des critères suivants : âge, sexe, secteur d'activité.

Les entretiens semi-directifs et les focus groups ont consisté en des questions ouvertes dans un climat convivial permettant la liberté d'expression. Un entretien directif avec questions fermées aurait entraîné une perte importante de données. Les focus groups étaient plus interactifs et ont permis de susciter une dynamique de

groupe. Les participants échangeaient leurs expériences et leurs opinions, le but étant d'apporter des idées nouvelles.

Lors des premiers entretiens, certaines questions ont été reformulées oralement, notamment celles concernant la mesure de la taille et les outils d'aide au dépistage. Ce qui a conduit à réajuster le canevas d'entretien à deux reprises pour limiter l'influence des enquêteurs dans les réponses.

II. Les forces de l'étude

L'approche du dépistage de l'ostéoporose par la mesure de la taille en consultation a été peu étudiée. De plus, des travaux quantitatifs ont été réalisés sur le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale (44)(45). Ce type d'étude a permis de constater la méconnaissance des médecins généralistes sur le sujet sans pouvoir l'expliquer complètement. En effet, dans une étude quantitative, les réponses sont suggérées à l'aide d'un questionnaire structuré limitant ainsi la liberté d'expression des participants et la richesse du recueil.

Chaque participant a signé un formulaire de consentement libre et éclairé expliquant la méthode, l'intérêt d'un enregistrement audio et assurant le respect de la confidentialité.

Ce travail a respecté les critères de validité scientifique. La validité interne a été obtenue par la triangulation des méthodes, de l'analyse et la réflexivité des chercheurs. La validité externe s'explique par la saturation des données avec un échantillonnage en variation maximale. Les médecins interrogés ont été choisis de manière à assurer la diversité de la population médicale. Le recueil des données a pris fin à partir du moment où aucune idée nouvelle n'émergeait (46)(47). La saturation a été confirmée lors d'un entretien supplémentaire. Les entretiens ont été retranscrits tels quels pour en faire l'analyse la plus juste possible, puis envoyés par courriel aux participants afin d'obtenir leur validation.

Les entretiens semi-directifs ont eu lieu dans le cabinet médical des médecins généralistes interrogés, le plus souvent entre deux consultations. L'accueil a toujours été très chaleureux et le cadre professionnel n'a eu aucun impact sur la qualité des réponses. En ce qui concerne les entretiens collectifs, ceux-ci se sont déroulés hors contexte professionnel, dans une ambiance conviviale autour d'un cocktail dînatoire. La plupart des médecins ont perçu ces entretiens comme positifs. Ces derniers ont été finalement un moyen de les sensibiliser au dépistage de l'ostéoporose.

A la fin des entretiens, une information orale et écrite des récentes recommandations sur la prise en charge de l'ostéoporose (actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique) ainsi qu'une aide au dépistage des personnes à risque d'ostéoporose (test rapide du risque d'ostéoporose de l'IOF) ont été remises aux participants.

III. Les limites de l'étude

Dans les focus groups, il existe un biais externe lié à la personnalité des participants. La présence d'un leader d'opinion a tendance à inhiber certaines personnes, plus réservées. Cependant, le modérateur a pris soin de donner la parole à tous les participants.

Les enquêteurs ont réalisé les entretiens individuels. La connaissance du sujet, la volonté de croiser les données et la possibilité de relancer la discussion ont pu créer un biais d'investigation.

La plupart des médecins du focus group de Cambrai se connaissaient par relation privée ou professionnelle, ce qui a pu constituer une limite de recrutement.

IV. Analyse des résultats

L'ostéoporose est une pathologie asymptomatique d'évolution insidieuse jusqu'à la complication représentée par la fracture. Elle est reconnue comme un problème de santé publique par l'HAS depuis le 9 Août 2004 (11). Cette pathologie est souvent sous-estimée en médecine générale. Pourtant, l'ostéoporose est classée par l'OMS parmi les dix premières maladies prioritaires. Il s'agit d'une pathologie très fréquente aux conséquences lourdes. Selon l'International Osteoporosis Foundation, le risque de fracture ostéoporotique chez les femmes est plus élevé que les risques combinés de cancer du sein, de l'ovaire et de l'utérus. Pour les hommes, ce risque est supérieur à celui du cancer de la prostate. Par ailleurs, le risque de décès lié à une fracture de hanche chez une femme de 50 ans est similaire au risque de décès par cancer du sein (3)(48). Malgré ces constatations, l'ostéoporose est largement sous-dépistée en médecine générale comme l'ont montré plusieurs études (10)(49). La plupart des médecins connaissent les facteurs de risque d'ostéoporose mais ne les recherchent pas. L'ostéoporose n'est pas une priorité en médecine générale par rapport à la prise en charge d'autres pathologies en particulier cardiovasculaires. Comme le souligne une enquête sur la prise en charge de l'ostéoporose, réalisée auprès de médecins généralistes en France dans le cadre du Congrès de Rhumatologie en 2005, 93 % des généralistes estimaient jouer un rôle central dans la prise en charge de l'ostéoporose. Cependant, en pratique quotidienne, ils la situaient loin derrière l'hypertension, le diabète, l'arthrose et la dépression (50). Une des principales difficultés est d'y penser. Les motifs de consultation sont variés mais pourtant rarement portés sur la prévention. Les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans le dépistage mais celui-ci est souvent associé au dépistage de masse.

Il faut rester vigilant devant ce type de pathologie silencieuse et essayer de standardiser les pratiques. Un auto-questionnaire spécifique sur l'ostéoporose pourrait être proposé à toutes les femmes ménopausées mais aussi aux hommes à partir de 65 ans. Une consultation annuelle dédiée exclusivement au dépistage pourrait être envisagée. Développer les logiciels médicaux en faveur du dépistage de l'ostéoporose aiderait les médecins généralistes à y penser : intégrer des notes de rappel et un questionnaire des facteurs de risque. Deux médecins ont même proposé

la mise en place d'un forfait annuel par la Sécurité sociale comme c'est déjà le cas pour les Affections de Longue Durée.

La mesure de la taille devrait être systématique comme la mesure de la tension artérielle. La plupart des médecins reconnaissent que la toise est un outil d'aide au dépistage simple et non chronophage mais ils ne l'utilisent pas. Moins d'un tiers des médecins ont déclaré mesurer leurs patients régulièrement et 7,4 % des médecins ont avoué ne jamais mesurer les hommes. Cet outil pourrait pourtant être un moyen simple, chez les hommes comme chez les femmes, pour pallier au sous-dépistage de l'ostéoporose. Seulement un tiers des fractures vertébrales sont diagnostiquées (13)(27). Tous les médecins savent néanmoins qu'une perte de taille significative peut être associée à une fracture vertébrale. Plusieurs études ont montré une corrélation nette entre la perte de taille et la présence de fractures vertébrales (51)(52)(53). La recherche de fractures vertébrales par imagerie est recommandée devant une perte de taille prospective égale ou supérieure à 2 cm (52) ou une perte de taille historique supérieure à 6 cm. Cependant, la perte de taille d'au moins 6 cm n'a qu'une sensibilité de 30% (53). L'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique préconise la recherche de fractures vertébrales par radiographie standard ou par VFA devant une perte de taille historique égale ou supérieure à 4 cm (mesure de la taille comparée à la taille rapportée à l'âge de 20 ans) ou une perte de taille prospective égale ou supérieure à 2 cm (mesure répétée de la taille au cours du suivi) (13).

La mesure de la taille semble controversée. Certains médecins ont des doutes quant à l'intérêt de la mesure de la taille dans le dépistage de l'ostéoporose. Ils critiquent le mode déclaratif (taille à l'âge de 20 ans) et ne considèrent pas la recherche de perte de taille historique comme un bon indicateur. De plus, le réglage de la toise représente un biais pour beaucoup de médecins. La découverte d'un tassement vertébral est, pour d'autres, un diagnostic trop tardif pour lequel on ne peut plus intervenir. Pourtant, celui-ci est un véritable signe annonciateur d'autres fractures, vertébrales et périphériques. Les femmes avec un antécédent d'au moins une fracture vertébrale ont un risque de nouvelles fractures multiplié par quatre par rapport à celles sans antécédents de fractures. Ce risque augmente avec le nombre

de fractures vertébrales antérieures. L'existence d'une fracture vertébrale multiplie par deux le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur (21)(26). C'est pourquoi, il est primordial de prévenir la première fracture et de savoir dépister la fracture sentinelle afin d'éviter cette cascade fracturaire (54).

Un autre frein à la mesure de la taille semble être le manque de sensibilisation des médecins. La mesure de la taille des patients n'est pas, pour le médecin, une pratique habituelle et standardisée. Durant les études médicales, peu de stages sont réalisés en médecine ambulatoire. La formation universitaire est principalement hospitalière. Les médecins généralistes ne sont pas assez formés aux soins de santé primaires. Or, ils se situent au cœur du système de santé. Le statut de maître de stage semblerait améliorer les pratiques de prévention. Certains médecins, maîtres de stage, ont déclaré changer leurs habitudes en présence d'étudiants, ceux-ci ayant une meilleure formation ambulatoire. De plus, le fait d'être observés amènerait les médecins à mesurer davantage leurs patients et à être plus sensibilisés au dépistage. Une revue de la littérature publiée en 2013 a tenté de trouver des solutions afin de renforcer les soins de santé primaires en France. Une des solutions serait de réorienter la formation médicale vers les soins primaires ambulatoires (55).

De plus, la mesure de la taille est souvent mal perçue par les patients. Ces derniers voient la perte de taille comme un phénomène lié au vieillissement. Contrairement à la prise de la tension artérielle à laquelle les patients semblent très attachés, la mesure de la taille n'est pas tellement inscrite dans les mœurs. Par ailleurs, il existe un obstacle net au déshabillage, la majorité des patients refusant d'enlever leurs chaussures. Ces réticences ont tendance à décourager les médecins. Il faudrait sensibiliser davantage la population au dépistage de l'ostéoporose. D'après le Baromètre santé médecins généralistes de 2009, 85% des médecins interrogés estimaient que des campagnes d'information grand public pourraient faciliter les pratiques de prévention dont le dépistage (56).

Des doutes persistent quant à la fiabilité de l'ostéodensitométrie. Un tiers des médecins ont avoué ne pas avoir confiance dans les résultats, mais la majorité d'entre eux continuent à prescrire cet examen. Certains critiquent le manque de

sensibilité, pourtant largement décrit (57)(58). La majorité des fractures de fragilité surviennent chez des patientes ostéopéniques. Dans plusieurs études, moins de la moitié des fractures ostéoporotiques survenaient chez des patientes avec un T-score inférieur ou égal à - 2,5 DS, c'est-à-dire avec une DMO de niveau ostéoporotique (39)(59). La densitométrie osseuse est cependant, de nos jours, l'examen le plus performant en raison de sa reproductibilité, sa fiabilité et sa spécificité (35)(60). L'interprétation des résultats reste difficile à l'échelle individuelle, d'où l'intérêt d'intégrer les facteurs de risque d'ostéoporose d'un patient aux résultats densitométriques (57)(58). L'ostéodensitométrie ne permet pas le diagnostic de fracture mais de diminution de la densité minérale osseuse. L'outil FRAX® a ainsi été proposé par l'OMS pour l'évaluation du risque individuel fracturaire. Celui-ci repose sur la combinaison de la mesure de la DMO et des facteurs cliniques de risque de fracture (61)(62). Le FRAX® permet ainsi de calculer la probabilité à 10 ans de fracture de l'extrémité supérieure du fémur et des fractures majeures de l'ostéoporose (regroupant celle du col fémoral, de l'humérus, du poignet ainsi que les fractures vertébrales cliniques). L'outil FRAX® est un bon outil pédagogique. Il est à intégrer dans certaines situations où la décision thérapeutique est peu évidente (63).

La densitométrie osseuse apparaît pour la plupart des médecins interrogés comme difficile d'accès. Les médecins généralistes semblent mal connaître les modalités de réalisation de cet examen. Ils ne savent pas où adresser leurs patients. Le non-remboursement de l'ostéodensitométrie est également un obstacle, les patients refusant de réaliser l'examen. Les médecins considèrent que l'existence des critères de remboursement est un frein au dépistage de l'ostéoporose. En réalité, beaucoup ne les connaissent pas et ne suivent pas les recommandations HAS. Une étude réalisée auprès de 60 médecins généralistes dans la région Languedoc-Roussillon objectivait les mêmes résultats : l'ostéodensitométrie était prescrite en l'absence de facteurs de risque d'ostéoporose dans 30 % des cas et, à l'inverse, elle n'était prescrite que chez 53,8 % des femmes ayant au moins un facteur de risque d'ostéoporose selon les conditions de remboursement (64). Les médecins interrogés ont proposé la mise en place d'un dépistage de masse avec réalisation d'une ostéodensitométrie de manière systématique, chez la femme ménopausée et chez l'homme à partir de 65 ans. Cependant, un dépistage généralisé à la population n'apparaît pas justifié, à ce jour, par l'OMS contrairement à d'autres organismes

internationaux. L'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recommande la réalisation d'une ostéodensitométrie chez les femmes à risque entre 60 et 65 ans et chez toutes les femmes à partir de 65 ans. Les données sont actuellement insuffisantes pour conclure quant à la balance bénéfice-risque d'un dépistage systématique de l'ostéoporose chez l'homme (65).

Une des grandes difficultés en médecine générale est la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose. Seule une minorité de patients ostéoporotiques ou à risque élevé sont traités correctement. La plupart des études retrouvent que moins de 40 % des femmes ménopausées fracturées sont correctement prises en charge (9)(66). Dans l'étude réalisée auprès de 60 médecins généralistes dans la région Languedoc-Roussillon, seuls 38,4 % des traitements ont été débutés selon les indications de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) de 2006 et après réalisation d'une densitométrie osseuse dans les conditions de remboursement (64)(67). Les médecins décrivent un flou thérapeutique dans le domaine de l'ostéoporose : leurs connaissances sur les indications, le type et la durée des traitements sont insuffisantes. Aucun des médecins n'était informé de l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Il faudrait davantage les sensibiliser et développer leur formation via les formations médicales continues, en particulier sur l'ostéoporose masculine. Celle-ci est très mal connue des médecins généralistes. Pour la plupart d'entre eux, la représentation du patient ostéoporotique est une femme ménopausée et maigre. Seulement 14,8 % des médecins ont affirmé dépister l'ostéoporose chez les hommes au même titre que chez les femmes. Pourtant, au moins un tiers des fractures ostéoporotiques surviennent chez l'homme (17).

Il existe des doutes quant à la fiabilité des études scientifiques. Un tiers des médecins ont déclaré ne pas faire confiance aux résultats des études scientifiques soupçonnant des conflits d'intérêts. Ce sentiment avait déjà été évoqué lors d'un travail de thèse réalisé entre 2008 et 2009 en Lorraine (68). De plus, les médecins pensent que l'abandon progressif des THS, en raison de leurs effets secondaires, a laissé place aux autres traitements anti-ostéoporotiques qu'ils jugent inefficaces. L'arsenal thérapeutique proposé est ainsi assimilé à un business pharmaceutique. Ces faits ont également été décrits dans une autre étude, réalisée en 2001 auprès

de médecins généralistes et de chirurgiens orthopédistes, dont le but était de mieux comprendre les obstacles au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose. En effet, 91 % des médecins généralistes avouaient ne pas être convaincus par les études de l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques (69). Les médecins ne semblent pas vouloir dépister une pathologie pour laquelle ils n'ont pas de solutions thérapeutiques efficaces. Les médecins interrogés ont surtout évoqué les biphosphonates. Pourtant, ces traitements ont fait preuve d'efficacité en termes de diminution du risque fracturaire. Des études sans conflits d'intérêts ont montré leur efficacité. Dans une étude américaine incluant plus de 2400 femmes ménopausées ayant au moins une fracture vertébrale, l'incidence des fractures non vertébrales a diminué significativement de 39 % et celle des fractures vertébrales de 41 % après 3 ans de traitement à raison de 5 mg par jour de risédronate (70). Dans une autre étude incluant 4432 femmes ménopausées sans antécédents de fractures vertébrales mais avec une densité minérale osseuse basse, la prise quotidienne de 5 mg d'alendronate pendant 2 ans puis 10 mg pendant 2 ans a augmenté la DMO à tous les sites osseux mesurés. On a observé également une réduction significative de 36 % du risque de survenue de fractures cliniques chez les femmes atteintes d'ostéoporose. De même, le risque de survenue de fractures vertébrales radiographiques chez les femmes avec une DMO basse a significativement diminué de 44 % (71). La plupart des études ont été réalisées chez les femmes. Chez l'homme, certains traitements anti-ostéoporotiques ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) comme l'alendronate et le risédronate (72).

Par ailleurs, les médecins, comme les patients, ont peur des effets secondaires de ces molécules décrites comme toxiques. Les médecins ont surtout évoqué les problèmes digestifs et le risque d'ostéonécrose de la mâchoire liés aux biphosphonates. Dans l'étude de C. Simonelli et K. Killeen sur les obstacles à la prise en charge de l'ostéoporose, 61 % des médecins généralistes interrogés déclaraient que les effets secondaires des médicaments étaient un des principaux facteurs limitant la prescription thérapeutique (69). Concernant les effets secondaires, en particulier digestifs, les essais randomisés contrôlés n'ont pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes traitements versus placebo (70)(71). Quant à l'ostéonécrose de la mâchoire, cet événement indésirable est considéré comme très rare (inférieur à 1/100 000 patients-années) chez les patients recevant un

biphosphonate par voie orale aux doses recommandées dans le traitement de l'ostéoporose (73).

La non-observance thérapeutique, souvent rencontrée au cours des maladies chroniques, est un problème récurrent. Une méta-analyse de la littérature retrouve que près d'une patiente sur deux arrête son traitement dans l'année qui suit, les autres suivent de manière imparfaite les prescriptions (74). Le rôle du médecin est d'informer et d'éduquer les patients. Cependant, une étude quantitative réalisée en 2012 sur l'observance du traitement dans l'ostéoporose en médecine générale concluait que celle-ci ne semblait pas être une priorité pour les médecins face à l'insuffisance cardiaque, au diabète, à l'hypertension artérielle, à la BPCO (12). Les conditions de prise des biphosphonates sont contraignantes pour les patients mais doivent être respectées de manière rigoureuse afin de limiter les effets indésirables digestifs. La commercialisation de traitements à prise hebdomadaire voire annuelle devrait améliorer l'observance au traitement.

La supplémentation vitamino-calcique et l'exercice physique semblent être, pour les médecins interrogés, les seules mesures efficaces pour prévenir et traiter l'ostéoporose. Dans l'étude, 14,8 % des médecins ont abandonné définitivement les traitements anti-ostéoporotiques au profit de ces règles hygiéno-diététiques. Un apport calcique quotidien de 1200 mg est préconisé chez la femme de plus de 50 ans. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) recommande 3 produits laitiers par jour. Concernant la vitamine D, la plupart des médecins dosent et supplémentent leurs patients. D'après les dernières recommandations de l'HAS, la supplémentation vitamino-calcique réduit le risque de fractures non vertébrales dans une population à risque de fracture. Cependant, il n'est pas raisonnable de doser systématiquement la vitamine D chez toutes les personnes âgées de plus de 65 ans (75). De plus, une activité physique avec impact (course à pied, step, gymnastique) semble ralentir la perte osseuse chez les femmes ménopausées (76)(77). Selon l'Afssaps, l'activité physique doit être réalisée en charge pendant une heure 3 fois par semaine. L'INPES conseille 30 minutes de marche par jour.

La loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie permet au patient de consulter directement son gynécologue, sans être adressé par son médecin traitant (78). Cette loi a pour but de simplifier le parcours de soins. Cela peut entraîner une perte d'informations médicales, notamment concernant les comptes rendus d'ostéodensitométrie. Les patients ne sont pas souvent aptes à restituer, avec exactitude, les informations à leur médecin traitant.

Par ailleurs, les filières de soins post-fracturaires sont peu développées. La prise en charge de la première fracture périphérique, non traumatique, est déterminante afin d'éviter la cascade fracturaire. Or, la plupart de ces fractures, prises en charge aux urgences, ne feront pas l'objet d'un dépistage de l'ostéoporose par le médecin traitant. Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes montrait pourtant que la majorité des patientes vues aux urgences pour première fracture périphérique non traumatique d'allure ostéoporotique, revoyait leur médecin traitant. Cependant, seulement la moitié a été considérée comme ostéoporotique et 35 % ont eu un traitement. De plus, aucun des traumatologues ne faisait d'autres prises en charge que le traitement orthopédique (28). La sensibilisation des urgentistes et des traumatologues est primordiale afin d'assurer la coordination du parcours de soins avec les médecins généralistes. Il est important d'informer le patient du caractère ostéoporotique de sa fracture. Cette prise en charge multidisciplinaire est possible. En effet, des modèles de filières de soins ont été expérimentés et ont prouvé leur intérêt comme l'a démontré Zarnitsky en 2005 (79).

Enfin, les médecins évoquent un manque de temps lors d'une simple consultation devant les nombreux dépistages auxquels ils doivent penser. Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), réalisée en 2002, rapportait une durée moyenne de consultation de 16 minutes en médecine générale de ville (80). Dans le Baromètre santé médecins généralistes publié en 2009, disposer de plus de temps faciliterait les pratiques de prévention pour 91,4 % des médecins (56). Les médecins interrogés ont tous mentionné les tâches administratives, vécues comme contraignantes et chronophages, réduisant ainsi le temps consacré aux mesures de prévention. Comme le souligne B.Gay dans la revue de la littérature « Repenser la place des soins de santé primaires en France », la médecine générale est une spécialité

clinique dédiée aux soins de santé primaires. Il devient difficile de préserver du « temps médecin » face à la charge administrative (55). Un des médecins a suggéré de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels paramédicaux et d'alléger les charges administratives. Une réforme de santé vers le développement des maisons de santé pluridisciplinaires pourrait être une solution pour consacrer la totalité du « temps médecin » au patient.

CONCLUSION

L'ostéoporose est largement sous-dépistée en médecine générale, en particulier chez les hommes. Or, le médecin généraliste se situe en première ligne des pratiques de prévention.

La première difficulté évoquée est de penser à dépister et de faire accepter le dépistage de l'ostéoporose aux patients. La toise est un outil simple d'aide au dépistage. Il faut essayer de standardiser les pratiques. La mesure de la taille devrait être systématique au même titre que la mesure de la tension artérielle. Sensibiliser la population au dépistage de l'ostéoporose et inscrire cet outil dans les mœurs semblent importants.

La plupart des médecins décrivent un flou dans le domaine thérapeutique. Les traitements anti-ostéoporotiques n'ont pas convaincu les médecins généralistes en raison de la peur des effets secondaires et des doutes sur leur efficacité. Ils évoquent un manque d'objectivité de la part des études scientifiques et parlent même de business thérapeutique. Les deux certitudes qu'ont les médecins actuellement sont l'exercice physique et la supplémentation vitamino-calcique. Diffuser l'information et mieux former les médecins via des formations médicales continues favoriseraient le dépistage en consultation et la réalisation de l'ostéodensitométrie en suivant les recommandations de l'HAS. La présence d'étudiants en consultation semble améliorer les pratiques de prévention.

Une consultation annuelle dédiée à la femme ménopausée et aux hommes à partir de 65 ans permettrait de pallier au sous-dépistage de l'ostéoporose. Intégrer l'ostéoporose dans les logiciels médicaux ou instaurer une cotation annuelle par la Sécurité sociale faciliteraient cette prise en charge. Les filières de soins post-fracturaires sont peu exploitées. Les correspondances entre les médecins et l'information du patient après une première fracture sont à encourager. Enfin, les

tâches administratives sont contraignantes et limitent le temps dédié à la consultation de médecine et au dépistage. Réformer le système de soins vers une médecine avec assistants permettrait de consacrer la totalité du « temps médecin » au patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé. Evaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post ménopausique. Série de rapports techniques 843, Genève, OMS 1994.
2. Reginster J-Y, Burlet N. Osteoporosis: A still increasing prevalence. *Bone*. févr 2006;38(2, Supplement 1):4-9.
3. International Osteoporosis Foundation. Facts and Statistics [Internet]. Disponible sur: <http://www.iofbonehealth.org/facts-statistics#category-14>
4. Bliuc D NN. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *JAMA*. 4 févr 2009;301(5):513-521.
5. Funck-Brentano T, Orcel P. Ostéoporose. *EMC - Traité Médecine AKOS*. janv 2010;5(3):1-12.
6. Fechtenbaum J. Morphométrie vertébrale par densitométrie. *J Radiol*. oct 2009;90(10):1386.
7. Guggenbuhl P. Ostéoporose de l'homme et de la femme : est-ce vraiment différent ? *Rev Rhum*. nov 2009;76(10-11):952-958.
8. Riggs BL, Melton LJ 3rd. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone*. nov 1995;17(5 Suppl):505S-511S.
9. Rousière M. De l'importance de prendre en charge l'ostéoporose. *Presse Médicale*. oct 2011;40(10):900-909.
10. Bonjour JP, Cormier C, Marcelli C. L'observatoire OPTIMOS : prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale. *Lett Rhumatol*. oct 2003;(295).
11. Haute Autorité de santé (HAS). Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. 2006.
12. Havet D. L'observance dans l'ostéoporose, le point de vue du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
13. Briot K, Cortet B, Thomas T, Audran M, Blain H, Breuil V, et al. Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. *Rev Rhum*. mai 2012;79(3):264-274.

14. Danet S. Etudes et résultats. L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011. Drees. juin 2012;(805):314-315.
15. Cortet B, Briot K, Audran M. L'ostéoporose masculine : savoir y penser, savoir la traiter. *Lett Rhumatol.* déc 2007;(337).
16. Melton LJ, Chrischilles EA, Cooper C, Lane AW, Riggs BL. How Many Women Have Osteoporosis? *J Bone Miner Res.* 2005;20(5):886-92.
17. Blain H. L'ostéoporose masculine: épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, prévention et traitement. *Rev Médecine Interne.* déc 2004;25, Supplement 5:S552-S559.
18. Cauley JA, Wampler NS, Barnhart JM, Wu L, Allison M, Chen Z, et al. Incidence of fractures compared to cardiovascular disease and breast cancer: the Women's Health Initiative Observational Study. *Osteoporos Int.* 16 juill 2008;19(12):1717-1723.
19. International Osteoporosis Foundation. Réagir face aux fractures [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.iofbonehealth.org/reports>
20. Baudoin C. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Epidémiologie et impact économique : Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. *Presse Médicale.* 1997;26(30):1451-1456.
21. Meunier PJ. Introduction : les défis épidémiologiques et thérapeutiques de l'ostéoporose. *Rev Rhum.* juin 2005;72, Supplement 1:S1-S3.
22. Dargent-Molina P. Aspects épidémiologiques des fractures ostéoporotiques. *Cah Année Gérologique.* 1 sept 2009;1(3):164-171.
23. Maravic M, Le Bihan C, Landais P, Fardellone P. Incidence and cost of osteoporotic fractures in France during 2001. A methodological approach by the national hospital database. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* déc 2005;16(12):1475-1480.
24. Holroyd C, Cooper C, Dennison E. Epidemiology of osteoporosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* oct 2008;22(5):671-685.
25. Cooper C. The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *Am J Med.* 18 août 1997;103(2, Supplement 1):S12-S19.
26. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA 3rd, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* avr 2000;15(4):721-739.
27. Genant HK, Bouxsein ML, Chapurlat R, Devogelaer J-P, Roux C. Prise en charge des fractures vertébrales. *Int Osteoporos Found.* mars 2011;

28. Briançon D, de Gaudemar J-B, Forestier R. La prise en charge médicale de l'ostéoporose après fractures périphériques chez la femme de plus de 50 ans. *Rev Rhum.* mars 2004;71(3):216-219.
29. Malochet-Guinamand S, Chalard N, Billault C, Breuil N, Ristori J-M, Schmidt J. Après une fracture périphérique survenant chez une femme ménopausée : comment est faite la prise en charge de l'ostéoporose et quel est l'impact de l'information donnée au médecin généraliste ? *Rev Rhum.* déc 2005;72(12):1320-1325.
30. Pot-Vaucel M. Importance du dépistage de la fracture de côte dans la prise en charge de l'ostéoporose [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2008.
31. Dargent-Molina P, Bréart G. Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 1995;43(1):72-83.
32. Dargent-Molina P. Épidémiologie et facteurs de risque d'ostéoporose. *Rev Médecine Interne.* déc 2004;25:S517-S525.
33. Dargent-Molina P, Favier F, Grandjean H, Baudoin C, Schott AM, Hausherr E, et al. Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOS prospective study. *Lancet.* 20 juill 1996;348(9021):145-149.
34. Haute Autorité de santé (HAS). Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. 2005.
35. Orcel P. Recommandations de l'ANAES sur le diagnostic de l'ostéoporose. *Lett Rhumatol.* sept 2003;(294):8-12.
36. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Item 56 Ostéoporose. nov 2005;36-38.
37. Leslie WD, Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Hodsman AB, Kendler DL, McClung M, et al. Application of the 1994 WHO classification to populations other than postmenopausal Caucasian women: the 2005 ISCD Official Positions. *J Clin Densitom Off J Int Soc Clin Densitom.* mars 2006;9(1):22-30.
38. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ.* 18 mai 1996;312(7041):1254-1259.
39. Schuit SC., van der Klift M, Weel AEA., de Laet CED., Burger H, Seeman E, et al. Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone.* janv 2004;34(1):195-202.
40. Cortet B. Diagnostic de l'ostéoporose: quels examens biologiques faut-il faire ? *Presse Médicale.* oct 2006;35(10, Part 2):1540-1542.
41. Grados F, Fechtenbaum J, Flipon E, Kolta S, Roux C, Fardellone P. Radiographic methods for evaluating osteoporotic vertebral fractures. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* mai 2009;76(3):241-247.

42. Schousboe JT, Vokes T, Broy SB, Ferrar L, McKiernan F, Roux C, et al. Vertebral Fracture Assessment: The 2007 ISCD Official Positions. *J Clin Densitom.* janv 2008;11(1):92-108.
43. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés? *Cent Doc Rech En Médecine Générale.* 20 févr 2003;(294).
44. Payard A. Evaluation de la pratique du dépistage de l'ostéoporose féminine en médecine générale: enquête auprès de 150 médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.
45. Nguyen-Cuu N-T. Dépistage des facteurs de risque d'ostéoporose en médecine ambulatoire: étude prospective d'un échantillon de 100 patientes ménopausées dans un cabinet de ville à Meaux de novembre 2007 à avril 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
46. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol.* mars 2004;10(1):79-86.
47. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie. *Exercer.* 2009;20(88):106-112.
48. Cummings SR, Black DM, Rubin SM. Lifetime risks of hip, colles', or vertebral fracture and coronary heart disease among white postmenopausal women. *Arch Intern Med.* 1 nov 1989;149(11):2445-2448.
49. Roux C, Fardellone P, Lespessailles E, Cotté F-E, Mercier F, Gaudin A-F. Prévalence des facteurs de risque référants pour l'indication d'une densitométrie osseuse chez les femmes postménopausées. L'étude INSTANT. *Rev Rhum.* déc 2008;75(12):1243-1248.
50. Iovene A, Malochet-Guinamand, Soubrier, Ristori J-M. Prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale. 18ème Congrès Fr Rhumatol Paris. 2005;
51. Xu W, Perera S, Medich D, Fiorito G, Wagner J, Berger LK, et al. Height loss, vertebral fractures, and the misclassification of osteoporosis. *Bone.* 1 févr 2011;48(2):307-311.
52. Krege JH, Siminoski K, Adachi JD, Misurski DA, Chen P. A simple method for determining the probability a new vertebral fracture is present in postmenopausal women with osteoporosis. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* 2006;17(3):379-386.
53. Siminoski K, Warshawski RS, Jen H, Lee K. The accuracy of historical height loss for the detection of vertebral fractures in postmenopausal women. *Osteoporos Int.* 1 févr 2006;17(2):290-296.
54. Thomas T. La prévention de la première fracture ostéoporotique. *Rev Rhum.* juin 2007;74, Supplement 1:S2-S4.

55. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juin 2013;61(3):193-198.
56. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp>
57. Roux C, Dougados M. Densitométrie osseuse et ostéoporose post-ménopausique. *Médecine Thérapeutique Endocrinol Reprod*. 21 mai 2001;3(2):154-9.
58. Roux C. Peut-on utiliser la définition OMS de l'ostéoporose ? *Rev Rhum*. janv 2001;68(1):14-15.
59. Sornay-Rendu E, Munoz F, Garnero P, Duboeuf F, Delmas PD. Identification of Osteopenic Women at High Risk of Fracture: The OFELY Study. *J Bone Miner Res*. 2005;20(10):1813-9.
60. Tremollières F, Pouilles J-M, Ribot C. Une prévention de l'ostéoporose est-elle possible et comment ?
61. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int*. 22 févr 2008;19(4):385-397.
62. FRAX [Internet]. Disponible sur: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>
63. Roux C, Thomas T. Du bon usage du FRAX®. *Rev Rhum*. janv 2009;76(1):1-3.
64. Blain H, Chevallier S, Nogué E, Picot M-C, Amouyal M, Lognos B, et al. Évaluation de la pratique des médecins généralistes pour le dépistage et le traitement de l'ostéoporose chez les femmes de 60 ans et plus. *Rev Rhum*. déc 2013;80(6):594-598.
65. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 1 mars 2011;154(5):356-364.
66. Giangregorio L, Papaioannou A, Cranney A, Zytaruk N, Adachi JD. Fragility Fractures and the Osteoporosis Care Gap: An International Phenomenon. *Semin Arthritis Rheum*. avr 2006;35(5):293-305.
67. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. janv 2006;
68. Wozniak S. Prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale et apport d'une filière de soins spécialisée [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.

69. Simonelli C, Killeen K, Mehle S, Swanson L. Barriers to osteoporosis identification and treatment among primary care physicians and orthopedic surgeons. *Mayo Clin Proc.* avr 2002;77(4):334-338.
70. Harris ST, Watts NB, Genant HK, McKeever CD, Hangartner T, Keller M, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group. *JAMA J Am Med Assoc.* 13 oct 1999;282(14):1344-1352.
71. Cummings SR, Black DM, Thompson DE, Applegate WB, Barrett-Connor E, Musliner TA, et al. Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures: results from the Fracture Intervention Trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 23 déc 1998;280(24):2077-2082.
72. Ringe JD, Faber H, Farahmand P, Dorst A. Efficacy of risedronate in men with primary and secondary osteoporosis: results of a 1-year study. *Rheumatol Int.* mars 2006;26(5):427-431.
73. Silverman SL, Landesberg R. Osteonecrosis of the jaw and the role of bisphosphonates: a critical review. *Am J Med.* févr 2009;122(2 Suppl):S33-45.
74. Kothawala P, Badamgarav E, Ryu S, Miller RM, Halbert RJ. Systematic Review and Meta-analysis of Real-World Adherence to Drug Therapy for Osteoporosis. *Mayo Clin Proc.* déc 2007;82(12):1493-1501.
75. Haute Autorité de santé (HAS). Utilité clinique du dosage de la vitamine D. 2013.
76. Deprez X, Fardellone P. Prévention non pharmacologique des fractures ostéoporotiques. *Rev Rhum.* nov 2003;70(10-11):818-828.
77. Grove KA, Londeree BR. Bone density in postmenopausal women: high impact vs low impact exercise. *Med Sci Sports Exerc.* nov 1992;24(11):1190-1194.
78. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
79. Zarnitsky C, Benizeau I, Matsoukis J, Guiffault P, Briquet E, Briquet P, et al. Le dépistage systématique de l'ostéoporose chez des patients avec fractures à basses énergies est possible. Résultats préliminaires du Groupe Hospitalier du Havre. *Rev Rhum.* nov 2006;73(10-11):1139.
80. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats.* Drees. avr 2006;(481).

ANNEXES

Annexe 1 : Les principaux facteurs de risque de fragilité osseuse

- Les antécédents familiaux : l'existence d'une fracture du col fémoral chez un parent au premier degré.
- Les antécédents personnels de fractures
- L'âge
- Le sexe féminin
- Le type caucasien
- La ménopause précoce : avant 40 ans.
- L'aménorrhée primaire ou secondaire
- Faible indice de masse corporelle : inférieur à 19 kg/m².
- La carence d'apport calcique : l'apport journalier recommandé est de 1200 mg par jour.
- La carence en vitamine D : l'apport quotidien recommandé est de 800 à 1000 UI.
- La corticothérapie : une dose cumulée supérieure à 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone pendant au moins 3 mois consécutifs.
- Autres traitements inducteurs d'ostéoporose : les anti-aromatases, les anti-androgènes, les analogues de la GnRH.
- Affections inductrices d'ostéoporose : l'hyperthyroïdie, l'hypercorticisme, l'hyperparathyroïdie primitive, l'hypogonadisme, les maladies de l'appareil digestif (gastrectomie, maladie cœliaque, syndrome de malabsorption), les maladies inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies, entérocolopathies inflammatoires), l'ostéogénèse imparfaite, la BPCO, le VIH.
- Le tabagisme et l'intoxication alcoolique
- L'immobilisation prolongée
- Les troubles de l'acuité visuelle et les troubles neuromusculaires

Annexe 2 : Les facteurs de risque de chute

- Facteurs intrinsèques:
 - âge (plus de 80 ans) ;
 - antécédents de chutes dans l'année précédente ;
 - troubles locomoteurs et neuromusculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, trouble de la marche, équilibre postural et / ou dynamique altéré ;
 - baisse de l'acuité visuelle ;
 - baisse de l'audition ;
 - prise de médicaments : poly-médication (au-delà de 4), psychotropes ;
 - pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence notamment urinaire par impériosité.

- Facteurs extrinsèques :
 - facteurs environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (canne), prise de risque, habitat mal adapté ;
 - facteurs comportementaux : sédentarité, consommation d'alcool, malnutrition.

Annexe 3 : Test rapide du risque d'ostéoporose de l'IOF

Ce que vous ne pouvez pas changer :

. Vos antécédents familiaux

1. A-t-on diagnostiqué de l'ostéoporose chez votre père ou votre mère ; ou l'un d'eux s'est-il fracturé le col du fémur à la suite d'un choc ou d'une chute sans gravité ?

oui non

2. Un de vos parents est-il voûté ?

oui non

. Vos facteurs cliniques personnels

Ceux-ci sont des facteurs de risque fixes avec lesquels on est né ou qu'on ne peut pas changer. Mais cela ne veut pas dire qu'ils doivent être ignorés. Il est important de se rendre compte des risques fixes afin de prendre les mesures nécessaires à la réduction de la perte osseuse.

3. Avez-vous 40 ans ou plus ?

oui non

4. Vous êtes-vous fracturé un os à la suite d'un choc ou d'une chute sans gravité ?

oui non

5. Tombez-vous fréquemment (plus d'une fois par an) ou craignez-vous de tomber parce que vous vous sentez frêle ?

oui non

6. Votre taille a-t-elle diminué de plus de 3 cm après l'âge de 40 ans ?

oui non

7. Etes-vous trop maigre (votre IMC est-il inférieur à 19 kg/m²) ?

oui non

8. Avez-vous pris des corticoïdes (cortisone, prednisone, etc.) pendant plus de 3 mois consécutifs (les corticoïdes sont souvent prescrits dans les cas d'asthme, polyarthrite rhumatoïde et certaines maladies inflammatoires) ?

oui non

9. Souffrez-vous de polyarthrite rhumatoïde ?

oui non

10. Souffrez-vous d'hyperthyroïdie ou d'hyperparathyroïdie ?

oui non

Pour les femmes : questions 11 à 13 puis 15 à 19
(pour les hommes, passez directement aux questions 14 à 19)

11. Pour les femmes de plus de 45 ans : votre ménopause a-t-elle commencé avant l'âge de 45 ans ?

oui non

12. Vos règles se sont-elles interrompues pendant 12 mois consécutifs ou plus (pour une autre raison que la grossesse, la ménopause, ou une hystérectomie) ?

oui non

13. Avez-vous subi une ablation des ovaires avant l'âge de 50 ans, sans prendre de traitement hormonal substitutif ?

oui non

**Pour les hommes
(pour les femmes, passez
directement aux questions 15 à 19)**

14. Avez-vous souffert d'impuissance, d'un manque de libido ou d'autres symptômes liés à un faible taux sanguin de testostérone ?

oui non

Ce que vous pouvez changer

. Votre style de vie

Facteurs de risque modifiables qui surviennent principalement en raison des choix de régime ou de style de vie.

15. Buvez-vous régulièrement de l'alcool au-delà des limites raisonnables (plus de 2 unités d'alcool par jour) ?

Bière ou cidre (4 % d'alcool) : 250 ml = 1 unité

Vin (12.5 % d'alcool) : 80 ml = 1 unité

Spiritueux (40 % d'alcool) : 25 ml = 1 unité

oui non

16. Fumez-vous, ou avez-vous régulièrement fumé des cigarettes ?

oui non

17. Est-ce que votre niveau d'activité physique est inférieur à 30 minutes par jour (ménage, jardinage, marche, footing, etc.) ?

oui non

18. Évitez-vous, ou êtes-vous allergique au lait ou aux produits laitiers, sans prendre un supplément de calcium ?

oui non

19. Passez-vous moins de 10 minutes par jour à l'extérieur (en exposant une partie de votre corps au soleil), sans prendre un supplément de vitamine D ?

oui non

Annexe 4 : Canevas d'entretien n°1

1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale ? (rôle du médecin généraliste)

2) Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille chez les adultes (hommes et femmes) en pratique quotidienne ?

3) Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose dans votre pratique de dépistage ?

- Beaucoup d'études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose, qu'en pensez-vous ?
- Et l'ostéoporose masculine ?

4) Votre pratique de dépistage de l'ostéoporose :

- Quand y pensez-vous ?
- Comment réalisez-vous ce dépistage en consultation ?
- Quels outils utilisez-vous ?

5) Quelles difficultés rencontrez-vous en médecine générale pour dépister l'ostéoporose ? (freins au dépistage)

6) Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique de dépistage de l'ostéoporose ?

Remettre aux participants l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique et le test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation à la fin de l'entretien.

Annexe 5 : Canevas d'entretien n°2

1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale ? (rôle du médecin généraliste)

2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes (hommes et femmes) en pratique quotidienne ?

3) Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose dans votre pratique de dépistage ?

- Beaucoup d'études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose, vous sentez vous concernés ?
- comment l'expliquez-vous ?
- Et l'ostéoporose masculine ?

4) Votre pratique de dépistage de l'ostéoporose :

- Qui aborde le sujet en consultation ?
- Quelle population dépistez-vous ?
- Comment réalisez-vous ce dépistage en consultation ?
- Quelles aides matérielles utilisez-vous?

5) Quelles difficultés rencontrez-vous en médecine générale pour dépister l'ostéoporose ? (freins au dépistage)

6) Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique de dépistage de l'ostéoporose ?

Remettre aux participants l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique et le test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation à la fin de l'entretien.

Annexe 6 : Canevas d'entretien n°3

1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale ? (rôle du médecin généraliste)

2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes (hommes et femmes) en pratique quotidienne ?

3) Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose dans votre pratique de dépistage ?

- Beaucoup d'études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose, vous sentez vous concernés ?
- Comment l'expliquez-vous ?
- Et l'ostéoporose masculine ?

4) Votre pratique de dépistage de l'ostéoporose :

- Qui aborde le sujet en consultation ?
- Quelle population dépistez-vous ?
- Comment réalisez-vous ce dépistage en consultation ?
- Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?

5) Quelles difficultés rencontrez-vous en médecine générale pour dépister l'ostéoporose ? (freins au dépistage)

6) Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique de dépistage de l'ostéoporose ?

Remettre aux participants l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique et le test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation à la fin de l'entretien.

Annexe 7 : Formulaire de consentement libre et éclairé

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative sous forme d'entretien individuel ou focus group sur le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Au cours de l'entretien, j'accepte, librement et de façon éclairée, que soient recueillies des données sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement personnelles et à usage exclusif des thésards, Ludivine Durand et Coralie Goudaert, et du directeur de thèse de l'étude, Docteur Isabelle Bodein.

J'accepte que les données enregistrées par audio lors de l'entretien puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. Tous ces renseignements ne serviront qu'aux seules fins de l'étude. Les enregistrements me concernant seront détruits à la fin du projet dans le respect de la confidentialité.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____ signature

Annexe 8 : Fiche profil médecin

Entretien n°

- Âge :
- Sexe :
- Zone d'activité :
 - Urbaine
 - Semi-rurale
 - Rurale
- Type d'activité :
 - Gynécologie
 - Pédiatrie
 - Gériatrie
 - Autres :
- Recevez-vous les visiteurs médicaux ?
- Participez-vous à des formations médicales continues ?
- E-mail :

Annexe 9 : Verbatims

Cf. CD

Annexe 10 : Tableaux de codage des entretiens semi-directifs

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale?											
reconnu (important)											
dépistage de masse											
on n'y pense pas											
manque de temps, plusieurs motifs de consultation											
fait lors de consultation plus rapide											
peu de réseau de soins											
manque de formation											
le médecin généraliste en première ligne du dépistage											
pas facile (beaucoup de dépistage)											
ce n'est pas la priorité, ne viennent pas pour ça											
2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes?											
non											
associe la perte de taille à la fracture vertébrale											
fracture vertébrale assimilée au phénomène de vieillissement											
n'y pense pas											
aide des étudiants											
oui											
mesure lors du certificat de sport											
ne mesure pas les hommes											
patients non conciliants / vision péjorative de la perte de taille											
mesure de la taille controversée (carte d'identité, toise, trop tard)											

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
3) Sous-dépistage de l'ostéoporose											
<i>Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose?</i>											
dépend de la patientèle : - VIH	■										
- jeunes	■	■								■	
dépend du type d'activité : - milieu favorisé			■								
- campagne (refus de dépistage)								■			
pathologie féminine			■	■	■				■		
suivi par le gynécologue			■								
THS et ostéoporose				■	■		■				
important, problème de santé publique majeur					■	■					
aucune											
peu confiance en l'ostéodensitométrie							■			■	■
peu confiance aux traitements --> activité physique, supplémentation vitaminique						■		■			■
business pharmaceutique							■	■		■	■
<i>Vous sentez vous concernés par le sous-dépistage? Comment l'expliquez-vous?</i>											
reconnu	■		■	■	■		■	■	■	■	■
on n'y pense pas, ce n'est pas du systématique				■	■						
dépend des secteurs			■					■		■	
manque de temps			■								
amélioré par le remboursement de l'ostéodensimétrie	■										
ne se sent pas concerné --> dépiste			■			■					
ostéodensitométrie non remboursée de manière systématique						■					
ne fait pas partie des maladies les plus préoccupantes							■	■			
traitements remis en cause							■			■	■
ostéodensitométrie peu fiable							■			■	

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
<i>Et l'ostéoporose masculine?</i>											
cas exceptionnels			■			■				■	
on y pense moins			■		■			■			
plus compliquée à dépister			■					■			
VIH et ostéoporose masculine	■										
l'ostéodensitométrie mal remboursée chez les hommes	■										
commence à s'y intéresser				■							
les traitements pour l'homme ont l'AMM récente, peu d'AMM			■		■						
sur déminéralisation osseuse à la radiographie standard			■			■					
signes d'appel (tabac, alcool, fractures, corticoïdes) non systématique	■		■				■			■	
l'ostéodensitométrie chez l'homme non prescrite par le médecin généraliste			■				■				
l'ostéoporose touche aussi les hommes (ne fait pas de différence)	■							■			■
ne dépiste pas les hommes					■				■		
ne connaît pas bien l'ostéoporose masculine (remboursement, traitements)										■	
dosage testostéronémie (DALA) 70-75 ans										■	
4) Votre pratique de dépistage											
<i>Qui aborde le sujet en consultation?</i>											
le médecin généraliste					■						■
patientes sensibilisées, demandeuses (magazine / voisine)			■		■		■				
patientes douloureuses ("c'est mon ostéoporose qui me fait mal!")					■					■	
médecin de famille et connaissance des antécédents familiaux								■			
les patients à la sortie d'hospitalisation										■	

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
<i>Quelle population dépistez-vous?</i>											
femmes ménopausées			■				■	■	■	■	
début de ménopause (point de départ)			■		■		■				
femmes ménopausées et maigres			■	■	■	■					■
facteurs de risque connus	■			■	■		■				■
après événements fracturaires	■	■	■		■	■		■		■	■
fractures vertébrales diagnostiquées après chute ou rachialgies			■			■					
corticoïdes	■	■		■	■	■	■	■			■
intoxication alcool-tabagique	■			■			■			■	
hypertransparence osseuse à la radiographie standard			■			■		■			■
apports calciques faibles						■				■	
patients algiques										■	■
ménopause précoce					■						
<i>Comment réalisez-vous ce dépistage?</i>											
ostéodensitométrie systématique chez les femmes ménopausées à 60 ans			■					■			
ne connaît pas les critères de remboursement		■	■	■	■	■	■	■	■		
recherche de perte de taille systématique						■					
bilan phosphocalcique, vitamine D		■	■		■	■	■	■		■	■
ce n'est pas systématique, y penser				■						■	
radiographie du rachis à la recherche de fractures vertébrales	■					■		■			■
mauvaises connaissances des effets de l'hormonothérapie (cancer)							■				
recherche de l'ostéoporose si intention de traiter							■				
ne dépiste pas si aucune plainte du patient											■
il vaut mieux prévenir que guérir --> activité physique, supplémentation vitaminique					■	■		■			■

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
<i>Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?</i>											
fiche mémo, tablette de laboratoires				blue						blue	
mesure de la taille (toise)	orange		orange			orange					
pas de support informatique (logiciel ostéoporose)	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey
pas de site Internet	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey	grey
imc (logiciel)					dark blue		dark blue				
questionnaire médical							light blue				
site Internet (GRIQ)										red	
notes informatiques, rappels				olive						olive	
<i>5) Quelles sont les difficultés rencontrées en médecine générale?</i>											
manque de temps	pink	pink	pink							pink	
manque de formation		dark blue									
caractère asymptomatique de la pathologie	yellow			yellow					yellow		
y penser	orange			orange	orange				orange	orange	orange
vision péjorative des traitements (toxicité)			dark green	dark green		dark green	dark green	dark green	dark green	dark green	dark green
traitements inefficaces (lobby)						orange	orange	orange		orange	
mauvaise connaissance thérapeutique / flou thérapeutique			light green		light green		light green				light green
ostéodensitométrie non remboursée (écueil financier)	blue					blue					blue
pas de difficultés particulières			dark red				dark red				
sous-estime la gravité de l'ostéoporose / délai de survenue des fractures							light blue				
mauvaise observance du traitement			dark green					dark green			dark green
refus du patient ("encore un médicament et je ne suis pas malade !"/ toxicité / taille)					light green	light green	light green	light green		light green	
il y a beaucoup de critères de remboursement : mal connus								pink			
manque de sensibilisation, mode : visiteurs médicaux (lobby), FMC, médias							orange	orange		orange	
ostéodensitométrie peu fiable							green			green	green
ostéodensitométrie peu accessible (prise de rendez-vous difficile, lieu différent)									blue		
les complications de l'ostéoporose sont peu fréquentes											
multiples dépistages											
médecin non formé à la mesure de la taille		dark blue									

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
6) Comment améliorer le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale?											
y penser, être vigilant	Orange		Orange	Orange	Orange			Orange	Orange	Orange	
consultation dédiée au dépistage			Green							Green	
maîtres de stage, remplaçants, étudiants		Red			Red					Red	
dépistage de masse (mais coût?)	Purple					Purple					
standardiser les pratiques : mesurer la taille des adultes, conduite à tenir HAS		Blue			Blue					Blue	Blue
améliorer la prise en charge thérapeutique			Light Purple		Light Purple	Light Purple	Light Purple			Light Purple	
formation sur le dépistage et information		Dark Olive					Dark Olive		Dark Olive	Dark Olive	Dark Olive
inclure un fichier "ostéoporose" dans le logiciel					Olive					Olive	
fiche mémo (facteurs de risque)									Blue		
sensibiliser la population										Grey	
inclure l'ostéoporose dans les centres de dépistage											
dépistage biologique, recherche											
pallier à la pénurie de médecins			Red					Red			
utiliser un auto-questionnaire standard											
avoir des comptes rendus de consultations de gynécologie											
médecine générale avec assistants (vers des maisons de santé pluridisciplinaires?)											
cotations de la Sécurité sociale								Yellow		Yellow	
ne veut pas l'améliorer											Red
développer les filières de soins											

Annexe 11 : Tableaux de codage du focus group n°1

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale?								
reconnu (important)								Yellow
dépistage de masse		Dark Blue					Dark Blue	
on n'y pense pas	Orange							
manque de temps, plusieurs motifs de consultation	Pink				Pink			
fait lors de consultation plus rapide								
peu de réseau de soins								
manque de formation								
le médecin généraliste en première ligne du dépistage								
pas facile (beaucoup de dépistage)								Green
ce n'est pas la priorité, ne viennent pas pour ça	Blue							
2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes?								
non	Pink			Pink				
associe la perte de taille à la fracture vertébrale				Brown			Brown	
fracture vertébrale assimilée au phénomène de vieillissement		Light Orange					Light Orange	
n'y pense pas								
aide des étudiants								
oui		Dark Red						
mesure lors du certificat de sport		Grey						
ne mesure pas les hommes					Dark Red			
patients non conciliants / vision péjorative de la perte de taille					Dark Red			
mesure de la taille controversée (toise, carte d'identité, trop tard)		Red			Red			Red

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
3) Sous-dépistage de l'ostéoporose								
<i>Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose?</i>								
dépend de la patientèle : - VIH								
- jeunes								
dépend du type d'activité : - milieu favorisé								
- campagne (refus de dépistage)								
pathologie féminine								
suivi par le gynécologue								
THS et ostéoporose								
important, problème de santé publique majeur								
aucune								
peu confiance en l'ostéodensitométrie								
peu confiance aux traitements --> activité physique, supplémentation vitaminique								
business pharmaceutique								
<i>Vous sentez vous concernés par le sous-dépistage? Comment l'expliquez-vous?</i>								
reconnu								
on n'y pense pas, ce n'est pas du systématique								
dépend des secteurs								
manque de temps								
amélioré par le remboursement de l'ostéodensitométrie								
ne se sent pas concerné --> dépiste								
ostéodensitométrie non remboursée de manière systématique								
ne fait pas partie des maladies les plus préoccupantes								
traitements remis en cause								
ostéodensitométrie peu fiable								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
<i>Et l'ostéoporose masculine?</i>								
cas exceptionnels	■			■				■
on y pense moins		■						■
plus compliquée à dépister								
VIH et ostéoporose masculine								
l'ostéodensitométrie mal remboursée chez les hommes								
commence à s'y intéresser								
les traitements pour l'homme ont l'AMM récente, peu d'AMM								
sur déminéralisation osseuse à la radiographie standard			■					
signes d'appel (tabac, alcool, fractures, corticoïdes) non systématique			■	■	■		■	■
l'ostéodensitométrie chez l'homme non prescrite par le médecin généraliste		■			■			
l'ostéoporose touche aussi les hommes (ne fait pas de différence)				■				
ne dépiste pas les hommes		■			■			
ne connaît pas bien l'ostéoporose masculine (remboursement, traitements)	■				■	■		
dosage testostéronémie (DALA) 70-75 ans								
4) Votre pratique de dépistage								
<i>Qui aborde le sujet en consultation?</i>								
le médecin généraliste	■	■		■	■	■		■
patientes sensibilisées, demandeuses (magazine / voisine)		■	■					■
patientes douloureuses ("c'est mon ostéoporose qui me fait mal !")								
médecin de famille et connaissance des antécédents familiaux								
les patients à la sortie d'hospitalisation								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
<i>Quelle population dépistez-vous?</i>								
femmes ménopausées								
début de ménopause (point de départ)								
femmes ménopausées et maigres								
facteurs de risque connus								
après événements fracturaires								
fractures vertébrales diagnostiquées après chute ou rachialgies								
corticoïdes								
intoxication alcool-tabagique								
hypertransparence osseuse à la radiographie standard								
apports calciques faibles								
patients algiques								
ménopause précoce								
<i>Comment réalisez-vous ce dépistage?</i>								
ostéodensitométrie systématique chez les femmes ménopausées à 60 ans								
ne connaît pas les critères de remboursement								
recherche de perte de taille systématique								
bilan phosphocalcique, vitamine D								
ce n'est pas systématique, y penser								
radiographie du rachis à la recherche de fractures vertébrales								
mauvaises connaissances des effets de l'hormonothérapie (cancer)								
recherche de l'ostéoporose si intention de traiter								
ne dépiste pas si aucune plainte du patient								
il vaut mieux prévenir que guérir --> activité physique, supplémentation vitaminique								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
<i>Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?</i>								
fiche mémo, tablette des laboratoires								
mesure de la taille (toise)								
pas de support informatique								
pas de site Internet								
imc (logiciel)								
questionnaire médical								
site Internet (GRIO)								
notes informatiques, rappels								
<i>5) Quelles sont les difficultés rencontrées en médecine générale?</i>								
manque de temps								
manque de formation								
caractère asymptomatique de la pathologie								
y penser								
vision péjorative des traitements (toxicité)								
traitements inefficaces (lobby)								
mauvaise connaissance thérapeutique / flou thérapeutique								
ostéodensitométrie non remboursée (écueil financier)								
pas de difficultés particulières								
sous-estime la gravité de l'ostéoporose / délai de survenue des fractures								
mauvaise observance du traitement								
refus du patient ("encore un médicament et je ne suis pas malade !"/ toxicité / taille)								
il y a beaucoup de critères de remboursement : mal connus								
manque de sensibilisation, mode : visiteurs médicaux (lobby), FMC, médias								
ostéodensitométrie peu fiable								
ostéodensitométrie peu accessible (prise de rendez vous difficile, lieu différent)								
les complications de l'ostéoporose sont peu fréquentes								
multiples dépistages								
médecin non formé à la mesure de la taille								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
6) Comment améliorer le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale?								
y penser, être vigilant		Orange						
consultation dédiée au dépistage	Green							
maitres de stage, remplaçants, étudiants	Red							
dépistage de masse (mais coût?)					Purple		Purple	Purple
standardiser les pratiques : mesurer la taille des adultes, conduite à tenir HAS	Blue				Blue			
améliorer la prise en charge thérapeutique								
formation sur le dépistage et information	Brown	Brown	Brown	Brown		Brown		Brown
inclure un fichier "ostéoporose" dans le logiciel								
fiche mémo (facteurs de risque)								
sensibiliser la population		Grey		Grey	Grey			
inclure l'ostéoporose dans les centres de dépistage				Green	Green			
dépistage biologique, recherche			Light Blue	Light Blue			Light Blue	
pallier à la pénurie de médecins				Pink	Pink			
utiliser un auto-questionnaire standard	Grey				Grey			
avoir des comptes rendus de consultations de gynécologie		Light Green	Light Green	Light Green	Light Green			
médecine générale avec assistants (vers des maisons de santé pluridisciplinaires?)								
cotations de la Sécurité sociale								
ne veut pas l'améliorer								
développer les filières de soins								

Annexe 12 : Tableaux de codage du focus group n°2

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale?								
reconnu (important)	■				■			
dépistage de masse					■			
on n'y pense pas								
manque de temps, plusieurs motifs de consultation	■							
fait lors de consultation plus rapide			■					
peu de réseau de soins								
manque de formation	■			■				
le médecin généraliste en première ligne du dépistage	■			■				
pas facile (beaucoup de dépistage)								
ce n'est pas la priorité, ne viennent pas pour ça			■					
2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes?								
non	■			■			■	
associe la perte de taille à la fracture vertébrale					■			■
fracture vertébrale assimilée au phénomène de vieillissement			■		■			
n'y pense pas				■				
aide des étudiants								
oui		■				■		■
mesure lors du certificat de sport	■							
ne mesure pas les hommes								
patients non conciliants / vision péjorative de la perte de taille		■				■		
mesure de la taille controversée (toise, carte d'identité, trop tard)		■				■		

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
3) Sous-dépistage de l'ostéoporose								
<i>Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose?</i>								
dépend de la patientèle : - VIH								
- jeunes								
dépend du type d'activité : - milieu favorisé								
- campagne (refus de dépistage)								
pathologie féminine								
suivi par le gynécologue								
THS et ostéoporose								
important, problème de santé publique majeur								
aucune								
peu confiance en l'ostéodensitométrie								
peu confiance aux traitements --> activité physique, supplémentation vitaminique								
business pharmaceutique								
<i>Vous sentez vous concernés par le sous-dépistage? Comment l'expliquez-vous?</i>								
reconnu								
on n'y pense pas, ce n'est pas du systématique								
dépend des secteurs								
manque de temps								
amélioré par le remboursement de l'ostéodensitométrie								
ne se sent pas concerné --> dépiste								
ostéodensitométrie non remboursée de manière systématique								
ne fait pas partie des maladies les plus préoccupantes								
traitements remis en cause								
ostéodensitométrie peu fiable								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
<i>Et l'ostéoporose masculine?</i>								
cas exceptionnels		■						
on y pense moins							■	
plus compliquée à dépister			■					
VIH et ostéoporose masculine								
l'ostéodensitométrie mal remboursée chez les hommes								
commence à s'y intéresser								
les traitements pour l'homme ont l'AMM récente, peu d'AMM			■					
sur déminéralisation osseuse à la radiographie standard								
signes d'appel (tabac, alcool, fractures, corticoïdes) non systématique		■						
l'ostéodensitométrie chez l'homme non prescrite par le médecin généraliste	■		■					■
l'ostéoporose touche aussi les hommes (ne fait pas de différence)								
ne dépiste pas les hommes								
ne connaît pas bien l'ostéoporose masculine (remboursement, traitements)								
dosage testostéronémie (DALA) 70-75 ans								
4) Votre pratique de dépistage								
<i>Qui aborde le sujet en consultation?</i>								
le médecin généraliste			■		■			
patientes sensibilisées, demandeuses (magazines / voisine)		■		■		■		
patientes douloureuses ("c'est mon ostéoporose qui me fait mal !")		■						
médecin de famille et connaissance des antécédents familiaux				■				
les patients à la sortie d'hospitalisation								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
<i>Quelle population dépistez-vous?</i>								
femmes ménopausées								
début de ménopause (point de départ)								
femmes ménopausées et maigres								
facteurs de risque connus								
après événements fracturaires								
fractures vertébrales diagnostiquées après chute ou rachialgies								
corticoïdes								
intoxication alcool-tabagique								
hypertransparence osseuse à la radiographie standard								
apports calciques faibles								
patients algiques								
ménopause précoce								
<i>Comment réalisez-vous ce dépistage?</i>								
ostéodensitométrie systématique chez les femmes ménopausées à 60 ans								
ne connaît pas les critères de remboursement								
recherche de perte de taille systématique								
bilan phosphocalcique, vitamine D								
ce n'est pas systématique, y penser								
radiographie du rachis à la recherche de fractures vertébrales								
mauvaises connaissances des effets de l'hormonothérapie (cancer)								
recherche de l'ostéoporose si intention de traiter								
ne dépiste pas si aucune plainte du patient								
il vaut mieux prévenir que guérir --> activité physique, supplémentation vitaminique								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
<i>Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?</i>								
fiche mémo, tablette des laboratoires								
mesure taille (toise)								
pas de support informatique								
pas de site Internet								
imc (logiciel)								
questionnaire médical								
site Internet (GRIO)								
notes informatiques, rappels								
<i>5) Quelles sont les difficultés rencontrées en médecine générale?</i>								
manque de temps								
manque de formation								
caractère asymptomatique de la pathologie								
y penser								
vision péjorative des traitements (toxicité)								
traitements inefficaces (lobby)								
mauvaise connaissance thérapeutique / flou thérapeutique								
ostéodensitométrie non remboursée (écueil financier)								
pas de difficultés particulières								
sous-estime la gravité de l'ostéoporose / délai de survenue des fractures								
mauvaise observance du traitement								
refus du patient ("encore un médicament et je ne suis pas malade !"/ toxicité / taille)								
il y a beaucoup de critères de remboursement : mal connus								
manque de sensibilisation, mode : visiteurs médicaux (lobby), FMC, médias								
ostéodensitométrie peu fiable								
ostéodensitométrie peu accessible (prise de rendez vous difficile, lieu différent)								
les complications de l'ostéoporose sont peu fréquentes								
multiples dépistages								
médecin non formé à la mesure de la taille								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
6) Comment améliorer le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale?								
y penser, être vigilant		orange		orange	orange			
consultation dédiée au dépistage								
maîtres de stage, remplaçants, étudiants	red	red	red	red	red	red		red
dépistage de masse (mais coût?)	purple			purple		purple		
standardiser les pratiques : mesurer la taille des adultes, conduite à tenir HAS	blue			blue	blue	blue		
améliorer la prise en charge thérapeutique						light purple		
formation sur le dépistage et information	dark olive		dark olive			dark olive		dark olive
inclure fichier "ostéoporose" dans le logiciel	olive			olive		olive	olive	olive
fiche mémo (facteurs de risque)								
sensibiliser la population	grey			grey		grey		
inclure l'ostéoporose dans les centres de dépistage								
dépistage biologique, recherche	light blue							
pallier à la pénurie de médecins								
utiliser un auto-questionnaire standard							grey	
avoir des comptes rendus de consultations de gynécologie								
médecine générale avec assistants (vers des maisons de santé pluridisciplinaires?)								dark red
cotations de la Sécurité sociale			yellow					
ne veut pas l'améliorer!								
développer les filières de soins					light red			

AUTEUR : Nom : GOUDAERT

Prénom : Coralie

Date de Soutenance : 15 Mai 2014

Titre de la Thèse : Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale : comment l'améliorer ? Partie 2 : les freins au dépistage et les propositions d'amélioration

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Thèse qualitative, ostéoporose, sous-dépistage, médecine générale

Résumé :

Contexte : Classée par l'OMS parmi les dix maladies prioritaires, l'ostéoporose est un problème majeur de santé publique. L'ostéoporose est largement sous-estimée et sous-dépistée. Considérée comme une pathologie exclusivement féminine, peu de médecins généralistes s'intéressent aux hommes. L'objectif est de comprendre ce sous-dépistage en médecine générale et de l'améliorer.

Méthode : Analyse qualitative par entretiens semi-directifs et focus groups auprès des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : La principale difficulté est de penser à dépister l'ostéoporose. Les motifs de consultation en médecine générale sont variés et peu centrés sur les pratiques de prévention. Le manque de temps est un frein au dépistage. La mesure de la taille est simple, non chronophage mais peu réalisée. Tous savent pourtant qu'une perte de taille significative est corrélée à une fracture vertébrale. Les médecins critiquent le manque de sensibilité de l'ostéodensitométrie. Ils ont peur des effets secondaires des traitements anti-ostéoporotiques. Certains avouent avoir des doutes sur la fiabilité des études scientifiques. L'activité physique, la vitamine D et le calcium sont donc privilégiés. Il faut être plus systématique en consultation : mesurer la taille régulièrement chez les femmes et les hommes, utiliser un auto-questionnaire standard, développer les logiciels médicaux, réaliser une consultation dédiée au dépistage de l'ostéoporose. Certains proposent une cotation annuelle par la Sécurité sociale. Les correspondances entre les médecins et les filières de soins post-fracturaires sont à développer ainsi que la diffusion des recommandations. Enfin, les charges administratives sont contraignantes et limitent le temps dédié au dépistage. Une réforme de santé vers des maisons de santé pluridisciplinaires pourrait être une solution.

Conclusion : Le médecin généraliste se situe au centre des pratiques de prévention. L'enjeu principal est de penser à dépister cette pathologie silencieuse avant l'évènement fracturaire. Standardiser les pratiques, informer et former les médecins, sensibiliser la population sont donc essentiels pour améliorer le dépistage de l'ostéoporose.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Bernard CORTET

Asseseurs : Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Monsieur le Professeur Gérard FORZY

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Isabelle BODEIN