



Ostéoporose en prévention secondaire : ressentis et prise en charge par les médecins généralistes des patients ayant eu accès à la filière ostéoporose du CHU Amiens Picardie en 2014 : analyse déclarative auprès de 11 médecins généralistes samariens

Éléonore Renouard Warlant

► **To cite this version:**

Éléonore Renouard Warlant. Ostéoporose en prévention secondaire : ressentis et prise en charge par les médecins généralistes des patients ayant eu accès à la filière ostéoporose du CHU Amiens Picardie en 2014 : analyse déclarative auprès de 11 médecins généralistes samariens. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01331595

HAL Id: dumas-01331595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01331595>

Submitted on 14 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

OSTEOPOROSE EN PREVENTION SECONDAIRE

Ressentis et prise en charge par les médecins généralistes des patients ayant eu accès à la Filière Ostéoporose du CHU Amiens Picardie en 2014

Analyse déclarative auprès de 11 médecins généralistes Samariens

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 21 mars 2016

Par

Eléonore RENOUARD (ép. WARLANT)
Née le 28 septembre 1986 à Abbeville (80)

PRÉSIDENT DU JURY :
Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

JUGES :
Madame le Professeur Cécile MAZIERE
Monsieur le Professeur Eric HAVET
Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
Monsieur le Docteur Jean-Christian MULLER
Monsieur le Docteur Vlad SÂRZEA

DIRECTEUR DE THÈSE :
Monsieur le Docteur Vlad SÂRZEA

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Responsable du service de Rhumatologie

Pôle Autonomie

*Vous me faites honneur en ayant accepté de
présider le jury de ma thèse,*

*J'ai eu l'avantage au cours de mes études de bénéficier
de la qualité de votre enseignement.*

*Votre disponibilité, votre enthousiasme et vos nombreux
conseils concernant ce travail m'ont beaucoup apporté.*

Merci de m'avoir donné de votre temps,

La valeur de votre jugement est considérable à mes yeux,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mes Juges,

A Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

*Un excellent souvenir de vos cours de biochimie qui m'ont donné beaucoup de plaisir à
apprendre cette discipline,*

C'est un grand honneur pour moi de vous compter parmi mes juges,

Soyez assurée, Madame Le Professeur, de toute ma gratitude et de ma profonde estime.

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Anatomie

*Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de vous intéresser à mon travail en participant
au jury de ma thèse.*

*Votre enseignement au tout début de ce cursus m'a donné envie de persévérer et d'atteindre
aujourd'hui le stade de la thèse.*

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, économie de la santé

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail,
Votre enseignement a trouvé ici sa pleine expression,

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de toute ma considération.

A Monsieur Le Docteur Jean-Christian MULLER

Docteur en Rhumatologie.

Merci de m'avoir aidé à l'élaboration de ce sujet,

Votre soutien pendant ce travail m'a été précieux,

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et mes sentiments respectueux.

A mon directeur de thèse,

Monsieur Le Docteur Vlad George SÂRZEA,

Praticien Hospitalier Contractuel

Médecine d'urgence

SAMU 60 – Centre Hospitalier de Beauvais

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse,

Merci pour ta disponibilité, ton soutien et ta patience lors de l'élaboration de ce travail,

Merci de m'avoir accordé autant de temps,

Tu as été un parfait directeur de thèse !

Sois assuré de ma sincère et amicale reconnaissance.

A mes parents,
Merci pour votre soutien sans faille depuis toujours,
Merci de m'avoir aidé à réaliser mon rêve d'enfant,
J'espère être un parent aussi digne que vous
Ce travail est le vôtre, je vous dédie chacune de ces pages.

A Mathieu,
Merci pour ton soutien et ta grande patience,
Merci de m'apaiser,
Que notre bonheur ne cesse de se multiplier...
Avec tout mon amour

A Marceau,
Mon plus grand bonheur
Et à tous tes petits frères et sœurs à venir !

A Manou,
Tu nous manques tellement...

A Mamie,
A toutes tes prières mes veilles d'examen, aujourd'hui je dois avancer sans...

A Papou,
Merci d'être avec nous.

A ma fratrie, Eloïse, Ludivine et Geoffrey,
Le bonheur d'avoir des soeurs avec ses querelles et ses grandes joies !

A Marraine,

Pour m'avoir appris tout ce que les parents ne peuvent pas !

Je te suis reconnaissante pour tout ce que tu m'as apporté.

A notre G7,

Claire, JB, Mél, Lulu, Choupita et Léa.

Pour ces années de médecine passées ensemble,

à nos soirées détentes, à nos angoisses partagées.

On peut se féliciter d'avoir réussi ensemble à créer SOLIMEDA ! Quelle aventure !

A nos bonheurs avec François, Romain, Clément, Jules, Lison et à tous ceux à venir...

A Manu et Nain ,

votre amitié m'est précieuse,

Merci pour tout!

A Pauline et Sabine, mes « vieilles copines »,

Merci d'être toujours là !

A Cristina,

belle rencontre au cours de l'internat,

beaucoup de rires aux urgences d'Abbeville...

A tous mes co-internes,

A mon parrain de Faluche, Pif,

de la P1 à aujourd'hui,

Merci pour ta bienveillance.

*A mon fillot Yacine et à Valérie.
A l'équipe des Urgences d'Abbeville,
une équipe que je n'oublierai jamais!*

*A Isabelle,
"Une thèse pour les femmes faite par une femme pour qu'on vieillisse en beauté!"
merci pour tes précieux conseils.*

Aux médecins qui m'ont tout appris.

*Aux médecins généralistes qui ont participé à ce travail.
Sans vous rien n'aurait été possible.*

Table des matières

1. INTRODUCTION	24
2. MATERIEL ET METHODE	27
3. RESULTATS.....	29
3.1 <i>Présentation de l'échantillon</i>	29
3.2 <i>La prise en charge du patient par le médecin généraliste</i>	30
3.2.1 <i>Ressentis lors de la prise en charge du patient</i>	30
3.2.1.1 <i>Aucune difficulté</i>	30
3.2.1.2 <i>Les difficultés</i>	30
3.2.2 <i>Le suivi par le médecin généraliste</i>	31
3.2.3 <i>Les mesures non médicamenteuses</i>	33
3.3 <i>Le patient et sa pathologie du point de vue du médecin traitant</i>	35
3.3.1 <i>Intérêt des patients vis à vis de l'ostéoporose</i>	35
3.3.2 <i>Le maintien du traitement</i>	37
3.3.2.1 <i>Facteurs favorisant l'adhésion au traitement</i>	37
3.3.2.2 <i>Les obstacles à l'adhésion</i>	40
3.4 <i>Opinions du médecin généraliste concernant l'ostéoporose et ses traitements</i>	41
3.4.1 <i>Intérêt du médecin concernant la prise en charge</i>	41
3.4.2 <i>L'ostéoporose : une maladie grave ?</i>	42
3.4.3 <i>Intérêt du traitement anti-ostéoporotique en prévention secondaire</i> ...	43
3.4.4 <i>Les nouveautés thérapeutiques</i>	43
3.4.5 <i>Expérience des médecins généralistes avec les traitements</i> <i>anti-ostéoporotiques</i>	44
3.4.6 <i>L'arrêt du traitement : les éléments pour décider</i>	46
3.4.7 <i>La supplémentation vitamino-calcique</i>	48
3.5 <i>Les médecins généralistes et la filière Ostéoporose du CHU Amiens Picardie</i>	49
3.5.1 <i>La relation Ville-Hôpital</i>	49
3.5.2 <i>La connaissance de la filière</i>	50
3.5.3 <i>Opinions sur le travail de la filière</i>	51
3.5.4 <i>Observation des différences dans la prise en charge des</i> <i>patients n'ayant pas bénéficié de la filière</i>	54
3.5.5 <i>Les suggestions d'amélioration</i>	55

4. DISCUSSION	57
4.1 Concernant l'échantillon	57
4.2 Forces et limites de l'étude	57
4.2.1 Les points forts	57
4.2.2 Les points faibles	59
4.3 Discussion des principaux résultats.....	60
4.3.1 Les pratiques du médecin généraliste	60
4.3.1.1 Le ressenti lors de la prise en charge	60
4.3.1.2 Le suivi en clinique	60
4.3.1.3 Le suivi biologique	61
4.3.1.4 Le suivi radiologique	62
4.3.1.5 Le suivi délégué au rhumatologue	62
4.3.1.6 Les mesures non médicamenteuses	63
4.3.2 Le patient et sa pathologie du point de vue du médecin traitant.....	68
4.3.2.1 Intérêt des patients vis à vis de l'ostéoporose	68
4.3.2.2 Le maintien thérapeutique	69
4.3.2.2.1 Les facteurs favorisant l'adhésion au traitement.....	70
4.3.2.2.2 Les obstacles à l'adhésion	73
4.3.2.2.3 Les conséquences d'une mauvaise adhésion.....	75
4.3.3 Opinions du médecin généraliste concernant l'ostéoporose et ses traitements.....	76
4.3.3.1 Intérêt du médecin concernant la prise en charge	76
4.3.3.2 L'ostéoporose : une maladie grave ?	77
4.3.3.3 Opinions sur les traitements anti-ostéoporotiques.....	79
4.3.3.4 Expérience des médecins généralistes avec les traitements anti-ostéoporotiques	79
4.3.3.5 L'arrêt du traitement : les éléments pour décider	81
4.3.3.6 La supplémentation vitamino-calcique	81
4.3.4 Les médecins généralistes et la filière Ostéoporose du CHU Amiens Picardie	82
4.3.4.1 La relation Ville-Hôpital.....	82
4.3.4.2 La connaissance de la filière.....	83
4.3.4.3 Opinions sur le travail de la filière.....	83

4.3.4.4 Observation des différences dans la prise en charge des patients n'ayant pas bénéficié de la filière.....	85
4.3.4.5 Les suggestions pour améliorer la prise en charge des patients	85
5. CONCLUSION	87
6. BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXES.....	93

1. INTRODUCTION

L'ostéoporose, décrite la première fois il y a près de deux siècles, a connu au cours de ces dernières années nombre de nouveautés, tant en ce qui concerne sa physiopathologie, sa définition, son diagnostic ainsi que les conséquences thérapeutiques, que ces évolutions ont engendré.

Sa définition, a été actualisée en 2001, l'ostéoporose est reconnue comme une maladie générale du squelette caractérisée par une diminution de la masse osseuse associée à des altérations de la qualité osseuse. (1)

Cette maladie augmente considérablement le nombre de fractures. Ainsi, ce ne sont pas moins de 50 000 fractures douloureuses des vertèbres, 60 000 fractures du col du fémur et 35 000 du poignet dues à l'ostéoporose qui sont dépistées chaque année (2)(3). Ces fractures compromettent souvent la qualité de vie des patients en raison des douleurs persistantes qu'elles peuvent engendrer. Plus grave, dans le cas des fractures du col du fémur ou des vertèbres, des complications sont susceptibles d'engager le pronostic vital des patients les plus âgés ou fragiles.

On estime aujourd'hui que 39% des femmes autour de 65 ans souffrent d'ostéoporose, et, que 70% des femmes âgées de 80 ans et plus en sont atteintes (4). L'espérance de vie des personnes âgées continue d'augmenter dans le monde entier. En 2020 et pour la première fois dans l'histoire, la population des plus de 60 ans dépassera celle des enfants de moins de 5 ans. D'ici 2050, on s'attend à ce que pour les 60 ans et plus l'effectif atteigne 2 milliards contre 900 millions en 2015(5).

En raison de la croissance de notre espérance de vie, il faut s'attendre à une progression du nombre des cas de personnes atteintes de fractures dans les décennies à venir. L'ostéoporose est la plus fréquente des pathologies fragilisantes du squelette. Elle représente un important enjeu de santé publique du fait de sa prévalence en constante augmentation, et, des conséquences potentiellement graves des fractures dont elle majore le risque. En raison des lourdes conséquences de ces fractures ostéoporotiques en termes de morbidité et de mortalité, leur prévention a été déclarée «cause prioritaire» par l'OMS en l'an 2000. En France, les autorités sanitaires ont inclus l'ostéoporose dans la politique de santé publique et se sont engagées dans le remboursement des moyens diagnostiques et thérapeutiques, soulignant de nouveau la volonté d'une lutte active.

De manière à tenir compte de la commercialisation de nouvelles molécules anti-ostéoporotiques, de la publication de nouvelles données concernant la tolérance des traitements et l'apparition du score de risque de fracture FRAX®, de nouvelles

recommandations françaises ont été publiées pour la prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique en 2012 par le Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses (GRIO) puis par la Société Française de Rhumatologie ainsi que par d'autres sociétés savantes (6).

Les principales modifications de stratégie induites par ces nouvelles recommandations sont :

- La survenue d'une fracture sévère (fractures de vertèbres, de l'extrémité supérieure du fémur, de la diaphyse fémorale du tibia proximal, du bassin, de l'humérus) lors d'un traumatisme à faible énergie et en l'absence d'autre cause de fragilité osseuse que l'ostéoporose constitue une indication à mettre en place un traitement anti-ostéoporotique
- En présence d'un facteur de risque clinique d'ostéoporose ou de la survenue d'une fracture non sévère, un traitement est recommandé lorsque la densitomètre osseuse indique un T-score inférieur ou égal à -3 ou lorsque le score FRAX[®] évalue un risque absolu de fracture sévère à dix ans est supérieur à un seuil d'intervention thérapeutique.

Ces recommandations visaient à simplifier le dépistage des femmes à haut risque de fracture et sont à l'attention de tous les praticiens.

Et pourtant, la société Française de rhumatologie estime à seulement 20% les femmes souffrant d'ostéoporose avec fracture bénéficiant d'un traitement adapté (4). Toutes les études menées vont dans ce sens (7)(8). Au cours du dernier congrès de rhumatologie en décembre 2015, les spécialistes s'inquiétaient de cette insuffisance de prise en charge mais aussi de l'inertie thérapeutique après fracture (9). Si bien que ces dernières années, les prescriptions médicamenteuses anti-ostéoporotiques ont tendance à diminuer tout comme les prescriptions d'ostéodensitométrie alors que le nombre de fractures liées à une fragilité osseuse augmente (10). Cela soulève un réel problème collectif à toutes les étapes de la prise en charge médicale avec un coût sociétal et individuel très élevé. Il faut rappeler que la survenue d'une fracture de fragilité sévère constitue très souvent chez une personne fragile un tournant dans sa vie induit par les douleurs, le handicap et la perte d'autonomie.

De par sa gravité et sa fréquence, l'ostéoporose est un fardeau pour la société et pour les individus (11).

C'est dans ces conditions que des « filières fractures » (Fracture liaison service FLS) ont vu le jour dans différentes régions en France et dans le monde. Le but est d'augmenter la couverture diagnostique et thérapeutique des patients ostéoporotiques fracturés et de diminuer l'incidence de la récurrence fracturaire. Quarante pour cent des fractures observées chez

les femmes et 30% chez les hommes de plus de 50 ans sont des récidives (12). Ces filières de soins proposent une prise en charge optimale du risque de fracture après le passage dans le service des urgences ou en chirurgie orthopédique chez les patients fracturés. Cette prise en charge comporte une mesure de la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie, la recherche des facteurs de risque d'ostéoporose, des autres causes d'ostéopathies fragilisantes et une proposition de traitement anti-ostéoporotique.

C'est en 2006 que l'aventure a commencé à Amiens, depuis elle a d'ailleurs reçu un Label de l'IOF (International Osteoporosis Fondation). La filière a été évaluée entre janvier 2010 et décembre 2011 dans le cadre du travail de thèse de Madame Nassima Dehamchia-Rehailia. Durant cette période, 335 patients ayant eu une fracture de faible énergie ont été évalués. Tous ont bénéficié d'une DMO, et, plus de 90% d'entre eux d'une évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose ainsi que des apports calciques journaliers. La filière a permis l'initiation d'un traitement anti-ostéoporotique chez 75.5% des patients. Ce traitement a été maintenu à 18 mois dans 67,4% des cas. La principale cause d'arrêt du traitement est la non prolongation de la prescription par le médecin traitant (38%). Celle-ci arrive bien devant la mauvaise tolérance (24%) ou l'absence d'intérêt (8%) (13).

C'est dans ce contexte que notre travail est né, nous nous sommes demandés quelles étaient, en médecine générale, les difficultés de la prise en charge des patients ostéoporotiques en prévention secondaire lorsque le bilan a été effectué et le traitement prescrit par le biais d'une filière hospitalière.

Nous avons donc mené une étude qualitative auprès des médecins généralistes des patients pour qui un traitement anti-ostéoporotique avait été initié par le rhumatologue de la filière en 2014.

Pour répondre à notre objectif principal, nous émettons trois principales hypothèses qui vont articuler notre travail suivant trois axes :

- la première traitera de la difficulté du médecin généraliste dans sa prise en charge,
- la deuxième observera les obstacles émanant du patient, et,
- la troisième s'intéressera à l'opinion du médecin généraliste vis à vis de la pathologie ostéoporotique et de ses traitements.

Dans le cadre d'un objectif secondaire, nous avons souhaité connaître l'opinion des médecins généralistes concernant la Filière Ostéoporose au CHU.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Choix de la méthode

Afin de répondre à la question posée, une étude qualitative a été menée par réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

2.2 Sélection de la population étudiée

Une liste de tous les patients ayant fréquenté la Filière Ostéoporose du CHU d'Amiens en 2014 a été établie grâce à la consultation de leur dossier au CHU.

Celle-ci a permis de ne sélectionner que les individus bénéficiaires d'un traitement.

Le seul critère d'inclusion retenu des patients était une ostéoporose fracturaire avec indication d'un traitement anti-ostéoporotique.

A partir de cette liste et des fiches GISMO (Glasgow Integrated System for the Management of Osteoporosis) nous avons obtenu le répertoire des médecins interrogeables.

2.3 Recrutement des participants

Une prise de contact téléphonique auprès des médecins généralistes permettait, après une succincte présentation, d'exposer l'objectif de cette étude, les conditions de sa réalisation et de s'assurer que le patient cible était toujours suivi.

Si le médecin acceptait, nous fixions un rendez-vous à son cabinet en fonction de ses disponibilités en vue de réaliser l'entretien.

2.4 Préparation des entretiens

Un script servant de guide d'entretien a été rédigé au préalable. Ce guide d'entretien n'est pas un questionnaire. Il s'agit d'une liste de thèmes que le chercheur souhaite aborder et, reste modulable en fonction du déroulement de la rencontre.

Il se compose d'une première partie contenant une explication du travail de recherche puis énonce les modalités du déroulé de l'entretien.

La seconde partie débute par une présentation des médecins suivie de neuf questions ouvertes permettant d'aborder les thèmes suivants :

- La prise en charge de l'ostéoporose en prévention secondaire après une consultation dans le cadre de la filière spécialisée ressentie par le médecin généraliste
- Les difficultés du patient à maintenir le traitement anti-ostéoporotique
- L'opinion des médecins généralistes concernant la maladie ostéoporotique et ses traitements

- L'opinion des médecins généralistes concernant la filière Ostéoporotique du CHU d'Amiens

Cinq questions concernant leur âge, sexe et lieu, année et mode d'installation ont été formulées dans le but d'analyser la population étudiée.

2.5 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 09 Octobre 2015 au 26 Novembre 2015 aux cabinets des médecins interrogés ou à leur domicile pour deux d'entre eux selon les rendez-vous préalablement fixés par téléphone. Chaque entretien a été enregistré intégralement au moyen d'un dictaphone numérique et, ce, avec leur accord. La fiche GISMO était présentée au début de l'entretien afin de rappeler le nom du patient cible et le traitement initié.

Les questions étaient traitées selon la progression établie dans le script d'entretien. Les interventions de l'intervieweur consistaient en des relances pour clarifier et approfondir le point de vue des médecins interrogés ou pour repréciser la questions quand elle n'était pas comprise.

2.6 Transcription des entretiens

La transcription des entretiens a été effectuée mot pour mot à partir des enregistrements via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

Afin de garantir l'anonymat, chaque médecin a été désigné par la lettre «M» suivie de chiffres correspondant à leur ordre de passage lors des entretiens.

2.7 Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été effectuée avec l'aide du logiciel Nvivo® 10 qui apporte une aide technique mais n'effectue aucune interprétation des données. Ce logiciel a permis de faire une analyse de tous les entretiens phrase par phrase, encore appelée « Grounded Theory ».

Pour chaque entretien, un «codage» a été réalisé. Cela consiste à extraire des mots ou phrases permettant de regrouper des idées semblables présentes dans tous les entretiens sous forme de catégories encore appelées « nœuds ». L'objectif est de les mettre en lien, d'en ressortir des arguments et des réponses en rapport avec les questions posées initialement.

Ces « nœuds » correspondent donc aux résultats.

Le nombre de rencontres a été déterminé par la saturation des données. Cette saturation est atteinte lorsque le compte-rendu ne révèle plus de thème nouveau supplémentaire qui enrichirait la théorie. Ce principe nécessite un examen évolutif et continu qui débute dès les premiers entretiens.

3. RESULTATS

3.1 Présentation de l'échantillon

A partir des fiches GISMO, une liste de quarante médecins généralistes exerçant dans la Somme a pu être créée. Vingt-quatre appels téléphoniques ont été passés lors du recrutement :

- 12 ont abouti à un accord de rendez-vous,
- 6 à un refus,
- 4 ne nous ont pas permis d'entrer en contact avec le médecin concerné,
- 2 ont établi que le médecin ne suivait plus ce patient.

La saturation des données a été atteinte au bout de 11 entretiens. Les entretiens ont duré entre 14 et 37 minutes avec une moyenne de 23 minutes. L'âge moyen des médecins interrogés était de 50 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

Médecins	Sexe	Age	Année d'installation	Mode d'exercice	Secteur
M1	Homme	59	1989	Groupe	Urbain
M2	Homme	33	2014	Groupe	Semi-rural
M3	Femme	51	1997	Groupe	Semi-rural
M4	Homme	62	1982	Groupe	Urbain
M5	Homme	47	2003	Groupe	Semi-rural
M6	Femme	50	2006	Groupe	Semi-rural
M7	Homme	38	2010	Groupe	Semi-rural
M8	Homme	61	1984	Groupe	Semi-rural
M9	Femme	60	1983	Seul	Urbain
M10	Homme	62	1985	Seul	Urbain
M11	Femme	30	2014	Groupe	Urbain

Les médecins ont été sélectionnés à partir de leurs patients dont les caractéristiques figurent au tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

Patients	Age	Sexe	Traitement initié	Date mise en route	Traitement en cours au moment de l'étude
P1	86	F	Denosumab	Mai 2014	Denosumab
P2	62	F	Biphosphonate per os	Decembre 2014	Biphosphonate per os
P3	52	H	Biphosphonate IV	Juillet 2014	Biphosphonate IV
P4	64	H	Biphosphonate per os	Juin 2014	Aucun
P5	82	F	Biphosphonate per os	Octobre 2014	denosumab
P6	83	F	Biphosphonate per os	Octobre 2014	Aucun
P7	61	H	Biphosphonate per os	Juin 2014	Aucun
P8	79	F	Biphosphonate per os	Octobre 2014	Biphosphonate per os
P9	93	F	Denosumab	Juin 2014	Denosumab
P10	75	F	Biphosphonate per os	Novembre 2014	Biphosphonate per os
P11	65	F	Biphosphonate per os	Novembre 2014	Biphosphonate per os

3.2 La prise en charge du patient par le médecin généraliste

3.2.1 Ressentis lors de la prise en charge du patient

3.2.1.1 Aucune difficulté

La plupart des médecins interrogés déclarait n'avoir éprouvé aucune difficulté lorsqu'ils ont revu leur patient.

M1 « il n'y a pas eu de difficulté »

M2 « non je n'ai pas rencontré de difficulté particulière »

M3 « Je n'ai pas eu de difficulté »

M8 « Non je ne vois pas les difficultés que j'aurais dû avoir. Dans la mesure où elle a été prise en charge en hospitalier, c'est tout je ne rajoute rien, je suis ce qu'on me demande de faire »

M9 « Aucune »

M10 « Aucune difficulté »

3.2.1.2 Les difficultés

• Un patient difficile

La non-compréhension du patient face à sa maladie, son refus du suivi étaient les difficultés exprimées par deux médecins.

M4 « il a refusé de retourner à l'Hôpital, refusé de se faire suivre pour cette fracture, il a refusé en vrac tout ce qui concernait l'ostéoporose »

M7 « l'ostéoporose est passée complètement aux oubliettes. Ce patient est tellement

dans l'alcool qu'il n'a plus conscience de ce qu'il a. »

- **Difficultés liées à la prise en charge par la filière Ostéoporose du CHU**

Une minorité de médecins a déclaré avoir ressenti une difficulté à cause du suivi par la filière.

Un médecin n'arrivait pas à trouver sa place dans la prise en charge.

M5 « Voilà, au jour d'aujourd'hui, je n'ai pas la main dessus »

Quelques médecins regrettaient d'avoir manqué d'information.

M5 « t'attends un compte rendu qui n'arrive pas (...). Moi mon problème avec la rhumato c'est ça »

M11 « La difficulté c'est que moi j'ai succédé à un médecin et il y a eu un moment où le CHU n'a pas mis à jour leur listing et moi je n'avais plus les courriers. »

3.2.2 Le suivi par le médecin généraliste

- **Sur le plan clinique**

Un médecin vérifiait l'observance du patient ainsi que les modalités de prise du traitement.

M2 « je vérifie qu'elle le prenne selon les bonnes précautions d'emploi »

M2 « elle me dit « régulièrement ça m'arrive de l'oublier » donc après on essaie de remettre les choses au point en disant bien : « plutôt le prendre le dimanche matin au moins tu y penses tout le temps »

Une minorité de médecins évoquait la mesure de la taille dans le suivi, mais ils ne pouvaient pas toujours la réaliser.

M9 « je peux pas la mesurer puisqu'elle est au fauteuil »

M10 « On n'a pas toujours un truc pour mesurer tout ça, donc pour le suivi à ce niveau là, c'est bien pour ceux qui viennent au Cabinet, on surveille la taille tout ça, s'il n'y a pas de tassement. »

Un médecin évoquait la surveillance de l'état général du patient.

M1 « je n'ai pas d'éléments principaux à surveiller, son état général quoi en global »

Un médecin indiquait profiter des consultations pour répondre aux interrogations du patient

M11 « on avait ré-évoqué s'il y avait eu d'autre chute »

- **Le renouvellement**

Quelques médecins déclaraient suivre leur patient par le biais du renouvellement du traitement.

M1 « Je renouvelle le traitement »

M2 « on a renouvelé puis on continue à renouveler »

M7 « Quand ils sont passés par la filière, franchement hormis le renouvellement, il n'y a pas de prise de sang particulière, il y a une consultation avec le rhumatologue »

M11 « je dois la voir tous les trois mois environ pour son renouvellement. »

- **Sur le plan biologique**

Quelques médecins s'entendaient à faire un suivi biologique en insistant sur le dosage de la vitamine D, un médecin précisait demander aussi un dosage de la calcémie et de la phosphorémie.

M3 « moi j'ai surveillé sa vitamine D pour voir s'il en manquait »

M8 « le dernier bilan d'ailleurs qu'on a fait a montré un taux de vitamine à 28. »

M9 « les éléments de surveillance ce sont des éléments biologiques... je lui fais régulièrement le calcium, le phosphore »

M10 « on lui fait surveiller sa Vitamine D à peu près une ou deux fois/an »

- **Sur le plan radiologique**

Quelques médecins portaient une grande importance à la densitométrie dans le cadre du suivi.

M1 « je la suis suivant les bilans de contrôle tous les 2 ans »

M4 « j'insiste sur la notion de la densitométrie osseuse, qui doit être faite tous les 2 ou 3 ans selon les patientes »

M6 « Je lui ai proposé de refaire une densitométrie, elle n'est pas contre, donc on va en refaire une par an quand même. »

M7 « une ostéodensitométrie 3 ou 5 ans après selon l'importance c'est tout...Moi je ne m'attache qu'à la densitométrie osseuse. »

- **Le suivi délégué au rhumatologue**

Quelques médecins laissaient le suivi de l'Ostéoporose au rhumatologue de la filière.

M2 « pour le suivi, du moins imagerie, je laisse ça au rhumato »

M3 « ils ont quand même un suivi rhumato c'est vrai que je délègue assez facilement dans ce cas ils sont surveillés là-bas donc c'est vrai qu'on ne va pas faire deux fois les mêmes examens »

M5 « J'ai rien fait pendant 6 mois-là. Parce que le gros bilan avait été fait. Elle (le rhumatologue) lui a fait une prise de sang avec au moins le dosage de la calcémie avant de démarrer le Prolia®. »

M10 « En général je laisse le suivi au Rhumatologue »

3.2.3 Les mesures non médicamenteuses

- **Les mesures diététiques**

La majorité des médecins avait conscience de l'importance de l'alimentation. Ils conseillaient aux patients de favoriser les aliments riches en calcium, évoquaient principalement le choix de l'eau minérale, les yaourts, le fromage. Un médecin a aussi réalisé une enquête alimentaire.

M3 « Oui, j'essaie, ils sont souvent en dessous,(...)enfin ceci dit ça fait beaucoup quand on compte, s'il ne prenne pas d'eau minérale parce que ça c'est déjà un plus mais quand on enlève l'eau minérale et qu'il n'y a que les yaourts, le fromage, machin on est en dessous d'un gramme »

M6 « qu'elle prenne beaucoup de produit calcique aussi, ça c'est important, et de boire beaucoup d'eaux minérales différentes, notamment l'eau du robinet par exemple, mais qu'elle boive beaucoup d'eau »

M8 « On en parle mais je ne fais pas d'enquête alimentaire à tout écrire ou à noter. Je leur dis est-ce que vous prenez bien des laitages, un petit peu de fromage. De toute façon, vous avez 95 ans, le cholestérol, on s'en fout. Il faut éviter ça, on en parle oui. »

M10 « je revois aussi leur alimentation, voir si leurs apports calciques sont suffisants etc... »

M11 « Bien au niveau de la nourriture, les apports calciques aussi, bien vérifier que les gens aient un apport calcique important (...) du fromage, des laitages, des trucs comme ça. »

- **L'activité physique**

Une minorité de médecins déclarait parler de l'intérêt d'une activité physique.

M6 « j'ai dit, au niveau activité physique qu'elle marche beaucoup, qu'elle essaie de s'activer »

M8 « Je me bats pour qu'elle fasse des allers et retours dans sa rue mais elle a deux marches pour descendre de chez elle et pour aller dans sa rue c'est difficile (...) je me bats effectivement pour qu'elle bouge »

- **La prévention des chutes**

Une minorité de médecins avait évoqué ces mesures avec leurs patients en évoquant uniquement l'adaptation de l'habitat.

M4 « Je leur en parle pas beaucoup »

M4 « Si je vais chez eux, que je vois des tapis ou ... Voilà bien sûr, mais c'est presque des règles de bon sens que j'essaie de mettre en place. C'est vrai que je leur dis évidemment (...) « faites très très attention parce que là vous avez des os de verre et qu'au moindre faux pas vous allez vous casser quelque chose bien sûr » (...) On l'évoque, mais sans insister lourdement »

M6 « on en a parlé, notamment quand elle avait été prise en charge pour sa prothèse de hanche »

M8 « Je surveille surtout son intérieur pour pas qu'elle se tape dans les tapis, pour qu'elle ait moins de chute possible, parce que l'ostéoporose donc les moyens de prévention et de surveillance, ils sont liés. Malheureusement elle a pris un petit chien qui est tout le temps dans ses pattes donc je lui dis que quand elle passe dessus, qu'elle ne lève pas la jambe trop haut pour ne pas tomber »

- **Mesures non abordées par le médecin traitant**

- **Par omission**

Une minorité de médecin expliquait ne pas avoir parlé des mesures non médicamenteuses par faute de temps ou par oubli.

M1 « effectivement il faut y penser mais je n'ai pas parlé de ça »

M5 « un petit peu, mais bon c'est plein de chose à dire dans une consult'... »

- **Par abstention**

Le bon état général, l'âge jeune, l'autonomie conservée étaient les éléments mis en évidence par quelques médecins pour expliquer qu'ils n'évoquaient ni le maintien de l'activité physique ni les mesures de prévention des chutes.

M2 « prévention des chutes non c'est vrai que je n'en reparle pas non plus c'est une patiente assez jeune elle a 60 ans, oui 60 ans donc elle n'a pas de facteur de risque de chute particulier »

M3 « il est encore assez jeune ceci dit cet homme-là »

M10 « Mais comme je sais qu'elle va faire ses courses elle-même, tout ça, c'est que tout va bien. »

M11 « les préventions de chutes avec elle, je l'avoue, je ne le fais pas. (...) elle est autonome, elle est relativement jeune, elle a une soixantaine, ce n'est pas vieux !

Une minorité des médecins déclarait ne pas les avoir évoquées lorsque le patient était sédentaire ou grabataire.

M1 « il n'y a pas beaucoup de chose à lui conseiller étant donné qu'elle est quand même plus sédentaire vu l'état cardiaque qu'elle a »

M9 « C'est une patiente qui est grabataire, qui ne va plus du lit au fauteuil, (...) qui n'a plus d'autonomie à la marche (...) Je ne pourrai pas la faire marcher »

Un médecin expliquait ne pas avoir revu le régime alimentaire en raison de l'institutionnalisation de la patiente.

M9 « elle est dans un univers médicalisé au niveau alimentaire, c'est bien contrôlé. »

Une minorité de médecins ne prenait en compte aucune de ces mesures lorsque le patient refusait le suivi de sa maladie.

M4 « c'est un peu difficile dans son cas. »

M7 « Franchement même si j'ai envie, je n'ai quasiment jamais l'opportunité de le faire car parce qu'honnêtement l'observance est tellement nulle que c'est difficile. »

○ **Par délégation**

Une minorité des médecins déclarait que ces mesures avaient été discutées avec les membres de la filière, ils n'avaient donc pas repris ce sujet.

M2 « non c'est vrai que je ne pense pas spécialement à lui en reparler à chaque renouvellement, je sais que ça avait été abordé dans le compte-rendu ils en avaient parlé »

M5 « Non, ça j'avoue, je ne fais pas trop. Mais souvent elle est faite par le rhumato. »

3.3 Le patient et sa pathologie du point de vue du médecin généraliste

3.3.1 Intérêt des patients vis à vis de l'ostéoporose

• Intérêt modeste

La majorité des médecins décrivait ressentir un intérêt modeste des patients face à leur pathologie ostéoporotique.

M2 « je n'ai pas l'impression qu'elle y accorde un intérêt plus que ça »

M5 « elle a peut être compris qu'elle a cassé parce qu'elle avait des os qui étaient faiblarde quoi. Ca elle a compris »

M11 « elle ne porte pas forcément d'intérêt à son ostéoporose mais aux conséquences de sa fracture. Je pense qu'elle a un intérêt notamment la peur. »

La polypathologie du patient était la raison de cet intérêt modeste selon un médecin.

M1 « peut-être pas vraiment parce qu'elle a eu tellement de complications, elle décompense assez souvent surtout au niveau cardiaque, et assez souvent hélas, que c'est vrai que ce traitement-là passe à côté »

Un médecin l'expliquait par le fait que l'ostéoporose n'était pas une cause de décès brutal en la comparant aux maladies cardio-vasculaires.

M11 « L'ostéoporose, ça ne fait pas mourir, en tout cas pas aussi brutalement et de façon importante que les maladies cardio-vasculaires. Donc je pense que c'est peut-être pour ça ! C'est moins grave, donc les gens font un peu moins attention ! »

L'absence de symptôme au quotidien faisait oublier la pathologie au patient, expliquait un médecin.

M10 « Pas trop, comme c'est une patiente dynamique, elle n'y prête pas trop attention »

- **Un réel intérêt**

Une minorité de médecins pensait que leurs patients portaient de l'intérêt à leur pathologie. Ils indiquaient surtout la peur d'une récurrence fracturaire.

M3 « ça l'a angoissé surtout en se disant si je me casse déjà à cet âge-là... »

M8 « Oui parce qu'elle a peur de retomber. »

M11 « elle ne porte pas forcément d'intérêt à son ostéoporose mais aux conséquences de sa fracture. Je pense qu'elle a un intérêt notamment la peur. »

- **Aucun intérêt**

Quelques médecins décrivaient un intérêt nul des patients à l'égard de l'ostéoporose. L'un d'eux l'expliquait par les difficultés de compréhension du patient, un autre à cause des troubles cognitifs.

M4 « Il n'a pas le QI nécessaire, il a fait une densitométrie, il a fait les examens complémentaires, mais ça s'est arrêté là »

M7 « Aucun intérêt. »

M9 « Elle est démente »

Un médecin expliquait que l'ostéoporose n'était pas ressentie comme une pathologie mais plutôt comme une évolution normale du vieillissement.

M6 « elle se dit que c'est physiologique, c'est-à-dire, j'ai 81 ans, c'est normal que mes os s'usent, c'est normal que j'ai fracturé quelque part. »

3.3.2 Le maintien du traitement

3.3.2.1 Facteurs favorisant l'adhésion au traitement

La majorité des médecins déclarait ne ressentir aucune difficulté de la part des patients à maintenir le traitement.

M1 « j'en rencontre pas vraiment »

M8 « Bien apparemment, il n'y en a pas »

- **Les différentes présentations des traitements**

L'espacement des prises du traitement et les différents galéniques possibles favorisaient l'observance.

M1 « non je n'ai pas eu de difficultés du tout, à cause je trouve du mode d'administration »

M3 « Il est observant, en même temps c'est de l'injection donc une fois par an ça va être difficile de ne pas être observant quand même »

M4 « avec en plus maintenant le fait qu'on peut prendre le traitement de façon bimensuelle ou hebdomadaire etc. »

M9 « le traitement de biphosphonate, qui est souvent plus sporadique et qui peut être de toute façon palier maintenant grâce à l'Aclasta® qui est une perfusion annuelle, grâce à la prise de 2j/mois avec Actonel®, grâce au traitement aussi de Prolia® qui est très bien accepté car c'est tous les 6 mois. »

M10 « Il y en a à la semaine ou à la quinzaine ou au mois maintenant. C'est même de plus en plus espacé. »

- **Pas d'appréhension des patients**

D'ailleurs aucun patient n'aurait appréhendé les effets secondaires.

M8 « Non, c'est vraiment quelqu'un quand on lui donne un traitement, elle le prend »

- **Le rôle de l'information**

Quelques médecins évoquaient l'importance d'un patient bien informé afin de favoriser le maintien du traitement.

M4 « Non j'ai pas vraiment l'impression qu'elles n'éprouvent pas de grande difficulté quand elles prennent conscience de l'intérêt et de l'importance qu'elles ont à prendre le traitement (...) je pense que si on leur explique pourquoi et je pense que c'est un peu plus entré dans les mœurs de la jeune génération aujourd'hui, (...)elles adhèrent plus volontiers et puis elles sont plus sensibilisées. »

M 10 « Bien apparemment, il n'y en a pas (des difficultés). Non, il faut leur expliquer que c'est un traitement une fois/semaine, leur expliquer qu'il faut le prendre bien avec l'eau du robinet, attendre, pas se coucher etc... »

Au sujet de l'information, deux médecins relevaient le rôle important des médias, ces derniers ont permis de sensibiliser les patients à l'ostéoporose.

M4 « je pense que les magazines féminins doivent bien orienter, parce qu'on y pense pas souvent, mais maintenant je crois que les gens s'informent beaucoup par le Net. »

M6 « Je dirais que la presse a été très importante de ce côté-là, au niveau de tout ce qui est prise en charge de l'ostéoporose, les magazines (...) "ha oui j'ai déjà lu effectivement dans la presse qu'il y avait ça, vous me proposez ça, j'ai déjà lu des choses là-dessus". Ça ils vont peut-être être un petit peu plus répondants parce qu'ils ont vus des choses. »

- **Une prise en charge facilitée**

Un médecin expliquait l'amélioration de l'observance des patients grâce à une prise en charge plus systématique de l'Ostéoporose. Le remboursement de la densitométrie, la création de la filière Ostéoporose du CHU d'Amiens, les nouveautés thérapeutiques et leurs meilleures tolérances ont été des éléments bénéfiques à la prise en charge du patient.

M4 « Je pense que la tolérance et l'observance est bien meilleure qu'à une époque où la densitométrie se faisait de façon ponctuelle. Elle était remboursée seulement au CHU, pas remboursée en privé. Enfin, on avait tous ces soucis, pas sur le même appareil. On ne calculait pas trop la ration calcique du patient, on lui donnait toujours le même traitement. C'était moins systématisé qu'aujourd'hui. Je parle d'une quinzaine d'années avant et là je pense qu'on avait peut-être un peu plus de difficulté à leur faire accepter (...)La tolérance qui est meilleure, à la filière et à la prise en charge qui est meilleure, le remboursement aussi »

- **La baisse de prescription des traitements hormonaux de la ménopause**

Un médecin avait remarqué qu'avec la diminution des prescriptions des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, les patientes acceptaient davantage les traitements anti-ostéoporotiques.

M4 « depuis qu'on a moins de traitement en hormonothérapie de la ménopause, elles ont tendance à accepter plus facilement ce genre de choses. »

3.3.2.2 Les Obstacles à l'adhésion

- **Le manque d'observance**

Quelques médecins évoquaient une mauvaise observance de leur patient.

M2 « c'est principalement ça l'obstacle, elle ne s'est jamais plaint de brûlures œsophagiennes ou autres donc non clairement c'est l'oubli »

M7 « elle me disait de renouveler son ordonnance en sachant qu'elle ne le prenait plus »

Un médecin doutait de la bonne observance de son patient et souhaitait en faire le point lors d'une prochaine consultation.

M11 « Franchement, j'ai un doute mais c'est parce que je commence un peu à la connaître et elle en fait un peu à sa tête donc je pense qu'elle ne doit pas tout me dire. (rire). Parce que je suis censée la voir tous les trois mois et je ne la vois pas toujours tous les trois mois (...) Je ne l'ai pas revue pour ça donc je pense que je vais la voir prochainement et je reverrai avec elle. »

Un médecin cherchait à quantifier l'observance de ses patients en consultation mais se sentait découragé lorsque celle-ci était insuffisante.

M7 « Des fois je leur demande s'ils prennent toujours le traitement, certains me répondent oui mais je ne suis pas convaincu ou certains me répondent je le prends un jour sur deux, je l'ai oublié ce mois-ci. Donc en fait, ça me démotive. »

- **L'intolérance au traitement**

Un médecin expliquait le refus de son patient à poursuivre le traitement par biphosphonates en raison d'une intolérance sur le plan digestif.

M6 « Elle a persisté dans le côté intolérance du médicament, tout simplement, c'est dans ce sens-là qu'elle ne voulait pas. »

- **Les modalités de prise**

Quelques médecins expliquaient un maintien au traitement difficile à cause des modalités de prise, cela concernait particulièrement les biphosphonates.

M5 « Elle me dit "holala oui vous savez cette histoire de prise de à jeun c'est embêtant". Donc du coup elle est partie sur du Prolia® »

M7 « Le fait qu'il faut prendre le médicament dans des conditions particulières et je pense vraiment que ça les embêtent bien (...) Je vous dis ce sont les modalités de la prise du traitement : à jeun, tant de temps avant le repas, s'allonger après. Et puis pour le calcium et la vitamine D, c'est le goût qui revient sans cesse. »

Un médecin indiquait que son patient avait refusé les traitements injectables.

M6 « Elle a refusé (la forme injectable) parce qu'elle a dit c'est trop contraignant, elle n'était pas du tout ouverte aux formes injectables, parce qu'on lui a proposé ça. Elle a dit non, moi « je ne suis pas du tout injectable » »

- **L'ostéoporose une maladie peu bruyante**

Selon un médecin, l'absence de symptôme au quotidien pouvait expliquer ce manque d'intérêt.

M7 « c'est ça le problème de l'ostéoporose, comme c'est une maladie peu parlante, ils considèrent qu'ils prennent ce traitement pour rien. »

- **Un traitement d'une durée longue sans en vérifier l'efficacité**

Un médecin expliquait que le traitement était prescrit d'emblée pour plusieurs années avant de pouvoir vérifier son efficacité.

M7 « On leur dit qu'on va refaire une ostéodensitométrie dans 3 ans ou 5 ans selon les résultats et ça leur paraît trop loin et ils finissent par arrêter. »

3.4 Opinions du médecin généraliste concernant l'ostéoporose et ses traitements

3.4.1 Intérêt du médecin concernant la prise en charge

La majorité des médecins s'accordait sur l'importance de la prise en charge de l'ostéoporose après fracture.

M4 « Oui, vraiment (beaucoup d'importance) »

M5 « bien sûr que ça a une importance (...) faut prendre en charge, c'est normal »

M8 « Elle est importante tout le temps même avant la fracture bien sûr mais après la

fracture encore plus parce que s'il y a déjà eu une fracture »

M9 « Donc pour moi, après fracture, c'est aussi important qu'avant fracture »

M11 « Ah bien oui c'est toujours important. »

Quelques médecins expliquaient l'importance de la prise en charge en rappelant les conséquences sur l'autonomie des patients en cas de récurrence.

M6 « Je pense que c'est indispensable (...) le taux de récurrence est immense derrière, donc si on a une personne impotente qu'est-ce qu'on fait ? Perte d'autonomie et tout ce qui va avec, donc au contraire, je stimule énormément »

M 10 « c'est important pour éviter les récurrences, qui crée l'alitement des patients, toutes les complications du décubitus. »

Un médecin notait l'importance du coût financier lorsque le patient n'était plus autonome.

M10 « Après le coût de la santé aussi, au niveau finance ça joue aussi un peu. »

Un médecin se réjouissait d'ailleurs de l'évolution concernant la prise en charge de l'ostéoporose.

M4 « à l'époque, la prise en charge ne se faisait pas comme aujourd'hui et donc je suis très sensible à cela. »

Un autre médecin se sentait peu concerné par cela, il expliquait avoir peu de patients confrontés à ce problème.

M7 « Ce n'est pas que ça ne me semble pas important mais ça me semble lointain étant donné que je n'ai pas souvent à le faire car ça ne se présente pas souvent, c'est ça le souci. »

Ce médecin évoquait prioriser certaines pathologies notamment cardio-vasculaires dans sa prise en charge.

M7 « beaucoup de polypathologies et de maladies lourdes à traiter à côté que ça passe à l'as, parce que ce n'est pas le primordial, vaut mieux traiter la coronaropathie avec la prévention secondaire, le diabète que l'ostéoporose dont il ne prend quasiment pas le traitement »

3.4.2 L'ostéoporose : une maladie grave ?

A cette idée, deux médecins déclaraient qu'en effet l'Ostéoporose est une maladie grave. Ils précisaient les risques de perte d'autonomie et ses conséquences dramatiques

notamment chez la personne âgée, un médecin précisait la gravité de l'ostéoporose en rappelant son impact en Santé Publique.

M6 « c'est une maladie grave, qui va découler sur beaucoup de choses, comme je dis perte d'autonomie, mais après syndrome de vieillissement, c'est des personnes qu'on retrouve dénutris car ils ne bougent plus. Donc si, c'est une maladie grave. »

M10 « Ben grave c'est dans le sens que ça peut rendre grabataire facilement. Oui, je pense quand même, avec toutes les complications de décubitus, les escarres, tout ça, oui. Grave même au niveau coût de santé publique. Grave financièrement aussi. De l'autonomie, la finance et puis la vie qui se raccourcit quand même. C'est vrai qu'une personne âgée qui n'est plus autonome, se dégrade rapidement. »

Un médecin était d'accord avec cette idée mais la précisait en prenant en compte l'âge du patient.

M3 « Oui après ça dépend de l'âge »

La majorité des médecins ne considérait pas l'Ostéoporose comme une maladie grave mais la décrivait plutôt comme importante avec des conséquences graves.

M1 « Grave, bon peut être le mot grave me sonne beaucoup, oui c'est important il faut tenir compte »

M2 « une maladie aux conséquences potentiellement graves »

M4 « Ça paraît peut-être excessif dans le sens où pour moi, grave c'est mise en danger du pronostic vital, donc je dirais que c'est une maladie sérieuse, à prendre en considération pour le bien être des patientes »

M9 « C'est une maladie importante, après c'est question de terme. »

M11 « C'est une maladie, elle n'est pas mortelle mais au fur et à mesure du vieillissement, j'y fais peut-être plus attention, à soixante ans peut-être moins. Donc c'est important mais pas grave. »

Un médecin considérait que l'Ostéoporose était grave mais qu'elle n'était pas une maladie.

M8 « Moi je dirais l'ostéoporose est une affection gravissime mais je ne prendrais pas ça comme une maladie. (...) C'est ce mot maladie qui m'embête. Moi je dirais l'ostéoporose c'est grave, c'est grave parce que la chute chez la personne âgée, c'est grave et ça entraîne des chutes mortelles »

Quelques médecins ne considéraient pas l'ostéoporose comme une maladie grave.

M2 « je ne dirai pas que l'ostéoporose est une maladie grave »

M5 « je la considère pas comme une maladie grave »

M7 « Non parce que le pronostic vital n'est pas engagé et puis il y a des moyens pour l'éviter et pour la ralentir donc à mon sens, ce n'est pas une maladie grave. »

3.4.3 Intérêt du traitement anti-ostéoporotique en prévention secondaire

Tous les médecins s'accordaient à définir un réel intérêt de ces traitements en prévention secondaire.

M2 « il y a un réel intérêt de ces traitements là ça il n'y a pas photo »

M4 « Pour vous, il y a un intérêt à le prescrire ? Oui, tout à fait. »

M5 « elle a refait de l'os impressionnant, pendant 2 ans, alors c'est impressionnant »

M6 « Jusqu'à présent heureusement qu'ils sont là, parce qu'au moins, on n'a pas trop de récurrence de ce côté-là. »

M7 « Je pense que c'est plus que nécessaire. »

M8 « On peut améliorer et on a tout intérêt à le faire »

M10 « à priori je pense que oui »

M11 « Je pense que c'est là où l'intérêt est le plus grand d'ailleurs »

Les résultats de la densitométrie de contrôle leur permettaient de confirmer cette efficacité.

M3 « Comme on surveille sur densitométrie, on voit, on voit tout de suite si ça marche ou pas. En général c'est assez bon quand même »

M9 « quand je fais des ostéo-densitométries chez mes patients qui ont des fractures, à 3 ans ou à 5 ans, surtout à 3 ans c'est la moyenne que je me donne, et bien, on a tout de même une efficacité quand on traite les patients par rapport à l'ostéoporose et je pense que c'est bien. »

3.4.4 Les nouveautés thérapeutiques

Les nouveautés dans l'arsenal thérapeutique de l'ostéoporose étaient évoquées par quelques médecins.

Un médecin appréciait cette évolution sur le plan thérapeutique, il décrivait un large éventail disponible, il pouvait ainsi choisir un traitement selon la galénique et selon la fréquence des prises.

M6 « Je trouve qu'on a quand même bien évolué depuis quelques années, on a quand

même des disponibilités, des choses tout à fait correctes avec soit des prises journalières, mais maintenant on a des prises hebdomadaires, on a des prises mensuelles et puis pourquoi pas, si les personnes sont, on va dire un petit plus actives, on a les injectables, ils sont tranquilles 1 ou 2 fois dans l'année et puis c'est bon. Je pense que de ce côté-là, ça a été vraiment une grande évolution sur les traitements »

A ce propos, un autre médecin, décrivait plutôt sa difficulté à se tenir au courant de tous les traitements anti-ostéoporotiques, il appréciait d'ailleurs les informations fournies par le rhumatologue.

M10 « Ils sont divers et variés. Il faut essayer de suivre, ce n'est pas toujours facile à suivre (...) mais bon ça va on peut être averti par la rhumatologue par exemple »

Deux médecins exprimaient leur enthousiasme face à un traitement en particulier : le denosumab. Ils appréciaient ce traitement principalement par sa praticité, ne nécessitant qu'une injection en sous cutanée tous les six mois.

M1 « c'est bien, bon je trouve que ce dernier là qu'on cite le nom, je trouve qu'au niveau administration il est quand même très pratique. Oui moi je suis assez partant à cette molécule-là »

M9 « C'est très pratique, c'est peu contraignant et c'est très bien. »

Les médecins précisaient manquer de recul avec cette nouvelle molécule pour juger de son efficacité.

M1 « je n'ai pas assez de recul sur ce médicament, sur cette molécule-là (...) Pour les biphosphonates oui je pense que oui c'est quand même bénéfique »

M5 « Le Prolia ® ? Bah je n'ai pas de recul donc je ne connais pas bien. »

3.4.5 Expérience des médecins généralistes avec les traitements anti-ostéoporotiques

- **Les médecins se sentent à l'aise avec le traitement prescrit par la filière.**

La majorité des médecins déclarait se sentir à l'aise avec le traitement prescrit par le médecin de la filière. Ils déclaraient n'avoir aucune crainte lors de leur prescription.

M1 « Craintes à proprement dit non »

M2 « Oui sans problème »

M4 « Non aucune crainte »

M7 « Cela ne pose pas de complication parce qu'en fait si les patients ne le supportent pas, on essaye un autre médicament suivi d'une consultation rhumato derrière pour faire le point, voilà »

M8 « le tout c'est de respecter les règles de prescription et respecter les durées de traitement »

M10 « Oui, pas de problème »

Un médecin évoquait une seule crainte, celle de la mauvaise observance du patient.

M6 « la seule chose que je pourrais avoir comme crainte c'est de dire : est ce que la personne va le suivre au long cours ? »

- **Les effets secondaires rencontrés au cours de leurs carrières**

- **Aucun**

La majorité des médecins exprimait de ne pas avoir été témoin d'effets secondaires avec les traitements anti-ostéoporotiques au cours de leur carrière.

M2 « je n'ai pas souvenir d'avoir eu de patient qui se plaignait d'effets secondaires »

M6 « jusqu'à présent j'ai pas eu de souci au niveau digestif plus que ça, en expliquant bien comment prendre les comprimés notamment avec l'Actonel®, bien être a jeun, debout etc... ne pas s'allonger, jusqu'à présent je n'ai eu aucun souci. Il faut bien expliquer aux gens le médicament, comment on le prend, à quel moment. Et ça roule ! »

M8 « J'en ai jamais eu. »

M10 « A ma connaissance, non .Je n'en ai jamais eu.»

M11 « Personnellement, non »

- **Sur le plan digestif**

Quelques médecins décrivaient quelques effets secondaires en insistant sur l'intolérance digestive.

M4 « Les intolérances digestives surtout et les reflux gastro-œsophagiens, les œsophagites. »

M5 « Bah y'en a forcément, j'ai eu des gens qui avaient des problèmes digestifs, qui ne toléraient pas »

M7 « le digestif, c'est la seule plainte des patients »

○ *L'ostéonécrose de la mâchoire*

Un médecin déclarait avoir été confronté une fois à une ostéonécrose de la mâchoire au cours de sa carrière.

Quelques médecins demandaient systématiquement une consultation avec un dentiste lors d'un traitement par biphosphonates.

M3 « je leur demande d'aller voir le dentiste. C'est mieux, il faut déjà résoudre ce problème-là »

M5 « Ah les dentistes ! Ah beh oui »

M8 « le tout c'est de respecter les règles de prescription (...) les précautions d'emploi les dentistes. Une fois qu'on a pris toutes ces précautions là... »

Un médecin remarquait que cette précaution dentaire n'était pas demandée par les rhumatologues

M5 « Et donc je n'ai jamais vu un rhumato demander un avis dentaire au préalable, ça je n'ai jamais vu. »

Selon ces médecins, les dentistes refuseraient de pratiquer des extractions dentaires à ces patients.

M5 « Et moi j'ai un dentiste qui n'a pas voulu faire une extraction dentaire à une des patientes parce qu'elle prenait son traitement, il lui a dit non, je ne vous retirerai jamais une dent de ma vie. Le mec il refuse, il a peur de l'ostéonécrose de la mâchoire. »

M8 « la dentiste avec qui je travaille n'en a jamais eu mais bon maintenant elle refuse quelqu'un qui a du bi-phosphonate : « ouh là là attention, moi je serais vous je ferais attention » ».

3.4.6 L'arrêt du traitement : les éléments pour décider

Quant à la durée du traitement, les avis étaient très partagés, quelques médecins ne se sont pas exprimés, quelques-uns parlaient de deux ans d'autres de cinq voire dix ans.

La réévaluation de la nécessité de continuer le traitement se faisait entre 2 et 10 ans. Les pratiques variaient d'un médecin à un autre, la plupart réalisait des ostéodensitométries osseuses, certains se référaient à l'avis du rhumatologue, deux médecins tenaient à suivre au plus près les recommandations scientifiques et un médecin décidait de la durée selon d'une part l'observance du patient et de l'autre la sévérité de l'ostéoporose.

Quelques médecins se référaient à l'avis du rhumatologue

M2 « j'aurais tendance à suivre l'avis du rhumato parce que comme elle sort de la filière avec son traitement sur une durée de temps je vais me référer à son avis »

M3 « ils sont suivis en rhumato, donc c'est vrai que la décision après de « qu'est-ce qu'on fait » ce n'est pas fréquemment moi qui la prends »

M4 « Ce n'est généralement pas moi, qui la choisit, c'est généralement la filière »

M6 « quelques fois je me rapproche des rhumatologues pour avoir leurs avis, est ce qu'on reste sur la même chose, est ce qu'on modifie un petit peu. J'aime bien avoir l'avis du spécialiste qui renforce mes dires. »

M10 « on fait au bout de 2 ans, on fait la densitométrie, on voit, on remet en question le traitement et on voit avec le Rhumatologue. »

Certains médecins prenaient leur décision en fonction des résultats de la densitométrie osseuse.

M1 « c'est surtout aussi des surveillances au niveau de l'ostéodensitométrie et pour voir un peu comment ça évolue justement est-ce que ça stabilise ou pas pour avoir quelque recul et je compare par rapport au recul »

M5 « le traitement pendant 2 ans et puis on refait une densito dans 2 ans »

M6 « Je leur dis toujours on est parti pour au moins 5 ans, facilement, après on fait la densitométrie »

M8 « Pour le biphosphonate, on fait 5 ans d'emblée, de toute façon on le recontrôle à 2 ans, on recontrôle à 5 ans par une densitométrie. Et puis si vraiment on ne peut pas remettre du biphosphonate et qu'il y a une ostéoporose importante fracturaire, les nouveaux traitements, en les vérifiant tous les 6 mois... »

Deux médecins décidaient de la durée du traitement en se référant aux recommandations.

M9 « Bien, je suis un protocole. Je n'ai pas d'état d'âme. Ce n'est pas une attitude, j'ai un protocole scientifique, en essayant de me rapprocher le plus des recommandations. »

M11 « C'est vrai qu'au niveau de la durée, je me pose toujours un peu la question, j'ai une petite fiche récapitulative (rire) qui me permet de me mémoriser »

Un médecin se basait sur deux critères pour décider de la durée du traitement. Il prenait en compte d'une part l'observance de son patient et de l'autre la sévérité de la pathologie.

M7 « Entre 5 à 10 années, ça va dépendre de quand ça a été découvert, la sévérité de

l'ostéoporose et puis l'observance du patient. (...) Moi je me dis que si c'est une ostéoporose peu sévère, que le patient a été super observant, moi je me dis que 5 ans ça suffit. Si le patient est vraiment à risque avec une hygiène très moyenne et que je ne suis pas sûre qu'il le prenne bien, il vaut mieux faire 10 ans que 5 ans, au moins on sera sûre que ce sera pris un peu plus qu'un peu moins »

3.4.7 La supplémentation vitamino-calcique

La majorité des médecins déclaraient supplémenter leur patient en vitamine D et calcium, ils la qualifiaient d'indispensable.

M2 « ça va de pair, il n'y a pas photo, ça va de pair avec le traitement anti ostéoporotique oui »

M4 « C'est important »

M6 « (j'en pense) Que du bien. »

M10 « Bien souvent, on le fait de manière assez systématique. Parce que c'est vrai que ce sont souvent des personnes âgées et la nourriture, ils ont tendance à manger moins quand même. Calcium tout ça, les apports calciques pas trop trop »

M11 « j'essaye de le faire pas mal quand même. »

Deux médecins notaient la bonne observance de leur patient vis à vis de la supplémentation vitamino-calcique. Un médecin expliquait que celle-ci était considérée par le patient comme un complément alimentaire, ce qui favorisait son observance.

M4 « Ils le tolèrent bien et ils observent bien »

M6 « Parce que ce n'est pas ressenti comme un vrai médicament. (...) ils adhèrent, alors moi j'y vais à fond ! »

Deux médecins portaient une importance particulière à la supplémentation en vitamine D.

M8 « la vitamine D c'est nécessaire »

M9 « je lui donne de l'UVEDOSE 1 amp./mois. Tout à fait, c'est important. »

Quelques médecins évoquaient le problème de l'observance vis à vis de la supplémentation calcique, ils avaient remarqué une lassitude à la prise quotidienne du calcium et une mauvaise tolérance sur le plan digestif.

M3 « Alors j'ai un peu de mal, la vitamine D ils l'appréhendent bien, les ampoules ça marche, mais quand c'est du calcium vitamine D tous les jours, quand ils viennent en disant ça j'en ai encore ce n'est pas la peine. Le calcium c'est plus difficile »

M5 « Alors les calciums, ça, autant les vitamines ça va, mais les calciums, alors ils te disent qu'ils en ont marre de bouffer de la craie ou ils en ont marre de la citronnade, ils en ont marre de si, ils en ont marre de ça et puis (soupir) »

M7 « Faut savoir que c'est très rapidement abandonné par le patient, extrêmement rapidement »

M9 « Surtout dans la prise du Calcium, parce que parfois le Calcium leur donne des nausées à terme et de la constipation, donc c'est ce qu'il y a de plus difficile à accepter, plus que le traitement de biphosphonate »

Selon un médecin, les différentes galéniques qu'offre la supplémentation calcique permettaient de répondre au mieux à la demande du patient...

M8 « ce qui est difficile c'est la galénique parce qu'il y a des gens qui veulent un comprimé, un sachet, d'autre qui veulent un truc à sucer et comme il y a le choix dans tous les trucs, alors... (souffle). On y arrive. »

3.5 Les médecins généralistes et la filière ostéoporose du CHU Amiens-Picardie

3.5.1 La relation Ville-Hôpital

Pour la majorité des médecins, la communication s'organisait à travers les courriers des rhumatologues.

M1 « les échanges se font par courrier »

M3 « ils m'ont envoyé un courrier »

M4 « Par les courriers que j'ai reçus. »

M6 « Tout à fait, j'ai reçu un courrier. »

M10 « Par courrier, »

Quelques médecins appréciaient leur relation avec les membres de la filière.

M4 « Aucun souci, au contraire, ça se passe très très bien. »

M6 « Oui c'est un bon relationnel (...) on a un bon contact que ce soit par courrier ou par téléphone. (...) Tout se passe bien, ils sont joignables, pour avoir un avis ils sont joignables sans soucis. »

M10 « On a de bonne relation.»

A l'inverse, pour certains médecins, la communication par courrier semblait insuffisante pour évoquer une relation.

M2 « J'ai eu un courrier et c'est tout »

M7 « on n'a pas d'échange uniquement le courrier. »

M8 « A part un bout de papier, c'est tout. »

M11 « Il n'y a pas d'échange, à par les courriers que j'ai pu recevoir, un ou deux depuis que je suis la patiente, c'est tout. Il n'y a pas de lien. »

A ce sujet, deux médecins notaient un délai qu'ils jugeaient trop long à la réception du compte rendu et faisaient remarquer que parfois ils ne le recevaient pas.

M11 « On reçoit les courriers trois ans plus tard quand on les reçoit et ça c'est l'effet CHU »

M5 « la patiente m'a expliqué qu'elle avait revu, en effet, au mois de juin et que c'était de là qu'il avait été décidé. Donc du coup elle est partie sur du Prolia® donc voilà. Mais sinon moi, le compte rendu, je n'ai pas ! »

3.5.2 La connaissance de la filière

La majorité des médecins déclaraient connaître l'existence de la filière ostéoporose du CHU Amiens, la moitié d'entre eux pensaient en connaître le fonctionnement.

M6 « Je pense qu'ils vont voir essentiellement les personnes qui ont des fractures, dans un premier temps, et ensuite ceux qui ont déjà des antécédents familiaux, surtout proches, avec des antécédents de fracture, d'ostéoporose avérée, des personnes sous corticothérapie au long cours. »

M8 « elle a été en traumatologie, on vous dit : « il y a une fracture, il y a une ostéoporose, on va vous envoyer faire un bilan » et puis c'est sectorisé et puis voilà. »

M1 « M1 : - Parce que ça fait quand même plusieurs années effectivement oui je savais que ça existait oui.

Investigateur : - Et quels patients ils incluent, vous savez comment ça s'organise ?

M1 : - Ça pas vraiment »

M3 « Comment elle fonctionne : non en pratique non, je ne sais pas s'il y a un truc particulier »

M4 « Je ne sais pas de quelles façons les choses se sont passées »

Un médecin avait appris l'existence de la filière lors de la prise en charge de ce patient.

M2 « je n'avais même pas connaissance qu'elle existait à la base et j'ai appris ça par le courrier (...) je n'ai eu qu'un seul courrier en fait de la filière donc non clairement je ne connais pas plus de choses dessus »

Quelques médecins ne connaissaient pas l'existence de la filière jusqu'à l'entretien réalisé pour ce travail de thèse.

M5 « Qu'est-ce que t'appelles la filière ? »

M10 « Non, je ne savais pas qu'il y avait une filière spéciale mais en fait je découvre. Et ça existe depuis quand ? »

M11 « Je ne savais pas qu'il y avait une filière spécifique d'ostéoporose. »

3.5.3 Opinions sur le travail de la filière

Tous les médecins considéraient que la filière Ostéoporose du CHU permettait une bonne prise en charge des patients.

M2 « J'imagine oui jusque-là je pense oui »

M5 « je ne peux pas dire qu'elle est mal prise en charge parce que le traitement il est quand même en route maintenant depuis plus d'un an »

M6 « on est bien loti sur Amiens au niveau de la prise en charge de l'ostéoporose »

M7 « Investigateur : Vous pensez que la filière ostéoporose du CHU permette une bonne prise en charge ?

M7 : - Oui, franchement oui. »

M10 « Oui, c'est bien. »

- **Ses avantages**

Les médecins remarquaient qu'avec le travail de la filière, le suivi des patients était plus rigoureux et régulier.

M1 « Je pense que c'est plus pour le suivi parce que nous bien sûr on les suit mais bon parfois quand il y a d'autres pathologies qui se surajoutent qui nous paraissent plus urgentes, plus vitales, dans ce cas-là, c'est bien quand même qu'il y ait un suivi de l'autre côté ou du moins un rappel plutôt pas vraiment et un suivi »

M2 « la patiente est normalement censée avoir un suivi régulier enfin spécialisé par rapport à son ostéoporose »

M3 « quand ils viennent avec ça plus ça plus ça plus ça on sait bien que l'ostéoporose voilà s'il est diabétique coronarien et pas en sous poids je ne vais pas forcément y penser »

M4 « la maladie chronique est prise en charge de façon régulière. (..) J'ai considéré que c'était mieux fait par rapport aux résultats de la densitométrie osseuse et puis aussi l'enquête sur la ration calcique quotidienne du patient etc. (...) les gens qui s'en occupent ont le temps de prendre en charge ce genre de patients. »

M6 « ils ont quand même une bonne prise en charge »

M7 « pour peu que le médecin généraliste soit débordé ou qu'il n'y pense pas lors de la consultation, ça passe à l'as. »

M9 « Ils font leur travail, c'est à dire qu'ils y pensent, c'est bien »

M10 « Les gens sont reconvoqués régulièrement (...) C'est un avantage pour nous. A la limite c'est bien ou sinon, on n'y pense pas. On fait plutôt les pathologies générales»

Quelques médecins pensaient qu'être pris en charge par une filière spécialisée suscitait l'intérêt du patient.

M4 « elles entrent dans un protocole, elles s'y attèlent vraiment et elles le suivent (...) j'avoue que les patients se sentent beaucoup mieux pris en charge encore et retournent tous au contrôle, faire leur densitométrie au même endroit. »

M7 « mieux sensibilisé en passant par la filière »

- **Ses inconvénients**

La plupart des médecins ne citait aucun inconvénient concernant la prise en charge par la filière ostéoporose.

M2 « inconvénient, non je n'en vois pas »

M3 « Je n'ai pas vu d'inconvénient, ça ne m'a pas posé problème »

M7 « Non il n'y en a pas du tout franchement. »

M8 « Aucun inconvénient du moment qu'on s'occupe des gens, c'est très bien »

M10 « Des inconvénients, j'en vois pas trop, moi ça ne me gêne pas »

Un médecin évoquait la distance kilométrique, la filière se situant à Amiens, son accès pouvait être un obstacle au suivi.

M3 « on est quand même à 30 kms d'Amiens s'ils ne veulent pas aller faire leur examen ça arrive aussi »

Un médecin souhaitait souligner la nécessité d'une bonne coordination entre les différents acteurs afin d'éviter la répétition des examens.

M9 « du moment que les examens ne sont pas faits en doublon ou triplon, voilà. Car il est important quand un patient est déjà suivi dans un service, s'il est hospitalisé au CHRU et qu'il est suivi déjà soit en privé par son Généraliste ou par un Rhumatologue privé, il est important qu'il ne soit pas « squatté » par l'Hôpital et que chaque personne, puisqu'il y a une coordination, respecte le travail de l'autre. »

Deux médecins exprimaient des réserves sur le renouvellement de plusieurs mois des ordonnances réalisées par le rhumatologue de la filière. Dans ces conditions ils se questionnaient sur l'observance des patients et sur leur suivi en médecine générale.

M5 « Est ce qu'il ne vaut mieux pas faire un traitement d'un mois à renouveler par le médecin ? (...) c'est 6 mois d'emblée, du coup moi je ne la reprends pas. Je sais qu'elle a une ordonnance de 6 mois, je m'en rappelle le premier, je m'en rappelle le deuxième mois et puis (rire). Et puis après sa s'effrite quoi. »

M10 « ils font des ordonnances de 6 mois ou même un an. Donc c'est vrai que c'est bien, mais justement vous vous posez la question de savoir s'il y a observance. »

- **Un patient pris en charge par un spécialiste sans être adressé par son médecin traitant.**

Lorsqu'un patient consulte au CHU d'Amiens dans les suites d'une fracture, l'infirmière de la filière Ostéoporose prend contact avec ceux pour qui un bilan d'ostéoporose paraît nécessaire, quand celle-ci est confirmée un traitement est alors initié. Le médecin traitant n'y joue donc aucun rôle. Lors des entretiens, les médecins généralistes étaient unanimes sur la réponse, cette manière de procéder ne leur a posé aucun problème et ils étaient en accord avec le rhumatologue sur l'indication du traitement.

M1 « Non moi je trouve que c'est bien (...) Tant qu'il y a une bonne relation entre nous et le personnel, et la personne qui suit, il n'y a pas de problème »

M2 « Non ça n'a pas posé problème. »

M3 « Non moi ça ne m'a posé aucun problème »

M4 « Ça ne me pose aucun souci. Enfin si c'est dans l'intérêt du patient, ça ne me pose aucun souci au contraire »

M5 « qu'elle soit convoquée, ça me dérange absolument pas, c'était à faire. »

M6 « Sans aucun soucis, c'est une dame qui n'avait eu aucun soucis particulier jusqu'à présent, qui a simplement fait sa fracture spontanée de hanche »

M7 « Cela ne me pose aucun problème, bien au contraire surtout ce genre de patient là, il vaut mieux qu'il soit attrapé par les médecins pour être pris en charge, ça c'est clair. »

M9 « J'ai trouvé que c'était très judicieux. (L'instauration du traitement) »

M10 « Ca ne gêne ni pour moi, ni pour le patient. »

M11 « elle tombe, elle fait sa chute, elle va être hospitalisée pour sa prise en charge en ortho, c'est un peu normal et je pense que c'est indispensable qu'ils en fassent le

bilan. Ça ne me pose aucun problème, c'est normal. »

M11 « je n'ai pas remis en cause le traitement ni l'indication. »

Une remarque a émergé de cela, certains patients refusant déjà les suivis avec les différents spécialistes, n'observant aucun traitement, deux médecins déclaraient que dans ce cas particulier, ils n'auraient pas entrepris de bilan d'ostéoporose ni instauré de traitement. L'un d'eux regrettait le temps perdu à cet effet.

M4 « Ce que m'a gêné, c'est qu'on ait perdu beaucoup de temps pour quelqu'un qui peut-être n'avait pas l'intellect et le désir de ce genre de prise en charge (...) parce que je savais qu'il était incapable de le suivre, donc je savais d'emblée, je le connais tellement bien (...) Personnellement, je l'aurais pas fait. Honnêtement je ne l'aurais pas fait. »

M7 « je crois que je n'aurais même pas prescrit la densitométrie osseuse, ça c'est sûr (...) il s'en fout (...) je ne vais pas m'acharner pour quelqu'un qui n'a pas envie de se faire suivre, surtout si ce n'est pas vital, enfin que je considère que ce n'est pas vital. »

3.5.4 Observation des différences dans la prise en charge des patientes n'ayant pas bénéficié de la filière

La moitié des médecins interrogés n'avait pas noté de différence lorsque la prise en charge se faisait uniquement en ville.

M2 « aucune différence particulière je pense »

M6 « Je pense qu'il n'y a pas de grande différence quand même. »

M8 «Pratiquement pas de différence, non. »

M9 « Aucune différence »

M11 « Je pense à une autre patiente qui n'est pas passée par la case CHU, qui est passée par la case libérale, privée et compagnie...je ne vois pas de différence. »

Quelques médecins revenaient sur l'idée déjà évoquée du risque d'un suivi moins rigoureux sans l'intervention de la filière. Ils craignaient d'oublier quelques éléments dans le suivi de l'ostéoporose.

M1 « pour le suivi si nous, il y a quelques échappements qui peuvent arriver »

M3 « l'autre jour par exemple la dame est venue et en fait ça faisait plus d'un an qu'on aurait dû le (l'ostéodensitométrie ^{n.r.}) faire et on n'y a pas pensé ni elle ni moi voilà, elle aurait été dans la filière bien peut être qu'elle aurait été reconvoquée »

M 4 « Bien déjà, on y pense pas toujours »

Un médecin pensait perdre moins d'information lorsque l'ostéoporose était prise en charge en ville.

M5 « je suis beaucoup moins au courant quand il va dans la filière »

3.5.5 Les suggestions d'amélioration

Deux médecins n'avaient aucune suggestion d'amélioration puisque totalement satisfaits de la prise en charge par les membres de la filière Ostéoporose.

M1 « Là à l'instant comme ça je ne vois pas trop, non je ne vois pas trop »

M3 « C'est pas mal là moi je trouve que ce n'est pas mal »

Deux autres médecins apprécieraient une meilleur communication, l'un d'eux proposait un système téléphonique simple pour obtenir un avis rapidement, il considérait que les GSM n'étaient réservés qu'aux avis urgents.

M5 « je pense que c'est les correspondances avec les généralistes qui devraient être un petit peu mieux »

M7 « Un système téléphonique plus simple que de passer par le standard où on nous passe X personnes qui ne sont pas là, c'est ça qui freine, c'est surtout ça qui freine la relation des médecins hospitaliers avec les médecins libéraux (...) Le système de GSM, on nous répond que c'est que pour les urgences voilà et l'ostéoporose n'est pas une urgence. »

Faire connaître l'existence de la filière et son fonctionnement était la proposition des deux plus jeunes médecins

M2 « qu'à la limite on soit plus au courant de l'existence de cette filière »

M 11 « il faudrait qu'ils fassent plus de pub sur leur filière, leurs indications, comment leur adresser les patients parce que sincèrement je ne savais pas que ça existait alors que pourtant je sors du CHU il n'y a pas si longtemps ! (...) Ils ne sont pas connus et pourtant, on est une jeune génération ! Oui communiquer ! »

Un médecin suggérait que les ordonnances initiales soient prescrites sur une courte durée afin de passer le relais rapidement au médecin traitant.

M5 « Est ce qu'il vaut mieux pas faire un traitement d'un mois à renouveler par le médecin ? »

Un médecin revenait sur la nécessité ne pas multiplier les examens déjà réalisés.

M9 « De ne pas faire d'examen en doublon. »

Un médecin proposait afin de toucher un plus grand nombre d'étendre le travail de la filière aux structures de soins situés en périphérie d'Amiens et aux structures privés.

M10 « que ça s'étende un peu à tout le monde, que ça ne reste pas qu'au CHU (...)à la limite serait intéressant de voir après justement les différences entre le public et le privé. »

S'intéressant à la prévention primaire, deux médecins proposaient la réalisation de densitométrie osseuse de manière systématique.

M4 « Peut-être qu'on pourrait faire, comme on fait du dépistage des cancers colorectaux par des systèmes ADEMA ou autre, adresser une plaquette à toutes les femmes au-delà de 50 ans pour dire qu'il est important de faire de façon systématique une densitométrie osseuse de façon préventive. »

M6 « un petit peu comme on fait le dépistage mammographie, comme on fait un Hémocult[®], pourquoi pas, arrivé à un certain âge, de dire voilà, la personne à 65 ans, faisons une densitométrie tous les 3 ans par exemple »

4. DISCUSSION

4.1 Concernant l'échantillon

Dans une étude qualitative, l'échantillon n'a pas vocation à être représentatif de la population (14). Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (15).

Pour que l'échantillon soit caractéristique de la population, nous avons voulu le diversifier en interrogeant des médecins de tous âges exerçant dans des milieux différents. Malheureusement aucun médecin travaillant en zone rurale n'a accepté l'entretien.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Les points forts

- **Le choix de la méthode**

La méthode qualitative par entretiens individuels semi directifs a été choisie concernant ce sujet. En effet, imaginer un questionnaire avec des hypothèses construites sur un sujet peu étudié auparavant aurait entraîné des biais importants.

La méthode qualitative permet de mettre en lumière les comportements, les attentes et les représentations des individus sondés. Elle ouvre aussi à la création de théories et d'hypothèses concernant le sujet étudié. Elle trouve tout son intérêt pour des sujets peu étudiés en se libérant des questionnaires, présentant par définition des idées préconçues. En cela, elle déploie un espace de discours libre, porteur d'idées inédites et liées aux acteurs interrogés

En médecine, les études qualitatives sont encore minoritaires et souvent mal comprises de la communauté scientifique, compte tenu du nombre souvent restreint de personnes interrogées et de l'absence de statistique. La méthode qualitative n'a pas vocation à mesurer une puissance ou des fréquences, l'échantillon interrogé n'a aucune valeur de représentativité. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. Les résultats n'ont pas vocation à être généralisés, le but étant la génération d'hypothèses et de théories.

La recherche en soins primaires peut combiner les méthodes qualitatives et quantitatives. Celles-ci s'enrichissent mutuellement, et par exemple une recherche qualitative peut précéder une recherche quantitative en générant des hypothèses pour produire les items d'un questionnaire quantitatif.

- **Le choix du sujet**

Des études traitant de la prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale en prévention secondaire ont été retrouvées pendant la recherche bibliographique, la plupart s'intéressait aux modalités de prise en charge vis à vis des recommandations, d'autres évaluaient le fonctionnement des filières spécialisées et quelques une interrogeaient les praticiens afin d'analyser leurs difficultés. Cependant, il existe peu de travaux s'attachant à étudier à la fois les motivations et les craintes des médecins généralistes lors de la prise en charge des patients en collaboration avec une filière spécialisée dans l'ostéoporose. Cela paraît pourtant intéressant en vue de cibler les éventuels problèmes, en s'appuyant sur ces arguments et en avançant de nouveaux.

- **Le choix de la population**

La population de l'étude se composait de médecins généralistes concernés par la problématique de l'ostéoporose post-fracturaire et par l'intervention de la Filière Ostéoporose du CHU puisqu'ils avaient été choisis à partir de patients connus.

Un des points forts résidait dans le fait d'interroger des Médecins Généralistes sur la conduite habituelle basée sur des pratiques réelles. L'avantage de ce recrutement était, en partant d'un cas concret, de pouvoir aborder des éléments qui n'auraient pas forcément été évoqués si les médecins avaient été directement questionnés sur le cas général.

- **Guide des entretiens et déroulement des entretiens**

Les entretiens se déroulaient de façon semi-directive avec des questions ouvertes et des relances initialement ouvertes afin de laisser aux médecins la plus grande liberté d'expression possible. Des questions plus spécifiques précisaient ensuite les points non abordés. Tout a été conçu pour que les médecins soient à l'aise pour s'exprimer sans avoir l'impression d'être évalués par rapport à des recommandations.

Le fait de partir du cas d'un patient facilitait le discours et amenait les pratiques générales sans créer de réticences ni induire de jugement de valeur.

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins, sur des plages horaires en dehors de la consultation normale, avec un temps accordé de 30 minutes en moyenne de manière à faciliter les entretiens. Au fur et à mesure du déroulement de l'entretien une relation de confiance se tissait me permettant d'obtenir des informations contenant plus d'affects que celles obtenues au début. Les médecins se sentaient détendus, la pression liée au manque de temps ne s'est pas fait ressentir pendant les interviews. La plupart des médecins a émis un avis plutôt favorable sur le déroulement de l'entretien.

4.2.2 Les points faibles

- **Le recrutement**

Les entretiens n'ont été réalisés qu'auprès des médecins généralistes volontaires. Un biais de sélection intervient donc puisque seuls ceux ayant répondu favorablement à ma sollicitation sont probablement les plus intéressés.

- **L'investigateur**

La méthode qualitative nécessite de l'investigateur une capacité d'écoute stratégique afin de composer au fur et à mesure la structure de l'entretien selon les réponses obtenues. Il nécessite aussi une capacité d'adaptation aux personnalités de chaque interlocuteur. L'enquêteur doit également maîtriser quelques techniques de dialogue pour fluidifier l'échange en utilisant les relances appropriées. Toutefois, ce ne sont pas des interventions neutres car influencent le discours en traduisant une certaine intention de l'intervieweur (14). Il s'agissait pour l'investigateur, d'une première participation à un travail de recherche. Le manque d'expérience a pu conduire à un biais d'investigation.

L'investigateur était de la même profession que les enquêtés, ceci a pu faciliter le dialogue, la connivence mais aussi provoquer une réticence à se confier par crainte d'être jugé. Malgré la volonté d'une parfaite neutralité de la part du chercheur, ce biais d'influence est inhérent à la méthode et doit être souligné.

- **Le choix de l'entretien individuel**

Concernant le recueil des données, notre choix s'est porté sur des entretiens individuels plutôt que collectifs, ou focus groups. Le choix des focus groups semblait plus pertinent car le dynamisme et l'interaction dans le groupe peuvent générer une grande richesse d'informations qu'on ne retrouve pas forcément lors d'entretiens individuels. Cette méthode est particulièrement intéressante chez des individus partageant le vécu d'une même expérience. De plus, elle permet de réduire l'influence du modérateur, en diminuant les interventions de relance ou de reformulation. Les entretiens individuels ont été choisis plutôt que collectifs car ceux-ci imposent d'importantes contraintes temporelles et géographiques. En effet, ils étaient beaucoup plus simples à organiser auprès de médecins ayant un emploi du temps déjà chargé et étant disséminés sur tout le département.

- **La méthode d'analyse**

Dans une étude qualitative, le risque majeur est la déperdition d'informations. Les phases de retranscription des entretiens et d'encodage peuvent être source d'erreurs. La

transcription des entretiens avec les médecins généralistes a été réalisée le plus fidèlement possible.

Lors de l'encodage, un maximum de données a été sélectionné afin d'avoir le plus d'éléments possibles pour ne pas oublier de notions.

Enfin l'analyse des données n'a pu être effectuée de manière optimale. En effet, la crédibilité de l'étude aurait pu être améliorée si les données avaient été analysées par plusieurs chercheurs (triangulation de chercheurs). Plusieurs auteurs recommandent également de soumettre les analyses aux participants afin d'obtenir une rétroaction, vérifiant l'analyse des données pour éviter les interprétations erronées.

4.3 Discussion des principaux résultats

4.3.1 Les pratiques du médecin généraliste

4.3.1.1 Le ressenti lors de la prise en charge

La majorité des médecins de cette étude n'a ressenti aucune difficulté à la prise en charge de leurs patients. Lorsqu'ils les avaient revus en consultation, ils avaient reçu un courrier venant du médecin de la Filière Ostéoporose du CHU et c'est alors sans difficulté qu'ils ont pu prendre le relai. Par contre deux médecins regrettaient d'avoir reçu peu d'information rendant plus difficile leur prise en charge.

Deux médecins expliquaient des difficultés cette fois liées à leur patient. Ces derniers refusaient le suivi et le traitement de leur ostéoporose malgré leur passage par la filière. Dans ces situations ce n'était pas la maladie ostéoporotique qui était en cause mais bien ces patients qui refusaient de prendre en charge leur santé dans sa globalité. Pour être inclus dans la Filière Ostéoporose du CHU, le patient doit donner son accord. Dans un premier temps, l'infirmière dédiée à la filière explique aux patients la notion de fragilité osseuse liée à l'ostéoporose et l'existence d'un service spécialisé au CHU d'Amiens. Pour les personnes consentantes, une première consultation leur est annoncée par courrier avec en pièces jointes le questionnaire de Pr. Fardellone et un formulaire évaluant les facteurs de risque d'ostéoporose. Ainsi, on se demande alors pourquoi des patients acceptent la prise en charge par la filière, proposée et non imposée, sans en poursuivre les recommandations.

4.3.1.2 Le suivi en clinique

Vérifier le respect des conditions de prise du traitement et sa tolérance sont indispensables afin d'obtenir une adhésion optimale, ce suivi fait partie des recommandations de 2012 (6).

Malheureusement, dans cette étude seule une petite partie des médecins déclarait s'assurer de l'observance de leur patient. Pour cela, il est nécessaire au cours des

consultations, d'utiliser quelques questions simples, ouvertes et surtout déculpabilisantes sans attendre de manifestation spontanée du patient. Le but n'étant pas d'attribuer de mauvaises notes mais de repérer les non-observants afin d'améliorer la prise en charge.

Evoquer régulièrement l'ensemble des thérapeutiques montre au patient l'importance qu'y accorde le médecin.

La mesure de la taille a été évoquée dans cette étude, mais de réalisation difficile lorsque le patient est vu au domicile ou lorsqu'il est grabataire. Pour ces patients, on pourrait s'aider de la mesure talon-genou. Il est recommandé de mesurer nos patients de manière annuelle, elle n'est pas toujours la plus pertinente pour le diagnostic en raison de l'arthrose mais elle est la mesure la plus sensible dans le suivi (16). Toute perte de 2 cm ou plus par rapport à la taille mesurée lors de la consultation initiale indique de probables fractures vertébrales (17). C'est au cours des consultations de renouvellement que ce suivi est effectué.

4.3.1.3 Le suivi biologique

Dans cette étude, les médecins réalisaient quasi systématiquement un dosage de la 25 OH vitamine D. Cette attitude est conforme aux recommandations du GRIO de 2012 (6). Bien que les experts du GRIO recommandent de supplémenter tous les sujets de plus de 65 ans sans dosage préalable, il en est tout autrement lorsqu'on souhaite obtenir un taux optimal de 25 OH Vitamine D, connaître la valeur initiale permet d'adapter les schémas d'attaque et d'entretien de la supplémentation.

Devant une augmentation très significative de ces dosages et suite à une évaluation par la Haute Autorité de Santé, un décret de 2014 limite le remboursement du dosage de la vitamine D à six indications précises (18):

- suspicion de rachitisme,
- suspicion d'ostéomalacie,
- suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de trois mois après transplantation,
- avant et après chirurgie bariatrique,
- évaluation et prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes répétées,
- respect des résumés des caractéristiques des produits (RCP) des médicaments préconisant ce dosage.

En dehors de ces situations, la réalisation de ce dosage est « hors nomenclature ». Les biologistes qui ont réalisé et facturé indûment ces dosages devront rembourser ces sommes à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Pour éviter cette issue, les médecins doivent savoir que la prescription doit se limiter aux indications recommandées. Toutefois, une

prescription hors de ces indications reste possible, mais elle doit être suivie de la mention NR (Non remboursable). Le biologiste informera alors le patient que le dosage ne sera pas remboursé par la Sécurité Sociale.

Ce décret n'a été évoqué que lors d'un seul entretien, le remboursement de cet examen semble ne pas interférer dans les prescriptions.

Les experts du GRIO rappellent que le dosage de la 25 OH vitamine D dans une situation de fragilité osseuse fait partie de la démarche diagnostique afin d'éliminer une pathologie sous-jacente telle que l'ostéomalacie (19).

En dehors du dosage de la 25 OH Vitamine D parfois associé à un bilan phosphocalcique, les médecins ne réalisaient aucune autre prescription biologique, ils n'évoquaient pas le dosage des marqueurs du remodelage osseux.

4.3.1.4 Le suivi radiologique

Les recommandations du GRIO 2012 (6) ne prévoient pas systématiquement la réalisation d'une densitométrie osseuse dans le suivi des traitements anti-ostéoporotiques. Elle peut cependant être pratiquée 2 à 3 ans après le début du traitement et en fin de séquence thérapeutique. Les médecins généralistes déclarent contrôler fréquemment la densitométrie osseuse à 2 ou 3 ans.

Notre étude montre que les médecins généralistes attachent de l'importance à la mesure de la densité minérale osseuse dans le suivi et la réalisent dans les délais recommandés.

Le but de cette mesure en cours de traitement est de confirmer l'absence de perte osseuse (6). Ce point particulier devra faire l'objet d'une information claire au patient afin d'éviter sa déception à la remise des résultats et remettre en question l'intérêt du traitement.

Une patiente de cette étude, refusait les traitements injectables et ne tolérait pas les Biphosphonates per os. Son médecin avait choisi de répéter la mesure de la densité minérale osseuse de façon annuelle pour lui faire prendre conscience de sa pathologie surtout si les résultats montraient une aggravation. Cette attitude n'est pas validée par les experts qui précisent que la répétition de la mesure de la densité minérale osseuse n'est pas recommandée dans le suivi.

4.3.1.5 Le suivi délégué au rhumatologue

Quelques médecins déléguaient le suivi au rhumatologue de la filière. Certains ne réalisaient aucun examen en ville ni biologique ni radiologique par crainte de les multiplier inutilement.

Certains suivaient les patients sur le plan clinique et biologique mais laissaient le soin au rhumatologue d'organiser le suivi radiologique.

Sur le plan de l'information concernant la pathologie, les traitements et les mesures non médicamenteuses, les attitudes étaient toutes aussi hétérogènes. On peut les diviser en deux groupes, le premier accordait de l'importance à reprendre les informations afin d'en vérifier la compréhension et de les appuyer une nouvelle fois. Le deuxième groupe considérait que tout cela avait été vu lors de la prise en charge par les membres de la filière, les praticiens n'en reparlaient qu'à la demande du patient.

Cette attitude pose problème, le médecin généraliste est le coordinateur et a cet avantage de pouvoir centraliser les informations. Son rôle de pivot central, sa relation de confiance évoluant depuis plusieurs années doivent l'impliquer dans la prise en charge de l'ostéoporose des patients suivis par la filière. Ne pas le faire est une perte de chance d'obtenir l'adhésion du patient. Le médecin généraliste en tant que référent doit garder une vision globale de son patient même s'il n'est pas à l'origine de la prescription du traitement.

Il est intéressant de comparer ces déclarations aux résultats de la thèse de S. Bonté. En l'absence de filière spécialisée, les médecins généralistes prennent, seuls, en charge la pathologie ostéoporotique en ne demandant aucun avis spécialisé dans 85.2% des cas (20). Il en est de même dans les résultats du travail de thèse de A. Stark. La prise en charge conjointe avec le rhumatologue se faisait dans 5.1% des cas et les médecins généralistes se déclaraient garants du suivi dans 91.1% des cas (21).

En l'absence de filière spécialisée, le médecin généraliste prend donc en charge seul la pathologie ostéoporotique. Des études montrant une insuffisance de dépistage ont conduit à la création des filières spécialisées.

Lorsque le patient bénéficie de la prise en charge par l'une d'elles, le médecin généraliste s'investit moins dans le suivi et dans la délivrance de conseil hygiéno-diététique. Les explications potentielles seraient : le manque de temps, la non perception de la gravité de la maladie, la polypathologie.

4.3.1.6 Les mesures non médicamenteuses

- **Une alimentation riche en calcium**

En France, les apports nutritionnels conseillés (ANC) en calcium sont de 1200mg/jour pour les femmes de plus de 55 ans et les hommes de plus de 65 ans (22). Indistinctement, les besoins en calcium augmentent avec l'âge en raison d'une diminution de l'absorption intestinale du calcium par transport actif, et, chez les femmes d'une augmentation de l'excrétion urinaire du calcium.

Dans l'étude de N. Dehamchia-Rehailia, les apports calciques étaient inférieurs à 1gramme par jour chez 67.5% des patients (13). Cette insuffisance d'apport a été retrouvée dans d'autres études (23).

La nôtre montre l'intérêt accordé par les médecins généralistes à la richesse calcique de l'alimentation qui conseillaient de favoriser les produits laitiers et certaines eaux minérales. Celles-ci présentent un grand intérêt car elles peuvent compléter les apports en calcium pour répondre aux besoins (24). Il faut savoir conseiller quelques eaux minérales, un médecin, ici, préconisait une bonne hydratation notamment en utilisant l'eau du robinet, mais celle-ci n'est que faiblement minéralisée.

Au cours d'une étude, il a été montré que le diagnostic d'ostéoporose n'influençait en rien la consommation de calcium (23). L'information fournie par le médecin est soit insuffisamment comprise soit les moyens proposés pour adapter le régime alimentaire sont inadéquats. Dans cette étude, aucun médecin n'a mentionné s'aider de support écrit. Compte tenu de la densité d'informations délivrées au cours d'une consultation, l'assimilation de l'ensemble peut s'avérer difficile pour le patient. Il serait alors nécessaire d'encourager le praticien à utiliser un document à remettre en fin de consultation après explications. Celui-ci servirait de référence au patient quand il en aurait besoin. Notons que cette documentation se retrouve facilement sur le site du GRIO.

Une étude a d'ailleurs montré une augmentation de la consommation de produits laitiers à la suite d'un envoi de brochure éducative (25). Ce moyen peut être utilisé comme une aide mais ne peut suffire car il reste fondamental de répéter ces données et d'en vérifier la compréhension au cours des prochaines consultations.

Il est à noter que les médecins généralistes conseillaient une alimentation riche en calcium mais un seul calculait la ration calcique de base. C'est aussi ce qu'avait remarqué H. Qidouch dans les résultats de sa thèse (26). L'auto-questionnaire du Pr. Fardellone est un outil précis et validé permettant de calculer l'apport calcique journalier et d'en ajuster les besoins.

Ce questionnaire, en ligne sur le site du GRIO, permet un calcul automatique en questionnant le patient sur son alimentation.

- **Ne pas oublier les protéines !**

L'apport en protéines n'a pas été cité dans cette étude, pourtant, celles-ci ont un effet bénéfique sur le métabolisme osseux. Il est donc important pour toute prise en charge nutritionnelle de l'ostéoporose de ne pas restreindre les recommandations aux seuls produits laitiers mais de considérer le régime alimentaire dans sa globalité (27).

La carence protéique peut aussi faciliter les fractures ostéoporotiques par divers mécanismes :

- augmentation du risque de chutes par faiblesse musculaire,
- carence en micronutriments contenus dans les aliments apportant les protéines (28).

Les produits laitiers ont l'avantage d'apporter à la fois calcium et protéines.

- **La vitamine D dans l'alimentation**

Sa quantité étant trop faible dans l'alimentation habituelle pour couvrir les besoins nécessaires, les médecins généralistes ne l'avaient pas abordé avec leur patient.

- **La consommation d'alcool et de tabac**

Aucun médecin dans cette étude n'a évoqué la nécessité du sevrage dans l'ostéoporose.

En se référant aux fiches GISMO de la filière Ostéoporose du CHU, trois patients étaient tabagiques et un patient alcoolodépendant. Au final, on en compte deux selon leurs médecins généralistes. Il est évident que les médecins connaissent ces problèmes d'addictions et leurs répercussions sur la santé, mais, elles ne semblent pas être perçues comme des facteurs aggravant l'ostéoporose.

Concernant la consommation d'alcool, dans le cadre de l'ostéoporose, son évaluation est importante puisque pour chaque comportement à risque, il existe un effet délétère sur la pathologie osseuse. De même qu'une intoxication éthylique aiguë est une situation à risque de chutes indéniable. Une consommation élevée et chronique d'alcool pendant plusieurs années est associée à une plus faible densité minérale osseuse, à une diminution du volume et de l'épaisseur de l'os trabéculaire. Alors qu'une consommation faible d'alcool n'a pas d'effet délétère sur l'os et peut même être bénéfique. Les sujets consommant au maximum un verre d'alcool par jour aurait une densité minérale osseuse supérieure à des individus témoins ne consommant pas d'alcool (29).

Quant au tabac, c'est un facteur de risque d'ostéoporose connu, il est inclus dans le calcul du FRAX. Le tabagisme qu'il soit actif ou passif diminue la densité minérale osseuse et favorise les fractures. Il multiplie par huit le risque de retard à la consolidation osseuse (30).

- **L'activité physique**

Dans notre étude, cette notion était peu abordée. Comme mise en évidence dans des études internationales, les médecins généralistes considéraient la sédentarité comme un risque important pour la santé mais la plupart n'abordait pas le sujet avec plus de la moitié de leurs

patients (31). Au CHU d'Angers, l'activité physique n'avait été conseillée que pour 20% des patients au cours d'une consultation Ostéoporose et deux tiers d'entre eux déclaraient avoir suivi cette recommandation.

Les médecins généralistes avaient peu incité à l'activité physique, présentant pourtant plusieurs avantages (31):

- Augmentation du capital osseux de l'organisme et augmentation de la densité minérale osseuse indépendamment de l'âge,
- Amélioration de la force musculaire et amélioration de l'équilibre entraînant une diminution du risque de chute.

Dans l'ostéoporose, l'activité physique recommandée doit porter sur des exercices avec « mise en charge » c'est à dire en portant son propre poids. Afin de l'adapter à chacun, on pourrait proposer la marche, la danse ou des exercices comme monter les escaliers. La reprise d'une activité physique se fera de manière progressive et prudente (32). Après une fracture, une programmation des activités physiques doit être envisagée comprenant une musculation des quadriceps, rééducation de la marche puis reprise des activités extérieures, le tout s'associant à une diminution du risque fracturaire (17).

L'Organisation Mondiale de la Santé en 2010 recommande la pratique d'une activité physique chez les personnes âgées à mobilité réduite, au moins trois fois par semaine, pour améliorer l'équilibre et prévenir les chutes (33).

Dans notre étude ; l'âge, la polypathologie, l'autonomie limitée étaient des raisons invoquées pour ne pas proposer la pratique d'activités physiques bien qu'elles en justifiaient l'incitation ou l'accompagnement à elles seules. Toute activité physique supplémentaire entraîne un bénéfice pour la santé (31).

Pour aider les patients à reprendre une activité physique, un réseau a vu le jour en 2011 : « Picardie en Forme ». Ce réseau s'intéresse à tous les patients atteints de maladies chroniques. En se souciant du souhait du patient et de ses capacités, un éducateur sportif propose une activité. Ce parcours d'accompagnement s'échelonne sur 10 mois, et, l'enjeu est de donner envie de pratiquer grâce au passage par ce dispositif.

- **La prévention des chutes**

Des recommandations sur les modalités de dépistage des sujets à risque de chutes ont été élaborées par la HAS en 2005 (34). Concernant cette prévention, quelques médecins généralistes en discutaient avec leur patient et s'intéressaient principalement à l'adaptation de l'habitat bien que de nombreux points n'étaient pas évoqués. Dans le travail de thèse de N. Dehamchia-Rehailia aucune prise en charge n'avait été prévue par la filière Ostéoporose du

CHU d'Amiens Picardie.

Dans notre étude, les items de la prévention des chutes n'ont pas été précisés volontairement, cette question a été laissée ouverte, la préciser aurait influencé les réponses, ne pas l'avoir fait a pu entraîner un biais d'information.

On note que les facteurs de risque de chutes les plus importants et les plus fréquemment identifiés chez la personne âgée n'ont pas été mis en avant par les praticiens comme dans d'autres études (26), à savoir un antécédent de chute(s), la nécessité d'un instrument d'aide à la marche, une faiblesse musculaire, réduction des activités quotidiennes, vertiges et déficit de l'équilibre, déficit de l'acuité visuelle, iatrogénie.

Dans la population générale des plus de 65 ans, 30% d'entre eux chutent au moins une fois par an (35).

Les mesures de prévention des chutes sont insuffisamment évoquées par les médecins, il y a donc lieu d'améliorer le dépistage et la prise en charge des facteurs de risques de chutes extrinsèques et intrinsèques selon les recommandations Françaises (34).

Pour nous aider dans notre prise en charge globale de prévention des chutes, la filière Ostéoporose du CHU d'Amiens Picardie a, depuis Septembre 2015, mis en place un programme de prévention en alliance avec les gériatres.

La visite d'un ergothérapeute au domicile serait très bénéfique. En pratique libérale, il est difficile d'y avoir accès, ils sont d'une part peu nombreux et d'autre part leurs prestations ont un coût financier pour le patient. Il est important alors que le travail de l'ergothérapeute soit sollicité lors de l'hospitalisation.

- **Pourquoi ces mesures sont peu abordées en consultation ?**

L'oubli et le manque de temps en consultation étaient les raisons avancées par les médecins généralistes. En 2002, la durée moyenne d'une consultation chez un médecin Généraliste était de 16 minutes (contre 13,3 minutes au Royaume-Uni et 20 aux USA). Une étude britannique a montré qu'avec un temps plus long de la consultation, les médecins prescrivent moins, conseillent plus sur le style de vie et la promotion de la santé, reconnaissent mieux les problèmes psychosociaux et permettent aussi une meilleure observance (36).

Il est illusoire et sans doute peu efficace de vouloir aborder l'ensemble des problèmes dans une seule consultation. Prodiguer les conseils de prévention dans des consultations successives semble une solution convenable.

Les patients autonomes ou jeunes faisaient oublier aux médecins l'intérêt de leur rappeler quelques éléments de prévention. Pourtant, dans le travail de thèse de S. Plang, la majorité des

patients avant la fracture étaient autonomes et marchaient sans aide, mais, 84.8% d'entre eux ne pratiquaient aucune activité de marche régulière et 46% avaient fait une chute dans l'année précédente (37).

Pour les patients qui refusaient de prendre le traitement, certains médecins ne portaient plus d'intérêt à ces mesures. Ils exprimaient une certaine lassitude et revenaient sur la difficulté du suivi des patients addicts à l'alcool.

Les médecins généralistes sont à l'aise pour assurer le suivi de l'ostéoporose après un événement fracturaire. Ils ont déclaré n'avoir aucune difficulté dans l'ensemble. Au cours des entretiens, certains s'apercevaient de ne pas insister suffisamment ou même de ne pas évoquer toutes les mesures non médicamenteuses de l'ostéoporose, pourtant fondamentales. Le manque de temps, l'oubli, l'intervention de la filière en parallèle en étaient les raisons. Le problème est aussi la maîtrise de ces interventions, les médecins ne les prodiguaient pas à tous. Pourtant comme exposé ici, tous les patients ostéoporotiques devraient recevoir cette information, ces mesures non médicamenteuses sont sans effet indésirable et ont fait la preuve de leur efficacité. Pour les favoriser, l'infirmière de la filière explique les règles hygiéno-diététiques à adopter et met en avant leurs avantages. Rappeler ces mesures au médecin généraliste pourrait être intéressant en leur remettant un livret ou en discutant au cours de Formation Médicale Continue.

4.3.2 Le patient et sa pathologie du point de vue du médecin traitant

4.3.2.1 Intérêt des patients vis à vis de l'ostéoporose

A ce sujet, les ressentis des médecins étaient partagés. Lorsque le patient y portait intérêt, cela concernait le problème orthopédique en exprimant son inquiétude concernant une récurrence fracturaire. Seuls quelques patients ne portaient vraiment aucun intérêt à l'ostéoporose, pour avoir, d'ailleurs, arrêté prématurément le traitement. Selon leur médecin traitant, des difficultés de compréhension pourraient être l'une des raisons, comme la non considération de l'ostéoporose comme une maladie mais plutôt comme une évolution normale du vieillissement. Une patiente dans cette étude présentait des troubles cognitifs sévères, son intérêt n'avait donc pas pu être décrit.

Entre ces opposés, la plupart des médecins estimait que leur patient portait un intérêt modeste à leur pathologie osseuse. Elle n'était pas une source d'inquiétude pour les patients puisque n'entraînant pas le décès aussi brutal que les maladies cardio-vasculaires. Leur poly-pathologie faisait alors accorder moins d'intérêt à l'ostéoporose.

Une enquête réalisée en France en 2004 auprès d'un échantillon représentatif de plusieurs centaines de femmes de 45 à 74 ans mettait en évidence que l'ostéoporose n'était pas une maladie qu'elles craignaient, n'arrivant qu'en cinquième position loin derrière le cancer et la maladie d'Alzheimer. Paradoxalement, la boiterie et les difficultés à la marche étaient les événements les plus redoutés (38). Comme mis en évidence dans notre étude, les patients ne craignaient pas leur pathologie osseuse mais plus ses conséquences sur leurs capacités physiques. Malgré cela, les patients ostéoporotiques en prévention secondaire sous estiment leur risque fracturaire. En effet, une étude mondiale montrait que 64% des femmes avec une fracture prévalente considéraient avoir un risque plus faible d'avoir une autre fracture que les femmes du même âge (39).

Ces résultats montrent la difficulté des patients à faire le lien entre fracture et ostéoporose. Ils sont souvent convaincus que la chute est la seule responsable de la fracture même s'ils connaissent l'existence de l'ostéoporose (12).

4.3.2.2 Le maintien thérapeutique

Dans cette étude, sept patients sur onze poursuivaient le traitement initié par le médecin de la filière. Un a été modifié puis trois arrêtés.

Les causes d'arrêt dans notre étude sont le manque d'intérêt pour deux patients et l'intolérance digestive aux biphosphonates dans un cas.

Un traitement par biphosphonates a été modifié en faveur du denosumab en raison des modalités de prise jugées contraignantes par la patiente.

Les causes d'arrêt des traitements dans l'étude de N. Dehamchia-Rehailia (13) étaient:

- le non renouvellement par le médecin traitant dans 38% des cas,
- la mauvaise tolérance ou la peur des effets secondaires dans 24% des cas,
- l'absence d'intérêt chez 8% des patients.

Notre étude, qualitative, ne permet pas de réaliser ces calculs. On peut néanmoins remarquer que le refus de renouveler le traitement par le médecin généraliste n'a jamais été évoqué, alors que l'absence d'intérêt du patient est la cause la plus retrouvée.

Ces deux études ont été menées différemment, l'une a interrogé les patients et l'autre les médecins traitants. On ne peut nier le risque d'un biais déclaratif dans notre étude. Il serait, à présent, intéressant de réaliser une étude qualitative sur les patients ayant arrêté prématurément le traitement.

Dans cette étude, parmi les patients refusant le traitement, deux avaient une pathologie addictive à l'alcool. A ce titre, le suivi de ces patients est extrêmement laborieux. La thèse de S. Plang retrouve une diminution de l'observance de manière significative chez les patients

addicts à l'alcool (37). Les préoccupations du patient alcoolique, qui sont les mêmes pour toute addiction, sont dominées par le besoin irrépressible (craving) de trouver un moyen d'assouvir son vice, et ce, même si cela doit se faire au détriment de besoins essentiels tels que l'alimentation, l'hygiène et l'observance thérapeutique

Cette étude a l'avantage de nous rassurer sur la pratique des médecins généralistes, ils se préoccupent de l'ostéoporose et y portent un intérêt. Malheureusement, la mise en œuvre au quotidien peut être rendue difficile par le patient et son mode de vie.

Comme dans toutes les pathologies chroniques, l'adhésion au traitement est un problème majeur et fréquent. Des études ont montré que 30 à 50% des patients souffrant d'ostéoporose ne prennent pas leur traitement tel qu'il est prescrit (40).

L'adhésion au traitement est représentée par l'association de l'observance (compliance) et de la persistance. L'observance est l'expression du respect des modalités de prise du médicament (horaires de prise, à jeun ou non...) et de sa régularité, alors que la persistance concerne la durée effective du traitement par rapport aux recommandations usuelles et à la prescription du médecin. L'observance peut théoriquement se mesurer grâce à l'indice MPR ou Medication Possession Ratio qui se calcule en faisant le rapport du nombre de comprimés prescrits pendant une période donnée sur le nombre de comprimés qui aurait dû être pris. Lorsque le MPR est supérieur ou égal à 80 %, il est considéré comme satisfaisant (41). Ces deux paramètres sont importants et interdépendants.

Dans l'ostéoporose, le respect des modalités de prise et la régularité au long cours conditionnent l'efficacité du traitement.

Dans notre étude l'observance des patients décrite par leur médecin était pour la majorité considérée comme correcte. C'est ce que l'on retrouve dans le travail de N. Dehamchia-Rehailia à 18 mois ; 94% des patients poursuivant leur traitement ont déclaré le prendre régulièrement avec des oublis rares (13).

4.3.2.2.1 Les facteurs favorisant l'adhésion au traitement

- **La galénique**

L'injectable permettait de s'assurer d'une bonne observance. Parmi les huit patients qui poursuivaient leur traitement, quatre le prenaient en forme injectable. Ce sont les médecins de ces patients qui décrivaient ne pas avoir de problème avec l'observance. Un traitement par biphosphonates per os avait été prescrit aux quatre autres patients, leur médecin traitant émettait des doutes quant à la régularité des prises.

L'injection d'acide zolédronique se réalise en perfusion intraveineuse une fois par an, l'injection de denosumab s'effectue en sous cutanée tous les six mois. Ces injections

impliquent l'intervention d'un tiers servant aussi à rappeler son moment. Ces éléments favorisaient l'observance dans notre étude.

- **L'espace des prises**

Au cours de leur pratique, les médecins avaient remarqué une meilleure observance des traitements lorsque les prises étaient espacées.

Les médecins Généralistes se réjouissaient de disposer d'un panel thérapeutique important. Qu'importe le mode de prise (per os, sous cutanée ou intraveineux), l'avantage était vraiment de pouvoir espacer les prises. Le ressenti des médecins généralistes à ce sujet est en adéquation avec les données de la littérature. Concernant l'observance, elle est en moyenne à 37,7% avec un traitement journalier contre 51,7% pour un traitement hebdomadaire (42). Une étude française a analysé la persistance aux biphosphonates oraux de toutes les patientes de plus de 45 ans suivies dans la base THALES ayant reçu une première prescription entre Janvier 2007 et janvier 2008. La persistance à un an était de 47.5% chez les patientes traitées avec la forme mensuelle et de 30.5% avec la forme hebdomadaire (43). L'espace des prises améliore donc l'observance mais reste insuffisante.

- **Pas d'inquiétude des patients**

Dans cette étude, les patients n'avaient pas appréhendé d'effet secondaire et n'avaient pas confié à leur médecin de croyance particulière à ce sujet. Pourtant quelques études montraient que les patients avaient des représentations erronées des traitements. Certains pensaient que la prise régulière en diminuait son efficacité et d'autres qu'il ne prévenait pas la survenue de nouvelles fractures (44).

- **L'intérêt d'une bonne information**

Quelques médecins considéraient qu'une information des patients sur la pathologie et ses traitements était un élément favorisant l'observance. Une information compréhensive et répétée permet aux patients de mieux percevoir les enjeux du traitement anti-ostéoporotique.

L'information doit être fournie précocement et dès la prescription par le rhumatologue de la filière par exemple, mais dans ce cas, elle doit être rapidement relayée par le médecin traitant et aussi par les différents acteurs de santé. Le pharmacien joue aussi un rôle important dans l'information (41).

L'adhésion des patients aux traitements anti-ostéoporotiques est avant toute chose la conséquence d'une relation de qualité entre le médecin et son patient. C'est ce partenariat qui est la clef d'une relation de confiance permettant la transmission des informations sur la maladie et les traitements. Il faut alors que tous les médecins soient sensibilisés à

l'ostéoporose car pour être convaincant il faut d'abord être convaincu.

Sur le plan de l'information, quelques médecins généralistes pointaient le rôle bénéfique des médias à ce sujet. Les magazines féminins évoquent régulièrement la pathologie de l'ostéoporose depuis quelques années et les publicités télévisées promeuvent la consommation de yaourts riches en calcium pour préserver le capital osseux. Cette médiatisation de l'ostéoporose sensibilise les patients et favorise leur attention lorsqu'elle est évoquée en consultation. Les médias sont certes une aide mais ne remplacent pas l'information délivrée par le professionnel de santé. Les patients déclarent disposer de plusieurs sources d'information. Dans les résultats de l'étude « Caliopé » la principale reste le médecin dans 95% des cas puis les médias à travers la presse et la télévision (26% chacune), le pharmacien (23%) puis les brochures éducatives (16%) devant Internet en dernière position (3%) (25). Le médecin occupe la première place dans les sources de connaissance, de ce fait il est en première ligne dans l'éducation des patients.

Parallèlement et en corrélation avec l'intérêt modeste des patients face à leur maladie, les personnes ostéoporotiques expriment peu de besoins éducatifs comme l'ont souligné quelques médecins de cette étude. La tâche du médecin consiste donc à faire émerger les besoins latents chez ces patients et notamment le souhait de bénéficier d'une information sur la maladie et ses traitements (45).

- **La baisse des prescriptions des traitements hormonaux de la ménopause**

Pendant de nombreuses années, le traitement hormonal de la ménopause (THM) a été le moyen le plus utilisé pour combattre l'ostéoporose. Ce traitement diminue le remodelage osseux, prévient la perte osseuse survenant après la ménopause, réduit le risque fracturaire vertébral et non vertébral, et, en particulier celui des fractures de la hanche.

En 2002, l'étude WHI a été interrompue prématurément puisqu'un risque cardio-vasculaire a été mis en évidence avec le THM inversant alors le rapport bénéfice-risque du traitement. Depuis, le nombre de femmes traitées a diminué. Un médecin dans cette étude faisait le lien entre la diminution de ces prescriptions et l'augmentation de celle des traitements anti ostéoporotiques actuels, les patientes acceptaient davantage ces derniers depuis « l'affaire des THM ». Tout cela a fait couler beaucoup d'encre, conduisant à la publication d'un consensus international, en 2012, reconnaissant que le THM n'augmente pas le risque coronaire chez la femme de moins de 60 ans ou ménopausée depuis moins de 10 ans (46).

Actuellement, les recommandations limitent la prescription d'un THM en première intention au traitement des troubles climatiques avec retentissement sur la qualité de vie. Concernant l'ostéoporose et en l'absence de troubles climatiques, le THM peut être prescrit en cas

d'intolérance ou inefficacité des autres traitements (6).

- **Une prise en charge facilitée**

La création de la Filière Ostéoporose du CHU, l'accès plus aisé à la densitométrie osseuse depuis son remboursement, les progrès thérapeutiques (meilleure tolérance, choix plus vaste) sont autant d'éléments facilitants la prise en charge de l'Ostéoporose par le médecin généraliste. Un praticien pensait que toutes ces mesures lui permettaient de faire accepter plus facilement le traitement à ses patients.

4.3.2.2.2 Les obstacles à l'adhésion

- **Une mauvaise observance**

L'observance est le point noir des maladies chroniques, l'ostéoporose n'y fait pas exception.

Pourtant dans cette étude, seuls quelques médecins avaient remarqué un défaut d'observance de leur patient alors que la littérature montre qu'elle est particulièrement basse dans l'ostéoporose en comparaison avec les autres pathologies chroniques. L'observance du traitement (renouvellement à plus de 80% de prescriptions) est d'environ 50 % dans l'ostéoporose contre 55% pour l'hypercholestérolémie, 65% pour le diabète de type 2 et 72% pour l'hypertension artérielle (47). Les études américaines et européennes sont concordantes : 2 ans après le début d'un traitement de l'ostéoporose, 40 % des patientes ne le prennent plus.

En fonction des études et des cohortes analysées, 20 à 70 % des patientes stoppent leur traitement avant la fin de la première année. Une grande partie des interruptions est encore plus précoce: au cours des 3 premiers mois (17).

Pour expliquer cette mauvaise observance, les médecins ont évoqué le manque d'intérêt du patient bien sûr et des facteurs liés à la maladie et au traitement.

- **Un traitement long pour une pathologie peu bruyante**

C'est une maladie à traiter au long cours. Les patients expliquaient à leur médecin ne ressentir aucun soulagement de leurs symptômes pendant le traitement et n'en comprennent donc pas clairement l'intérêt. Les traitements anti-ostéoporotiques n'ont théoriquement pas d'effet sur les douleurs (41). Le bénéfice est pour plus tard, il sera au mieux jamais perçu directement alors que les contraintes et les désagréments sont eux bien présents. Le but principal du traitement est la recherche d'un non évènement en prévenant la survenue d'une fracture. Cet objectif imperceptible entraîne une lassitude du patient et dessert l'observance.

L'absence d'examen vérifiant régulièrement l'efficacité du traitement était un frein à l'observance selon un médecin. Plusieurs études ont montré que les patients se sentaient

frustrés de ne pouvoir apprécier l'efficacité du traitement (44). Il semble que la parole du médecin ne suffise pas et que les patients aient besoin de preuves pour être convaincus.

Réaliser une ostéodensitométrie après une année de traitement en espérant favoriser l'adhésion ne serait pas pertinent puisque la majorité des interruptions se font avant la fin de la première année de traitement, (44) et, comme nous l'avons déjà évoqué le traitement peut être efficace sans modifier aussi rapidement les résultats de l'examen.

On pourrait renforcer la motivation des patients en leur délivrant les résultats de marqueurs de résorption du remodelage osseux mais c'est surtout la variation importante du marqueur (>30%) qui augmente l'observance. D'autres études n'ont pas montré de différence significative de l'adhésion des patients lorsque qu'ils connaissaient ces résultats biologiques (42). Le GRIO indique que le niveau de preuve de l'intérêt des marqueurs du remodelage osseux dans l'amélioration de l'adhésion au traitement est faible (6).

Dans cette étude, aucun médecin ne déclarait les doser.

- **Le traitement**

- **La tolérance**

Dans cette étude comme dans d'autres, la principale plainte des patients sous biphosphonates per os concernait les troubles digestifs. Les médecins n'ont pas rapporté d'autre effet indésirable. Dans cette étude, l'intolérance a été l'origine d'un seul arrêt de traitement.

- **Les modalités de prise**

Prendre un traitement par biphosphonate per os nécessite de respecter quelques règles pour en éviter les désagréments. Cette particularité de prise du traitement a entraîné un changement thérapeutique dans cette étude suite à la consultation du sixième mois avec le rhumatologue. Cette difficulté n'avait pas été évoquée lors de consultations avec le médecin traitant. Le rendez-vous de suivi par la filière montre ici tout son intérêt.

Un médecin avait remarqué au cours de son expérience que cette particularité de prise finissait par avoir raison du traitement.

Pour favoriser une prise convenable, il est de rigueur d'informer clairement et simplement le patient des raisons des conditions de prise particulière. Il faut rappeler que l'absorption des biphosphonates est diminuée par le bol alimentaire. L'association à une boisson lactée est à proscrire afin d'éviter la formation de complexes inabsorbables avec le calcium et enfin il faut maintenir une position assise ou debout après la prise pour éviter le développement d'ulcérations œsophagiennes.

4.3.2.2.3 Les conséquences d'une mauvaise adhésion

Une mauvaise adhésion au traitement diminue son efficacité. Après deux ans de traitement chez les femmes ménopausées, le risque fracturaire était augmenté de 21 % chez les non persistantes et de 26 % chez les non-observantes (41).

Par ailleurs une mauvaise observance est à l'origine d'un double coût pour la société, celui inhérent à la maladie que l'on souhaite traiter et celui lié au coût du traitement par lui-même qui au final n'est pas pris dans des conditions satisfaisantes.

L'amélioration de l'adhésion ne peut être efficace que si le patient y est activement impliqué. Partant de ce principe la Haute Autorité de Santé a, depuis 2007, élaboré des plans d'éducation complexes à travers l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Elle vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. La loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) du 21 Juillet 2009 a offert un cadre légal à l'ETP.

Les programmes d'éducation thérapeutique « ostéoporose » tendent à se développer en France mais sont encore peu nombreux aujourd'hui. Le site de l'Agence Régionale de Santé permet de les localiser (48).

Les autres méthodes testées comme la remise de documents sans explication, les conseils délivrés par téléphone et courrier ou le suivi des paramètres intermédiaires (marqueurs du remodelage osseux) ont un effet moins important sur la persistance aux traitements (49).

Dans le but d'améliorer l'adhésion, en 2012, la Filière ostéoporose du CHU d'Amiens a instauré une consultation de suivi à six mois afin de pouvoir répéter l'information, répondre aux questions, discuter de l'observance et de la tolérance du traitement. Cette mesure a été prise après le travail de N. Dehamchia-Rehailia. Quatre ans plus tard, il pourrait alors être intéressant de mener une étude sur l'évolution de l'adhésion.

Dans cette partie nous n'avons évoqué que le maintien du traitement médicamenteux. Il conviendrait de connaître l'implication des patients dans l'application des règles hygiéno-diététiques. Modifier le mode de vie d'un sujet est un véritable défi, surtout que les médecins généralistes les évoquent peu ou pas assez comme décrit dans la partie précédente.

4.3.3 Opinions des médecins généralistes concernant l'ostéoporose et ses traitements

4.3.3.1 Intérêt du médecin concernant la prise en charge

Dans cette étude, la majorité des médecins déclarait porter de l'intérêt à la prise en charge de l'ostéoporose en prévention secondaire. Les praticiens précisaient que leur intérêt était le même avant ou après l'évènement fracturaire.

La prise en charge était motivée par le risque de la cascade fracturaire. La survenue d'une fracture de fragilité est un tournant dans l'évolution de la maladie et représente le facteur de risque le plus important des fractures incidentes (50). Les médecins voulaient lutter contre le risque de la perte d'autonomie pouvant aller jusqu'à la grabatisation.

L'impact financier était avancé, outre les frais liés aux soins hospitaliers, de nombreux coûts sont engendrés par des dépenses de rééducation mais aussi par la prise en charge médicale (consultations, transports, examens complémentaires, pharmacie) auxquels il faut y ajouter le prix du maintien à domicile d'une personne à autonomie limitée (lit médicalisé, adaptation de l'habitat, auxiliaire de vie, etc...)

Un médecin ne pouvait se prononcer car cette situation était peu fréquente dans son exercice. Il existe ici une discordance entre ce ressenti et les données épidémiologiques qui sont souvent difficiles à appréhender par les médecins de famille. Au niveau d'une patientèle, ils ne ressentent pas cette épidémie alors qu'il en est tout autrement dans la réalité hospitalière, les services d'orthopédie et de rhumatologie sont débordés par l'afflux de patients âgés fracturés (17).

Un Observatoire a été réalisé, en France, entre décembre 2001 et Juin 2002, les médecins y déclaraient voir en moyenne 19 patientes ménopausées et ostéoporotiques par mois correspondant à 4,5% de leur activité (51). Par contre, on ne dispose pas de donnée sur le nombre d'évènements fracturaires pris en charge pour un médecin généraliste.

Un autre médecin tenait un discours pessimiste constatant une mauvaise adhésion aux traitements anti-ostéoporotiques, il priorisait alors la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires.

Au cours des entretiens, il semblait que les maladies chroniques suivaient une hiérarchie, les pathologies cardio-vasculaires, souvent citées, semblaient mobiliser davantage les médecins généralistes. Dans cette étude un médecin ne considérant pas l'ostéoporose comme une pathologie grave mais portant de l'intérêt à sa prise en charge, expliquait que l'état cardiaque de sa patiente et ses nombreuses décompensations faisaient en effet oublier la pathologie osseuse. Ce médecin le regrettait d'ailleurs, mais, prioriser est un phénomène naturel. De plus, une pathologie qui apparait comme secondaire n'incite pas le médecin à

s'impliquer dans sa prise en charge. Dans les résultats de l'étude de D. Havet, on constate aussi cette même hiérarchie par le médecin généraliste dans les maladies chroniques, et, l'ostéoporose apparaissait nettement secondaire à cinq autres pathologies (52). Pourtant la sévérité de l'ostéoporose est aussi définie par le risque de décompensation de la maladie sous-jacente par la survenue d'une fracture. Ainsi, une fracture vertébrale chez un patient fumeur ou ayant une bronchite chronique entraîne un syndrome restrictif aggravant le syndrome obstructif sous-jacent (53).

C'est dans ce contexte que le travail de la Filière Ostéoporose rend compte de l'un de ses intérêts, la pathologie osseuse y est prioritaire.

4.3.3.2 L'ostéoporose: une maladie grave ?

Seuls quelques médecins considéraient l'ostéoporose comme une maladie grave. Ils rappelaient à cet effet la morbidité liée aux fractures ostéoporotiques comme faisant partie des conséquences majeures sur la qualité de vie. Ceux qui survivent à leur fracture de l'extrémité supérieure du fémur souffrent souvent d'une perte de mobilité et d'autonomie. Un an après la fracture, 10 à 15% ne peuvent plus se déplacer à l'extérieur de chez eux et sont ainsi confinés au domicile, puis, près de 20 % ne peuvent plus du tout se déplacer (2).

Les fractures vertébrales ont aussi une morbidité bien connue : rachialgies chroniques, aggravation de la cyphose thoracique, diminution des capacités physiques, augmentation du risque de chute, diminution de la capacité pulmonaire, augmentation du risque de hernie hiatale... (54)

Les fractures du poignet ont des conséquences fonctionnelles non négligeables surtout chez la personne âgée. Certains patients souffrent d'algodystrophie après une fracture de Pouteau-Colles.

Ces différentes manifestations diminuent les capacités physiques fonctionnelles des sujets, et, les empêchent souvent de participer à des activités sociales ou de loisirs pouvant conduire progressivement à l'isolement voire engendrer une dépression et la perte de confiance en soi (2). Cette morbidité répondait à un concept propre à l'un des médecins « le concept du vieillissement ».

Un médecin évoquait le risque de récurrence élevé lorsque, d'une manière générale, les femmes avec antécédent de fracture ont un risque de nouvelle fracture multipliée par deux par rapport aux femmes qui n'en ont pas. (2)

Ces médecins évoquaient aussi l'augmentation de la mortalité. Près du quart (23.5%) des patients décèdent dans l'année qui suit une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (55). Cet excès de mortalité, bien connu pour la Fracture de l'extrémité supérieure du fémur, est également significatif au décours des fractures vertébrales, des fractures ostéoporotiques

majeures mais aussi des fractures mineures chez les patients plus âgés (≥ 75 ans). Cet excès est surtout marqué dans les premiers mois ou premières années après la fracture, et, est accentué par le nombre et la sévérité dans le cas des fractures vertébrales (56). C'est cette surmortalité consécutive aux fractures ostéoporotiques qui représente toute la gravité de cette maladie.

La gravité de l'ostéoporose dépendait de l'âge pour un médecin. Il est vrai que la mortalité des suites d'une FESF augmente avec l'âge, et ce, de manière logique car chez la femme, on dénombre une mortalité inférieure à 10% avant l'âge de 70 ans mais dépasse 30% dès l'âge de 90 ans (55). Chez l'homme, la mortalité des suites d'une FESF est inférieure à 15 % chez les sujets de moins de 65 ans mais atteint 30 % chez les plus de 75 ans.

Dans le travail de thèse de H. Qidouch, 98.7% des médecins généralistes déclaraient que l'ostéoporose était une maladie entraînant des complications graves (26). C'est aussi le sentiment de la plupart des médecins interrogés dans notre étude. Ils ne pouvaient nier que l'ostéoporose était une maladie grave mais modulaient le propos en évoquant davantage une maladie importante aux conséquences graves. Sur le fond, ces propos rejoignent ceux de la Haute Autorité de Santé qui précise la gravité de la pathologie ostéoporotique en raison des fractures dont elle est responsable pouvant entraîner douleurs, impotence, perte d'autonomie jusqu'à la surmortalité.

Certains médecins ne pouvaient la décrire comme grave évoquant que le pronostic vital n'était pas engagé dans l'ostéoporose alors que dans l'infarctus du myocarde, par exemple, le risque vital est immédiat. Pourtant comme décrit précédemment, les fractures ostéoporotiques diminuent l'espérance de vie, la mortalité est la plus élevée dans les six premiers mois suivant l'évènement fracturaire.

Un médecin considérait que l'ostéoporose n'était pas une maladie grave, puisque des moyens de prévention existent et, le cas échéant, une thérapeutique efficace existe. Bien sûr, la prévention primaire est fondamentale, elle doit débuter tôt au cours de la croissance pour augmenter le capital osseux puis freiner la perte osseuse à l'âge adulte (57). Mais elle ne peut être suffisante car certains facteurs de risque ne sont pas modifiables tels que les antécédents familiaux.

L'un des médecins avait une vision différente, l'ostéoporose n'était pas selon lui une maladie mais plutôt une affection, définissant une maladie comme comportant des symptômes qui ne sont pas présents en prévention primaire. Il est difficile de discuter ses propos car une affection d'après le dictionnaire Larousse est une modification pathologique de l'organisme. Ces ressentis divergents concernant la gravité de l'ostéoporose par les médecins généralistes avaient déjà été mis en avant par d'autres travaux de thèse (52)(58).

4.3.3.3 Opinions sur les traitements anti-ostéoporotiques

Les résultats de cette étude indiquaient la confiance des médecins en l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques. Ils les jugeaient plus que nécessaires en prévention secondaire. Ils n'exprimaient aucune crainte à leur prescription ou à leur renouvellement et se sentaient donc à l'aise pour poursuivre ce qui avait été initié par les rhumatologues de la filière.

Les médecins se prononçaient principalement sur la classe des biphosphonates, thérapeutique la plus prescrite et manquaient de recul pour s'exprimer sur les nouveautés thérapeutiques.

Ces dernières réjouissaient les médecins généralistes, ils avaient surtout évoqué le Denosumab, première biothérapie ciblant l'ostéoporose. Certains avouaient avoir des difficultés à suivre tous ces changements et comptaient sur le rhumatologue pour les informer.

Les résultats de cette étude avancent donc des éléments rassurants. L'intérêt des médecins généralistes à prendre en charge l'ostéoporose et leur confiance à utiliser les thérapeutiques associée à l'existence de la filière priorisant une pathologie qui ne l'est pas en médecine générale promet de meilleurs résultats.

Différentes études notaient la prise en charge insuffisante de l'ostéoporose comme celle menée en 2010, incluant toutes les patientes ménopausées admises au CHU de Clermont-Ferrand pour une fracture suite à un traumatisme mineur (59). Les traitements avaient tous été initiés par les médecins généralistes mais dans seulement 30.5%. Malgré la grande proportion de patientes hospitalisées puis admises en rééducation, aucun traitement n'avait été instauré durant ces périodes. Comparativement dans le travail de thèse de N. Dehamchia-Rehailia, 75.5% des patients ayant une indication de traitement ont réellement bénéficié de cette prescription par le biais de la filière. Ces deux études montrent l'importance de l'initiation du traitement par une filière spécialisée.

4.3.3.4 Expérience des Médecins Généralistes avec les traitements anti-ostéoporotiques

Lors de l'écriture du guide des entretiens, nous avons voulu comprendre quels pouvaient être les freins à cette prise en charge insuffisante décrite dans la littérature. Une des hypothèses avancée était une mauvaise expérience avec les traitements anti-ostéoporotiques pouvant entraîner une réticence des prescriptions.

Quelques médecins décrivaient uniquement des troubles digestifs avec les biphosphonates, tels que les régurgitations acides et les œsophagites. Ces effets indésirables peuvent être atténués en respectant les conditions de prise des biphosphonates

La majorité déclarait n'avoir recensé aucun effet secondaire concernant ces

traitements, les amenant à n'avoir aucune crainte lors de leur prescription.

Un médecin se souvenait avoir été confronté à une ostéonécrose de la mâchoire au cours de sa carrière, il y a ici un biais d'information puisque le contexte n'a pas été précisé.

L'ostéonécrose de la mâchoire chez les patients sous biphosphonates a été décrit en 2003 et a marqué les esprits puisque dans cette étude la majorité des médecins généralistes l'évoquait et préconisait lors de leur prescription un bilan bucco-dentaire systématique. Ils s'interrogeaient sur la réelle nécessité de pratiquer ce bilan bucco-dentaire remarquant qu'il n'était pas demandé par les rhumatologues. Il est probable que le rhumatologue ait informé le patient de prendre rendez-vous avec le dentiste, mais cela n'était pas précisé dans les courriers. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) recommande un bilan bucco-dentaire en précisant toutefois qu'il ne doit pas faire retarder l'instauration du traitement et ce bilan doit être effectué de manière annuelle comme dans la population générale (60).

Il faut bien sûr rassurer les patients, la majorité de ces cas d'ostéonécrose de la mâchoire est apparue avec les biphosphonates utilisés à forte dose et par voie intraveineuse chez les patients traités en oncologie. L'incidence de cet effet secondaire est considéré comme très faible ($<1/100\ 000$ patientes-années) chez les patients recevant un traitement par biphosphonates par voie orale aux doses recommandées dans le traitement de l'ostéoporose (50). Les médecins indiquaient le refus de quelques dentistes à réaliser des avulsions dentaires, pourtant réalisables sous réserve d'une antibiothérapie (60).

Le risque d'ostéonécrose de la mâchoire a été cité par tous les médecins généralistes mais ne représente absolument pas un frein à leur prescription. Par contre dans le travail de thèse de A. Cadinot et A. Demeillers, 15% des arrêts de traitement faisaient suite à l'avis du chirurgien-dentiste, ce chiffre était le même pour les arrêts causés par la survenue d'effets indésirables (61). Ces résultats laissent paraître une crainte des chirurgiens-dentistes quant aux traitements par biphosphonates, celle-ci ne semblent pas se répercuter sur les médecins généralistes.

Il serait intéressant de réaliser des formations entre chirurgiens-dentistes, médecins généralistes et rhumatologues afin de fournir aux patients la même information.

Aucun médecin n'a évoqué les fractures atypiques sous biphosphonates dont l'incidence est faible (moins de 1% des fractures de la hanche et du fémur) au regard du nombre de patientes traitées et du nombre de fractures ostéoporotiques prévenues par ces traitements (62).

Au total les effets indésirables des traitements anti-ostéoporotiques sont suffisamment rares dans notre étude et conformément aux données de la littérature pour rappeler au patient que ces traitements gardent un rapport bénéfice/risque très favorable.

4.3.3.5 L'arrêt du traitement : les éléments pour décider

Parce qu'il est possible qu'un patient décide d'arrêter le suivi avec le spécialiste, il en reviendra donc au médecin traitant de savoir à quel moment il faudra arrêter le traitement.

Cette décision était fortement influencée par les résultats de l'ostéodensitométrie. Les médecins généralistes demandaient fréquemment l'avis du rhumatologue à l'initiation de cette prescription. Deux médecins se référaient aux dernières recommandations pour décider.

Un médecin prenait en compte d'une part l'observance du traitement et de l'autre la sévérité de la pathologie. Si le patient était peu observant, il préférerait poursuivre le traitement. Cela peut sembler contradictoire, il serait préférable de conseiller au patient un autre traitement pour favoriser son observance.

D'autres décidaient seuls en fonction des résultats de l'ostéodensitométrie réalisés à 2 ou à 5 ans.

Les médecins généralistes en demandant l'avis du rhumatologue et en présentant diverses attitudes pour arrêter le traitement montrent que, malgré l'actualisation des recommandations visant à simplifier la prise en charge, cette décision reste difficile pour les praticiens.

Un traitement peut être interrompu après cinq ans (trois pour l'acide zolédronique) chez une patiente qui présente les éléments suivants (6) :

- Pas de fracture sous traitement
- Pas de nouveau facteur de risque
- Pas de diminution significative de la DMO
- Et en cas de fracture ostéoporotique sévère, un T score fémoral de fin de traitement supérieur à -2.5

4.3.3.6 La supplémentation vitamino-calcique

Dans cette étude, les médecins qualifiaient d'indispensable la supplémentation vitamino-calcique, et, à la fois indissociable du traitement. Cet intérêt des médecins généralistes vis à vis de cette supplémentation a été confirmé dans d'autres études (63). Elle est un traitement adjuvant des traitements anti-ostéoporotiques. Leur association est systématique dans les études pivots. Un médecin soulignait que cette supplémentation n'étant pas ressentie comme un traitement, cet aspect « naturel » favorisait l'observance. Les patients considérant cette supplémentation comme un complément alimentaire, sont rassurés sur l'absence d'effet néfaste sur leur santé. Régulièrement, les patients décrivent une certaine lassitude vis à vis de leur poly-médication, et, une méfiance envers les thérapeutiques probablement en lien avec les polémiques pharmaceutiques. Mais, cela peut aussi avoir l'effet inverse comme l'a montré C. Poyet dans son travail de thèse, la non considération de cette

supplémentation comme traitement à part entière de l'ostéoporose se terminait par son arrêt. Ses résultats lui indiquaient l'intérêt de restaurer un statut de médicament à ces suppléments (64).

Comme il est de rigueur dans la pratique de tous les médecins, il faut adapter son discours aux attentes du patient, savoir utiliser les mots adéquats pour favoriser son adhésion.

Concernant la supplémentation calcique, il est recommandé de favoriser les apports via l'alimentation et lorsque cela s'avère insuffisant, une supplémentation pharmacologique sera envisagée. La galénique, le goût, la prise répétée étaient les plaintes des patients les entraînant à arrêter. Un médecin indiquait s'adapter aisément aux souhaits de chacun grâce aux nombreux produits présents sur le marché, en effet, répondre à la satisfaction du patient concernant le goût et le nombre de prise favorise la réduction du taux d'arrêt des traitements (65).

Concernant la supplémentation en vitamine D, les médecins la prescrivaient de manière systématique et leur patient n'avait pas de difficulté à la suivre. La supplémentation en vitamine D paraît plus facile pour les patients s'agissant d'ampoules sans goût particulier à boire, et, la fréquence des prises dépend du taux de 25OHVitD. La notoriété de cette vitamine profite à son observance.

Dans les résultats de N. Dehamchia-Rehailia, lors de leur prise en charge initiale par la filière, les taux de 25OH-vitamine D étaient inférieurs à 30ng/ml dans 91.5% des cas, et, inférieurs à 10ng/ml chez 42.6% des patients (13) sachant que le taux recommandé est d'au moins 30ng/ml (6). On ne peut que s'étonner de ces chiffres puisque les médecins déclarent prescrire une supplémentation en vitamine D de manière systématique et attribuent une bonne observance des patients, il paraît alors en être tout autrement en prévention primaire.

La supplémentation en vitamine D a une importance capitale puisque bien menée, elle permet de diminuer la perte osseuse, prévenir le risque de fracture et d'optimiser la réponse thérapeutique.

4.3.4 Les médecins généralistes et la filière ostéoporose du CHU d'Amiens Picardie

4.3.4.1 La relation ville-hôpital

La communication s'articulait autour des courriers hospitaliers. Si cela semblait suffire à certains médecins, d'autres la regrettaient. Sur le plan quantitatif, la communication était jugée comme convenable, mais, sur le plan qualitatif, quelques médecins ne ressentaient pas de lien avec les membres de la filière de sorte que le courrier ne leur semblait pas être un échange suffisant pour évoquer ou entretenir une relation.

La réception des courriers semblait poser problème et ne faisait que ternir une relation

jugée déjà fragile. Quelques courriers semblaient parvenir trop tardivement rendant obsolète son contenu. Entre temps, le médecin généraliste peut se trouver dans une position indélicate lorsque le patient lui demande des informations supplémentaires suite à l'avis du spécialiste.

Pour réaliser notre étude, le premier contact avec le médecin généraliste, se faisait par téléphone. Cela permettait d'exposer notre travail et de s'assurer qu'il suivait toujours le patient cible avant de réaliser l'entretien. C'est dans l'intervalle qu'un médecin a appelé sa patiente pour faire le point sur son ostéoporose, s'étonnant de n'avoir qu'un seul courrier de la filière, celui de la première consultation. C'est ainsi qu'il a appris que le traitement avait été modifié quelques mois plus tôt. Le courrier de la consultation de suivi n'avait pas été reçu par le médecin traitant et lui donnait l'impression de ne plus être acteur de la prise en charge.

Quelques médecins en revanche appréciaient la nature de la relation entretenue avec les membres de la filière, l'un d'entre eux précisait qu'il était aisé de les joindre.

4.3.4.2 La connaissance de la filière

Mise en place au CHU d'Amiens depuis 2006, la plupart des praticiens connaissait l'existence de la filière, mais, la moitié d'entre eux n'en connaissait pas le fonctionnement précisément. Les praticiens savaient que leur patient avait un suivi en rhumatologie mais ne l'avaient pas associé au travail d'une filière spécialisée dont il ne connaissait pas l'existence. Ayant terminé son internat et les stages hospitaliers peu de temps auparavant, le plus jeune médecin interrogé s'étonnait de découvrir cette filière au cours de l'entretien réalisé pour ce travail de thèse. Les médecins plus âgés en connaissaient davantage, peut-être ont-ils eu la possibilité d'observer l'évolution des prises en charge, puisqu'avant l'existence de la filière, ils étaient à l'origine de la plupart des bilans d'ostéoporose lors d'un événement fracturaire et donc des traitements anti-ostéoporotiques prescrits. Les jeunes médecins n'ont pas ce recul pour apprécier l'évolution de cette prise en charge.

C'est principalement l'âge du médecin qui favorisait sa connaissance envers la filière, le lieu d'exercice semblait ne pas influencer comme on aurait pu l'imaginer.

4.3.4.3 Opinions sur le travail de la filière

Le principal avantage de la filière est sa rigueur. Les médecins généralistes approuvaient sa prise en charge. Les résultats de l'ostéodensitométrie étaient mieux appréhendés et l'enquête alimentaire toujours réalisée.

Les médecins généralistes appréciaient ce suivi spécialisé et systématique puisque difficile à réaliser en ville. Ils rappelaient les difficultés relatives à l'exercice de la Médecine Générale, prenant en charge toutes les pathologies chroniques et tous les événements aigus au

cours d'une seule consultation avouant alors, aussi, manquer de temps et, de ce fait, pouvaient oublier la prise en charge de l'ostéoporose. D'autant plus que celle-ci comme nous l'avons déjà explicité n'était pas considérée comme prioritaire. Il est vrai qu'il paraît impossible de répondre à tous les problèmes en une consultation, mais, la particularité de la médecine générale réside bien par son avantage de proximité. Le médecin généraliste peut recevoir régulièrement ses patients et il pourrait être possible de leurs expliquer la nécessité de reprendre quelques notions à l'occasion d'une consultation ultérieure. La pénurie de praticiens, chargeant davantage leurs agendas, rend difficile les prises en charge.

La consultation de suivi par la filière permettait aux médecins traitants de recevoir un rappel afin de ne pas oublier la pathologie ostéoporotique de leur patient.

La prise en charge par une filière avec des spécialistes et de surcroît à l'hôpital étaient autant d'arguments qui sensibilisaient les patients. La mobilisation d'une équipe pour leur pathologie osseuse leur permettait d'en considérer l'importance.

La plupart des médecins ne décrivait aucun inconvénient lors de la prise en charge de leur patient par la filière spécialisée.

Un médecin avançait tout de même un problème géographique, exerçant à 30 km d'Amiens, l'éloignement de l'hôpital était un obstacle pour les patients rencontrant des difficultés à se déplacer. Les prescriptions de transports ne sont remboursées par l'Assurance Maladie que dans le cadre des ALD 30.

L'un des inconvénients était une mauvaise coordination entre la ville et l'hôpital, un médecin s'agaçait de constater que des examens déjà réalisés en ville étaient renouvelés à l'hôpital considérant alors que son travail et celui de ses correspondants libéraux n'étaient pas respectés. Afin de limiter ce ressenti négatif entravant la relation entre les médecins libéraux et hospitaliers mais aussi pour diminuer les surcoûts financiers, il paraît indispensable de favoriser le dialogue ville-hôpital.

Le fonctionnement de la filière étant autonome, c'est à dire qu'elle ne nécessite pas l'intervention du médecin traitant, cette étude cherchait aussi à mettre en évidence l'éventuelle gêne pour les praticiens. Ces derniers étaient unanimes, il était normal dans les suites d'une consultation aux urgences ou d'une hospitalisation que le patient soit pris en charge autant sur le plan orthopédique que sur le plan rhumatologique. Le fait de ne pas avoir adressé le patient et de ne pas être l'auteur du traitement n'était en aucun cas un problème pour les médecins. La question les avait étonnés.

Mais quelques médecins se questionnaient sur le bienfondé du renouvellement de plusieurs mois du traitement anti-ostéoporotique par le rhumatologue. Signifiant que le médecin traitant ne le prescrivait que trop rarement, il finissait par ne plus évoquer

l'ostéoporose en consultation ne favorisant alors pas l'adhérence du patient. D'ailleurs lors du travail de thèse de C. Jehanne, évaluant l'adhésion aux traitements de l'ostéoporose chez les patients recrutés au sein de la filière Caennaise, le seul élément significatif retrouvé est une probabilité du taux de maintenance thérapeutique plus élevée à 12 mois si le prescripteur initial est son médecin habituel plutôt qu'un médecin de la filière (66).

Les deux médecins des patients n'ayant pas suivi le traitement ne remettaient pas en cause l'intervention de la filière mais regrettaient le temps perdu à cet effet et n'auraient consciemment pas demandé de bilan complémentaire pour ces patients refusant toute prise en charge médicale. Même si le suivi antérieur laisse à penser que toute nouvelle intervention serait vouée à l'échec, l'intervention par une autre équipe pourrait faire prendre conscience au patient de l'importance de la pathologie d'autant plus que celle-ci intervient ici après un évènement aigu.

4.3.4.4 Observation des différences dans la prise en charge des patients n'ayant pas bénéficié de la filière

Même si la plupart des médecins interrogés reconnaissait l'intérêt du travail de la filière, elle ne leur semblait pas indispensable car la moitié d'entre eux ne constatait aucune différence lorsque le patient était suivi uniquement en ville.

Quelques médecins revenaient sur le risque d'un suivi moins rigoureux, un médecin complétait son propos en rapportant l'oubli du contrôle ostéodensitométrique réalisé avec plus d'un an de retard et notait que cela ne serait pas arrivé si la patiente avait été suivie par la filière. Dans le cadre de la filière, les patients sont convoqués par courrier pour la consultation initiale et pour celle du 6^{ème} mois, ensuite, c'est au patient de se manifester auprès de la filière pour continuer le suivi nécessitant, donc, de sa part une implication dans sa prise en charge. Un médecin préférait suivre le patient sans l'intervention de la filière, estimant être plus informé et retrouver, ainsi, son rôle de médecin coordinateur.

4.3.4.5 Les suggestions pour améliorer la prise en charge des patients bénéficiant de la filière ostéoporose du CHU d'Amiens

La communication entre les médecins pourrait s'améliorer afin d'établir une relation plus solide. Pour cela, quelques médecins souhaitaient pouvoir joindre facilement le rhumatologue par téléphone. La durée pour joindre un spécialiste en passant par le standard était jugée trop longue et ne permettait pas toujours d'obtenir l'interlocuteur demandé. Le CHU a pourtant mis en place un système de GSM pour favoriser cette communication, mais, cela ne semble pas avoir eu l'effet attendu. Un médecin avait donc pris l'habitude de prendre un avis spécialisé auprès de ses confrères libéraux ou exerçant dans une structure privée. Cette

difficulté à joindre les médecins hospitaliers a aussi été remarquée dans d'autres régions, comme à Limoges, où en 2013 a été créé un comité ville-hôpital en lien avec l'Ordre des Médecins. Des mesures pratiques ont rapidement été mises en place et semblent porter leurs fruits. Une meilleure communication hôpital-ville permettrait de discuter de la prise en charge en collaboration et éviterait la multiplicité des examens.

Les médecins suggéraient une campagne de publicité afin de faire connaître la filière. On pourrait proposer l'envoi d'une brochure à tous les médecins généralistes ou l'invitation à une réunion d'information permettant ainsi d'échanger et de susciter la rencontre entre les différents acteurs de la prise en charge qui paraît essentielle. Cette réciprocité favoriserait en même temps la relation ville-hôpital.

Concernant le traitement, le rhumatologue pourrait prescrire le traitement pour une durée plus courte, ce qui permettrait au médecin de le renouveler et favoriserait son implication dans la prise en charge en retrouvant son rôle de médecin coordinateur.

Afin qu'un plus grand nombre de patients puissent bénéficier du travail de la filière, il a été proposé d'étendre le travail de la filière aux Centres Hospitaliers périphériques, aux structures privées et aux centres de prévention. Un médecin regrettait l'absence d'intervenant en rhumatologie dans ces structures.

Réaliser des ostéodensitométries de manière systématique chez toutes les femmes à partir d'un âge qui resterait à définir. Ces médecins comparaient ce dépistage systématique à celui du cancer du sein ou colorectal. Un médecin avouait appliquer déjà cette règle, consciente que cela ne suivait pas les recommandations, les résultats obtenus l'incitaient à poursuivre dans cette direction. Selon le Docteur Trémollières, l'évaluation du risque fracturaire en début de ménopause ne peut se passer de la mesure de la densitométrie osseuse. La limiter en début de ménopause aux femmes ayant des facteurs de risques conduirait à laisser passer un nombre non négligeable de patientes qui relèveraient d'une prise en charge (67). La question d'un dépistage des femmes ménopausées a jusque-là été récusée par les autorités de santé en raison d'une rentabilité insuffisante dans la diminution du taux de fractures.

5. CONCLUSION

La filière Ostéoporose du CHU d'Amiens-Picardie a été évaluée au cours du travail de thèse de Madame Dehamchia-Rehailia, les médecins généralistes n'avaient pas renouvelé le traitement anti-ostéoporotique pourtant initié par le rhumatologue de la filière. Cela était la première cause d'arrêt du traitement. Il paraissait alors nécessaire de s'adresser aux médecins généralistes pour comprendre ces résultats. Cette étude a permis de mieux comprendre les difficultés à cette prise en charge en médecine générale.

Le médecin généraliste n'a pas évoqué ressentir de difficulté lors de sa prise en charge. Mais son manque de temps et sa non-considération de la gravité de l'ostéoporose entraînent des défauts dans le suivi. Les mesures non médicamenteuses ne sont pas suffisamment abordées et l'observance peu vérifiée. L'intervention de la filière est très avantageuse pour le patient, en revanche cela entraîne une implication moindre du médecin traitant. Considérant que le suivi est effectué à l'hôpital, les médecins généralistes ne réitéraient pas toutes les informations relatives à la pathologie. Quelques études montraient qu'en l'absence de filière, le médecin généraliste prenait en charge seul l'ostéoporose. Cela met en évidence le principal problème rencontré en médecine générale: le manque de temps. Une consultation ne permet pas au médecin d'aborder tout ce qu'il voudrait mais l'exercice de la médecine générale a aussi un avantage non négligeable qui est la proximité permettant de recevoir à plusieurs reprises le patient. Les arrêts thérapeutiques dans notre étude n'ont jamais fait suite à un refus du renouvellement du traitement mais reflétaient un manque d'intérêt du patient. D'une manière générale, les patients accordaient peu d'intérêt à leur pathologie et avaient des difficultés à comprendre l'intérêt du traitement. Son bénéfice ne pouvait être ressenti au quotidien puisqu'ayant pour but la prévention d'un non-événement. Lorsque le traitement était maintenu, les prises espacées et les thérapeutiques injectables favorisaient l'observance.

Le travail de la filière Ostéoporose du CHU d'Amiens était apprécié par tous, permettant un suivi systématique et rigoureux. Les médecins généralistes souhaitaient que le rhumatologue réalise une prescription initiale plus courte afin de favoriser leur implication. La coordination semble indispensable afin de comprendre le travail de chacun. Les médecins généralistes regrettaient un déficit relationnel entre eux et les membres de la filière. Le délai de réception du courrier ou son absence ne faisait qu'entretenir cette relation déjà fragile. La communication Ville-Hôpital est un problème bien connu et n'est pas spécifique à la filière Ostéoporose du CHU. Il est nécessaire de l'améliorer pour favoriser les échanges dans le but d'optimiser la prise en charge des patients.

6. **BIBLIOGRAPHIE**

1. NIH consensus development panel on osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001; 285: 785-795.
2. Dargent-Molina P. Données épidémiologiques concernant l'ostéoporose. Médecine thérapeutique. Novembre-Décembre 2004. Volume 10, Numéro 6, 392-9.
3. Fontana A, Delmas PD. L'ostéoporose: épidémiologie, clinique et approches thérapeutiques. Médecine/sciences 2001; 17: 1297-305.
4. SFR- Société Française de rhumatologie. Dossier Ostéoporose. Disponible sur <http://www.rhumato.asso.fr>
5. OMS- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. Vieillissement et Santé. Septembre 2015. Disponible sur <http://www.who.int>
6. Briot K, Cortet B, Thomas T, Audran M, Blain H, Breuil V et al. 2012 update of French guidelines for the pharmacological treatment of postmenopausal osteoporosis. Joint Bone Spine 2012 ; 79 :304-13.
7. Erny F, Auvinet A, Chu Miow Lin D, Pioger A, Haguenoer K, Tauveron P et al. Management of osteoporosis in women after forearm fracture: Data from a French health insurance database. Joint Bone Spine 2015; 82(1):52-55.
8. Lespessailles E, Cotté FE, Roux C, Fardellone P, Mercier F, Gaudin AF. Prevalence and features of osteoporosis in the French general population: The Instant Study. Joint Bone Spine. 2008.10.008.
9. SFR – Société Française de Rhumatologie. 28^{ème} Congrès de Rhumatologie, décembre 2015
10. B. Cortet. Alerte sur un déficit de prise en charge. dossier Ostéoporose post-ménopausique. Le Concours Médical, 2016 ; 138 :134-136.
11. HAS-Haute Autorité de Santé. Ostéodensitométrie [absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique. Juin 2006. Disponible sur <http://www.has-sante.fr> .
12. GRIO, 1^{ère} journée du Club Filière- Fractures, 22 Septembre 2015 à Paris.
13. Dehamchia-Rehailia N. Prévention secondaire de l'ostéoporose : Evaluation de la filière Ostéoporotique du CHU d'Amiens de Janvier 2010 à Décembre 2011. Thèse d'exercice : Rhumatologie : Amiens 2014.
14. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale. Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes. 2 exemples. Mémoire de DES : Médecine Générale, Lyon Nord, 2004.

15. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Nathan ;1992.125p. glione C-A.
16. Roux C, Garnero P, Thomas T, Sabatier J-P, Orcel P, Audran M. Recommandations pour le suivi des traitements anti résorptifs au cours de l'ostéoporose post ménopausique. Revue du Rhumatisme.2005 ; 72 :27-33.
17. Legrand E, Bouvard B, HoppéE. Ostéoporose: combien de temps traiter ? La revue du praticien médecine générale 2012 ; 26, 879, 287-292.
18. HAS- Haute Autorité de santé - Utilité clinique du dosage de la vitamine D. Octobre 2013.[consulté le 04 septembre 2015] disponible sur <http://www.has-sante.fr>.
19. GRIO – Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses [en ligne]. Communiqué du GRIO relatif au remboursement du dosage de la vitamine D, 06 Octobre 2014. Disponible en ligne <http://www.grio.org>.
20. Bonté S. La prise en charge du traitement de l'ostéoporose de la personne âgée par les médecins généralistes, Thèse d'exercice : médecine, Rennes 1 2005.
21. Stark A. Prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale et confrontation aux recommandations: enquête sur le département de la Gironde, Thèse d'exercice : Médecine, Bordeaux 2 2009.
22. AFSSA-CNERNA-CNRS. Apports conseillés pour la population française, 3^eed. 2001
23. Fardellone P, Cotté FE, Roux C, Lespessailles E, Mercier F, GaudinAF. Calcium intake and the risk of osteoporosis and fractures in French Women. Joint BoneSpine 2010; 77: 154–158.
24. Fardellone P, Calcium magnésium et eaux minérales naturelles, Cahier de nutrition et diététique 2015;50 :s22-s29.
25. Mainetti P, Allain J, Toussi M. Supplément vitamino-calcique et ostéoporose, que savent les patients ? La revue du praticien médecine générale, 2009;824 :446-447.
26. Qidouch H. Enquête de pratique sur le dépistage de l'ostéoporose féminine en médecine générale, Thèse d'exercice : médecine, Limoges 2012.
27. Coxam V, Nutrition et Ostéoporose, Conférence donnée dans le cadre de la 48^e Journée annuelle de nutrition et de diététique, le vendredi 25 janvier 2008
28. Constans T, Comment corriger les déficits en nutriments ? Guide de nutrition de la personne âgée
29. D.Baurel, C-L Benhamou, L'alcool est-il néfaste pour le tissu osseux ? Revue du Rhumatisme, 2013, 80, 82-87.
30. Perriot J, Undermer M, Doly-Kuchcik L. Tabac : quels risques pour la santé ? La revue du Praticien, 2012 ; 62 :333-336.

31. Lefèvre K. Intérêt de l'exercice physique régulier en prévention chez le sujet âgé. Faisabilité en pratique de médecine générale. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.2009;9 :72-78.
32. Lévy-Weil F, Levasseur R. Ostéoporose :faire un tour de stade ? La revue du praticien Médecine Générale. 2010,24 ;847 :652-653.
33. OMS –Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010. [consulté le 02 Juillet 2015] Disponible sur <http://www.who.int>
34. HAS- Haute Autorité de Santé [en ligne]. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Novembre 2005. [consulté le 04 Septembre 2015] disponible sur <http://www.has-sante.fr>.
35. Société scientifique de Médecine Générale. Prévention des chutes chez les personnes âgées, recommandations de bonne pratique. 2008. [consulté le 04 Septembre 2015] disponible sur <http://www.educasante.org>.
36. P. Gallois, J-P. Vallée, Y. Le Noc. La consultation du généraliste en 2010 : Pour une médecine centrée sur le patient.Médecine.2010 ;6(5) :221-7.
37. Plang S. Suivi de l'observance d'un traitement en prévention secondaire de l'ostéoporose par biphosphonates introduit après une fracture ostéoporotique sévère à l'HIA Clermont-Tonnerre : étude prospective non randomisée de six mois. Thèse d'exercice : Médecine, Brest 2013.
38. Thomas. T. Le grand public connaît mieux l'ostéoporose, mais... La lettre du rhumatologue 2004 ; 306 ; 42.
39. Siris E-S, Gehlbach S, Adachi J-D, Boonen S, Chapurlat R-D, Compston J-E, et al. Failure to perceive increased risk of fracture in women 55 years and older: the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women(GLOW). Osteoporos Int 2011 ;22 :27-35 .
40. 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 Clinic Proceedings. 2007; 82(12):1493–501.
41. Fardellone P, Fages L. Efficacité réelle des traitements de l'ostéoporose : l'observance en question. La lettre du gynécologue, 2007 ; 327
42. Lespessailles E. A forgotten challenge when treating osteoporosis: getting patients to take their meds, Joint Bone Spine, 2006
43. Adherence to monthly and weekly oral bisphosphonates in women with osteoporosis F.-E. Cotté & P. Fardellone& F. Mercier & A-F. Gaudin & C. Roux Osteoporos Int (2010) 21:145–155

44. Lespessailles E, Martailié V, Beauvais C. Besoins et Objectifs éducatifs des patients atteints d'ostéoporose. *Revue Du Rhumatisme*.2013 ; 80 :157-161
45. Rousière M. L'ETP améliore-t-elle l'observance quel bénéfice dans l'ostéoporose ? *Revue du Rhumatisme*. 2013,80 :166-169.
46. Lopes P, Trémollières, F. Traitement hormonal de la ménopause. *La revue du praticien Médecine Générale*.2015 ; 29,952 :857-862
47. Solère P, L'ostéoporose : un impact croissant, *Panorama du médecin*, 2010 ;5188 :19-20.
48. ars.sante.fr
49. F.Roux F, Girardot L, Rousière M. Ostéoporose post ménopausique Nécessité et Possibilité de l'ETP en médecine Générale. *Le Concours Médical*.2011 ;133 :225-229.
50. Rousière M. De l'importance de prendre en charge l'ostéoporose. *La Presse Médicale*. Octobre 2011 ; 40(10) :900-909.
51. Bonjour J-P, Cormier C, Marcelli C. L'observatoire OPTIMOS : prise en charge de l'ostéoporose en médecine générale. *La lettre du Rhumatologue*.2003 ; 295 :37-42.
52. Havet D. L'observance dans l'ostéoporose- le point de vue du médecin généraliste. Thèse d'exercice : Médecine, Lille 2 2012.
53. Roux C. Identification des femmes à risque de fracture, dossier Ostéoporose post ménopausique. *Le Concours Médical*.2016, 138 ;2 :119-121.
54. Roux C. Fractures vertébrales. *La revue du praticien*. 2012 ;62 :181-185.
55. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques, quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ? 2016 ;948.
56. Leboime A, Confavreux C-B, Mehse N, Paccou J, David C, Roux C. Ostéoporose et mortalité. *Revue du Rhumatisme*. 2010 ;77 :S47-S52.
57. Marcelli C. Traitement de l'ostéoporose et prévention des fractures.*Le Concours Médical*.2002 ;124-28 :1817-21.
58. Grelier G. Pratiques, déterminants et obstacles à la prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique après fracture par des médecins généralistes Sarthois. Thèse d'exercice: Médecine générale, Angers 2014.
59. Malochet-Guinamand S, Chalard N, Billault C, Breuil N, Ristori J-M, Schmidt J. Osteoporosis treatment in postmenopausal women after peripheral fractures : impact of information to general practitioners. *Joint Bone Spine* 2004 ;03,023.
60. ANSM- Agence National de sécurité des médicaments et des produits de santé.[en ligne] Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par biphosphonates. Lettres aux professionnels de santé.18 Décembre 2007. [consulté le 12 Septembre 2015]. Disponible sur le site <http://www.ansm.sante.fr> .

61. Cadinot A, Demeilliers A. Evaluation de l'adhésion des patients au traitement de fond de l'ostéoporose après une consultation hospitalière spécialisée. Thèse d'exercice : Médecine, Angers 2014.
62. Shane E, Burr D, Ebeling PR, Abrahamsen B, Adler RA, Brown TD, et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. J Bone Miner Res. 2010;25(11):2267–94.
63. Cortet B, Fardellone P, Khalifa P, Ostéoporose : quelle pratique ? Les résultats d'une enquête en médecine générale. La revue du praticien médecine générale.2012 ;26 :885.
64. Poyet C. A propos d'observance dans l'ostéoporose : que proposer à nos patients fragiles ? Thèse d'exercice : Médecine, Starsbourg 2012.
65. Allain J, Toussi M. Suppléments calciques, préférences des patients et adhésion au traitement. Le Concours Médical.2008 ;130 :739-743.
66. Jehanne-Roger C. Adhésion aux traitements de l'ostéoporose chez les patients recrutés au sein de la filière caennaise. Thèse d'exercice : Médecine. Caen 2007.
67. Trémollières F. Prévention Primaire : quels moyens, quels résultats ? dossier Ostéoporose post ménopausique. Le concours Médical.2016 ;138, 2 :111-114.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide des entretiens



THÈSE DE MEDECINE GENERALE RENOUARD épouse WARLANT Eléonore

Guide des entretiens

Je, Eléonore RENOUARD-WARLANT, réalise une étude sur la prise en charge de l'ostéoporose en prévention secondaire dans le cadre de mon travail de Thèse de médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien, il est enregistré et anonyme.

Nous allons parler de la prise en charge de l'ostéoporose après fracture et de la filière ostéoporose du CHU d'Amiens.

J'aimerais connaître vos pratiques, votre avis et les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ostéoporotiques après fracture lorsqu'ils ont eu accès à la filière ostéoporose du CHU.

L'un de vos patients, Mme/Mr ..., a bénéficié de la filière Ostéoporose du CHU en 2014. Partons de la situation de Mme/Mr... pour aborder d'une manière générale le sujet.

Je vous laisse à présent le soin de vous présenter.

Présentation du médecin

- **Sexe**
- **Age**
- **Lieu d'exercice : urbain, rural, semi rural**
- **Conditions d'exercice : seul, en groupe**
- **Début d'exercice**

Présentation du patient

- **Sexe**
- **Age**

1. **Tout d'abord, pouvez vous me dire quel est aujourd'hui le traitement anti-ostéoporotique de votre patient(e)? Est ce le même que celui initié par la filière?**

- Si non pourquoi ?

Parlons maintenant de la prise en charge au quotidien

2. **Parlez moi des difficultés que vous avez pu rencontrer lors de la prise en charge des patients ayant eu accès à la filière Ostéoporose du CHU.**

Questions de relance :

- *Que saviez-vous du bilan réalisé par la filière ostéoporose et ses résultats lorsque vous avez revu votre patient ?*
- *Comment suivez-vous votre patient(e) maintenant ?*
- *Quels sont vos éléments de surveillance principaux ?*
- *Parlez-moi des mesures non médicamenteuses de l'ostéoporose et des difficultés à les instaurer*
- *Parlez-moi de l'importance de la prise en charge de l'ostéoporose après fracture*
- *Qu'est-ce qui vous paraît le plus important dans la prise en charge ?*
- *Que pensez-vous de cette idée « l'ostéoporose est une maladie grave » ?*

3. **Parlez moi des difficultés que rencontrent vos patients au maintien du traitement anti-ostéoporotique.**

Questions de relance

- *Parlez-moi de l'observance de votre patient.*
- *Comment abordez-vous la question de l'observance avec lui/elle?*
- *Concernant le mode de prise du traitement, que décrivent vos patients ?*
- *Votre patient(e) a-t-il/elle évoqué une appréhension des effets secondaires ?*
- *Au cours de votre expérience certains patients ont-ils évoqué des croyances particulières ?*
- *Comment pourriez-vous décrire l'intérêt de votre patient face à sa maladie ostéoporotique ?*
- *Comment pourrait-on améliorer l'observance des patients ?*

4. **Parlez moi maintenant de votre point de vue sur le traitement anti-ostéoporotique initialement proposé par le rhumatologue de la filière ? et d'une manière plus générale que pensez vous des traitements anti-ostéoporotiques ?**

Questions de relance

- *Que pensez-vous de l'indication du traitement anti-ostéoporotique chez ce(tte) patient(e) ? Etes-vous d'accord avec cette indication ?*

- *Que pensez-vous de l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques après fracture ?*
- *Quelles craintes avez-vous avant de les prescrire ?*
- *Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement prescrit par la filière ? Est-ce qu'il correspond à vos prescriptions habituelles ?*
- *Quelle attitude adoptez-vous face aux choix des durées de traitement ?*
- *Quelle est votre expérience personnelle face aux effets indésirables de ces traitements ?*
- *Et la supplémentation vitamino-calcique, qu'en pensez-vous ?*

Parlons maintenant de la filière Ostéoporose du CHU

6. Comment avez-vous appris que votre patient(e) a été pris(e) en charge par la filière Ostéoporose du CHU ?

7. Parlez-moi de votre connaissance de la filière Ostéoporose du CHU

Questions de relance

- *Selon vous, quels patients sont visés par la filière ?*
- *A votre avis, comment fonctionne-t-elle ?*

8. Quels avantages et inconvénients apportent la filière ?

Questions de relance

- *Racontez-moi comment vous avez vécu la prise en charge de votre patient par la filière sans l'y avoir adressé.*
- *Le fait de ne pas être l'auteur de l'indication du traitement a-t-il posé problème dans la prise en charge ?*
- *Parlez-moi des échanges, de relations entretenues avec les intervenants de la filière au cours de la prise en charge ?*
- *Pensez-vous que la filière Ostéoporose du CHU permette une bonne prise en charge ?*
- *Quelle différence notable met-on en évidence vis-à-vis des patients non pris en charge par cette filière ?*

Et pour terminer

9. Quelles seraient vos suggestions d'amélioration des prises en charge de la filière ?

2. Annexe 2 : CD contenant les entretiens

OSTEOPOROSE EN PREVENTION SECONDAIRE - Ressentis et prise en charge par les médecins généralistes des patients ayant eu accès à la Filière Ostéoporose du CHU Amiens Picardie en 2014 - Analyse déclarative auprès de 11 médecins généralistes Samariens

RESUME

Introduction : L'ostéoporose est un problème de Santé publique. Pourtant l'ostéoporose en prévention secondaire est sous diagnostiquée. Dans ce contexte, des « filières fractures » ont été créés. Celle d'Amiens a été évaluée au cours d'un travail de thèse, la première cause d'arrêt du traitement anti-ostéoporotique était le non renouvellement par le médecin généraliste (MG). Cette étude avait pour objectif principal de connaître les difficultés ressenties par le MG lors de la prise en charge d'un patient ostéoporotique en prévention secondaire en collaboration avec la filière. Matériel et méthode : Une enquête qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés, auprès de onze MG Samariens. L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de théorisation ancrée. Résultats : Les MG ne déclaraient aucune difficulté au cours de la prise en charge. Ils accordaient de l'importance au suivi biologique et radiologique mais évoquaient peu les mesures non médicamenteuses. Les patients n'accordaient qu'un intérêt modeste à leur pathologie. Les principaux obstacles au maintien du traitement étaient l'absence de symptôme et la non évaluation de l'efficacité du traitement. Les MG ne considéraient pas l'ostéoporose comme une maladie grave. Discussion Les MG portent de l'intérêt à la prise en charge mais le manque de temps, la polypathologie et la non considération de la gravité de l'ostéoporose les poussent à prioriser d'autre pathologie. En l'absence de filière, les médecins généralistes prennent en charge seul, dès lors que celle-ci intervient, les MG délèguent la prise en charge au rhumatologue et s'impliquent moins. Conclusion Afin d'améliorer la prise en charge, il est nécessaire que les MG considèrent davantage la gravité liée à l'ostéoporose afin notamment de favoriser l'intérêt du patient. Une meilleure coordination ville-hôpital semble nécessaire pour y parvenir.

OSTEOPOROSIS IN SECONDARY PREVENTION - Impressions and management by the GPs, for patients who had access to the Osteoporosis network of the University Hospital in Amiens, in 2014 - Declarative study with 11 GPs of the Somme department

ABSTRACT

Introduction: Osteoporosis is a public health problem by the gravity of its consequences and prevalence. Yet the secondary prevention in osteoporosis is underdiagnosed. For this "fracture networks" were created. The one in Amiens was evaluated in a thesis which showed that the first cause of stopping osteoporosis treatment was that the non-renewal of the treatment by the general practitioner (GP). This study's main objective was to find the difficulties experienced by the GPs in the management of osteoporotic patients, in secondary prevention, in collaboration with the network. Materials and Methods: A qualitative survey was conducted through semi-structured interviews with eleven GPs of the Somme department in France. Analysis of the results was performed according to the grounded theory method. Results: GPs reported no difficulty in the management of osteoporosis. They gave importance to biological and radiological monitoring but evoked little non-pharmaceutical measures. Patients gave a modest interest in their pathology. The main barriers to treatment adherence were the absence of symptoms and no evaluation of treatment effectiveness. GPs didn't consider osteoporosis as a serious illness. Discussion: GPs bear interest for the management of osteoporosis but the lack of time, poly-pathology and underestimation of the gravity of osteoporosis push them to prioritize other pathologies. In the absence of "fracture networks", GPs manage the osteoporosis. When a network is available, GPs delegate the management to the rheumatologist and are less involved. Conclusion: GPs bare importance to the management of osteoporosis, to improve it they must reconsider the gravity of osteoporosis in order to promote the interests of the patient. Better coordination between city-practice and the hospital seems necessary.